

Bundessozialgericht

Az.: 6 RKa 46/64

Im Namen des Volkes

Verkündet am
28. Mai 1965

In dem Rechtsstreit

der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein, Düsseldorf, Tersteegenstraße 31,

Beklagten und Revisionsklägerin,

Prozeßbevollmächtigte:

g e g e n

Kläger und Revisionsbeklagten,

Prozeßbevollmächtigte:

beigeladen:

- 1) Landesverband der Ortskrankenkassen Rheinland, Düsseldorf, Kasernenstraße 61,
- 2) Landesverband der Innungskrankenkassen Nordrhein und Rheinland-Pfalz, Köln, Heumarkt 12-14,
- 3) Landesverband der Betriebskrankenkassen Nordrhein-Westfalen, Essen, Kronprinzenstraße 6,

hat der 6. Senat des Bundessozialgerichts auf die mündliche Verhandlung vom 28. Mai 1965, an der mitgewirkt haben

Senatspräsident Prof. Dr. B o g s
als Vorsitzender,

die Bundesrichter Dr. L a n g k e i t und
Dr. K a i s e r

sowie
die Bundessozialrichter Dr. T h i e d i n g und

Dr. D e g e n h a r d
als ehrenamtliche Richter

für Recht erkannt:

Die Revision der Beklagten gegen das Urteil des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen vom 23. Juni 1964 wird zurückgewiesen.

- 2 -



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

- 2 -

Die Beklagte hat dem Kläger auch die außergerichtlichen Kosten des Revisionsverfahrens zu erstatten.

G r ü n d e :

Der Kläger ist aufgrund des Anstellungsvertrages vom 1. Oktober 1934 als Leiter der Röntgen- und Strahlenabteilung im Krankenhaus in M be-
schäftigt. Er ist zur Tätigkeit für die gesetzlichen Krankenkassen zugelassen. Laut Anstellungsvertrag ist er berechtigt und verpflichtet, zur Ausübung der ambulanten ärztlichen Behandlung die Röntgeneinrichtung des Krankenhauses zu benutzen. Für seine Tätigkeit im Krankenhaus zahlt ihm der Krankenhausträger, soweit es sich um Patienten der 3. Pflegeklasse handelt, monatlich 300,-DM; hinsichtlich der Behandlung der Patienten der 1. und 2. Pflegeklasse ist ihm das freie Liquidationsrecht eingeräumt. Seine ambulante Behandlungstätigkeit an Kassenpatienten rechnet der Kläger bei der beklagten Kassenärztlichen Vereinigung (KÄV) ab. Die insoweit anfallenden Röntgenunkosten erstattet die Beklagte aus den ihr von den Krankenkassen gezahlten Gesamtvergütungen dem Krankenhausträger unmittelbar. Die Vergütung erfolgt nach festen Sätzen, die in einer von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft abgeschlossenen seit 1. Oktober 1958 wirksamen Rahmenvereinbarung festgelegt sind. Die Tarifsätze für Röntgenunkosten entsprechen denen des Tarifs für Röntgenleistungen vom 27. Mai 1930 (Röntgenunkostentarif). Mit den Sätzen des Unkostentarifs sind die bei Ausführung der ärztlichen Sachleistungen zu berücksichtigenden Unkosten (allgemeine und besondere Unkosten) abgegolten (Ziff. 2 der Rahmenvereinbarung). Auf der Grundlage dieses Empfehlungsabkommens haben die Beklagte und die Krankenhausgesellschaft für Nordrhein-Westfalen, der das Krankenhaus

- 3 -



- 3 -

Mr. [Name] angehört, am 23. März 1961 eine entsprechende Vereinbarung getroffen. Diese gilt zwar erst seit 1. April 1961, die Vertragspartner haben aber schon vorher im gegenseitigen Einvernehmen nach der Rahmenvereinbarung verfahren.

