

## L 11 KA 229/01

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

11  
1. Instanz  
SG Düsseldorf (NRW)  
Aktenzeichen  
S 2 KA 307/98  
Datum

10.10.2001  
2. Instanz  
LSG Nordrhein-Westfalen  
Aktenzeichen  
L 11 KA 229/01  
Datum

04.06.2003  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen

-  
Datum

-  
Kategorie  
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 10.10.2001 wird zurückgewiesen. Der Kläger trägt die außergerichtlichen Kosten der Beklagten auch im Berufungsverfahren. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist die Höhe der Vergütung für ambulante Notfallbehandlungen im Krankenhaus im Quartal III/1996.

Der Kläger ist Träger des Kreiskrankenhauses ..., das im Quartal III/1996 u.a. ambulante Notfallbehandlungen für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung erbrachte. Die Vergütung solcher Leistungen war in einem Vertrag geregelt, den die Krankenhausgesellschaft Nordrhein- Westfalen, die Beklagte, die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe und die Verbände der Krankenkassen am 10.05.1994 auf der Grundlage von [§ 115](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) geschlossen hatten (Krankenhausvertrag). Dieser Vertrag enthielt in § 3 folgende Bestimmungen:

### § 3 Vergütung

(1) Ambulante Notfallbehandlungen im Krankenhaus sind Leistungen des Krankenhauses (Institutsleistungen). Sie werden aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung beglichen. (2) Die zuständige Kassenärztliche Vereinigung rechnet die durch das Krankenhaus im Rahmen der ambulanten Notfallbehandlung erbrachten Leistungen nach den Bestimmungen des Bewertungsmaßstabes-Ärzte (BMÄ) bzw. der Ersatzkassen-Gebührenordnung (E-GO) ab. Bei der Honorierung sind 90 v.H. der für niedergelassene Vertragsärzte geltenden Vergütungssätze zugrunde zu legen.

Gegen den Abrechnungsbescheid für das Quartal III/1996 vom 23.01.1997 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 24.11.1998 hat der Kläger Klage zum Sozialgericht Düsseldorf (SG) erhoben. Im Anschluss an die Entscheidung des Bundessozialgerichts (BSG) vom 31.01.2001 (Az [B 6 KA 33/00 R](#)) hat die Beklagte mit Bescheid vom 28.08.2001 die Vergütung für die Notfallbehandlungen neu berechnet, dabei den für Vertragsärzte geltenden sog. "roten Punktwert" zu Grunde gelegt und hiervon 10 v.H. abgezogen. Der sich hieraus ergebende Betrag wurde dem Kläger ohne zeitliche Verzögerung gut geschrieben.

Der Kläger hat zum einen gerügt, dass die Beklagte in diese Neuberechnung nicht auch die Honorare für die Notfallbehandlung von Personen einbezogen habe, die auf Grund dienstrechtlicher Vorschriften über die Gewährung von Heilfürsorge einen Anspruch auf unentgeltliche ärztliche Versorgung haben. Die Vergütung dieser Leistungen richte sich nach derjenigen der Ersatzkassen für vertragsärztliche Leistungen, und der Geltungsbereich des Krankenhausvertrages sei nicht auf Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung beschränkt. Zum anderen wenden sich die Kläger gegen die Begrenzung der Gesamtpunktzahl von Laborleistungen. Es sei rechtswidrig, dass Abschn. O I Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM-Ä) insoweit für Notfallärzte pauschal 5 Punkte (Allgemeinversicherte) bzw. 10 Punkte (Rentner) vorsehe. Die Gruppe der Notfallärzte sei nicht homogen. Im ambulanten Bereich seien Laborleistungen lediglich im Rahmen des organisierten Notfalldienstes innerhalb der Praxis denkbar, nicht dagegen beim organisierten Notfalldienst außerhalb der Praxis oder beim organisierten Notfalldienst. Demgegenüber hielten die Krankenhäuser ein umfassendes Notfalllabor jederzeit und auch für alle selbst eingewiesenen und von Notfallärzten überwiesenen Patienten bereit. Zudem seien die Fallpunktzahlen nicht sachgerecht und ohne die erforderlichen Differenzierung erfolgt. Schließlich hat der Kläger Prozesszinsen geltend gemacht.

