

BUNDESSOZIALGERICHT



Im Namen des Volkes

Urteil

in dem Rechtsstreit

Az: 6 RKa 31/93

Stadt Darmstadt,
vertreten durch den Magistrat, Städtische Kliniken,
vertreten durch die Betriebsleitung,
Darmstadt, Grafenstraße 9,

Klägerin und Revisionsklägerin,

Prozeßbevollmächtigte:,

g e g e n

Kassenärztliche Vereinigung Hessen,
Frankfurt, Georg-Voigt-Straße 15,

Beklagte und Revisionsbeklagte,

beigeladen:

1. Kassenärztliche Bundesvereinigung,

Köln, Herbert-Lewin-Straße 3,

2. Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V.,



JLaw – Gesetze und Urteile
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
[\(mobile App\)](#)



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

Siegburg, Frankfurter Straße 84,

3. Barmer Ersatzkasse,

Wuppertal, Untere Lichtenplatzer Straße 100-102,

4. Techniker-Krankenkasse,

Hamburg, Bramfelder Straße 140,

5. Deutsche Angestellten-Krankenkasse,

Hamburg, Nagelsweg 27-35,

Der 6. Senat des Bundessozialgerichts hat auf die mündliche Verhandlung vom 12. Oktober 1994 durch den Vorsitzenden Richter F u n k, die Richter Prof. Dr. B a l t z e r und Dr. E n g e l m a n n sowie die ehrenamtlichen Richter Prof. Dr. S e n n e und Dr. B a u c h für Recht erkannt:

Auf die Revision der Klägerin werden die Urteile des Hessischen Landessozialgerichts vom 16. Juni 1993 und des Sozialgerichts Frankfurt am Main vom 2. Oktober 1991 abgeändert.

Die auf die Anträge der Beigeladenen zu 3) bis 5) ergangenen Berichtigungsbescheide in der Fassung des Bescheides vom 26. April 1989 und des Widerspruchsbescheides vom 16. August 1989 werden insoweit aufgehoben, als in ihnen der Vergütungsanspruch für Leistungen der Notfallbehandlung um mehr als 10 vH gemindert worden ist.

Die weitergehende Revision wird zurückgewiesen.

Die Beklagte hat der Klägerin deren Aufwendungen für das Revisionsverfahren zur Hälfte zu erstatten. Die Klägerin hat der Beklagten deren Aufwendungen für das Revisionsverfahren zur Hälfte zu erstatten. Im übrigen sind Kosten nicht zu erstatten.



Gründe:

I

Streitig ist die Höhe der Vergütung für ambulante Notfallbehandlungen.

Die Klägerin, die Stadt Darmstadt, ist Trägerin der Städtischen Kliniken, in denen in den Quartalen II/85 bis IV/87 für Ersatzkassenpatienten Notfallbehandlungen erbracht wurden. Die beklagte Kassenärztliche Vereinigung (KÄV) vergütete diese Behandlungen unter Zugrundelegung der vollen Gebührensätzen der Ersatzkassen-Gebührenordnung (E-GO). Die zu 3) bis 5) beigeladenen Ersatzkassen beantragten unter Bezugnahme auf einen Beschluß der Arbeitsgemeinschaft zu § 19 (AG § 19) des Arzt-/Ersatzkassenvertrages (EKV-Ärzte) erstmals für das Quartal II/85 die Richtigstellung der Abrechnungen der Klägerin und eine Honorierung der Notfalleistungen in Höhe von 80 % der Gebührensätze der E-GO.

Die Bezirksstelle Darmstadt der Beklagten berichtigte daraufhin die Abrechnungen der Klägerin (Bescheid vom 23. September 1987) für die Quartale II/85 bis IV/86 und mit weiteren Bescheiden für die Quartale I bis IV/87 unter Verminderung der Vergütung auf 80 % der Gebührensätze der E-GO. Die Honorarberichtigungen beliefen sich insgesamt auf 135.750,15 DM (auf diesen Betrag berichtigt durch Bescheid vom 26. April 1989). Die Widersprüche der Klägerin wies die Beklagte durch Bescheid vom 16. August 1989 bis auf den Teilbetrag von 4.797,06 DM zurück.

