

BUNDESSOZIALGERICHT



Beschluss in dem Rechtsstreit

Az: B 6 KA 8/13 B

L 8 KA 17/11 (Sächsisches LSG)
S 11 KA 136/09 (SG Dresden)

.....,

Klägerin und Beschwerdeführerin,

Prozessbevollmächtigter:

.....,

g e g e n

Kassenärztliche Vereinigung Sachsen,
Schützenhöhe 12, 01099 Dresden,

Beklagte und Beschwerdegegnerin.

Der 6. Senat des Bundessozialgerichts hat am 17. Juli 2013 durch den
Vorsitzenden Richter Prof. Dr. W e n n e r , die Richterinnen Dr. D ü r i n g
und den Richter E n g e l h a r d sowie die ehrenamtlichen Richter Dr. N e u m a n n
und W a l d h e r r
beschlossen:

Die Beschwerde der Klägerin gegen die Nichtzulassung der Revision im Urteil des Sächsischen
Landessozialgerichts vom 14. November 2012 wird zurückgewiesen.

Die Klägerin trägt auch die Kosten des Beschwerdeverfahrens.

Der Streitwert für das Beschwerdeverfahren wird auf 12 052 Euro festgesetzt.



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



G r ü n d e :

I

- 1 Die Klägerin begehrt eine höhere Vergütung für im Krankenhaus erbrachte ambulante Notfallbehandlungen. Die von ihr im Quartal I/2008 durchgeführten ambulanten Notfallbehandlungen vergütete die beklagte Kassenärztliche Vereinigung (KÄV) mit einem Punktwert von 3,37 Cent für die während der Zeiten des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes erbrachten Leistungen und mit einem Punktwert von 1,76 Cent für die außerhalb dieser Zeiten erbrachten Leistungen. Der Punktwert für Leistungen während des Bereitschaftsdienstes betrug für Vertragsärzte wie für Krankenhäuser 3,75 Cent und verminderte sich bei den Krankenhäusern um einen zehnprozentigen Abschlag auf 3,37 Cent. Notfallbehandlungen außerhalb der Bereitschaftsdienstzeiten wurden bei der Klägerin aus einem Honoraropf für Nichtvertragsärzte vergütet, in dem die Leistungen der Nichtvertragsärzte im Notfall, der Krankenhausambulanzen außerhalb der Bereitschaftsdienstzeiten, der ermächtigten Ärzte und Psychotherapeuten, der ermächtigten Krankenhäuser und Institutsambulanzen sowie anderer ermächtigter Einrichtungen zusammengefasst waren.
- 2 Das LSG hat die Berufung der Klägerin gegen das klageabweisende Urteil des SG Dresden vom 20.4.2011 zurückgewiesen. In Reaktion auf die Rechtsprechung des BSG sei im Bezirk der Beklagten ab dem Quartal III/2007 zur Vergütung der während der Zeiten des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes erbrachten ambulanten Notfallbehandlungen im Wege des Vorwegabzugs ein gesonderter Leistungsfonds gebildet worden, aus dem 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 gleichmäßig vergütet worden seien. Die unterschiedliche Honorierung von Notfallleistungen außerhalb der Bereitschaftsdienstzeiten resultiere aus der Zuordnung der Krankenhäuser zum Honorarfonds der Nichtvertragsärzte, die nicht zu beanstanden sei. Bei Vertragsärzten sei die Behandlung von Notfällen während der Sprechzeiten nach den Steuerungsmechanismen der Regelleistungsvolumina (RLV) vergütet worden.
- 3 Gegen die Nichtzulassung der Revision in diesem Urteil richtet sich die Beschwerde der Klägerin, zu deren Begründung sie eine Divergenz, Zulassungsgrund nach § 160 Abs 2 Nr 2 SGG, sowie eine grundsätzliche Bedeutung, Zulassungsgrund nach § 160 Abs 2 Nr 1 SGG, geltend macht.