Der Kläger rechnet seine ärztlichen Sachleistungen und sonstigen Leistungen, die er bei Kassenpatienten ambulant durchgeführt hat, bei der Beklagten auf deren Anregung in gleicher Weise wie die anderen Kassenärzte ab. In seiner Abrechnung sind somit das Honorar für die ärztliche Sachleistung nach Teil II Nr. 21 d der Preußischen Gebührenordnung (Preugo) und die Unkosten nach Teil I des Röntgenunkostentarifs aufgeführt. Die Röntgenunkosten werden von der Krankenhausverwaltung zusammengestellt und vom Kläger mit einem Bestätigungsvermerk versehen.

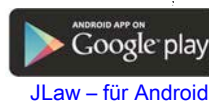
Nach Prüfung der Honorarabrechnungen des Klägers für die Abrechnungsvierteljahre III - IV/1960 sowie II - III/1961 hat die Beklagte seine Röntgenleistungen gekürzt, und zwar die ärztlichen Leistungen nach der Ertragsstaffel in Anlage I zu § 2 ihres Honorarverteilungsmaßstabs (HVM) vom 28. Mai 1960 und die Röntgenunkosten nach der Ertragsstaffel in Anlage II zu § 2 des HVM. Diese Beträge hat sie unter Anwendung der jeweiligen Auszahlungsquote - diese hat in den Quartalen III - IV/60 sowie in II/61 85 v.H. und in III/61 88 v.H. betragen - dem Konto des Klägers gutgeschrieben. Gleichzeitig hat sie dieses Konto mit den für die gleichen Abrechnungszeiträume unmittelbar an das Krankenhaus M (ungekürzt nach Maßgabe der Tarife der ab 1. Oktober 1958 gültigen Rahmenvereinbarung) gezahlten Unkostenbeträgen belastet.

Der Kläger hält sich durch das von der Beklagten angewandte Abrechnungsverfahren für benachteiligt, weil infolge der von der Beklagten vorgenommenen Belastung seines Kontos mit den vollen Sätzen des Röntgenunkostentarifs, der nur

- 4 -



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



- 4 -

der jeweilige durch Anwendung der Ertragsstaffel begrenzte und außerdem quotierte Betrag nach diesem Tarif gegenüberstehe, sein Anspruch auf Erstattung seiner Röntgenunkosten dementsprechend gemindert werde. Er sieht die Ertragsstaffel in Anlage II zu § 2 des HVM als rechtsunwirksam an. Seine Widersprüche gegen die Honorarbescheide der Beklagten waren indessen ohne Erfolg.

Das Sozialgericht (SG) Düsseldorf hat in getrennten Verfahren durch Urteile vom 11. Mai 1962, deren Formel es durch die Beschlüsse vom 3. und 18. Oktober 1962 berichtet hat, seinen Klagen stattgegeben. Es ist der Ansicht, daß es sich bei dem aus der Durchführung der Röntgenleistung als einer rein ärztlichen Leistung erwachsenen Honoraranspruch des Klägers und dem auf Abgeltung der hierbei angefallenen Unkosten gerichteten Anspruch des Krankenhausträgers um zwei wesensverschiedene selbständige Ansprüche handele, so daß es nicht zulässig sei, die an den Krankenhausträger unmittelbar gezahlten Abgeltungsbeträge auf den Honoraranspruch des Klägers anzurechnen.

Das Landessozialgericht (LSG) Nordrhein-Westfalen hat die von der Beklagten eingelegten Berufungen miteinander verbunden und sie durch Urteil vom 23. Juni 1964 zurückgewiesen. Die Formel der angefochtenen SG-Urteile hat es dahin klargestellt, daß die mit den Klagen angegriffenen Verwaltungsakte der Beklagten insoweit aufgehoben seien, als der Anteil des Klägers an der Gesamtvergütung um den Betrag gemindert worden sei, um den die dem Krankenhaus Maria Hilf erstatteten Röntgenunkosten die in den Abrechnungsbescheiden der Beklagten anerkannten Röntgenunkosten überstiegen. Das LSG hat die Revision zugelassen.

