L 8 KA 17/11

Land
Freistaat Sachsen
Sozialgericht
Sächsisches LSG
Sachgebiet
Sonstige Angelegenheiten
Abteilung
8
1. Instanz
SG Dresden (FSS)
Aktenzeichen
S 11 KA 136/09
Datum
20.04.2011
2. Instanz
Sächsisches LSG
Aktenzeichen
L 8 KA 17/11
Datum
14.11.2012
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze
1. Ambulante Notfallbehandlungen, die von Krankenhäusern während der Sprechstundenzeiten der Vertragsärzte erbracht werden, müssen nicht wie vergleichbare Behandlungen während der Zeiten des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes vergütet werden.

2. Die Notfallambulanzen der Krankenhäuser müssen weder denselben Honorarfonds zugeordnet werden wie die Vertragsärzte noch in die für diese geltenden Regelleistungsvolumina einbezogen werden.
I. Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Dresden vom 20. April 2011 wird zurückgewiesen.

II. Die Klägerin trägt die Kosten des Berufungsverfahrens.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

IV. Der Streitwert für das Berufungsverfahren wird auf 12.052,47 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Streitig ist die Höhe der Vergütung für im Krankenhaus erbrachte ambulante Notfallbehandlungen.

Die Klägerin betreibt ein in den Krankenhausplan des Freistaates Sachsen aufgenommenes Krankenhaus mit Standorten in R und G (letzterer zum 30.04.2012 geschlossen). Die dort im Quartal I/2008 erbrachten ambulanten Notfallbehandlungen vergütete die beklagte Kassenärztliche Vereinigung (KÄV) mit folgenden Punktwerten: - während der Zeiten des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes: 3,37 ct, - außerhalb der Zeiten des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes: 1,76 ct. Die gegen die diesbezüglichen Honorarbescheide vom 24.07.2008 eingelegten Widersprüche, die nicht begründet wurden, wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheiden vom 14.07.2009 zurück. Seit dem Quartal III/2007 würden Notfallbehandlungen im Krankenhaus aus dem Honorarfonds für Bereitschaftsdienstleistungen vergütet; für Notfallbehandlungen außerhalb der Bereitschaftsdienstzeiten erfolge die Vergütung aus dem Honorarfonds der Nichtvertragsärzte. Außerhalb der Bereitschaftsdienstzeiten könnten Vertragsärzte Notfallbehandlungen ebenfalls nicht über den Honorarfonds für Bereitschaftsdienstleistungen abrechnen, sondern nur unter Berücksichtigung der Budgetierung durch die Regelleistungsvolumina (RLV).

Die Klägerin hat am 21.08.2009 beim Sozialgericht Dresden (SG) Klage erhoben. Sie habe Anspruch auf gleichmäßige Vergütung der von ihr erbrachten Notfallleistungen. Hiergegen verstoße die Unterscheidung nach Notfallleistungen, die während der Bereitschaftsdienstzeiten erbracht würden, und solchen, die außerhalb dieser Zeiten erbracht würden. Die Beklagte nehme hin, dass zwischen den tatsächlichen Sprechstundenzeiten – die üblicherweise nicht vor 8.00 Uhr begännen und nicht über 18.00 Uhr hinausreichten – und den Bereitschaftsdienstzeiten von 19.00 Uhr bis 7.00 Uhr erhebliche Lücken bestünden, während derer die Versicherten darauf angewiesen seien, ihre – der Klägerin – Leistungen in Anspruch zu nehmen. Sie habe daher Anspruch auf Vergütung ihrer Leistungen mit einem Punktwert von 3,37 ct. Zudem wiesen die Honorarbescheide Rundungsfehler auf.

Die Beklagte hat erwidert, die jeweils eine Stunde Differenz zwischen den zum Teil üblichen Sprechstundenzeiten von 8.00 Uhr bis 18.00 Uhr sei zumutbar. Die von der Klägerin behaupteten Rundungsdifferenzen seien nicht nachvollziehbar.

Mit Urteil vom 20.04.2011 hat das SG die Klage abgewiesen. Die Vergütung aller Notfallleistungen mit einem Punktwert von 3,37 ct, wie er für Leistungen während der Bereitschaftsdienstzeiten vorgesehen sei, könne die Klägerin nicht beanspruchen. Die Beklagte habe

Krankenhäusern für deren Notfallbehandlungen auch nicht eine pauschal geringere Vergütung gewährt. Vielmehr erhielten diese ebenso wie die Vertragsärzte für Leistungen während der Bereitschaftsdienstzeiten einen Punktwert von 3,75 ct, allerdings vermindert um den rechtmäßigen Abschlag von 10 % auf 3,37 ct. Die darüber hinaus primär bei den Vertragsärzten geregelte Vergütungsdifferenzierung sei rechtmäßig. Auch diese hätten keinen Anspruch darauf, Notfallbehandlungen unabhängig vom Zeitpunkt der Leistungserbringung mit einem garantieren Punktwert vergütet zu erhalten. Vielmehr sei nicht zu beanstanden, dass deren Notfallbehandlungen während der Sprechstundenzeiten in das RLV einbezogen seien und damit in Abhängigkeit von der RLV-Überschreitung mit einem geringeren als dem RLV-Punktwert von 3,75 ct vergütet würden. Die zwischen den Bereitschaftsdienstzeiten und den Sprechstundenzeiten verbleibenden Lücken seien aufgrund der auch im Bereitschaftsdienst bestehenden Wartezeiten hinnehmbar. Vor diesem Hintergrund könne die Klägerin eine höhere Vergütung der von ihr außerhalb der Bereitschaftsdienstzeiten erbrachten Leistungen nicht beanspruchen. Denn die bei den Vertragsärzten vorgenommene Differenzierung werde lediglich auch bei den Krankenhäusern umgesetzt. Dies bedeute keine sachwidrige Ungleichbehandlung. Der der Klägerin gewährte Punktwert sei vielmehr Folge der Honorartopfbildung, für die sachliche Gründe bestünden, weil Krankenhäuser nicht generell an der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung teilnähmen, für sie damit RLV nicht vorgesehen seien und sie deshalb auch keine Vergütung mit dem dafür geltenden RLV-Punktwert beanspruchen könnten. Das Recht, gesonderte Honorartöpfe für verschiedene Arztgruppen zu bilden, schließe das Recht ein, ihnen auch die Krankenhäuser zuzuordnen. Daraus dass das Bundessozialgericht (BSG) gesonderte Punktwerte für Notfallbehandlungen von Krankenhäuser für rechtswidrig erklärt habe, könne für Krankenhäuser die generelle Unzulässigkeit gesonderter Honorartöpfe, bei denen der Punktwert maßgeblich durch den angeforderten Leistungsbedarf bestimmt werde, nicht hergeleitet werden. Das BSG habe keinen Mindestpunktwert für Notfallbehandlungen gleichgültig zu welcher Tages- oder Nachtzeit verlangt, sondern nur, dass eine Privilegierung von Notfallbehandlungen mit einem festen Punktwert allen zukommen müsse, die solche Behandlungen ausführten. Notfallbehandlungen zu den regulären Sprechstundenzeiten seien nicht besonders zu behandelnde Tatbestände, sondern ganz normale Fälle – beim Vertragsarzt und im Krankenhaus. Schließlich sei ein zu Lasten der Klägerin gehender Berechnungsfehler nicht zu erkennen.