II

- 4 Die Beschwerde der Klägerin hat keinen Erfolg. Soweit sie den Anforderungen an die Begründung gemäß § 160a Abs 2 Satz 3 SGG genügt, ist sie unbegründet.
- 5 1. Die geltend gemachte Divergenz liegt nicht vor. Für die Zulassung einer Revision wegen einer Rechtsprechungsabweichung ist Voraussetzung, dass Rechtssätze aus einem LSG-Urteil und aus einer höchstrichterlichen Entscheidung des BSG, des GmSOGb oder des BVerfG miteinander unvereinbar sind und das Berufungsurteil auf dieser Abweichung beruht (*vgl. BSG SozR 3-1500 § 160 Nr 26 S 44*). Für eine Divergenz iS des § 160 Abs 2 Nr 2 SGG reicht nicht aus, aus dem Berufungsurteil inhaltliche Schlussfolgerungen abzuleiten, die einem höchstrichterlich aufgestellten Rechtssatz widersprechen. Das LSG-Urteil einerseits und die höchstrichterliche Entscheidung andererseits müssen vielmehr jeweils abstrakte Rechtssätze enthalten, die einander widersprechen. Das ist nicht der Fall.
- 6 a) Soweit die Klägerin meint, die Aussage des LSG:
"Ihre Rechtfertigung findet diese Differenzierung in der gesetzlichen Vorgabe, die ambulante ärztliche Versorgung der Versicherten auch zu den sprechstundenfreien Zeiten sicherzustellen. Für die Bereitschaft von Ärzten, während dieser Zeiten den Versicherten tatsächlich zur Verfügung zu stehen, schafft der Leistungsfonds nach § 2 Abs 2 Buchst e Honorarverteilungsmaßstab (HVM) vom 5.3.2008 Anreize",
stehe im Widerspruch zur Aussage des BSG:
"Eine Besserstellung der Vergütung von Notfallbehandlungen im organisierten Notdienst kann nicht mit dem Ziel sachlich begründet werden, einen Anreiz an die Teilnahme niedergelassener Ärzte an diesem Notfalldienst zu schaffen. Denn zur Teilnahme am Notfalldienst sind sowohl die Vertragsärzte als auch die sonstigen niedergelassenen Ärzte verpflichtet. Die Steigerung der Motivation zur Erfüllung einer ohnehin bestehenden Verpflichtung ist kein sachlich gerechtfertigter Grund für eine Vergütungsprivilegierung, zumal auch die Krankenhäuser zur Durchführung von Notfallbehandlungen verpflichtet sind" (*SozR 4-2500 § 75 Nr 4 RdNr 20*), liegt eine Divergenz nicht vor. Es kann offenbleiben, ob die zitierten Formulierungen des LSG tatsächlich eine abstrakte Rechtsaussage enthalten. Die Klägerin verkennt jedenfalls, dass das LSG mit dieser Aussage nicht eine differenzierende Vergütung von Notfalleleistungen von Krankenhäusern einerseits und Vertragsärzten andererseits begründet, sondern die Bildung eines gesonderten Honorarfonds für die Vergütung sämtlicher Leistungen während der Zeiten des vertragsärztlichen Bereitschaftsdienstes gerechtfertigt hat. Während der in Bezug genommene Rechtssatz des BSG den Fall betraf, dass nur für Vertragsärzte ein Anreiz zur Teilnahme am Notfalldienst geschaffen wurde, betraf die Aussage des LSG erkennbar die gesonderte Vergütung der Leistungen sowohl der Vertragsärzte als auch Krankenhäuser während des Notfalldienstes.