Der Kläger hat beantragt,

die Beklagte unter teilweiser Aufhebung des Bescheides vom 23.01.1997 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 24.11.1998 und des Bescheides vom 28.08.2001 zu verurteilen, an ihn aus der Erbringung ambulanter Notfallbehandlungen für das Quartal III/1996 zusätzlich 26,90 DM sowie für Laborleistungen zusätzlich 5.200,64 DM nebst 4 % Zinsen auf 8.617,37 DM und 5.200,64 DM seit dem 01.02.1997 zu zahlen.

Die Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie hat die angefochtenen Bescheide für rechtmäßig gehalten.

Mit Urteil vom 10.10.2001 hat das SG die Klage abgewiesen. Zur Begründung hat es im Wesentlichen ausgeführt: Ein Anspruch auf höhere Vergütung wegen der Leistungen im Rahmen der Heilfürsorge sei nicht zu gewähren, weil die maßgeblichen Kostenträger am Krankenhausvertrag nicht beteiligt gewesen seien. Der Vertrag lasse eine Erstreckung auf Dritte nicht erkennen. Im Übrigen würden die Notfallhonorare für gesetzlich Krankenversicherte anders als bei den Heilfürsorgeberechtigten aus der Gesamtvergütung bestritten. Auch die Laborleistungen seien nicht höher zu vergüten, weil der Bewertungsausschuss mit der Festlegung der arztgruppenbezogenen Fallpunktzahlen für Leistungen des Abschnitts O I. EBM-Ä und der Festlegung, dass ermächtigte Krankenhäuser oder Institute entsprechend ihrer Zugehörigkeit zu den aufgeführten Arztgruppen zu berücksichtigen seien, seinen Regelungsspielraum nicht rechtsmissbräuchlich überschritten habe.

Mit der Berufung bezieht sich der Kläger wegen der höheren Vergütung für Heilfürsorgeberechtigte auf die Regelung des [§ 75 Abs. 3 Sätze 2 und 3 SGB V](#), deren Sinn darin bestanden habe, die jeweiligen Träger der Last eigener Vergütungsverhandlungen zu entheben. Hinsichtlich der Vergütung der Laborleistungen wirft er dem Bewertungsausschuss unverändert vor, eine rechtsmissbräuchliche Regelung geschaffen zu haben. Ebenso verfolgt er den Zinsanspruch weiter, zu dessen Begründung er sich u.a. auf europarechtliche Regelungen beruft. Insoweit hat er den Klageantrag mit Schriftsatz vom 24.01.2003 geändert und mit Schriftsatz vom 24.01.2003 Zahlung von 4 % Zinsen auf 4.405,99 EUR und 2.659,05 EUR seit dem 01.01.1997 nebst 7 % Zinsen über dem jeweiligen Hauptfinanzierungssatz der Europäischen Zentralbank (Bezugszinssatz gem. Art 3 Abs. 1d RL 2000/35/EG) ab dem 01.01.2003 zu zahlen.

In der mündlichen Verhandlung beantragt der Kläger,

das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 10.10.2001 abzuändern und nach dem Klageantrag zu erkennen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das Urteil des SG für zutreffend.

Wegen weiterer Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die Niederschrift der mündlichen Verhandlung und die zwischen den Beteiligten gewechselten Schriftsätze Bezug genommen. Der Verwaltungsvorgang der Beklagten ist beigezogen worden und Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung ist unbegründet. Die angefochtenen Bescheide sind in der Fassung, die sie durch den Bescheid vom 28.08.2001 erlangt haben, nicht rechtswidrig. Der Kläger hat keinen Anspruch auf eine höhere als die sich aus diesem Bescheid ergebende Vergütung.

1.

Der Kläger kann nicht verlangen, dass die Beklagte die höhere Vergütung, die sich aus der Umsetzung des Urteils des BSG vom 31.01.2001 (Az [B 6 KA 33/00 R](#)) ergibt, auch auf Notfalleleistungen zugunsten solcher Personen erstreckt, die auf Grund dienstrechtlicher Vorschriften über die Gewährung von Heilfürsorge einen Anspruch auf unentgeltliche ärztliche Versorgung haben.

