

BUNDESSOZIALGERICHT



Im Namen des Volkes

Urteil

in dem Rechtsstreit

Az: 6 RKa 6/91

Freie und Hansestadt Hamburg,
vertreten durch die Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales, Landesbetrieb
Krankenhäuser, Referatsgruppe Recht und Patienteninteressen,
Hamburg 76, Friedrichsberger Straße 56-58,

Klägerin und Revisionsklägerin,

Prozeßbevollmächtigte:,

g e g e n

Kassenärztliche Vereinigung Hamburg,
Hamburg 76, Humboldtstraße 56,

Beklagte und Revisionsbeklagte,

beigeladen:

1. Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V.,
Siegburg, Frankfurter Straße 84,



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

2. Allgemeine Ortskrankenkasse Hamburg,
Hamburg 36, Kaiser-Wilhelm-Straße 93,
3. Innungskrankenkasse Hamburg,
Hamburg 36, Wexstraße 4,
4. Betriebskrankenkassen-Landesverband Nord,
Hamburg 26, Wendenstraße 279,
5. See-Krankenkasse,
Hamburg 11, Reimerstwiete 2.

Der 6. Senat des Bundessozialgerichts hat auf die mündliche Verhandlung vom 19. August 1992 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. O t t m e r s für Recht erkannt:

Die Revision der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Hamburg vom 5. Dezember 1990 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten des Revisionsverfahrens sind nicht zu erstatten.



Gründe:

I

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

Die Klägerin, die Freie und Hansestadt Hamburg, ist Trägerin des Allgemeinen Krankenhauses E. (KH E.). Zwischen ihr und der Beklagten bestand bis zum 31. Dezember 1988 eine vertragliche Regelung über die Vergütung ambulanter Notfallbehandlungen von Versicherten der Krankenkassen in Krankenhäusern der Klägerin. Für die Quartale I/89 und II/89 legte die Beklagte der Abrechnung der Vergütung von im KH E. durchgeführten Notfallbehandlungen die für Kassen- bzw Vertragsärzte geltenden Gebührenordnungen zugrunde und kürzte die danach zu zahlenden Vergütungen unter Hinweis auf § 120 Abs 3 des Sozialgesetzbuches - Fünftes Buch - (SGB V) um einen Investitionskostenabschlag von 10 vH (Bescheide vom 23. August 1989 - I/89 - und 24. November 1989 - II/89 -). Den Widerspruch der Klägerin, mit dem diese sich gegen den Ansatz eines Investitionskostenabschlages wandte und eine kostendeckende Vergütung in Höhe von weiteren 200.072,-- DM begehrte, wies die Beklagte zurück (Widerspruchsbescheid vom 17. April 1990).

Das Sozialgericht (SG) Hamburg hat die auf Aufhebung der angefochtenen Bescheide und Zahlung von 200.072,-- DM gerichtete Klage abgewiesen (Urteil vom 5. Dezember 1990). Zur Begründung hat es im wesentlichen ausgeführt, zwar erfasse § 120 SGB V seinem Wortlaut nach nicht die Vergütung ambulanter Notfallbehandlungen in nicht ermächtigten Krankenhäusern. Nach der Rechtsprechung (Rspr) des Bundessozialgerichts (BSG) zum früher geltenden Recht (Hinweis auf BSG SozR 2200 § 368d Nr 5) gehöre aber die Notfallbehandlung zur kassenärztlichen Versorgung. Daher sei auf sie auch die Vergütungsvorschrift des § 120 Abs 1 und 3 SGB V analog anzuwenden.

Mit der Sprungrevision macht die Klägerin geltend, die Vorschriften des Kassenarztrechts könnten ihren Anspruch auf kostendeckende Vergütung der Behandlungen in Notfallambulanzen nicht beschränken. Weder § 76 Abs 1 Satz 2 noch § 120 SGB V regelten den Vergütungsanspruch für die in Notfallambulanzen von Krankenhäusern erbrachten Leistungen. § 76 Abs 1 Satz 2 SGB V wende sich ausschließlich an die Versicherten, denen gestattet werde, im Notfall andere Ärzte als Kassenärzte aufzusuchen. § 120 SGB V beziehe sich allein auf die Vergütung ermächtigter Krankenhausärzte, der Polikliniken und der sonstigen ermächtigten ärztlichen Einrichtungen. Notfallambulanzen von Krankenhäusern fielen nicht darunter. Schon wegen der enumerativen Aufzählung der in § 120 Abs 1 bis 3 SGB V genannten