7 b) Zwischen den Äußerungen des LSG,
dass Lücken zwischen den Zeiten des kassenärztlichen Notdienstes und den tatsächlichen Sprechstundenzeiten hinnehmbar sind. "Denn beim kassenärztlichen Notdienst geht es nicht um Notfallrettung, sondern um eine ambulante Versorgung, die auch sonst mit Wartezeiten verbunden ist. Aus der vom Gesetz vorgenommenen Abgrenzung von Notdienst und notärztlicher Versorgung ergibt sich folgende Stufenfolge: Besonders schwerwiegende akute Gesundheitsstörungen werden über den Rettungsdienst versorgt. Wenn weniger gravierende oder schwer eindeutig zu beurteilende Gesundheitsstörungen auftreten, sollen die Patienten während der Sprechstundenzeiten ihren Arzt und außerhalb dieser Zeiten den Arzt aufsuchen, der den Notdienst versieht"

und den von der Klägerin zitierenden Aussagen des BSG:

"... umfasst der den KÄVen obliegende Sicherstellungsauftrag die vertragsärztliche Versorgung auch zu den sprechstundenfreien Zeiten" (SozR 4-2500 § 75 Nr 8 RdNr 18),

sowie:

"die notärztliche Versorgung im Rahmen des Rettungsdienstes gehört nicht mehr zur vertragsärztlichen Versorgung" (SozR 4-2500 § 75 Nr 1 RdNr 11),

und (zu § 76 Abs 1 Satz 2 SGB V):

"ohne eine sofortige Behandlung Gefahren für Leib und Leben entstehen oder heftige Schmerzen unzumutbar lange dauern würden" (SozR 4-2500 § 121 Nr 4 RdNr 32)

ist eine Divergenz von vornherein nicht erkennbar. Das BSG unterscheidet wie das LSG zwischen der vertragsärztlichen Notfallbehandlung, die gemäß § 75 SGB V vom Sicherstellungsauftrag umfasst ist, und der Versorgung im Rahmen des gemäß § 133 SGB V landesrechtlich geprägten Rettungsdienstes (vgl zuletzt BSG Urteil vom 12.12.2012 - B 6 KA 3/12 R - zur Veröffentlichung in SozR vorgesehen). Das LSG gibt zur Abgrenzung von Notdienst und notärztlicher Versorgung im Rettungsdienst wörtlich die Rechtsprechung des BSG im Urteil vom 11.5.2011 - B 6 KA 23/10 R - (SozR 4-2500 § 75 Nr 11 RdNr 23-24) wieder.

8 c) Auch zwischen den Aussagen des LSG:

"Der Normgeber war auch nicht verpflichtet, in § 2 Abs 2 Buchst e HVM ... statt nach den Zeiten des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes nach dem Vorliegen eines Notfalls im Sinne des § 76 Abs 1 Satz 2 SGB V zu differenzieren", weil "der Notfall im Sinne des § 76 Abs 1 Satz 2 SGB V bei den Vertragsärzten kein sinnvolles Differenzierungsmerkmal darstellt"

und der Aussage des BSG:

"<Sind> konkretisierende Honorarverteilungsregelungen denkbar, wonach nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institutionen und Krankenhäuser eine ambulante Nachbehandlung nur abrechnen dürfen, wenn die Erkrankung des Patienten aufgrund ihrer Beschaffenheit einer sofortigen Maßnahme bedarf und eine Versorgung durch einen Vertragsarzt entsprechend § 76 SGB V nicht möglich und/oder aufgrund der Umstände nicht vertretbar ist" (SozR 4-2500 § 75 Nr 8 RdNr 30-31),

ist eine Divergenz nicht erkennbar. Dass nach Auffassung des LSG das Vorliegen eines Notfal-

ies iS des § 76 Abs 1 Satz 2 SGB V kein sinnvolles Differenzierungskriterium für die Vergütung der Leistungen der Vertragsärzte in den üblichen Sprechstundenzeiten ist, steht nicht im Widerspruch dazu, dass nach der Rechtsprechung des BSG eine Honorarverteilungsregelung denkbar ist, wonach Krankenhäuser eine ambulante Behandlung überhaupt nur abrechnen dürfen, wenn die Erkrankung des Patienten einer sofortigen Behandlung bedarf und eine Versorgung des Patienten durch einen Vertragsarzt nicht möglich oder aufgrund besonderer Umstände nicht vertretbar ist.