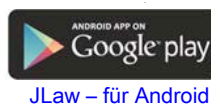
Seine Entscheidung hat das Berufungsgericht im wesentlichen wie folgt begründet:

Es könne dahingestellt bleiben, ob der Anspruch des Krankenhausträgers auf volle Abgeltung seiner Unkosten gegen-

- 5 -



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



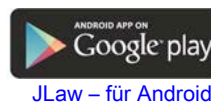
- 5 -

über der Beklagten ein originärer oder ein derivativer Anspruch sei. Stehe dieser Abgeltungsanspruch dem Krankenhaussträger unmittelbar zu eigenem Recht zu, dann könnten die von der Beklagten insoweit geleisteten Zahlungen weder ganz noch teilweise Erfüllungswirkung hinsichtlich des nur auf Honorierung der rein ärztlichen Leistungen gerichteten Anspruchs des Klägers haben. Entstehe der Anspruch des Krankenhaussträgers aber als Bestandteil des Anspruchs auf einen bestimmten Anteil an der kassenärztlichen Gesamtvergütung zunächst in der Person des die Sachleistung ausführenden Kassenarztes und gehe er von diesem auf den Krankenhaussträger über, so sei jedenfalls die auf der Anwendung des HVM beruhende nur gekürzte Anerkennung der Unkosten dem Kläger gegenüber bei Feststellung seines Anteils an der Gesamtvergütung unrichtig, denn übergehen könne auf einen Rechtsnachfolger nur, was schon dem Rechtsvorgänger zugestanden habe; wenn daher der Krankenhaussträger den Anspruch auf volle Abgeltung seiner Unkosten derivativ erlangt haben sollte, müsse er zwangsläufig in gleichem Umfang bereits in der Person des Klägers bestanden haben. Die Beklagte verstoße deshalb gegen die allgemeinen Sätze juristischer Logik, wenn sie gegenüber dem Kläger im Rahmen der Honorarverteilung die bei Ausführung der Röntgenleistungen entstandenen Unkosten nur gekürzt durch Staffel und Quote berücksichtige, während sie ihm andererseits die an den Krankenhaussträger unmittelbar gezahlten Unkostenbeträge voll anrechne. Sie müsse vielmehr die Röntgenunkosten gegenüber dem Krankenhaussträger und gegenüber dem Kläger in gleicher Höhe ansetzen. Im übrigen seien nach § 368 n Abs. 2 Satz 1 der Reichsversicherungsordnung (RVO) Unkosten, die entstünden, wenn ein an der kassenärztlichen Versorgung aufgrund Zulassung oder Beteiligung mitwirkender Krankenhausarzt Sachleistungen, die in die Gesamtvergütung einbezogen seien, im Krankenhaus mit dessen Einrichtung ausführe, dem Krankenhaus von der KÄV unmittelbar und außerhalb