Tätigkeiten und Einrichtungen sei eine analoge Anwendung dieser Regelungen auf andere Fallgestaltungen nicht zulässig. Diese scheide auch deshalb aus, weil sich die dort genannten Einrichtungen anders als die Notfallambulanzen um die Ermächtigung zur Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung bemüht und damit die Kostenfolge des § 120 SGB V akzeptiert hätten. Wenn sie, die Klägerin, mit den Notfallambulanzen ihrer Krankenhäuser aufgrund der Regelungen des Hamburgischen Krankenhausgesetzes bzw. aufgrund berufsrechtlicher Vorschriften eine an sich der Beklagten obliegende Verpflichtung zur Notfallversorgung mitübernehmen müsse, so könne dies nur gegen eine kostendeckende Vergütung geschehen. Die von der Beklagten nunmehr gezahlte Vergütung erweise sich aber nicht als kostendeckend. Ihr, der Klägerin, stünden für die auftretende Unterdeckung keine anderen Finanzierungsmöglichkeiten offen. Die Kosten der Notfallbehandlungen seien weder den über die Pflegesätze finanzierten laufenden Kosten noch den von der öffentlichen Hand zu tragenden Investitionskosten zuzurechnen, so daß sie im Wege eines öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruchs in voller Höhe von der Beklagten übernommen werden müßten.

Die Klägerin beantragt,

unter Abänderung der angefochtenen Entscheidung nach ihrem Antrag aus der mündlichen Verhandlung vom 5. Dezember 1990 zu entscheiden.

Die Beklagte und die Beigeladenen beantragen,

die Revision zurückzuweisen.

Die Beklagte trägt vor, die Rechtsgrundlage für die Vergütung von Notfallbehandlungen ergebe sich auch nach Inkrafttreten des SGB V aus den Vorschriften des Kassenarztrechts. Das schließe zugleich einen Anspruch auf Erstattung von sogenannten Selbstkosten nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) aus. Der Vergütungsanspruch des Krankenhauses, der sich aus dem Dienstverhältnis des die Notfalleistungen erbringenden Krankenhausarztes zum Krankenhausträger ableite, bemesse sich nach den für Kassenärzte geltenden Grundsätzen unter Berücksichtigung eines Investitionskostenabschlages von 10 v.H. bei öffentlich geförderten Krankenhäusern. Es sei nur folgerichtig, daß die Krankenhäuser, für die die Investitionskosten von der öffentlichen Hand getragen würden, eine niedrigere Vergütung erhielten als die Kassenärzte, die aus ihren Honoraren auch die Investitionskosten für ihre Praxen bestreiten müßten.

Die beigeladenen Krankenkassen und Krankenkassenverbände (Beigeladene zu 1 bis 5) sind ebenfalls der Auffassung, der Klägerin stehe der geltend gemachte Anspruch nicht zu.



II

Die Revision der Klägerin ist nicht begründet.

Die angegriffenen Bescheide der Beklagten sind, wie das SG im Ergebnis zutreffend entschieden hat, rechtmäßig. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf höhere Vergütung für die im KH E. in den Quartalen I und II/89 durchgeführten ambulanten Notfallbehandlungen.

Die Frage, in welcher Höhe die von Krankenhausärzten an Versicherte der gesetzlichen Krankenkassen erbrachten ambulanten Notfallbehandlungen zu vergüten sind, beurteilt sich für den hier maßgebenden Zeitraum nach dem im SGB V geregelten Recht der gesetzlichen Krankenversicherung, zu dem auch das Kassenarztrecht zählt.