- 9 2. Die Rechtssache hat auch keine grundsätzliche Bedeutung. Rechtsfragen von grundsätzlicher Bedeutung wären in dem von der Klägerin angestrebten Revisionsverfahren nicht zu entscheiden. Die grundsätzliche Bedeutung einer Rechtssache setzt eine Rechtsfrage voraus, die in dem angestrebten Revisionsverfahren klärungsfähig (entscheidungserheblich) sowie klärungsbedürftig und über den Einzelfall hinaus von Bedeutung ist (*vgl BSG SozR 4-1500 § 153 Nr 3 RdNr 13 mwN; BSG SozR 4-1500 § 160 Nr 5 RdNr 3*). Die Klärungsbedürftigkeit fehlt dann, wenn die Frage bereits geklärt ist und/oder wenn sie sich ohne Weiteres aus den Rechtsvorschriften und/oder aus der bereits vorliegenden Rechtsprechung klar beantworten lässt. Das ist hier der Fall.
- 10 a) Soweit die Klägerin die Frage stellt, ob die Vergütung von Leistungen der Krankenhausambulanzen im Notfall iS des § 76 Abs 1 Satz 2 SGB V das Vergütungsniveau der Vertragsärzte um mehr als 10 % unterschreiten darf, ohne dass darin eine iS des Art 3 Abs 1 GG gerechtfertigte Ungleichbehandlung liege, ist diese Frage vom BSG bereits mehrfach verneint worden. Der Senat hat zuletzt im Urteil vom 12.12.2012 (*B 6 KA 3/12 R - zur Veröffentlichung in SozR vorgeesehen - RdNr 28 mwN*) ausgeführt, dass der Vergütungsanspruch der Krankenhäuser oder Nichtvertragsärzte für Notfallbehandlungen gegenüber dem Vergütungsniveau der Vertragsärzte nur dann reduziert oder im Umfang eingeschränkt werden darf, wenn dies durch sachliche Gründe gerechtfertigt ist. Auch eine mittelbare Schlechterstellung von Notfalleleistungen im Krankenhaus gegenüber vergleichbaren Leistungen von Vertragsärzten durch Regelungen der Honorarverteilung hat der Senat in diesem Zusammenhang nicht gebilligt, sondern lediglich eine an die gesetzliche Regelung des § 120 Abs 3 Satz 2 SGB V anknüpfende pauschale Honorarmin-derung in Höhe von 10 % für Notfalleleistungen öffentlich geförderter Krankenhäuser akzeptiert (*s die Nachweise in BSG SozR 4-2500 § 75 Nr 8 RdNr 18*). Diese Entscheidungen betrafen allerdings stets Fälle, in denen Notfalleleistungen des Krankenhauses geringer vergütet wurden als vergleichbare Behandlungen im organisierten vertragsärztlichen Notfalldienst (*vgl insbesondere BSG SozR 4-2500 § 75 Nr 4 und 8*). Eine unterschiedliche Vergütung ergab sich hier nur für die außerhalb der Zeiten des organisierten Notdienstes erbrachten Leistungen. Der Senat hat es für zulässig gehalten, dass die Abrechnung von Notfallbehandlungen durch Krankenhäuser im HVM auf Fälle beschränkt wird, in denen ein sofortiges Eingreifen erforderlich ist und eine Versorgung durch einen Vertragsarzt ausscheidet (*BSG SozR 4-2500 § 75 Nr 8 RdNr 30-31*). Könnte danach die Abrechnung ambulanter Behandlungen von Notfällen außerhalb der Notdienstzeiten