Das hiergegen angerufene Sozialgericht (SG) Frankfurt am Main hat die Bescheide der Beklagten aufgehoben (Urteil vom 2. Oktober 1991). Das Hessische Landessozialgericht (LSG) hat auf die Berufungen der Beklagten und der Beigeladenen zu 2), 3) und 5) das Urteil des SG aufgehoben und die Klage abgewiesen. Zur Begründung hat es ausgeführt: Die Klägerin habe gegen die Beklagte keinen höheren Anspruch als auf 80 % der geltend gemachten Honorare. Die Rechtsgrundlage des Vergütungsanspruchs ergebe sich dem Grunde und der Höhe nach aus den Vorschriften des Vertragsarztrechts über die Honorierung ärztlicher Leistungen. Für die Erbringung ambulanter ärztlicher Leistungen durch Krankenhäuser habe die AG § 19 durch die Beschlüsse Nr 438 (mit Wirkung vom 1. Juli 1985) und Nr 524 (mit Wirkung vom 1. Oktober 1987) festgesetzt, daß Leistungen ärztlich geleiteter ermächtigter Einrichtungen mit 80 % der für Vertragsärzte maßgeblichen Gebührensätze zu vergüten seien. Im Hinblick hierauf sei es nicht möglich, die in Krankenhäusern erbrachten Notfallbehandlungen günstiger zu honorieren. Dementsprechend habe die AG § 19 die Feststellung Nr 556 getroffen, wonach Notfalleistungen eines Krankenhauses mit 80 % der Vertragsarztsätze vergütet würden. Einer Honorarberichtigung stünden auch nicht formal-rechtliche Erfordernisse entgegen. Die Anträge der Beigeladenen zu 3) bis 5) seien innerhalb der Fünf-Monats-Frist des § 13



Nr 4 EKV-Ärzte gestellt worden. Die Klägerin könne sich des weiteren nicht auf eine Bindungswirkung der Honorarbescheide berufen. Die Vorschriften der §§ 44 ff des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch (SGB X) seien jedenfalls dann nicht anzuwenden, wenn die am Verwaltungsverfahren zum Erlaß des Honorarbescheides zunächst nicht beteiligten Ersatzkassen erstmals durch den Honorarbescheid vom Inhalt der Regelung erführen.

Mit der vom LSG zugelassenen Revision rügt die Klägerin die Verletzung materiellen Rechts. Eine unmittelbare Geltung des EKV-Ärzte scheide für sie als bei der Notfallbehandlung nicht zur vertragsärztlichen Versorgung ermächtigter Einrichtung aus. Regelungen des Vertragsarztrechts seien nach der Rechtsprechung des BSG von ihr nur zu beachten, soweit sie ihr bekannt gewesen seien oder hätten bekannt sein müssen. Die Vergütungsminde rung könne nicht auf die Beschlüsse der AG § 19 gestützt werden. Diese entfalteten Wirkung nur gegenüber Vertragsärzten als Mitgliedern der KÄV, nicht jedoch gegenüber Dritten. Abgesehen davon erfasse der Beschluß Nr 438 der AG § 19 die Vergütung von Notfallbehandlungen nicht; denn er beziehe sich ausschließlich auf die Vergütung von in ermächtigten Einrichtungen erbrachten Leistungen. Eine Regelung der Vergütung für ambulante Notfallbehandlungen in Krankenhäusern sei erstmals in der Feststellung Nr 556 getroffen worden. Diese enthalte aber keine Klarstellung geltenden Rechts, sondern hole die bis dahin fehlende Regelung nach. Das könne allerdings nur für die Zukunft geschehen, wobei derartige Beschlüsse nicht Lücken in Regelungen des EKV-Ärzte schließen könnten. Hinzu komme, daß die Beklagte ihr, der Klägerin, bei unveränderter Vertragslage die erbrachten Leistungen zu 100 % der Gebührenordnungssätze vergütet habe, so daß kein Anhaltspunkt dafür vorgelegen habe, daß die Notfallbehandlung nur zu 80 %-Sätzen zu vergüten seien. Bis zur gesetzlichen 90 %-Regelung des § 120 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) sei daher grundsätzlich davon auszugehen gewesen, daß ein Krankenhaus im Bereich der Notfallbehandlungen nach kassen- und vertragsärztlichen Grundsätzen auch einen 100 %igen Kostenerstattungsanspruch haben konnte. Schließlich fehle es an der Rechtsgrundlage für das Geltendmachen der Berichtigungsansprüche durch die beigeladenen Krankenkassen. § 13 Ziff 4 des EKV-Ärzte erfasse die hier vorgenommenen Berichtigungen nicht.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Hessischen Landessozialgerichts vom 16. Juni 1993 aufzuheben und die Berufungen der Beklagten und der Beigeladenen zu 2), 3) und 5) gegen das Urteil des Sozialgerichts Frankfurt am Main vom 2. Oktober 1991 zurückzuweisen.