Mit ihrer am 17.06.2011 eingelegten Berufung begehrt die Klägerin nur noch die Vergütung ihrer Notfallleistungen mit einem höheren Punktwert. Die Krankenhäuser würden durch die Honorarverteilungsregelungen diskriminiert. Die Leistungen der Vertragsärzte im Notfall würden nach dem allgemeinen Punktwert und damit deutlich höher vergütet als diejenigen der Krankenhäuser. Die Beklagte sei aber zur Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung in allen Fällen verpflichtet. Die von ihr reklamierte Begrenzung auf "Nichtnotfälle", die nur zufällig außerhalb der Sprechstundenzeiten anfielen, bestehe nicht.

Die Klägerin beantragt, das Urteil des Sozialgerichts Dresden vom 20. April 2011 aufzuheben und die Beklagte unter Abänderung ihrer Bescheide vom 24. April 2008 in der Gestalt der Widerspruchsbescheide vom 14. Juli 2009 zu verurteilen, an die Klägerin weitere 12.052,47 EUR zu zahlen.

Die Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Auch für die Stadt R seien Allgemeinmediziner zu finden, die Sprechstunden ab 7.00 Uhr bzw. bis 19.00 Uhr (sogar bis 20.00 Uhr) anböten. Ihr – der Beklagten – Sicherstellungsauftrag umfasse schon nach § 75 Abs. 1 Satz 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) nicht die notärztliche Versorgung im Rahmen des Rettungsdienstes. Den Vertragsärzten werde ein fester Punktwert nur für Notfallbehandlungen während der Bereitschaftsdienstzeiten gewährt. Zu diesen Zeiten erhalte die Klägerin ebenfalls diesen Punktwert. Notfallbehandlungen außerhalb der Bereitschaftsdienstzeiten unterlägen bei Vertragsärzten der RLV-Budgetierung und bei der Klägerin der Budgetierung durch einen Honorartopf. Eine Vergütung mit einem festen Punktwert auch außerhalb der Bereitschaftsdienstzeiten könne die Klägerin nicht beanspruchen, da Vertragsärzte diesen ebenfalls nicht erhielten.

Dem Senat haben die Verwaltungsakten der Beklagten sowie die Gerichtsakten beider Rechtszüge vorgelegen. Hierauf und auf die in den Gerichtsakten enthaltenen Schriftsätze der Beteiligten sowie den übrigen Akteninhalt wird zur Ergänzung des Tatbestandes Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung ist unbegründet.

Zu Recht hat das SG die Klage abgewiesen. Die Klägerin ist durch den angefochtenen Honorarbescheid für das Quartal I/2008 nicht rechtswidrig beschwert. Die Beklagte ist nicht verpflichtet, die im Krankenhaus der Klägerin außerhalb der Zeiten des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes erbrachten ambulanten Notfallleistungen unter Zugrundelegung eines höheren Punktwerts zu vergüten.

Die in einem Krankenhaus erbrachten ambulanten Notfallbehandlungen sind nach den Rechtsgrundsätzen zu vergüten, die die Rechtsprechung vor allem aus dem Regelungszusammenhang der Vorschriften über die vertragsärztliche Versorgung und die Berechtigung der Versicherten entwickelt hat, in Notfällen auch nicht zugelassene Ärzte und Krankenhäuser für ambulante Behandlungen in Anspruch zu nehmen (§ 75 Abs. 1 Satz 2, § 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V). Nach § 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V dürfen die Versicherten andere als zugelassene Vertragsärzte nur im Notfall in Anspruch nehmen. Aus dieser gesetzlichen Zuordnung der von Nichtvertragsärzten und Krankenhäusern erbrachten Notfallleistungen zur vertragsärztlichen Versorgung folgt, dass sich deren Honorierung nach den Grundsätzen richtet, die für die Leistungen der Vertragsärzte und der zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigten Personen und Institutionen gelten (BSG, Urteil vom 17.09.2008 - B 6 KA 46/07 R - SozR 4-2500 § 75 Nr. 8 Rn. 18 und 26). 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 (BSG, Urteil vom 06.09.2006 - B 6 KA 31/05 R - SozR 4-2500 § 75 Nr. 4 Rn. 15; Urteil vom 20.12.1995 - 6 RKa 25/95 - SozR 3-2500 § 120 Nr. 7 S. 37 f.). Auch eine mittelbare Schlechterstellung von Notfallleistungen im Krankenhaus gegenüber vergleichbaren Leistungen von Vertragsärzten durch Regelungen der Honorarverteilung ist nicht zulässig (BSG, Urteil vom 31.01.2001 - B 6 KA 33/00 R - SozR 3-2500 § 115 Nr. 1 S. 4 f.), sondern 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 (BSG, Urteil vom 17.09.2008 - B 6 KA 46/07 R - SozR 4-2500 § 75 Nr. 8 Rn. 18; Urteil vom 06.09.2006 - B 6 KA 31/05 R - SozR 4-2500 § 75 Nr. 4 Rn. 15; Urteil vom 13.03.2002 - B 6 KA 4/01 R - SozR 3-2500 § 120 Nr. 12 S. 54 ff.; Urteil vom 12.10.1994 - 6 RKa 31/93 - BSGE 75, 184, 186 = SozR 3-2500 § 120 Nr. 4).

Mit diesen Grundsätzen sind die dem angefochtenen Honorarbescheid zugrunde liegenden Honorarverteilungsregelungen und deren Anwendung im streitigen Quartal vereinbar. Die außerhalb der Zeiten des kassenärztlichen Bereitschaftsdiensts von Krankenhäusern erbrachten ambulanten Notfallbehandlungen mussten nicht aus einem gesonderten Leistungsfonds (1), sondern durften aus dem Honorarfonds der Nichtvertragsärzte vergütet werden (2).