- 6 -



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

- 6 -

des HVM nach besonders zu vereinbarenden Sätzen zu erstatten. Dies habe jedoch zur Folge, daß die dem Krankenhaus zustehende Vergütung aus dem Honoraraufkommen vorweg zu zahlen sei. Die Beklagte hätte daher die Röntgenunkosten bei Feststellung des dem Kläger an der Gesamtvergütung zustehenden Anteils nicht in den HVM mit einbeziehen dürfen. Dieser verstoße, da er keine Bestimmungen enthalte, daß Unkosten solcher Art vorweg zu zahlen seien, gegen das der autonomen Satzungsbefugnis der Beklagten übergeordnete Kassennarztrecht. Der Einwand der Beklagten, die hier vertretene Auffassung führe zu einer Schlechterstellung der in eigener Praxis tätigen Kassenärzte gegenüber den mit den Einrichtungen der Krankenhäuser arbeitenden zugelassenen oder beteiligten Krankenhausärzten, treffe in dieser Unbedingtheit nicht zu. Dadurch, daß die den Krankenhäusern unmittelbar vergüteten Sachleistungen aus der Honorarverteilung herausgenommen seien, sei der Krankenhausarzt hinsichtlich der Sachunkosten sowohl von Quotierungsverlusten als auch von Quotierungsgewinnen ausgeschlossen. Wie das Beispiel des Klägers beweise, leisteten die zugelassenen oder beteiligten Krankenhausärzte durch entsprechend geringere Entlohnung ihrer abhängigen Beschäftigung im Krankenhaus einen beachtlichen Beitrag zur Deckung der durch die Benutzung der Krankenhauseinrichtung entstehenden Krankenhausunkosten, so daß allenfalls von einer Bereicherung des Krankenhauses gesprochen werden könne.

Die Beklagte hat ihre Revision im wesentlichen wie folgt begründet:

Die von ihr vorgenommene rechnerische Belastung des Klägers mit der sogenannten Quotendifferenz, nämlich dem Unterschied zwischen dem vollen und dem quotierten Unkostenerstattungsbetrag, widerspreche § 368 n Abs. 2 Satz 1 RVO nicht, denn nach dieser Vorschrift bleibe nur

- 7 -



- 7 -

die "rein ärztliche Leistung" von dem zwischen KÄV und Krankenhaus zu vereinbarenden Unkostensatz unberührt. Die dem Arzt nach der amtlichen Gebührenordnung zustehende Vergütung für eine von ihm vorgenommene Verrichtung und der Anspruch auf Vergütung für seine "rein ärztliche Leistung" im Sinne jener Vorschrift seien aber nicht dasselbe. Mit den Gebührensätzen der Preugo würden auch die allgemeinen Praxisunkosten des Arztes abgegolten. Daneben seien die durch eine Röntgentätigkeit ausgelösten besonderen Unkosten gesondert zu vergüten. In den zwischen der KBV und der Deutschen Krankenhausgesellschaft vereinbarten Unkostensätzen seien jedoch die allgemeinen und die besonderen Unkosten enthalten. Die KÄV müsse also, wenn die Auffassung der Vorinstanzen zutreffe, die allgemeinen Unkosten doppelt bezahlen. Da den zugelassenen oder beteiligten Krankenhausärzten, welche die Einrichtung des Krankenhauses für ihre kassenärztliche Tätigkeit benutzten, keine allgemeinen Praxisunkosten entstünden, stünden ihnen die vollen Preugo-Sätze nicht zu. Die Quotendifferenz benachteilige diese Gruppe von Ärzten sonach nicht; sie würde anderenfalls sogar besser gestellt als der frei praktizierende Arzt, der für seine Praxiseinrichtung erhebliche Unkosten aufwenden müsse. Es sei zwar nicht zu verkennen, daß der Anteil der allgemeinen Praxisunkosten und die Quotendifferenz, mit der der Kläger belastet werde, nicht gleich hoch zu sein bräuchten. Bei Rahmenvereinbarungen könne aber nicht auf die jeweiligen Besonderheiten des Einzelfalles abgestellt werden. Die zwischen der KBV und der Deutschen Krankenhausgesellschaft abgeschlossene Rahmenvereinbarung habe allgemeinen Erfahrungen entsprechende Erstattungssätze zugrunde gelegt. Die Frage, ob der Kläger für seine eigentliche Krankenhaustätigkeit eine angemessene Vergütung erhalte, habe mit der hier zu entscheidenden Rechtsfrage nichts zu tun. Der Kläger könne nicht erwarten, daß diese nach seiner Ansicht unangemessen nied-

- 8 -



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

[JLaw – für Android](#)[JLaw – für iOS](#)

- 8 -

rige Vergütung durch die in der KÄV zusammengeschlossenen Ärzte ausgeglichen werde.