Die Notfallbehandlung von Versicherten durch Nichtkassenärzten ist der kassenärztlichen Versorgung zuzurechnen. Dies hat der Senat in ständiger Rspr unter der Geltung des Zweiten Buchs der Reichsversicherungsordnung (RVO) entschieden. Er hat dieses Ergebnis aus dem Regelungszusammenhang der Vorschriften über die kassenärztliche Versorgung und die Beziehungen zwischen Krankenkassen, Kassenärztlichen Vereinigungen (KÄVen) und Ärzten hergeleitet (BSGE 15, 169, 173 = SozR Nr 1 zu § 368d RVO; BSG SozR 2200 § 368n Nr 23, S 63; BSG SozR 2200 § 368d Nr 5, S 6); denn die kassenärztliche Versorgung der Versicherten, an der die Ärzte mitwirken (§ 368 Abs 1 Satz 1 RVO aF), umfaßt die ärztliche Behandlung (§ 368 Abs 2 Satz 1 RVO aF), auf die die Versicherten einen Anspruch haben (§ 182 Abs 1 Nr 1 Buchst a RVO aF). Der für die kassenärztliche Versorgung bestehende Sicherstellungsauftrag erstreckt sich auch auf die Gewährleistung eines ausreichenden Not- und Bereitschaftsdienstes (§ 368 Abs 3 Satz 1 RVO aF). Korrespondierend hierzu steht den Versicherten das Recht zu, in Notfällen nicht an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte in Anspruch nehmen zu können (§ 368d Abs 1 Satz 2 RVO aF). Aus dem Zusammenhang dieser Vorschriften hat die Rspr geschlossen, daß in Notfällen von Nichtkassenärzten erbrachte Leistungen im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung durchgeführt und aus der Gesamtvergütung zu vergüten sind (BSGE 15, 169, 174 = SozR aaO; BSG SozR 2200 § 368d Nr 5, S 5, 7; ebenso für die vergleichbare Problematik der Vergütung von Rettungsdiensteinsätzen: BSG SozR 2200 § 368d Nr 6, S 11, 13; BSG - Urteil vom 5. Mai 1988 - 6 RKA 30/87 = USK 88182). Die Rechtsgrundlage des Vergütungsanspruchs dem Grunde und der Höhe nach ergibt sich somit aus den Vorschriften des Kassenarztrechts über die Honorierung ärztlicher Leistungen. Damit scheidet zugleich die Herleitung des Anspruchs aus einem öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch (BSGE 34, 172, 173 f = SozR Nr 6 zu § 368d RVO; BSG SozR 2200 § 368d Nr 5, S 10),



aus - öffentlich-rechtlicher - Geschäftsführung ohne Auftrag (BSGE 34, 173 f = SozR aaO) oder aus der entsprechenden Anwendung von Vorschriften des Dienstvertragsrechts (BSG SozR 2200 § 368n Nr 23, S 64 = SGB 1983, S 163 m. krit. Anm von Lücke, aaO, S 164 ff) aus. Entsprechendes gilt für die Notfallbehandlung von Ersatzkassenpatienten durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung beteiligte Ärzte (BSG SozR 2200 § 368d Nr 5, S 9 f).

An dieser Rechtslage hat sich mit dem Inkrafttreten des SGB V vom 20. Dezember 1988 (BGBl I S 2477) zum 1. Januar 1989 nichts geändert. Das Gesetz regelt zwar ebenfalls nicht ausdrücklich, nach welchen Bestimmungen die Honorierung von Notfallbehandlungen durch Nichtkassenärzte zu erfolgen hat. Insbesondere erfaßt die Vorschrift des § 120 Abs 1 SGB V nicht die Vergütung von Notfallbehandlungen durch nicht an der kassenärztlichen Versorgung beteiligte Krankenhausärzte. Die Norm betrifft die Vergütung von in Krankenhäusern ambulant erbrachten Leistungen, die von den dort genannten ermächtigten Ärzten und Einrichtungen ausgeführt worden sind. Sie bezieht sich damit allein auf die in den §§ 116 bis 119 SGB V bzw der Zulassungsverordnung für Kassenärzte (Ärzte-ZV) vorgesehenen, durch besonderen Zulassungsakt erteilten Ermächtigungen.

Der für die Vorschriften des Kassenarztrechts der RVO aufgezeigte Regelungszusammenhang, aus dem die Zugehörigkeit der Notfallbehandlungen durch Nichtkassenärzte zum kassenärztlichen Versorgungssystem abgeleitet worden ist, besteht jedoch auch unter der Geltung des SGB V. So umfaßt etwa die durch die KÄVen vorzunehmende Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung (§ 75 Abs 1 Satz 1 SGB V) einen ausreichenden Notdienst (Abs 1 Satz 2 aaO) und dürfen Versicherte in Notfällen andere Ärzte als an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte in Anspruch nehmen (§ 76 Abs 1 Satz 2 SGB V).