Die Beklagte und die Beigeladenen zu 2) bis 5) beantragen,
die Revision zurückzuweisen.



Sie legen im einzelnen dar, daß das angefochtene Urteil zutreffend sei.

II

Die Revision der Klägerin ist zum Teil begründet. Die angefochtenen Bescheide der Beklagten sind insoweit rechtswidrig, als die Vergütung der in den Kliniken der Klägerin an Ersatzkassenpatienten erbrachten Notfallbehandlungen um mehr als 10 vH der E-GO-Sätze vermindert worden ist.

Die nachträglichen Berichtigungen der von der Beklagten zuvor erteilten Honorarabrechnungen durch die angefochtenen Bescheide stellen sich, wovon das LSG zu Recht ausgegangen ist, als teilweise Rücknahme der Honorarbescheide dar. Ihr stehen verwaltungsverfahrenrechtliche Regelungen nicht entgegen. Nach der Rechtsprechung des Senats (zuletzt Urteil vom 24. August 1994 - 6 RKa 20/93 - zur Veröffentlichung vorgesehen) unterliegt die nachträgliche rechnerische und/oder gebührenordnungsmäßige Berichtigung der bescheidmäßigen Honorarabrechnungen eines Kassen-/Vertragsarztes grundsätzlich nicht den Einschränkungen des § 45 SGB X, einerlei ob sie auf Antrag einer Krankenkasse oder von Amts wegen vorgenommen wird. § 45 SGB X ist auf Honorarberichtigungsbescheide nicht anwendbar, weil in den auf bundesgesetzlicher Ermächtigung beruhenden vertraglichen Vorschriften über das Verfahren der rechnerischen und sachlichen Prüfung und Richtigstellung der vertragsärztlichen Honorarabrechnungen (hier § 12 Abs 3 EKV-Ärzte in der bis zum 30. September 1990 gültig gewesenen Fassung - aF) eine eigene, abschließende Regelung dieser Rechtsmaterie zu sehen ist, die gemäß § 37 Satz 1 des Ersten Buches Sozialgesetzbuch (SGB I) den allgemeinen verwaltungsverfahrenrechtlichen Bestimmungen über die Rücknahme rechtswidriger Verwaltungsakte vorgeht und deren Anwendung ausschließt (vgl im einzelnen Senatsurteil vom 24. August 1994 - aaO). Das gilt im selben Umfang auch für die Berichtigung von Honorarbescheiden, die gegenüber Krankenhäusern ergangen sind, die ambulante Notfallbehandlungen von Ersatzkassenpatienten durchgeführt haben.

Zwar können die normativen Regelungen über die Berichtigung von Honorarbescheiden gegenüber der Klägerin keine unmittelbare Anwendung finden; denn diese Vorschriften sind nur für die an der vertragsärztlichen Versorgung beteiligten Ärzte verbindlich (§ 5 Abs 1 iVm § 6 EKV-Ärzte aF). Die Notfallbehandlung an Ersatzkassenpatienten durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung beteiligte Ärzte bzw Krankenhäuser ist - ebenso wie die entsprechende Behandlung von Versicherten der Primärkassen (hierzu mwN: BSGE 71, 117, 118 = BSG SozR 3-2500 § 120 Nr 2) - zwar nicht unmittelbar durch gesetzliche und/oder vertragliche Regelungen im einzelnen näher