Der Kläger hat bezweifelt, ob der erkennende Senat verfassungsgemäß zusammengesetzt ist. Die die Berufung der Bundessozialrichter regelnden Vorschriften des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) schließen die Mitwirkung von Mitgliedern der Vertreterversammlungen Kassenärztlicher Vereinigungen nicht aus. Nach der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) vom 24. November 1964 - 2 BvL 19/63 - (BVerfG 18, 241) sei die Berufung solcher ehrenamtlicher Richter verfassungswidrig. Es komme nicht darauf an, ob die im Einzelfall amtierenden ehrenamtlichen Richter verfassungswidrig berufen worden seien, denn es sei nicht ausgeschlossen, daß bei Vorhandensein einer verfassungsgemäßen Vorschrift sämtliche Gerichtskörper anders zusammengesetzt seien, so daß sämtliche Beteiligte in allen Prozessen ihrem gesetzlichen Richter entzogen seien. Sachlich hält der Kläger das Urteil des Vordergerichts für zutreffend.

Die Beklagte hat beantragt,

die Entscheidungen der Vorinstanzen aufzuheben
und die Klagen abzuweisen,

hilfsweise,

das angefochtene Urteil mit den ihm zugrunde
liegenden Feststellungen aufzuheben und die
Sache zur erneuten Verhandlung und Entschei-
dung an das LSG zurückzuweisen.

Der Kläger hat beantragt,

die Revision zurückzuweisen.

- 9 -



- 9 -

II

Der Senat hat zunächst geprüft, ob er in der Besetzung mit zwei Kassenärzten als ehrenamtlichen Beisitzern, die nicht Mitglieder der Vertreterversammlung der beklagten KÄV sind, in einer dem Grundgesetz genügenden Weise zusammengesetzt ist. Er hat dies bejaht. Wie er in seinem Urteil in der heute entschiedenen Streitsache 6 RKa 2/65 des näheren ausgeführt hat, steht § 46 Abs. 2 SGG mit der Verfassung in Einklang. Nach dieser Vorschrift werden die Vorschlagslisten für die Bundessozialrichter in den Senaten für Angelegenheiten des Kassenarztrechts, aus denen der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung die ehrenamtlichen Richter beruft (§ 45 Abs. 2 SGG), von den Kassenärztlichen Vereinigungen und von den Verbänden der Krankenkassen aufgestellt. Der erkennende Senat hat in dem genannten Urteil ferner entschieden, daß die Mitglieder der Vertreterversammlungen Kassenärztlicher Vereinigungen von der ehrenamtlichen Tätigkeit als Bundessozialrichter grundsätzlich nicht ausgeschlossen sind. Auf die Urteilsgründe wird insoweit verwiesen.

Der - durch Zulassung statthaften (§ 162 Abs. 1 Nr. 1 SGG) - Revision war der Erfolg zu versagen.

Zwischen den Beteiligten ist in erster Linie streitig, ob die Unkosten der vom Kläger im Krankenhaus erbrachten ärztlichen Sachleistungen, soweit sie ambulanter Natur sind, in die Honorarabrechnungen der Beklagten mit dem Kläger einbezogen werden dürfen. Die Vorinstanzen haben zutreffend entschieden, daß die Beklagte dies nicht tun darf. Dies ergibt sich aus folgenden Erwägungen:

Ein frei praktizierender Arzt, der im Rahmen seiner kassenärztlichen Tätigkeit Sachleistungen ausführt, kann diese, soweit sie in der Gesamtvergütung einbezogen sind