Weder aus der Entstehungsgeschichte der einschlägigen normativen Bestimmungen noch aus ihrer systematischen Konzeption noch aus ihrem Sinn und Zweck ergeben sich Hinweise darauf, daß das SGB V an der bisherigen - durch die höchstrichterliche Rspr konkretisierten - Rechtslage etwas ändern wollte. Es fehlt jeder Anhalt dafür, daß eine Rechtsänderung beabsichtigt gewesen ist. Angesichts der dargestellten Entwicklung ist der Schluß zwingend, daß Notfallbehandlungen auch unter der Geltung des SGB V Bestandteil der kassenärztlichen Versorgung sind und nach den für Kassenärzte geltenden Vergütungsordnungen aus der Gesamtvergütung zu honorieren sind (so schon BSG SozR 2200 § 368d Nr 5, S 7; vgl aber zur Rechtmäßigkeit einer vertraglichen Regelung, die für im organisierten Notfalldienst eingesetzte nicht niedergelassene Nichtkassenärzte eine niedrigere Vergütung von Besuchsleistungen vorsieht: Urteil des Senats vom 8. April 1992 - 6 RKa 24/90 - zur Veröffentlichung vorgesehen).



Für die Vergütung von im Krankenhaus erbrachten ambulanten Notfallbehandlungen durch nicht an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte gilt nichts anderes. Auch diese Behandlungen sind nach den dargestellten Grundsätzen zu vergüten (BSG SozR 2200 § 368d Nr 5, S 7). Dabei ist das Anknüpfen an die kassenärztlichen Gebührenordnungsregelungen nicht nur aus Gründen der Pauschalierung sachgerecht. Die danach anfallenden Vergütungen erweisen sich bei der dabei gebotenen generalisierenden Betrachtungsweise auch in wirtschaftlicher Hinsicht als ausreichend. Wie die Parallele zu § 120 Abs 1 SGB V zeigt, entspricht die Vergütung ambulanter Leistungen in Krankenhäusern nach den für Kassenärzte geltenden Grundsätzen der sich aus dem KHG ergebenden Verpflichtung der Krankenhäuser zur Erlangung einer kosten-deckenden Vergütung. Dies wird durch die Stellungnahme des Bundesrates zu § 129 SGB V idF des Entwurfs zum Gesundheitsreformgesetz (GRG), dem jetzigen § 120 SGB V, belegt. Danach erhalten die Krankenhausärzte und die ärztlich geleiteten Einrichtungen mit der Vergütung der ambulanten Leistungen nach den für Kassenärzte geltenden "Bestimmungen" eine "leistungsgerechte Vergütung" für die häufig aufwendigeren Untersuchungen und Behandlungen in den Ambulanzen (BT-Drucks 11/2493, S 34 Nr 112, zu a). Die Begründung bezieht sich zwar insoweit auf eine vom Bundesrat angeregte, jedoch nicht Gesetz gewordene Fassung des § 120 SGB V. In ihrer inhaltlichen Aussage trägt sie jedoch auch die jetzige Regelung. Damit entspricht die Vergütung ambulanter Leistungen nach § 120 Abs 1 SGB V der Vergütung ambulanter Notfalleleistungen in Krankenhäusern, wie sie nach der Rspr im Grundsatz zu erfolgen hat.

Die Rspr hat es allerdings als gerechtfertigt angesehen, daß, sofern vertragliche Vereinbarungen zwischen den Beteiligten über die Vergütung von Notfallbehandlungen in Krankenhäusern nicht bestehen, sich der Vergütungsanspruch insoweit in einem Rahmen hält, dessen Obergrenze mit 80 vH der maßgeblichen Einzelfallvergütung zu bemessen ist (BSG SozR 2200 § 368n Nr 23, S 65; vgl auch BSG SozR 2200 § 368d Nr 5, S 8; s weiter OLG Frankfurt, KH 1981, 272, das ebenfalls von einem Vergütungsanspruch in Höhe von 80 vH der BMÄ-Gebührenwerte ausgeht). Die - unter Heranziehung der für poliklinische Einrichtungen der Hochschulen geltenden Regelung - vorgenommene Beschränkung auf 80 vH der entsprechenden Einzelfallvergütung (§ 368n Abs 3 Satz 5 RVO aF; nunmehr: § 120 Abs 3 Satz 2 SGB V) ist damit begründet worden, daß die Krankenhäuser sich in einer günstigeren Kostensituation befinden als frei praktizierende Kassenärzte, so daß ein Abschlag von der entsprechenden kassenärztlichen Vergütung gerechtfertigt ist (BSG SozR 2200 § 368n Nr 23, S 66; zu diesem Gesichtspunkt für die Vergütung von Rettungsdiensteinsätzen s BSG SozR 2200 § 368d Nr 6, S 16).