bestimmt. Sie ist jedoch, wie der Senat in ständiger Rechtsprechung entschieden hat, Bestandteil der vertragsärztlichen (bzw kassenärztlichen) Versorgung (BSGE aaO; für den vertragsärztlichen Bereich BSG SozR 2200 § 368d Nr 5), die von den KÄVn gegenüber den Krankenkassen sicherzustellen ist (s § 1 Abs 7 EKV-Ärzte aF). Mit der Übernahme der Behandlung von Ersatzkassenpatienten wird der Nichtvertragsarzt bzw das Krankenhaus in einem Leistungssystem tätig, das durch vertragliche und autonome Regelungen näher ausgestaltet ist. Die Ermächtigung des Nichtvertragsarztes bzw des Krankenhauses, in einem Notfall an Ersatzkassenpatienten Leistungen zu erbringen, enthält die Maßgabe, die Tätigkeit im Rahmen des auf gesetzlicher Grundlage beruhenden vertraglichen Leistungssystems auszuüben (BSG SozR 2200 § 368d Nr 5; vgl bereits BSGE 15, 169, 174 = SozR Nr 1 zu § 368d RVO). Aus der Einbeziehung des Notfallbehandlungen erbringenden Nichtvertragsarztes bzw Krankenhauses in das gesetzliche und vertragliche Leistungssystem folgt jedoch, daß sich auch deren Vergütungsansprüche dem Grunde und der Höhe nach aus diesem System herleiten. Das bedeutet, daß von Nichtvertragsärzten bzw Krankenhäusern an Ersatzkassenpatienten geleistete Notfallbehandlungen auf der Grundlage der für Vertragsärzte geltenden Gebührenordnung - der E-GO - zu vergüten sind (vgl BSGE 71, 117, 118 = SozR aaO). Demgemäß bemißt sich der Vergütungsanspruch des Nichtvertragsarztes regelmäßig nach den vollen E-GO-Sätzen (vgl BSGE 71, 117, 119 = SozR aaO; Hess in KassKomm, § 75 SGB V, RdNr 31). Ausnahmen bestehen insoweit für bestimmte, im Rahmen eines organisierten ärztlichen Notfalldienstes von nicht niedergelassenen Nichtkassenärzten erbrachte Leistungen, für die die Vertragspartner der E-GO (bzw des BMÄ) niedrigere Vergütungen als die nach der E-GO (BMÄ) üblichen vereinbaren dürfen (BSGE 70, 240, 243 ff = SozR 3-5533 Allg Nr 1).

Für an Krankenhäusern als Institutsleistungen - mithin nicht durch einen ermächtigten Arzt - erbrachte Notfallbehandlungen stellt sich die Rechtslage bezüglich der Höhe des Vergütungsanspruchs indessen anders dar. Die Klägerin kann für die in den Quartalen II/85 bis IV/87 in ihren Kliniken durchgeführten Notfallbehandlungen von Versicherten der Beigeladenen zu 3) bis 5) zwar nicht eine Vergütung in voller Höhe der für Vertragsärzte maßgebenden Gebührensätze beanspruchen. Sie braucht aber nur einen Abschlag von 10 vH auf diese Gebührensätze hinzunehmen.

Nach der Rechtsprechung des Senats, an der festgehalten wird, ist es angesichts der Systembesonderheiten der Krankenhausfinanzierung gerechtfertigt, die Vergütung von ambulanten Notfallbehandlungen unterhalb der vollen Gebührensätze der maßgeblichen Gebührenordnung zu bemessen (vgl BSG SozR 2200 § 368n Nr 23 unter Hinweis auf die günstigere Kostensituation der Krankenhäuser; in diesem Sinne auch BSG SozR 2200 § 368d Nr 5 und für den ähnlich gelagerten Sachverhalt der Vergütung von Rettungsdienst-Einsatzes BSG SozR 2200 § 368d Nr 6). In Konkretisierung dieser Rechtsprechung hat es der Senat wegen der bei öffentlich geförderten Krankenhäusern