- 10 -



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

(§ 368 f Abs. 1 RVO), bei seiner KÄV abrechnen (§ 2, § 16, § 31 Abs. 3 Nr. 3 des Bundesmantelvertrages-Ärzte vom 1. Oktober 1959 in Verbindung mit Nr. 2 der am 22. November 1944 zwischen den Reichsverbänden der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung Deutschlands geschlossenen Vereinbarung über die Einbeziehung der ärztlichen Sachleistungen in die kassenärztliche Gesamtvergütung). Abgerechnet werden können insoweit nicht nur die vom Kassenarzt getätigten ärztlichen Leistungen, sondern grundsätzlich auch die damit verbundenen Unkosten. Für die Sachleistungen eines angestellten Krankenhausarztes, der zugelassen oder an der kassenärztlichen Versorgung beteiligt ist (§ 368 a Abs. 8 RVO), hat vor dem Inkrafttreten des Gesetzes über Kassenarztrecht insoweit nichts anderes gegolten, da auch er die Sachleistungen - wenn auch mit fremden Mitteln - erbracht hat und nur ihn - aufgrund der Zulassung oder Beteiligung - Rechtsbeziehungen mit der KÄV verbanden. Der frei praktizierende Arzt hat sich allerdings die zur Ausführung der Sachleistungen erforderliche Einrichtung selbst beschafft, während der Krankenhausarzt hierfür die Apparatur des Krankenhauses benutzt, er diesem daher die dadurch entstandenen Kosten grundsätzlich ersetzen muß. Die Errechnung des Unkostenanteils an der einzelnen vom Arzt erbrachten Leistung begegnet - abgesehen davon, daß die bei jeder einzelnen Sachleistung in Wirklichkeit entstandenen Unkosten ohnehin niemals genau bezifferbar sind - insofern meist nicht unerheblichen Schwierigkeiten, als bei Sachleistungen in den meisten Positionen der Preugo das Entgelt für die rein ärztliche Leistung und der Anteil der Unkosten in einer Gebührenordnungsziffer zusammengefaßt sind (s. auch Teil I § 11 der Preugo). Dieser Unkostenanteil könnte sonach bei der Honorarabrechnung eines zugelassenen oder beteiligten Krankenhausarztes, der zur Ausführung seiner Sachleistungen die Einrichtung des Krankenhauses benutzt, von KÄV und Krankenhausträger unterschiedlich bewertet werden. Dies



- 11 -

trifft auch auf Röntgenleistungen zu, denn der am 27. Mai 1930 zwischen dem Verband der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund) und den Spitzenverbänden der Krankenkassen vereinbarte Tarif für Röntgenleistungen, dessen Tarif I die Unkosten für Röntgendiagnostik in Pauschalsätzen festlegt, betrifft nur die Unkosten der im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung erbrachten Röntgenleistungen (nach § 5 Abs. 3 der am 1. April 1965 in Kraft getretenen Gebührenordnung für Ärzte vom 18. März 1965 - BGBl I S. 89 - sind nunmehr mit den Gebühren für Röntgendiagnostik alle hierdurch entstandenen tatsächlichen Unkosten abgegolten, ausgenommen Versand- und Portokosten). Krankenhausträger und Krankenhausarzt sind an diese Sätze nicht gebunden; es bleibt ihrer freien Vereinbarung überlassen, in welcher Höhe diese Unkostenbeträge anzusetzen sind. Bei der Unkostenverrechnung der Sachleistungen, insbesondere solcher, für die die Preugo nur eine - die ärztliche Leistung und die Unkosten zusammenfassende - Gebührencyiffer enthält, haben sich in der Vergangenheit in den Beziehungen zwischen den Krankenhäusern und ihren angestellten Ärzten Unzuträglichkeiten ergeben. Auf Anregung der Deutschen Krankenhausgesellschaft ist deshalb in § 368 n Abs. 2 Satz 1 RVO die Vorschrift aufgenommen worden, daß die aufgrund der Zulassung oder Beteiligung in Krankenhäusern ausgeführten, in die Gesamtvergütung einbezogenen ärztlichen Sachleistungen "unbeschadet der Vergütung rein ärztlicher Leistungen" zwischen den KÄVen und den Krankenhäusern außerhalb des HVM (§ 368 f Abs. 1 RVO) nach Sätzen vergütet werden, die zwischen den KÄVen und den Krankenhäusern oder deren Verbänden zu vereinbaren sind. In einer seit 1. Oktober 1958 wirksamen Rahmenvereinbarung haben die KBV und die Deutsche Krankenhausgesellschaft - im Sinne einer Empfehlung an die ihnen angeschlossenen KÄVen und Krankenhausträger - einen Unkostentarif für die von zugelassenen und beteiligten Ärzten in Krankenhäusern ausgeführten ärztlichen