Ein solcher Anspruch ergibt sich nicht aus [§ 3 Abs. 2 Krankenhausvertrag](#). Dessen Geltungsbereich erstreckt sich vielmehr nur auf die Vergütung der Notfallbehandlung gesetzlich Krankenversicherter. Das ergibt sich schon daraus, dass an ihm lediglich die Krankenkassenverbände, nicht jedoch die Träger der freien Heilfürsorge beteiligt sind. Zudem hat das SG bereits zutreffend darauf hingewiesen, dass der Krankenhausvertrag nur die Vergütung für solche Notfallbehandlungen regelt, die aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung beglichen werden ([§ 3 Abs. 1 Satz 2 Krankenhausvertrag](#)). Diese wird jedoch nach [§ 85 Abs. 1 SGB V](#) von den Krankenkassen, nicht dagegen auch von den sonstigen Trägern an die Beklagte entrichtet.

Die Regelung des [§ 3 Abs. 2 Krankenhausvertrag](#) ist auch nicht gemäß [§ 75 Abs. 3 Satz 3 SGB V](#) auf die Behandlung der Heilfürsorgeberechtigten zu erstrecken. Nach [§ 75 Abs. 3 Satz 3 SGB V](#) sind die ärztlichen Leistungen für diese so zu vergüten, wie die Ersatzkassen die vertragsärztlichen Leistungen vergüten. Die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen richtet sich nach den Bestimmungen des EBM-Ä i.V.m. dem jeweils maßgebenden HVM. Darin hat die Beklagte in - wie der Senat in seiner vom BSG bestätigten Entscheidung vom 23.02.2000 (Az [L 11 KA 114/98](#)) bereits ausgeführt hat - rechtlich nicht zu beanstandender Weise als Reaktion auf die gesetzlich vorgegebene Budgetierung der Gesamtvergütung auch für den Bereich der Krankenhausleistungen einschließlich ambulanter Notfallbehandlungen einen Honoraropf gebildet. Dieser bestimmt den Punktwert für die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen unter Einschluss der im Notfall erbrachten Krankenhausleistungen im Ersatzkassenbereich und ist für die nach [§ 75 Abs. 3 Satz 3 SGB V](#) zu gewährende Vergütung maßgebend. Die entsprechende Regelungsbefugnis der Beklagten ist, wie der Senat und das BSG ebenfalls bereits dargelegt haben, nur insoweit eingeschränkt, als vertragliche Vereinbarungen bestehen, von denen sie sich nicht einseitig lösen kann. Eine solche vertragliche Vereinbarung besteht in Gestalt des Krankenhausvertrages jedoch nur innerhalb dessen Geltungsbereichs und damit

nicht auch für die Behandlung von Heilfürsorgeberechtigten.

2.

Ebenso wenig hat der Kläger einen Anspruch auf höhere Vergütung für die im Notfalldienst erbrachten Laborleistungen.

Rechtsgrundlage für die von der Beklagten gewährte Vergütung ist Abschn. O I EBM-Ä in der im Quartal III/96 geltenden Fassung. Danach galten für Leistungen des Abschn. O I EBM-Ä arztgruppenbezogene Fallpunktzahlen, die in der Arztgruppe "Notfallärzte" 5 Punkte für Allgemeinversicherte und 10 Punkte für Rentner betragen. Ermächtigte Krankenhäuser oder Institute waren entsprechend ihrer Zugehörigkeit zu der aufgeführten Arztgruppe zu berücksichtigen.

Diese Regelung findet auch auf den Kläger Anwendung. Das ergibt sich unbeschadet der Zuordnung von Notfalleleistungen ermächtigter Krankenhäuser und Institute zur vertragsärztlichen Versorgung bereits aus § 3 Abs. 2 Krankenhausvertrag, der die vertragsärztlichen Gebührenordnungen ausdrücklich für anwendbar erklärt. Im Übrigen sind Krankenhäuser, die im Rahmen der Notfallbehandlung tätig sind, in Ziff. 5 Satz 2 der Übergangsvereinbarung zum Bundesmantelvertrag vom 16.02.1994 (DÄBl. 1994, S. 988) hinsichtlich der Vergütung von Leistungen des Abschn. O I. EBM-Ä den Notfallärzten für den Primärkassenbereich ausdrücklich gleich gestellt worden.

Mit der Festlegung von 5 bzw. 10 Punkten für die Arztgruppe der Notfallärzte hat der Bewertungsausschuss den ihm zustehenden weiten Regelungs- und Gestaltungsspielraum (vgl. [BSGE 78, 98](#), 107; [79, 239](#), 242; [84, 247](#), 251) nicht überschritten.