1. In Reaktion auf die Rechtsprechung des BSG (Urteil vom 06.09.2006 - B 6 KA 31/05 R - SozR 4-2500 § 75 Nr. 4 Rn. 14 ff.) wurde im Bezirk der beklagten KÄV ab dem Quartal III/2007 zur Vergütung der während der Zeiten des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes erbrachten ambulanten Notfallbehandlungen im Wege des Vorwegabzugs ein Leistungsfonds gebildet, dem die Mittel aus den ehemaligen Bereitschaftsdienstfonds der Haus- und Fachärzte in den Quartalen III/2003 bis II/2004 sowie diejenigen Mittel zugewiesen wurden, die auf Leistungen von Notfallambulanzen an Krankenhäusern im Honorarfonds der Nichtvertragsärzte in demselben Referenzzeitraum entfallen waren (§ 2 Abs. 2 Buchst. e des Honorarverteilungsmaßstabes [HVM] vom 29.06.2007/05.03.2008). Aus diesem Leistungsfonds wurden die im organisierten kassenärztlichen Bereitschaftsdienst von Vertragsärzten erbrachten Leistungen sowie die von Notfallambulanzen an Krankenhäusern während der Bereitschaftsdienstzeiten gemäß der Bereitschaftsdienstordnung der Beklagten erbrachten Leistungen vergütet. Hierfür galten im hier streitigen Quartal I/2008 Punktwertobergrenzen von 3,75 ct für Vertragsärzte und 3,37 ct für Krankenhausambulanzen sowie Punktwertuntergrenzen von 1,50 ct für Vertragsärzte und 1,35 ct für Krankenhausambulanzen. Die außerhalb der Bereitschaftsdienstzeiten erbrachten Notfallbehandlungen wurden nicht über einen Leistungsfonds, sondern aus den jeweiligen Honorarfonds der Honorargruppen vergütet. Dabei waren die Krankenhäuser dem Honorarfonds der Nichtvertragsärzte zugewiesen, in dem nach § 5 Abs. 2 Buchst. c HVM vom 05.03.2008 die Nichtvertragsärzte, die Leistungen von Krankenhausambulanzen außerhalb der Bereitschaftsdienstzeiten, die ermächtigten Ärzte und Psychotherapeuten, die ermächtigten Krankenhäuser und Institutsambulanzen sowie andere ermächtigte Einrichtungen zusammengefasst waren. Der Punktwert dieser Honorargruppe ergab sich – wie bei den anderen fachärztlichen Honorargruppen, die nicht den RLV-Regelungen unterlagen – durch Division der Mittel ihres nach dem Gesamtvergütungsanteil in einem Referenzzeitraum bemessenen Honorarfonds durch den entsprechenden Leistungsbedarf im jeweiligen Quartal; als Obergrenze galt der fachärztliche Regelleistungspunktwert und ein Mindestpunktwert von 1,50 ct (§ 5 Abs. 3 HVM vom 05.03.2008). Auf die fachärztlichen Honorargruppen, die den RLV-Regelungen unterlagen, wurden zwar die Mittel auch nach dem Gesamtvergütungsanteil in einem Referenzzeitraum verteilt (§ 5 Abs. 5 HVM vom 05.03.2008). Die innerhalb des RLV erbrachten Leistungen wurden aber mit dem Regelleistungspunktwert vergütet (§ 5 Abs. 8 Buchst. b HVM vom 05.03.2008).

Die Beschränkung der Vergütung von Notfallbehandlungen aus dem Leistungsfonds nach § 2 Abs. 2 Buchst. e HVM vom 05.03.2008 auf Leistungen, die während der Zeiten des kassenärztlichen Bereitschaftsdienst erbracht werden, verstößt nicht gegen höherrangiges Recht, insbesondere nicht gegen die oben erwähnten Grundsätze gleicher Vergütung ambulanter Notfallbehandlungen oder gegen Art. 3 Abs. 1 Grundgesetz (GG).

Der allgemeinen Gleichheitssatz des Art. 3 Abs. 1 GG gebietet dem Normgeber, wesentlich Gleiches gleich und wesentlich Ungleiches entsprechend unterschiedlich zu behandeln (siehe nur Bundesverfassungsgericht [BVerfG], Beschluss vom 23.05.2006 - 1 BvR 1484/99 - BVerfGE 115, 381, 389). Er gilt sowohl für ungleiche Belastungen als auch für ungleiche Begünstigungen (BVerfG, Beschluss vom 21.07.2010 - 1 BvR 611/07 u.a. - BVerfGE 126, 400, 416 m.w.N.). Aus dem allgemeinen Gleichheitssatz ergeben sich je nach Regelungsgegenstand und Differenzierungsmerkmalen unterschiedliche Grenzen, die vom bloßen Willkürverbot bis zu einer strengen Bindung an Verhältnismäßigkeitserfordernisse reichen (BVerfG, Urteil vom 30.07.2008 - 1 BvR 3262/07 u.a. - BVerfGE 121, 317, 369; Beschluss vom 07.11.2006 - 1 BvL 10/02 - 117, 1, 30; Urteil vom 20.04.2004 - 1 BvR 905/00 - BVerfGE 110, 274, 291). Art. 3 Abs. 1 GG ist jedenfalls dann verletzt, wenn sich ein vernünftiger, sich aus der Natur der Sache ergebender oder sonst wie sachlich einleuchtender Grund für die gesetzliche Differenzierung oder Gleichbehandlung nicht finden lässt (vgl. BVerfG, Urteil vom 23.10.1951 - 2 BvG 1/51 - BVerfGE 1, 14, 52; Beschluss vom 05.10.1993 - 1 BvL 34/81 - BVerfGE 89, 132, 141 = SozR 3-4100 § 186c Nr. 1; Beschluss vom 27.02.2007 - 1 BvR 1982/01 - BVerfGE 117, 302, 311 = SozR 4-8100 Art. 19 Nr. 1). Weiterhin ist der allgemeine Gleichheitssatz verletzt, wenn der Normgeber bei Regelungen, die Personengruppen betreffen, eine Gruppe von Normadressaten im Vergleich zu einer anderen Gruppe anders behandelt, obwohl zwischen beiden Gruppen keine Unterschiede von solcher Art und solchem Gewicht bestehen, dass sie die unterschiedliche Behandlung rechtfertigen können (vgl. BVerfG, Urteil vom 14.03.2000 - 1 BvR 284/96 u.a. - BVerfGE 102, 41, 54 = SozR 3-3100 § 84a Nr. 3; Beschluss vom 21.11.2001 - 1 BvL 19/93 u.a. - BVerfGE 104, 126, 144 f. = SozR 3-8570 § 11 Nr. 5; Urteil vom 28.01.2003 - 1 BvR 487/01 - BVerfGE 107, 133, 141).

§ 2 Abs. 2 Buchst. e HVM vom 05.03.2008 beinhaltet – soweit hier von Belang – keine Ungleichbehandlung von Personengruppen. Krankenhäuser und Vertragsärzte werden durch diese Honorarverteilungsregelung bei der Vergütung von Notfallbehandlungen nicht anders, sondern gleich behandelt. Bei beiden Gruppen von Normadressaten werden die während der Zeiten des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes erbrachten Notfallbehandlungen aus ein und demselben Leistungsfonds vergütet. Der Punktwert für diese Leistungen ist identisch mit Ausnahme des Investitionskostenabschlages von 10 % bei den Krankenhäusern, der seine Rechtfertigung in dem Rechtsgedanken des § 120 Abs. 3 Satz 2 SGB V findet (vgl. BSG, Urteil vom 13.03.2002 - B 6 KA 4/01 R - SozR 3-2500 § 120 Nr. 12 S. 54; Urteil vom 31.01.2001 - B 6 KA 33/00 R - SozR 3-2500 § 115 Nr. 1 S. 4; Urteil vom 13.05.1998 - B 6 KA 41/97 R - SozR 3-2500 § 120 Nr. 8 S. 42; Urteil vom 20.12.1995 - 6 RKa 25/95 - SozR 3-2500 § 120 Nr. 7 S. 37; Urteil vom 12.10.1994 - 6 RKa 31/93 - BSGE 75, 184, 186 = SozR 3-2500 § 120 Nr. 4). Durch die Einführung dieses Leistungsfonds zum Quartal III/2007 sollte die zuvor bestehende Ungleichbehandlung von Vertragsärzten und Krankenhäusern beseitigt werden. Bis zum Quartal II/2007 wurden nämlich nur die von Vertragsärzten im kassenärztlichen Bereitschaftsdienst erbrachten Leistungen aus gesonderten Leistungsfonds vergütet (für den hausärztlichen Versorgungsbereich: § 4 Abs. 1 Buchst. e HVM vom 14.02.2007; für den fachärztlichen Versorgungsbereich: § 5 Abs. 1 Buchst. d HVM vom 14.02.2007). Die Vergütung der Notfallbehandlungen der Krankenhäuser erfolgte dagegen immer – und damit auch während der Zeiten des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes – aus dem Honorarfonds der Nichtvertragsärzte im Notfall, ermächtigten Ärzte und Psychotherapeuten, ermächtigten Krankenhäuser und Institutsambulanzen sowie anderen ermächtigte Einrichtungen (§ 5 Abs. 2 Buchst. c HVM vom 14.02.2007). Diese Ungleichbehandlung wurde auf das Urteil des BSG vom 06.09.2006 (B 6 KA 31/05 R - SozR 4-2500 § 75 Nr. 4) hin durch die Einbeziehung der Krankenhäuser in den Leistungsfonds für Behandlungen während der Bereitschaftsdienstzeiten zum Quartal III/2007 beseitigt.