(noch) bestehenden Mitfinanzierung bestimmter Investitionskosten durch die Bundesländer als rechtlich zulässig erachtet, unter der Geltung des Gesundheitsreformgesetzes (GRG) vom 20. Dezember 1988 (BGBl I 2477) die Vorschrift des § 120 Abs 3 Satz 2 SGB V, die einen Investitionskostenabschlag in Höhe von 10 vH für ambulante Leistungen ermächtigter Ärzte vorsieht, auf die Vergütung von in Krankenhäusern erbrachten Notfallbehandlungen entsprechend anzuwenden. Der Senat wertet die Regelung des § 120 Abs 3 Satz 2 SGB V als Ausdruck eines allgemeinen Rechtsgedankens, nach dem der im Verhältnis zu niedergelassenen Kassen-/Vertragsärzten günstigeren Kostensituation der öffentlich geförderten Krankenhäuser bei ambulanter Behandlung mit einem Abschlag von 10 vH der gebührenordnungsmäßigen Vergütungssätze Rechnung zu tragen ist. Hieraus folgt, da abweichende vertragliche Vereinbarungen zwischen den Beteiligten nicht getroffen worden sind, daß auch die von der Klägerin in dem hier streitigen Zeitraum erbrachten ambulanten Notfallbehandlungen mit einem Abschlag von 10 vH der E-GO-Sätze zu honorieren sind (so nunmehr auch die für Notfallbehandlungen maßgebliche Regelung des § 15 Abs 3 EKV-Ärzte in der ab 1. Oktober 1990 geltenden Fassung).

Demgegenüber kommt ein Abschlag von 20 vH der Gebührenordnungssätze, wie ihn die beigeladenen Krankenkassen in Anlehnung an die für poliklinische Leistungen gültig gewesene Vorschrift des § 368n Abs 3 Satz 5 RVO (nunmehr § 120 Abs 3 Satz 2 letzter Halbsatz SGB V) fordern, nicht in Betracht. Die genannte Regelung gilt speziell für poliklinische Einrichtungen und soll verhindern, daß die Krankenkassen mit den von den Bundesländern zu tragenden Kosten für Einrichtungen von Forschung und Lehre an den Hochschulen belastet werden (s Hess in KassKomm, § 120 SGB V, RdNr 16). Dieser Gesichtspunkt ist indessen für andere Krankenhäuser nicht relevant, so daß eine entsprechende Anwendung der Vorschrift schon aus diesem Grunde ausscheidet.

Die Beschlüsse der AG § 19 EKV-Ärzte stützen im vorliegenden Fall ebenfalls nicht einen Honorarabschlag von 20 vH. Die AG § 19 hatte schon mit Wirkung vom 1. Juli 1978, bestätigt durch Beschluß Nr 438 mit Wirkung vom 1. Juli 1985 und Beschluß Nr 524 mit Wirkung vom 1. Oktober 1987, bestimmt, daß Leistungen ärztlich geleiteter ermächtigter Einrichtungen mit 80 vH der für Vertragsärzte maßgeblichen Gebührensätze zu vergüten sind. Die für ermächtigte Einrichtungen geltenden Beschlüsse können nicht auf die Honorierung von Notfallbehandlungen, die in nicht ermächtigten Einrichtungen erbracht worden sind, übertragen werden. Zum einen sind die Vertragspartner des EKV-Ärzte nicht befugt, einen auf bundesrechtlicher Grundlage beruhenden Vergütungsanspruch in Höhe von 90 vH der maßgeblichen Gebührensätze einseitig zu Lasten von nicht ermächtigten Einrichtungen zu verringern. Zum anderen besteht ein maßgeblicher Unterschied im Verhältnis zu den ermächtigten Einrichtungen. Ermächtigungen werden nur auf Antrag erteilt. Die Einrichtungen, hier also Krankenhäuser, können insoweit selbst entscheiden, ob sie eine Ermächtigung beantragen und in deren Folge Behandlungen zu den von den



Partnern des EKV-Ärzte vereinbarten Gebührensätzen übernehmen wollen. Im Gegensatz dazu können und dürfen sich die betroffenen Krankenhäuser der Durchführung von Notfallbehandlungen nicht entziehen.

Die fehlende Befugnis zur vertraglichen Festlegung von niedrigeren als den nach Bundesrecht vorgegebenen Notfallvergütungen steht schließlich auch der Anwendung der in der Sitzung der AG § 19 vom 29./30. September 1987 getroffenen Feststellung Nr 556 entgegen, in der eine Vergütung von in Krankenhäusern erbrachten Notfallbehandlungen mit 80 vH der für Vertragsärzte maßgeblichen Gebührensätze vorgesehen war, so daß es bei dem Honoraranspruch der Klägerin in Höhe von 90 vH der E-GO-Gebührensätze verbleibt.

Auf die Revision der Klägerin waren daher die angefochtenen Urteile und die Bescheide der Beklagten abzuändern. Die weitergehende Revision war zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 Sozialgerichtsgesetz.