Die unterschiedlichen Fallpunktzahlen für die einzelnen Arztgruppen beruhen auf den im Jahr 1992 angefallenen durchschnittlichen Fallwerten für Leistungen des Abschn. O I. und II. EBM-Ä je Arztgruppe in Punktzahlen, vermindert um ein durchschnittliches Einsparvolumen von ca. 20 % und einen weiteren Abschlag zur Verringerung des Anreizes für nicht notwendige oder unwirtschaftliche Leistungen (vgl. im Einzelnen SG Hamburg, [MedR 2003, 59](#), 62 m.w.N.) Sie geben damit ungefähr den tatsächlichen Bedarf wieder. Dass dieser sich seitdem wesentlich erhöht hätte, ist nicht ersichtlich und vom Kläger auch nicht vorgetragen worden.

Ein Verstoß des Bewertungsausschusses gegen das dem Gleichheitsgrundsatz des [Art 3 Abs. 1](#) Grundgesetz inne wohnende Differenzierungsgebot ist nicht ersichtlich. Zwischen den von der Arztgruppe der Notfallärzte erfassten Ärzten und Einrichtungen bestehen keine Unterschiede von solcher Art oder solchem Gewicht, dass eine weitere Unterscheidung erforderlich schiene.

Der Gesetzgeber versteht den Notdienst als die vertragsärztliche Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten ([§ 75 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#)). Dem liegt ersichtlich die Vorstellung zu Grunde, dass die Versorgung der gesetzlich Krankenversicherten entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen grundsätzlich während der Sprechzeiten sicher gestellt werden kann. Nach [§ 72 Abs. 2 SGB V](#) ist die vertragsärztliche Versorgung so zu regeln, dass eine ausreichend, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten gewährleistet ist. Dementsprechend hat der Vertragsarzt seine Sprechstunden ebenfalls am Bedürfnis nach einer ausreichenden und zweckmäßigen Versorgung einzurichten (§ 17 Abs. 1 BMV-Ä).

Im Hinblick hierauf ist davon auszugehen, dass außerhalb der Sprechstunden nur ein eingeschränkter Sicherstellungsbedarf besteht, dem auch nur ein beschränktes, nach den Bestimmungen des EBM-Ä vergütungsbedürftiges und - fähiges vertragsärztliches Leistungsangebot entspricht. Es umfasst nur diejenigen Leistungen, die außerhalb der Sprechstundenzeiten erbracht werden müssen, um die ausreichende und zweckmäßige Versorgung der Versicherten sicher zu stellen. In besonderer Weise gilt dies, wenn der Notdienst von Ärzten oder Einrichtungen versehen wird, die im Übrigen nicht an der vertragsärztlichen Versorgung Teil nehmen ([§ 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#)). Andernfalls bestünde die Gefahr, dass die Zielvorstellung des Gesetzgebers, die Versorgung der gesetzlich Krankenversicherten in erster Linie durch niedergelassene Vertragsärzte zu bewerkstelligen, in erheblichem Umfang durch Leistungserbringer unterlaufen würde, die schon aus logistischen Gründen anders als Vertragsärzte auch außerhalb der regelmäßigen Sprechstundenzeiten eine umfassende medizinische Versorgung gewährleisten können.

Aus diesem Grund können weder der Umstand, dass ein umfangreiches Labor auch für Notfälle vorgehalten wird, noch die Möglichkeit, im Notfall ein größeres Leistungsspektrum an Laborleistungen zu erbringen, eine höhere Fallpunktzahl rechtfertigen. Vielmehr kommt es allein darauf an, ob der Leistungsbedarf der Krankenhäuser bei den im Notfall zwingend erforderlichen Laborleistungen so weit vom durchschnittlichen Fallwert abweicht, dass es auch eingedenk des weiten Gestaltungsspielraums des Bewertungsausschusses unvertretbar erscheint, die Leistungen nach diesem Fallwert zu vergüten. Hiervon kann sich der Senat jedoch nicht überzeugen.