Mit der Beschränkung auf die Zeiten des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes erstreckt § 2 Abs. 2 Buchst. e HVM vom 29.06.2007/05.03.2008 eine bereits zuvor für Vertragsärzte geltende Differenzierung auf die Notfallambulanzen der Krankenhäuser. Diese Differenzierung stellt lediglich eine Ungleichbehandlung von Sachverhalten dar, an deren sachliche Rechtfertigung geringere Anforderungen

zu stellen sind als an die Ungleichbehandlung von Personengruppen. Ihre Rechtfertigung findet diese Differenzierung in der gesetzlichen Vorgabe, die ambulante ärztliche Versorgung der Versicherten auch zu den sprechstundenfreien Zeiten sicherzustellen (§ 75 Abs. 1 Satz 2 SGB V). Für die Bereitschaft von Ärzten, während dieser Zeiten den Versicherten tatsächlich zur Verfügung zu stehen, schafft der Leistungsfonds nach § 2 Abs. 2 Buchst. e HVM vom 05.03.2008 Anreize. Für die Vergütung der in den Fonds einbezogenen Leistungen ist zwar kein fester Punktwert vorgesehen, sondern nur ein Punktwertrahmen (im hier streitigen Quartal I/2008 von 3,75 ct bis 1,50 ct für Vertragsärzte und von 3,37 ct bis 1,35 ct für Krankenhausambulanzen). Der Punktwert wird aber dadurch stabilisiert, dass dem Leistungsfonds die Mittel im Wege eines Vorwegabzugs zur Verfügung gestellt werden und der Fonds deshalb nicht durch die Mengenentwicklung in den anderen Honorarfonds beeinflusst wird. Dementsprechend lag der Punktwert für den Leistungsfonds nach § 2 Abs. 2 Buchst. e HVM vom 05.03.2008 im streitigen Quartal I/2008 bei der Punktwertobergrenze. Darüber hinaus ist die Vergütung nach diesem Leistungsfonds auch aus der mengenbezogenen Begrenzung durch die RLV ausgenommen (§ 7 Abs. 5 Buchst. d HVM vom 05.03.2008, ebenso Teil III Nr. 4.1 mit Tabelle Nr. 1.2 des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004, Deutsches Ärzteblatt [DÄ] 2004, A-3129 – dazu dass die Regelungen über die RLV in § 7 HVM vom 05.03.2008 im Übrigen weder mit den Vorgaben des Bewertungsausschusses noch mit denen des Gesetzes vereinbar sind: BSG, Urteil vom 09.05.2012 - B 6 KA 30/11 R - juris Rn. 13 ff.; Sächsisches Landessozialgericht [LSG], Urteil vom 23.02.2011 - L 1 KA 25/09 - juris Rn. 20 ff.). Der Arzt kann daher damit rechnen, dass seine während der Zeiten des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes erbrachten Leistungen auch dann mit einem stark stabilisierten Punktwert vergütet werden, wenn er bei der Regelversorgung in den Sprechstundenzeiten die dafür geltenden mengenbezogenen Grenzwerte voll ausschöpft. Auf diese Weise setzt der Leistungsfonds nach § 2 Abs. 2 Buchst. e HVM vom 05.03.2008 Anreize für die tatsächliche Dienstbereitschaft von Ärzten in den sprechstundenfreien Zeiten und entschädigt zugleich für die Belastungen, die mit dieser Bereitschaft verbunden sind. Weil die vertragsärztliche Versorgung rund um die Uhr sichergestellt sein muss, die Regelversorgung aber in den Sprechstundenzeiten stattfindet und die Dienstbereitschaft in den sprechstundenfreien Zeiten wenig attraktiv ist, bestehen einleuchtende Gründe für die Beschränkung des Leistungsfonds nach § 2 Abs. 2 Buchst. e HVM vom 05.03.2008 und der damit verbundenen Begünstigungen auf die Zeiten des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes, der dem in § 75 Abs. 1 Satz 2 SGB V erwähnten Notdienst entspricht.

Dem stehen die Lücken nicht entgegen, die es zwischen den Zeiten des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes und den tatsächlichen Sprechstundenzeiten im einzelnen Versorgungsbezirk geben kann. Nach der insoweit maßgeblichen Bereitschaftsdienstordnung der Beklagten wird der kassenärztliche Bereitschaftsdienst unter der Woche in der Regel von 19.00 Uhr bis 7.00 Uhr des Folgetages und am Wochenende von Freitag 14.00 Uhr bis Montag 7.00 Uhr durchgeführt. Selbst wenn in einem Versorgungsbezirk unter der Woche Sprechstunden tatsächlich nur von 8.00 Uhr bis 18.00 Uhr gehalten werden sollten, wäre die sich daraus ergebende Lücke hinnehmbar. Denn beim kassenärztlichen Bereitschaftsdienst geht es nicht um eine Notfallrettung, sondern um eine ambulante Versorgung, die auch sonst mit Wartezeiten verbunden ist. Aus der im Gesetz selbst vorgenommenen Abgrenzung von Notdienst und notärztlicher Versorgung im Rettungsdienst (vgl. § 75 Abs. 1 Satz 2 SGB V) ergibt sich folgende Stufenfolge: Besonders schwerwiegende akute Gesundheitsstörungen (z.B. Schlaganfälle, Herzinfarkte) werden über den Rettungsdienst versorgt, unabhängig davon, ob die Gesundheitsstörung während der üblichen vertragsärztlichen Sprechstundenzeiten auftritt oder außerhalb. Wenn weniger gravierende oder schwer eindeutig zu beurteilende Gesundheitsstörungen auftreten, sollen die Patienten während der Sprechstundenzeiten ihren Arzt in der Praxis und außerhalb dieser Zeiten den Arzt aufsuchen, der den Notdienst versieht (BSG, Urteil vom 11.05.2011 - B 6 KA 23/10 R - SozR 4-2500 § 75 Nr. 11 Rn. 23). Auf der letztgenannten Stufe sind Wartezeiten zumutbar und kommen auch in Notfallambulanzen der Krankenhäuser vor. Zudem hat die Beklagte unter Verweis auf ihr elektronisches Ärzteverzeichnis dargelegt, dass teilweise gar keine Lücken zwischen Bereitschaftsdienst- und Sprechstundenzeiten bestehen. So sind etwa für die Stadt R Allgemeinmediziner zu finden, die Sprechstunden ab 7.00 Uhr bzw. bis 19.00 Uhr anbieten.