Auch bei der Rechtslage nach dem SGB V ist es gerechtfertigt, den danach bestehenden Vergütungsanspruch jedenfalls bei öffentlich geförderten Krankenhäusern um einen pauschalen Abschlag in entsprechender Anwendung des § 120 Abs 3 Satz 2 SGB V zu mindern. Das ergibt sich aus folgendem:



§ 120 Abs 3 Satz 2 SGB V bestimmt ua, daß den öffentlichen geförderten Krankenhäusern die Vergütung ambulant erbrachter Leistungen nach den für Kassenärzte geltenden Grundsätzen um einen Investitionskostenabschlag von 10 vH zu kürzen ist. Die unmittelbar nur für die in Abs 1 aaO genannten Ärzte und Einrichtungen anwendbare Regelung des § 120 Abs 3 Satz 2 SGB V bestätigt nach der Begründung zu § 129 SGB V idF des Entwurfs zum GRG (BT-Drucks 11/2237, S 203, zu § 129 Abs 3) die "bisherige Rechtsprechung und Praxis". Sie knüpft damit auch an die bereits aufgezeigte Rspr des Senats zur Vergütungsbeschränkung bei in Krankenhäusern erbrachten ambulanten Notfallbehandlungen an. Der Norm liegt zugrunde, daß die Länder ua die Investitionskosten für die Krankenhausgebäude und bestimmte medizinisch-technische Geräte bei zu fördernden Krankenhäusern zu tragen haben (vgl § 4 iVm §§ 8 ff KHG). Dem kann die Vergütung von ambulant in Krankenhäusern erbrachten Leistungen hinsichtlich eines bestimmten Investitionskostenanteils Rechnung tragen. Der Bundesrat hat zwar der Vorschrift des - im hier maßgeblichen Teil unverändert Gesetz gewordenen - § 129 Abs 3 Satz 2 SGB V idF des Entwurfs entgegengehalten, daß teilweise ambulant genutzte medizinisch-technische Geräte nicht über die Investitionskosten nach dem KHG gefördert, daher also über entsprechende Entgelte refinanziert werden müßten, so daß ein Investitionskostenabschlag in Höhe von 10 vH sachlich nicht gerechtfertigt sei. Er hat sich mit seinen Bedenken aber nicht durchsetzen können (vgl die Erwiderung der Bundesregierung, BT-Drucks 11/2493, S 66, zu Nr 113). Da in den kassenärztlichen Gebührenansätzen auch ein Investitionskostenanteil enthalten ist, käme es bei der Vergütung ambulanter Leistungen, die in öffentlich geförderten Krankenhäusern erbracht worden sind, in gewissem Umfang zu einer Doppelfinanzierung der Investitionskosten. Dies soll dadurch verhindert werden, daß von der nach § 120 Abs 1 SGB V anfallenden Vergütung in generalisierender Weise ein Investitionskostenabschlag in Höhe von 10 vH abgezogen wird. Dieser Rechtsgedanke trifft in gleicher Weise auf die Vergütung ambulanter Notfallbehandlungen in Krankenhäusern zu. Es erweist sich daher als sachlich gerechtfertigt und systemgerecht, die in § 120 Abs 3 Satz 2 SGB V enthaltene Vergütungsbeschränkung mit dem Ansatz eines Investitionskostenabschlages von 10 vH auf den Honoraranspruch bei ambulanten Notfallbehandlungen in Krankenhäusern entsprechend anzuwenden (s für den Ersatzkassenbereich § 15 Ziff 2 des Arzt/Ersatzkassenvertrages idF vom 13. September 1990, nach dem in Krankenhäusern erbrachte Notfalleistungen mit 90% der für Vertragsärzte maßgeblichen Gebührensätze zu vergüten sind).

Dem kann die Klägerin nicht mit Erfolg entgegenhalten, daß es sich bei den in unmittelbarer Anwendung des § 120 SGB V zu vergütenden Leistungen um solche von ermächtigten Ärzten und Einrichtungen handelt, diese sich also von sich aus um die Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung bemüht haben, während sich die Notfallbehandlungen demgegenüber als aufgedrängte Leistungen darstellten. Der



unterschiedliche Anlaß der Leistungserbringung verändert nicht die für die Vergütung allein maßgebliche Qualität als ambulante kassenärztliche Leistung, so daß gerade im entscheidenden Punkt eine Vergleichbarkeit gegeben ist.

Nach allem war die Revision der Klägerin zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)