Hinweis: Auch Teile der Urteilsammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

- 12 -

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

- 12 -

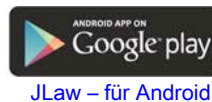
Sachleistungen aufgestellt. Dieses Empfehlungsabkommen haben die Beklagte und die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen, deren Mitglied das Krankenhaus M in Mönchengladbach ist, ihrer ab 1. April 1961 gültigen Vereinbarung vom 23. März 1961 zugrunde gelegt. Nach § 2 Abs. 2 dieser Vereinbarung sind mit den Sätzen jenes Unkostentarifs die bei der Ausführung der ärztlichen Sachleistungen entstehenden allgemeinen und besonderen Unkosten abgegolten. § 4 bestimmt, daß die tariflich festgelegten Unkosten von den Abrechnungsstellen der Beklagten den dem Vertrag angeschlossenen Krankenhäusern unmittelbar vergütet werden und daß auf der Gebührenrechnung des Krankenhauses der Krankenhausarzt bestätigt, daß die in Rechnung gestellten Sachleistungen ausgeführt worden sind.

§ 368 n Abs. 2 Satz 1 RVO hat sonach in die hinsichtlich der Honorarforderungen bisher allein zwischen KÄV und zugelassenem oder beteiligten Krankenhausarzt bestehenden Rechtsbeziehungen eingegriffen und für den Krankenhaus-träger, in dessen Diensten der betreffende Arzt steht, einen unmittelbaren Vergütungsanspruch gegen die KÄV geschaffen, der von der KÄV außerhalb des HVM zu befriedigen ist. Er beschränkt sich - zwangsläufig - auf den Unkostenanteil, der in der vom Krankenhausarzt ausgeführten Sachleistung enthalten ist. Angesichts dieses gesetzlich begründeten unmittelbaren Anspruchs des Krankenhaus-trägers auf Unkostenersatz steht dem Krankenhausarzt für die von ihm ausgeführte Sachleistung gegen seine KÄV kein Anspruch auf Vergütung von Unkosten zu; sein Anspruch gegenüber der KÄV beschränkt sich auf die Honorierung der "rein ärztlichen Leistungen" (§ 368 n Abs. 2 Satz 1 RVO). Insoweit unterliegt die Honorarforderung des Krankenhausarztes denselben Regeln über die Honorarabrechnung, -Prüfung und -Verteilung, die auch für die frei praktizierenden Kassenärzte gilt. Der von der KÄV

- 13 -



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

[JLaw – für Android](#)[JLaw – für iOS](#)