Der Normgeber war auch nicht verpflichtet, in § 2 Abs. 2 Buchst. e HVM vom 05.03.2008 statt nach den Zeiten des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes, mithin des Notdienstes im Sinne des § 75 Abs. 1 Satz 2 SGB V, nach dem Vorliegen eines Notfalls im Sinne des § 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V zu differenzieren. Zwar gilt das in § 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V den Versicherten eingeräumte Recht, in Notfällen auch Nichtvertragsärzte für ambulante Behandlungen in Anspruch zu nehmen, nicht nur in den sprechstundenfreien Zeiten, sondern auch während der Sprechstundenzeiten. Denn ein Notfall im Sinne dieser Bestimmung liegt vor, wenn aus medizinischen Gründen eine umgehende Behandlung des Patienten notwendig ist und ein Vertragsarzt nicht in der gebotenen Eile herbeigerufen oder aufgesucht werden kann (BSG, Urteil vom 01.02.1995 - 6 RKa 9/94 - SozR 3-2500 § 76 Nr. 2 S. 4 – ähnlich Kapitel II Abschnitt 1.2 Abs. 4 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs für vertragsärztliche Leistungen). Die Nichterreichbarkeit eines Vertragsarztes, die der Notfall neben der Dringlichkeit der ärztlichen Behandlung erfordert, wird in den sprechstundenfreien Zeiten eher gegeben sein, ist aber während der Sprechstundenzeiten nicht ausgeschlossen. Auch mag für ein Krankenhaus entscheidend sein, ob ein Notfall vorliegt oder nicht, und nicht, ob die Behandlung innerhalb oder außerhalb der üblichen Sprechstundenzeiten der Vertragsärzte erforderlich wird, da die Notfallambulanz immer betrieben wird. Dennoch war der Normgeber nicht verpflichtet, als Differenzierungsmerkmal statt des Notdienstes im Sinne des § 75 Abs. 1 Satz 2 SGB V den Notfall im Sinne des § 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V zu verwenden. Abgesehen davon, dass bei der Überprüfung einer Rechtsnorm auf ihre Vereinbarkeit mit dem Gleichheitssatz nicht zu untersuchen ist, ob der Normgeber die zweckmäßigste oder gerechteste Lösung gefunden hat, sondern nur, ob er die verfassungsrechtlichen Grenzen seiner Gestaltungsfreiheit überschritten hat (siehe nur BVerfG, Beschluss vom 11.11.2008 - 1 BvL 3/05 u.a. - BVerfGE 122, 151, 174), spricht gegen eine solche Pflicht, dass der Notfall im Sinne des § 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V bei den Vertragsärzten kein sinnvolles Differenzierungsmerkmal darstellt. Denn zum einen kann bei ihnen das Merkmal der Nichterreichbarkeit von Vertragsärzten nur insoweit erfüllt sein, als die Behandlung die Überschreitung ihres Teilnahmestatus – etwa in Gestalt der Grenzen des Fachgebiets, für das sie zugelassen sind – erfordert. Zum anderen unterscheidet sich der Umfang der Behandlung, zu der Nichtvertragsärzte in Notfällen berechtigt sind, von demjenigen der Vertragsärzte in ebenso dringlichen Situationen. Die Behandlungsberechtigung, die Nichtvertragsärzten im Rahmen der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung für die Dauer der besonderen Situation eines Notfalles zukommt, ist nämlich nicht umfassend, sondern begrenzt. Zwar schuldet der behandelnde Arzt eines Notfallpatienten auch in dieser Situation die zu ihrer fachgerechten Bewältigung erforderliche Sorgfalt und Qualität. Doch sind die von ihm zu erbringende Behandlungsausrichtung und der Behandlungsumfang geringer als in der allgemeinen vertragsärztlichen Versorgung. Dieser ist beschränkt auf alle erforderlichen Maßnahmen bis zum erneuten Einsetzen der Regelversorgung in den üblichen Sprechstundenzeiten. Dies gilt für Nichtvertragsärzte im Notfall (§ 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V) wie auch für Vertragsärzte während des Notdienstes (§ 75 Abs. 1 Satz 2 SGB V). Beide sind nicht zur Erbringung von Leistungen berechtigt, die typischerweise im Rahmen einer kontinuierlichen Patientenbetreuung anfallen (BSG, Urteil vom 17.09.2008 - B 6 KA 51/07 R - SozR 4-2500 § 75 Nr. 10 Rn. 18). Dagegen sind Vertragsärzte in den üblichen Sprechstundenzeiten auch dann zu einer umfassenden Betreuung im Rahmen ihres Teilnahmestatus berechtigt, wenn aus medizinischen Gründen eine umgehende Behandlung des Patienten notwendig ist, also dieselbe Dringlichkeit wie in einem Notfall im Sinne

des § 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V besteht.

Der Normgeber hat auch nicht in § 2 Abs. 2 Buchst. e HVM vom 05.03.2008 den Notfall als Differenzierungsmerkmal benutzt und den Begriff des Notfalls nur anhand der Zeiten des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes ausgelegt. Zwar können die Krankenhäuser über den Leistungsfonds nach § 2 Abs. 2 Buchst. e HVM vom 05.03.2008 nur Notfallbehandlungen abrechnen. Dies ist aber nicht im HVM geregelt, der nur von der Vergütung "der von Notfallambulanzen an Krankenhäusern während der Bereitschaftsdienstzeiten gemäß der Bereitschaftsdienstordnung der KV Sachsen erbrachten Leistungen" spricht, sondern ergibt sich aus dem Gesetz, das in § 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V Nichtvertragsärzte und damit auch die Krankenhäuser nur in der besonderen Situation des Notfalls in die ambulante vertragsärztliche Versorgung einbezieht. Zur Differenzierung hat der Normgeber der Honorarverteilungsregelungen in § 2 Abs. 2 Buchst. e HVM vom 05.03.2008 nicht auf den Begriff des Notfalls im Sinne des § 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V zurückgegriffen, sondern auf denjenigen des Notdienstes im Sinne des § 75 Abs. 1 Satz 2 SGB V, dem der kassenärztliche Bereitschaftsdienst entspricht, auf den die HVM-Bestimmung sowohl bei den Vertragsärzten als auch bei den Krankenhäusern abstellt.