Dabei steht zwischen den Beteiligten außer Streit, dass Leistungen für Patienten, die stationär im Krankenhaus aufgenommen werden oder sich dort zur Abklärung der Frage einfinden, ob ein stationärer Aufenthalt erforderlich ist, nicht nach den arztgruppenbezogenen Fallpunktzahlen vergütet werden. Im ersten Fall werden die Laborleistungen vielmehr durch die im stationären Sektor maßgebenden Fallpauschalen oder Pflegesätzen mitvergütet. Im zweiten Fall erfolgt, wie der Kläger selbst einräumt, eine Vergütung der Abklärungsuntersuchung aufgrund eines Abrechnungsverfahrens unmittelbar mit den Krankenkassen. Die wegen der Schwere des Einzelfalles erfahrungsgemäß besonders aufwändigen Laboruntersuchungen werden von den Fallpunktzahlen also gar nicht erfasst.

Der Anwendungsbereich der Fallpunktzahlen beschränkt sich mithin auf die sog. "Selbsteinweiser" sowie auf die von ambulant tätigen Notfallärzten überwiesenen Patienten, bei denen keine Abklärungsuntersuchung erfolgt. Dass bei diesen Laborleistungen in einem Umfang zwingend erforderlich sind, der mit den pauschalen Fallpunktzahlen von 5 bzw. 10 Punkten nicht angemessen erfasst würde, lässt sich jedoch nicht feststellen. Dabei ist zum einen zu berücksichtigen, dass sich im Notfallpatientengut von Krankenhäusern ebenso wie von sonstigen Notfallärzten zahlreiche Patienten befinden, bei denen Notfalllaborleistungen überhaupt nicht oder nur in geringem Umfang anfallen. Typischerweise aufwändigeren Krankheitsfällen wie z.B. Diabetes hat der Bewertungsausschuss zum anderen dadurch Rechnung getragen, dass sie bei der Berechnung der begrenzten Gesamtpunktzahl außer Ansatz bleiben.

Aus den genannten Gründen brauchte der Bewertungsausschuss schließlich innerhalb der Gruppe der Notfallärzte keine weitere Binnendifferenzierung nach einzelnen Arztgruppen vorzunehmen. Da zum einen im Notfalldienst nur die zwingend notwendigen Laborleistungen erbracht und berechnet werden dürfen und zum anderen aufwändige Laborleistungen gesondert vergütungsfähig sind,

durfte er es im Rahmen seines Bewertungsspielraums vielmehr bei einer typisierenden Bewertung über alle Arztgruppen hinweg bewenden lassen.

3.

Schließlich ist die Klage auch hinsichtlich des Zinsantrages unbegründet.

Der Senat geht im Wege der Auslegung davon aus, dass sich der in der mündlichen Verhandlung gestellte Antrag, "nach dem Klageantrag zu erkennen", nicht auf den ursprünglichen, sondern auf den mit Schriftsatz vom 24.01.2003 geänderten Klageantrag bezieht. Zwar ist mit einer solchen Formulierung in aller Regel der in der mündlichen Verhandlung erster Instanz gestellte Antrag gemeint. Der Kläger hat jedoch im Vorfeld der Berufungsverhandlung eingehend und fundiert schriftsätzlich zu den Gründen der Änderung dieses Antrags vorgetragen. Es gibt für den Senat keinen Anlass zu der Annahme, dass er in der mündlichen Verhandlung hiervon wieder Abstand nehmen und zum ursprünglichen Klageantrag zurückkehren wollte.

Soweit der Kläger mit dem geänderten Klageantrag höhere Zinsen für die Zeit ab dem 01.01.2003 verlangt, führt dies schon deshalb nicht zum Erfolg, weil zu diesem Zeitpunkt eine verzinsbare Hauptforderung nicht mehr bestanden hat. Es steht außer Streit, dass die Beklagte den sich aus dem Urteil des BSG vom 31.01.2001 ergebenden Betrag von 8.6137,37 DM umgehend gezahlt hat. Weitergehende verzinsbare Forderungen des Klägers bestehen aus den dargelegten Gründen nicht. Daher kommt es auf die vom Kläger aufgeworfene Frage, ob die Zahlungsverzugsrichtlinie auf den vorliegenden Fall Anwendung findet, nicht an.

Der Betrag von 8.617,37 DM bzw. 4.405,99 EUR ist bis zur Zahlung durch die Beklagte ebenfalls nicht zu verzinsen. Der Senat weist die Berufung insoweit aus den Gründen der erstinstanzlichen Entscheidung zurück und sieht daher von einer weiteren Begründung ab ([§ 153 Abs. 2 SGG](#)).

4.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#) in der bis zum 01.01.2002 geltenden Fassung. Es hat kein Anlass bestanden, die Revision zuzulassen ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2003-10-29