- 13 -

an den Krankenhausträger unmittelbar abzuführende Unkostenanteil scheidet dagegen gemäß § 368 n Abs. 2 Satz 1 RVO aus der Honorarabrechnung des Krankenhausarztes mit der KÄV vollständig aus; da der Krankenhausarzt insoweit gegen seine KÄV keinen Vergütungsanspruch hat, ist er in Bezug auf den Unkostenanteil sowohl von Quotierungsverlusten als auch von Quotierungsgewinnen ausgeschlossen (gleicher Ansicht Heinemann/Liebold, Kassenarztrecht, 4. Aufl., Anm. 3 und 21 zu § 368 f RVO). Ob dies zur Folge hat, daß Honorarkürzungen wegen unwirtschaftlicher Behandlungsweise des Krankenhausarztes sich nur auf die von ihm bei der KÄV abgerechnete rein ärztliche Leistung erstrecken können (aa Peters, Handbuch der Krankenversicherung, Teil II, Anm. 4 b zu § 368 n RVO), kann vorliegendenfalls schon deshalb dahingestellt bleiben, weil nach § 4 Abs. 2 Satz 2 der Vereinbarung vom 23. März 1961 bei Bestätigung des Krankenhausarztes, daß die vom Krankenhausträger in Rechnung gestellten Sachleistungen von ihm ausgeführt worden sind, die Abrechnungsstellen der beklagten KÄV die Sachleistungen ohne Prüfungsverfahren anerkennen.

Das von der Beklagten angewandte System der gleichzeitigen Gutschrift und Lastschrift des Honorarkontos des Krankenhausarztes mit - in der Regel nicht gleich hohen - Unkostensätzen findet somit im Gesetz keine Stütze. Es ist auch nicht geeignet, den damit verfolgten Zweck, frei praktizierende und angestellte Krankenhausärzte bei der Honorarzahlung gleich zu behandeln, zu erreichen. Dem steht schon entgegen, daß der Quotensatz von Abrechnungsvierteljahr zu Abrechnungsvierteljahr sich ändern wird. Vor allem wird der von der Beklagten als Unrecht empfundene Nachteil, daß sie bei Röntgenleistungen sowohl die in der ärztlichen Leistung nach Teil II Nr. 21 d der Preugo als auch im vereinbarten Krankenhausunkostentarif enthaltenen allgemeinen Unkosten doppelt bezahlen müsse, bei der von der Beklagten geübten

- 14 -



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

Praxis dann nicht abgewendet, sondern verstärkt, wenn die Quote einmal mehr als 100 v.H. beträgt. Die Belastung oder gegebenenfalls Begünstigung des Krankenhausarztes mit der "Quotendifferenz" ist also kein adäquates Mittel zum Ausgleich der etwa von der KÄV doppelt gezahlten "allgemeinen Unkosten" an Sachleistungen. Die Beklagte wird daher entweder bestrebt sein müssen, ihren Vertrag mit der Nordwestdeutschen Krankenhausgesellschaft entsprechend zu modifizieren oder durch Änderung ihres Abrechnungsverfahrens sicherzustellen, daß sie die allgemeinen Praxisunkosten nicht doppelt bezahlen muß. Bei Röntgenleistungen wird eine solche Doppelbelastung, wenn nach der vom Senat vertretenen Weise verfahren wird, künftig ohnehin nicht mehr eintreten, weil nach § 5 Abs. 3 der nunmehr geltenden Gebührenordnung ärztliche Leistung und Unkosten im wesentlichen in einer Gebührenziffer zusammengefaßt sind.

Da die Beklagte vom Kläger die Aufnahme der Röntgenunkosten in dessen Honorarabrechnung nicht verlangen konnte, bedarf es keiner Entscheidung, ob die in Anlage II zu § 2 des damals gültigen HVM enthaltenen Staffelkürzungen der Röntgenunkosten rechtens gewesen sind (vgl. das Urteil des erkennenden Senats vom 27. Januar 1965 - vgl. SozR Nr. 4 zu § 368 f RVO - zur Rechtmäßigkeit der Honorarstaffel in Anlage I zu § 2 dieses HVM). Aus demselben Grunde kann dahingestellt bleiben, ob die Quotierung von Röntgenunkosten im Rahmen der Honorarverteilung überhaupt zulässig ist (vgl. hierzu Urteil des LSG Berlin vom 13. Oktober 1961 - ÄM 1962, 900 - und Urteil des SG Düsseldorf vom 23. Oktober 1964 - DOK 1965, 165).

Die Revision der Beklagten war sonach als unbegründet zurückzuweisen.

- 15 -

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)