Gegen die Differenzierung in § 2 Abs. 2 Buchst. e HVM vom 05.03.2008 nach den Zeiten des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes spricht schließlich auch nicht, dass das BSG es nicht für ein legitimes ordnungspolitisches Ziel erachtet hat, einer Inanspruchnahme von Krankenhäusern in Notfällen entgegenzuwirken (Urteil vom 06.09.2006 - B 6 KA 31/05 R - SozR 4-2500 § 75 Nr. 4 Rn. 20). Diese Entscheidung bezog sich indessen auf Notfallbehandlungen während der Bereitschaftsdienstzeiten. In einer späteren Entscheidung hat das BSG klargestellt, dass außerhalb der Bereitschaftsdienstzeiten keine Anreize für Notfallbehandlungen in Krankenhäusern gesetzt werden müssen. Vielmehr hat das BSG das Anliegen, die notfallmäßige Inanspruchnahme der Krankenhäuser auf Behandlungsfälle zu den sprechstundenfreien Zeiten im Sinne des § 75 Abs. 1 Satz 2 SGB V zu beschränken, ausdrücklich als berechtigt bezeichnet (Urteil vom 17.09.2008 - B 6 KA 46/07 R - SozR 4-2500 § 75 Nr. 8 Rn. 30-31). Denn grundsätzlich ist die Durchführung ambulanter Behandlungen Aufgabe der zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzte, und die freie Arztwahl der Versicherten erstreckt sich auf Krankenhausambulanzen nur, soweit diese ausdrücklich zugelassen oder ermächtigt sind. Diese Zuordnungsregeln dienen – wie das BSG unter Verweis auf die Ausdehnung des Konkurrenzschutzes der Vertragsärzte durch das BVerfG (Kammerbeschluss vom 17.08.2004 - 1 BvR 378/00 - SozR 4-1500 § 54 Nr. 4) ausgeführt hat – auch den Interessen der niedergelassenen Ärzte und dürfen durch das Angebot einer stets verfügbaren Notfallambulanz im Krankenhaus nicht überspielt werden. Aus diesem Grunde hat das BSG normative Vorgaben im HVM für zulässig erachtet, die der KÄV eine verwaltungsmäßig einfach handhabbare und zuverlässige Prüfung ermöglichen, ob bei einer vom Krankenhaus als Notfall abgerechneten ambulanten Behandlung alle Voraussetzungen erfüllt waren, unter denen der betroffene Versicherte sich dort hat behandeln lassen dürfen. Eine solche Regelung trifft § 2 Abs. 2 Buchst. e HVM vom 05.03.2008 zwar nicht. Doch dient auch die sich daraus ergebende Beschränkung der Vergütung aus dem Leistungsfonds auf Behandlungen von Notfallambulanzen, die während der kassenärztlichen Bereitschaftsdienstzeiten erbracht werden, dem legitimen Anliegen, die notfallmäßige Inanspruchnahme der Krankenhäuser auf Behandlungsfälle zu den sprechstundenfreien Zeiten zu beschränken.

2. Die Höhe des den Krankenhäusern für Notfallleistungen außerhalb der Bereitschaftsdienstzeiten gewährten Punktwerts resultiert aus der Bildung und Ausstattung des Honorarfonds nach § 5 Abs. 2 Buchst. c HVM vom 05.03.2008. Weder das eine noch das andere verstößt gegen höherrangiges Recht, obwohl Vertragsärzte für vergleichbare Leistungen in den Sprechstundenzeiten andere Punktwerten erhalten.

a) Der HVM-Normgeber war berechtigt, gesonderte Honorarfonds für verschiedene Arztgruppen einzurichten und die Krankenhäuser dem Honorarfonds der Nichtvertragsärzte sowie ermächtigten Ärzte, Psychotherapeuten und Einrichtungen (§ 5 Abs. 2 Buchst. c HVM vom 05.03.2008) zuzuordnen.

Bei der Ausformung des HVM räumt das Gesetz dem Normgeber einen Gestaltungsspielraum ein (BSG, Urteil vom 23.03.2011 - B 6 KA 6/10 R - SozR 4-2500 § 85 Nr. 63 Rn. 14; Urteil vom 28.01.2009 - B 6 KA 5/08 R - SozR 4-2500 § 85 Nr. 45 Rn. 16; Urteil vom 09.12.2004 - B 6 KA 44/03 R - BSGE 94, 50 Rn. 30, 50 = SozR 4-2500 § 72 Nr. 2; Urteil vom 20.10.2004 - B 6 KA 30/03 R - BSGE 93, 258 Rn. 10 = SozR 4-2500 § 85 Nr. 12). Bei der Ausfüllung dieses Spielraums sind allerdings insbesondere das in § 85 Abs. 4 Satz 3 SGB V angesprochene Gebot leistungsproportionaler Verteilung des Honorars (BSG, Urteil vom 31.01.2001 - B 6 KA 13/00 R - SozR 3-2500 § 85 Nr. 38 S. 311; Urteil vom 03.12.1997 - 6 RKa 21/97 - BSGE 81, 213, 217 = SozR 3-2500 § 85 Nr. 23; Urteil vom 29.09.1993 - 6 RKa 65/91 - BSGE 73, 131, 136 = SozR 3-2500 § 85 Nr. 4) sowie der aus Art. 12 Abs. 1 i.V.m. Art. 3 Abs. 1 GG herzuleitende Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit (BSG, Urteil vom 11.09.2002 - B 6 KA 30/01 R - SozR 3-2500 § 85 Nr. 48 S. 408; Urteil vom 31.01.2001 - B 6 KA 13/00 R - SozR 3-2500 § 85 Nr. 38 S. 310 f.; Urteil vom 03.03.1999 - B 6 KA 8/98 R - SozR 3-2500 § 85 Nr. 30 S. 227) zu beachten. Das bedeutet indessen nicht, dass gleiche Leistungen stets gleich vergütet werden müssen. Beide Prinzipien stellen vielmehr nur Grundsätze dar, von denen aus sachlichem Grund abgewichen werden darf (BSG, Urteil vom 22.06.2005 - B 6 KA 5/04 R - SozR 4-2500 § 85 Nr. 17 Rn. 11; Urteil vom 09.12.2004 - B 6 KA 44/03 R - BSGE 94, 50 Rn. 50 f. = SozR 4-2500 § 72 Nr. 2; Urteil vom 20.10.2004 - B 6 KA 30/03 R - BSGE 93, 258 Rn. 10 = SozR 4-2500 § 85 Nr. 12).

Honorarfonds können nach Arztgruppen, Versorgungsgebieten oder Leistungsbereichen gebildet werden; auch Mischsysteme sind zulässig (vgl. BSG, Urteil vom 11.09.2002 - B 6 KA 30/01 R - SozR 3-2500 § 85 Nr. 48 S. 408 f.; Urteil vom 09.09.1998 - B 6 KA 55/97 R - BSGE 83, 1, 2 f. = SozR 3-2500 § 85 Nr. 26; Urteil vom 03.03.1999 - B 6 KA 15/98 R - SozR 3-2500 § 85 Nr. 31 S. 237). Die sachliche Rechtfertigung für die Bildung von Honorarfonds folgt aus dem Bestreben, dass die im Gesetz normierten Obergrenzen für Erhöhungen der Gesamtvergütungen sich in den verschiedenen Arztgruppen bzw. Leistungsbereichen gleichmäßig auswirken und nicht die Anteile einzelner Arztgruppen an den Gesamtvergütungen verringert werden, weil andere Gruppen durch Mengenausweitungen ihre Anteile absichern oder sogar vergrößern. Dadurch werden die Punktwerte in den einzelnen Leistungsbereichen stabilisiert, sodass die Ärzte ihre vertragsärztlichen Einnahmen sicherer kalkulieren können (BSG, Urteil vom 09.12.2004 - B 6 KA 44/03 R - BSGE 94, 50 Rn. 50 = SozR 4-2500 § 72 Nr. 2; Urteil vom 20.10.2004 - B 6 KA 30/03 R - BSGE 93, 258 Rn. 15 = SozR 4-2500 § 85 Nr. 12).

Die Befugnis des HVM-Normgebers, gesonderte Honorarfonds für verschiedene Arztgruppen zu bilden, schließt auch die Berechtigung ein, ermächtigte Ärzte und ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen einem anderen Honorarfonds zuzuordnen als die zugelassenen Ärzte und Einrichtungen (vgl. BSG, Urteil vom 20.10.2004 - B 6 KA 30/03 R - BSGE 93, 258 Rn. 9 ff, = SozR 4-2500 § 85 Nr. 12). Ein sachlicher Grund hierfür kann darin liegen, dass die Leistungsmengenentwicklung bei den Zugelassenen nicht auf die Ermächtigten durchschlagen soll. Ein sachlicher Grund für die unterschiedliche Regelung kann sich aber auch daraus ergeben, dass einer Zuordnung der Ermächtigten zu den gleichen Honorarfonds wie die Zugelassenen praktische Gründe entgegenstehen, wie die praktischen Schwierigkeiten, die abweichenden

Verhältnisse (kleinere Leistungsspektren, kleinerer Leistungsumfang) zu berücksichtigen.

Gleiches gilt auch für Krankenhäuser, wenn diese ausnahmsweise ihr Honorar aus der Gesamtvergütung erhalten (Clemens in: Laufs/Kern, Handbuch des Arztrechts, 4. Aufl., § 34 Rn. 25). Bei ihnen ist die Zuordnung zu einem anderen Honorarfonds als bei den zugelassenen Vertragsärzten sachlich begründet, weil die Krankenhäuser nicht allgemein an der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, ihre Behandlungsberechtigung vielmehr – wie oben dargelegt wurde – von Anlass (Notfälle) und Umfang (Erstversorgung) her begrenzt ist, sie deshalb auch nicht den RLV unterliegen und damit auch keine Vergütung mit dem Regelleistungspunktwert beanspruchen können. Der Leistungssteuerung auf der Grundlage von RLV unterliegen nach § 7 Abs. 1 HVM vom 05.03.2008 nur zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Ärzte und Einrichtungen. Zwar verstößt § 7 HVM vom 05.03.2008 gegen höherrangiges Recht, weil die darin vorgenommene Ausgestaltung der RLV als Individualbudgets weder mit den Vorgaben des Bewertungsausschusses noch mit denen des Gesetzes vereinbar ist (BSG, Urteil vom 09.05.2012 - B 6 KA 30/11 R - juris Rn. 13 ff.; Sächsisches LSG, Urteil vom 23.02.2011 - L 1 KA 25/09 - juris Rn. 20 ff.). Doch entspricht § 7 HVM vom 05.03.2008 insoweit diesen Vorgaben, als nur zugelassene Leistungserbringer in die RLV-Regelung einbezogen sind. § 85 Abs. 4 Satz 7 und 8 SGB V bestimmt, dass im HVM als RLV bezeichnete arztgruppenspezifische Grenzwerte festzulegen sind, bis zu denen die von einer Arztpraxis erbrachten Leistungen mit festen Punktwerten zu vergüten sind, und dass für die darüber hinausgehenden Leistungsmengen abgestaffelte Punktwerte vorzusehen sind. Unter den Ärzten, für deren Vergütung das Gesetz die Festlegung gruppenspezifischer Grenzwerte verlangt, sind die regulär an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte zu verstehen. Werden diese Grenzwerte wie im Beschluss des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004 (DÄ 2004, A-3129) nach dem Leistungsbedarf und den Behandlungsfällen von Gruppen solcher Ärzte in einem Referenzzeitraum bestimmt (siehe Anlage 2 zu Teil III dieses Beschlusses), dann passen diese Grenzwerte nicht für Ärzte oder Einrichtungen, die nur in Ausnahmefällen eingeschränkt Leistungen erbringen dürfen. Brauchten folglich die Krankenhäuser, da sie mit ihren Notfallambulanzen nicht regulär an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, auch nicht in die Regelung über die RLV und die Vergütung der innerhalb des RLV erbrachten Leistungen nach festen Regelleistungspunktwerten einbezogen zu werden, durften die Krankenhäuser auch einem anderen Honorarfonds zugeordnet werden als die zugelassenen Vertragsärzte.

Der Zuordnung der Krankenhäuser zu einem anderen Honorarfonds als die Vertragsärzte steht, obgleich sie Ursache der Punktwerteunterschiede ist, nicht entgegen, dass das BSG gesonderte Punktwerte für Notfallbehandlungen von Krankenhäusern für rechtswidrig erklärt hat (BSG, Urteil vom 17.09.2008 - B 6 KA 46/07 R - SozR 4-2500 § 75 Nr. 8 Rn. 24 ff.; Urteil vom 06.09.2006 - B 6 KA 31/05 R - SozR 4-2500 § 75 Nr. 4 Rn. 14 ff.). Denn damit wurde dem HVM-Normgeber lediglich untersagt, den Krankenhäusern einen festen Punktwert für Notfallbehandlungen vorzuenthalten, der Vertragsärzten gewährt wird. Gewährt aber ein HVM – wie hier in § 2 Abs. 2 Buchst. e HVM vom 05.03.2008 – den Vertragsärzten einen stark stabilisierten Punktwert nur während der Zeiten des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes, müssen die Krankenhäuser auch nur innerhalb dieses zeitlichen Rahmens an dieser Privilegierung teilhaben. Daher mussten die Notfallleistungen der Krankenhäuser während der Bereitschaftsdienstzeiten aus dem Leistungsfonds nach § 2 Abs. 2 Buchst. e HVM vom 05.03.2008 vergütet werden; in den übrigen Zeiten durften die Krankenhäuser aber dem Honorarfonds nach § 5 Abs. 2 Buchst. c HVM vom 05.03.2008 zugeordnet werden. b) Schließlich ist auch die Ausstattung des Honorarfonds nach § 5 Abs. 2 Buchst. c HVM vom 05.03.2008 und der daraus resultierende Punktwert nicht zu beanstanden.

Die Bereinigung dieses Honorarfonds um die im Referenzzeitraum (Quartale III/2003 bis II/2004) von den Notfallambulanzen an Krankenhäusern auf Notfallscheinen abgerechneten Leistungen (§ 5 Abs. 3 i.V.m. § 2 Abs. 2 Buchst. e HVM vom 05.03.2008) ist Konsequenz der Einbeziehung ihrer Notfallbehandlungen in den Leistungsfonds nach § 2 Abs. 2 Buchst. e HVM vom 05.03.2008. Dass bei dieser Bereinigung nicht danach differenziert wurde, zu welchen Tageszeiten die Notfallbehandlungen im Referenzzeitraum erbracht worden waren, ist nicht zu beanstanden. Zum einen beruht dies darauf, dass die Leistungen vor Einführung einer entsprechenden Kennzeichnungspflicht (§ 2 Abs. 2 letzter Satz HVM vom 29.06.2007/ 05.03.2008) nicht den Bereitschaftsdienstzeiten zugeordnet werden konnten. Zum anderen durfte der Normgeber des HVM davon ausgehen, dass die Notfallbehandlungen durch die Krankenhäuser überwiegend während der Zeiten des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes erfolgt waren, da in den üblichen Sprechstundenzeiten Vertragsärzte zur Verfügung standen.

Der Honorarfonds nach § 5 Abs. 2 Buchst. c HVM vom 05.03.2008 ist auch nicht deshalb fehlerhaft ausgestattet, weil im Referenzzeitraum (Quartale III/2003 bis II/2004) die während der Bereitschaftsdienstszeiten erbrachten Notfallleistungen der Krankenhäuser nicht aus den Leistungsfonds für die im kassenärztlichen Bereitschaftsdienst erbrachten Leistungen vergütet wurden, da diese nur für Vertragsärzte galten (§ 4 Abs. 1, § 5 Abs. 1 Buchst. d HVM vom 11.06.2003/26.11.2003). Dieser Ausschluss der Krankenhäuser aus der privilegierten Vergütung nach diesen Leistungsfonds verstieß gegen höherrangiges Recht (vgl. BSG, Urteil vom 17.09.2008 - B 6 KA 46/07 R - SozR 4-2500 § 75 Nr. 8 Rn. 24 ff.; Urteil vom 06.09.2006 - B 6 KA 31/05 R - SozR 4-2500 § 75 Nr. 4 Rn. 14 ff.). Daraus folgt indessen nicht, dass der Honorarfonds nach § 5 Abs. 2 Buchst. c HVM vom 05.03.2008 fehlerhaft ausgestattet wäre. Zwar ist eine Honorarverteilungsregelung mit höherrangigem Recht unvereinbar, die zur Bemessung der Anteile einzelner Honorarfonds unmittelbar an die Ergebnisse einer materiell rechtswidrigen Honoraraufteilung in einem vorangegangenen Zeitraum anknüpft (BSG, Urteil vom 29.08.2007 - B 6 KA 2/07 R - SozR 4-2500 § 85 Nr. 34 Rn. 23 ff.); keine Fortführung eines rechtswidrigen Zustandes liegt dagegen vor, wenn die Verteilungsergebnisse von Quartalen, die nicht mehr unmittelbar durch die rechtswidrige Verteilung beeinflusst waren, der Bemessung der Honoraranteile zugrunde gelegt werden (BSG, Urteil vom 09.05.2012 - B 6 KA 30/11 R - juris Rn. 36 ff.; Urteil vom 28.05.2008 - B 6 KA 9/07 R - BSGE 100, 254 Rn. 63 = SozR 4-2500 § 85 Nr. 42; Urteil vom 29.08.2007 - B 6 KA 2/07 R - SozR 4-2500 § 85 Nr. 34 Rn. 30). Hier aber schreibt der HVM nicht eine rechtswidrige Honoraraufteilung fort, sondern korrigiert die Rechtswidrigkeit vielmehr, indem er die Bereinigung der Mittel des Honorarfonds um die rechtswidrigerweise im Referenzzeitraum aus ihm vergüteten Notfallleistungen der Krankenhäuser anordnet. Dass diese Notfallleistungen mit einem zu niedrigen Punktwert vergütet worden waren, könnte allenfalls zur Rechtswidrigkeit der Ausstattung des Leistungsfonds nach § 2 Abs. 2 Buchst. e HVM vom 05.03.2008 führen; ist aber für die Ausstattung des um diese Leistungen bereinigten Honorarfonds nach § 5 Abs. 2 Buchst. c HVM vom 05.03.2008 ohne Belang.

Schließlich war der Normgeber des HVM nicht verpflichtet, den Abstand des Punktwerts des Honorarfonds der Nichtvertragsärzte zum Regelleistungspunktwert der in die RLV-Regelung einbezogenen Vertragsärzte geringer zu halten. Allerdings trifft den HVM-Normgeber die Pflicht, die Honorar- und Punktwertentwicklung regelmäßig zu überprüfen und im Falle eines dauerhaften gravierenden Punktwertabfalls in bestimmten Bereichen stützend einzugreifen (BSG, Urteil vom 20.10.2004 - B 6 KA 30/03 R - BSGE 93, 258 Rn. 24 f. = SozR 4-2500 § 85 Nr. 12; Urteil vom 09.09.1998 - B 6 KA 55/97 R - BSGE 83, 1, 4 f. = SozR 3-2500 § 85 Nr. 26). Eine solche Reaktionspflicht setzt voraus, dass ein dauerhafter Punktwertabfall vorliegt und die Arztgruppe in einem vom Umsatz her wesentlichen Leistungsbereich betroffen ist, dass die zum

Punktwertverfall führende Mengenausweitung nicht von der betroffenen Arztgruppe mit zu verantworten ist sowie dass der Honorarrückgang nicht durch Rationalisierungseffekte aufgrund von Mengensteigerungen und/oder beim Kostenfaktor kompensiert wird (BSG, Urteil vom 22.06.2005 - B 6 KA 5/04 R - SozR 4-2500 § 85 Nr. 17 Rn. 23; Urteil vom 20.10.2004 - B 6 KA 30/03 R - BSGE 93, 258 Rn. 25 = SozR 4-2500 § 85 Nr. 12; Urteil vom 09.09.1998 - B 6 KA 55/97 R - BSGE 83, 1, 4 f. = SozR 3-2500 § 85 Nr. 26). Das BSG hat einen auf Dauer nicht tolerierbaren Punktwertverfall angenommen, wenn der Punktwert für die aus dem Honorarfonds vergüteten Leistungen mindestens 15 % unter demjenigen für den größten Teil der sonstigen Leistungen liegt (BSG, Urteil vom 28.01.2004 - B 6 KA 52/03 R - BSGE 92, 87 Rn. 32 = SozR 4-2500 § 85 Nr. 8; Urteil vom 09.09.1998 - B 6 KA 55/97 R - BSGE 83, 1, 5 = SozR 3-2500 § 85 Nr. 26). Dem liegt die Auffassung zugrunde, es gebe einen allgemeinen Durchschnittspunktwert, der zum Maßstab geeignet sei. Diese Auffassung ist unter Geltung mengenbegrenzender Regelungen – wie hier durch die Regelungen über die RLV – überholt, weil sich Punktwerte, die auf der Grundlage gekürzter Punktmengen errechnet werden und dadurch künstlich erhöht sind, nicht sinnvoll mit Punktwerten vergleichen lassen, bei denen dies nicht der Fall ist (Wenner, Vertragsarztrecht nach der Gesundheitsreform, 2008, § 21 Rn. 39; BSG, Urteil vom 20.10.2004 - B 6 KA 30/03 R - BSGE 93, 258 Rn. 27 = SozR 4-2500 § 85 Nr. 12). Ein Vergleich des Punktwerts des Honorarfonds der Nichtvertragsärzte (im streitigen Quartal: 1,76 ct) mit dem Regelleistungspunktwert (im streitigen Quartal im fachärztlichen Versorgungsbereich: 3,75 ct) ist daher irrelevant. Ein für einen Vergleich geeigneter effektiver Punktwert lässt sich für die in die RLV einbezogenen Honorarfonds nicht errechnen, da bei ihnen zwar die Kürzung der abgerechneten RLV-relevanten Punktmengen (nach Angaben der Beklagten im Quartal II/2008 über alle fachärztliche Honorarfonds 27,9 %) bekannt ist, die wegen RLV-Überschreitung von den Vertragsärzten nicht abgerechneten Punktmengen aber unbekannt sind.

3. Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Abs. 1 Sozialgerichtsgesetz (SGG) in Verbindung mit § 154 Abs. 2 Verwaltungsgerichtsordnung.

Gründe für die Zulassung der Revision (§ 160 Abs. 2 SGG) bestehen nicht.

Die Festsetzung des Streitwerts beruht auf § 197a Abs. 1 SGG in Verbindung mit § 47 Abs. 1 und 2, § 52 Abs. 3 Gerichtskostengesetz.

Kirchberg Salomo Dr. Wahl
Rechtskraft
Aus
Login
FSS
Saved
2013-06-05