auf die Ausnahmefälle beschränkt werden, in denen eine vertragsärztliche Versorgung nicht oder jedenfalls nicht unter vertretbaren Umständen zu erlangen ist, folgt daraus auch die Zulässigkeit einer HVM-Regelung, die nach dem Zeitpunkt der Erbringung der Leistung differenziert. Auf diese Weise wird einerseits dem Vorrang der zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzte und andererseits der freien Arztwahl der Versicherten im Notfall unter Einbeziehung der Krankenhausambulanzen Rechnung getragen. Es könnte sich ansonsten ein Ungleichgewicht zu Lasten der Vertragsärzte ergeben, deren Leistungen außerhalb des Notfalldienstes der RLV unterfielen. Der Punktwert für die Leistungen innerhalb der RLV lag nach dem HVM zwar mit 3,75 Cent im fachärztlichen Bereich und 4 Cent im hausärztlichen Bereich jedenfalls nicht unter dem Punktwert für die Leistungen im organisierten Notfalldienst. Die überschreitende Punktmenge wurde allerdings mit maximal 0,1 Cent vergütet. Dagegen betrug der Mindestpunktwert für die Nichtvertragsärzte 1,5 Cent. Insofern hat das LSG zu Recht ausgeführt, dass ein Vergleich des aus dem Honorarfonds für Nichtvertragsärzte gezahlten Punktwertes von 1,76 Cent mit dem unter Anwendung mengenbegrenzender Regelungen generierten Regelleistungspunktwert von 4,00 bzw 3,75 Cent nicht aussagekräftig ist.

- 11 b) Die Frage, ob der Sicherstellungsauftrag der Beklagten iS des § 75 Abs 1 Satz 2 SGB V auch die Versorgung der Versicherten mit ambulanten ärztlichen Leistungen im Falle besonders schwerwiegender akuter Gesundheitsstörungen umfasst, soweit keine notärztliche Versorgung im Rahmen des Rettungsdienstes erfolgt, kann ebenfalls anhand der Rechtsprechung des Senats unschwer beantwortet werden. Der Senat hat in seiner Entscheidung vom 12.12.2012 (*B 6 KA 3/12 R - zur Veröffentlichung in SozR vorgesehen - RdNr 21*) zuletzt dargelegt, dass es gemäß § 75 Abs 1 Satz 1 SGB V Aufgabe der KÄVen ist, die vertragsärztliche Versorgung in dem in § 73 Abs 2 SGB V bezeichneten Umfang sicherzustellen. Gemäß § 75 Abs 1 Satz 2 Halbsatz 1 SGB V umfasst die Sicherstellung auch die vertragsärztliche Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten (Notdienst); ausdrücklich ausgenommen ist allein die notärztliche Versorgung im Rahmen des Rettungsdienstes, sofern Landesrecht nichts anderes bestimmt (*§ 75 Abs 1 Satz 2 Halbsatz 2 SGB V*). Die Abgrenzung hat das BSG danach vorgenommen, ob eine besonders schwerwiegende akute Gesundheitsstörung wie etwa Schlaganfälle oder ein Herzinfarkt zu behandeln oder weniger gravierende oder schwer eindeutig zu beurteilende Gesundheitsstörungen aufgetreten sind (*SozR 4-2500 § 75 Nr 11 RdNr 23-24*).

- 12 Auch der von der Klägerin hervorgehobene Umstand, dass der Bereitschaftsdienst um 19:00 Uhr beginnt und um 7:00 Uhr des Folgetages endet und in den Randstunden (18:00 bis 19:00 Uhr und 7:00 bis 8:00 Uhr) die meisten Praxen nicht geöffnet seien, führt in diesem Zusammenhang nicht auf eine Frage von grundsätzlicher Bedeutung. Vergütungsregelungen müssen eine Vielzahl von Konstellationen erfassen und dürfen von typischen Abläufen ausgehen. Aus den Regelungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen (EBM-Ä) zur Vergütung von Leistungen bei der "besonderen Inanspruchnahme" des Vertragsarztes (*ua Nr 01100*) ergibt sich, dass der Bewertungsausschuss von einem regulären Sprechstundenan-



gebot an Werktagen zwischen 7:00 Uhr und 19:00 Uhr ausgeht. Soweit die Honorarverteilungsvertrags-Regeln im Bereich der KÄV daran anknüpfen, halten sie sich im Rahmen unvermeidlicher Typisierung. Es mag für einen akut erkrankten Patienten je nach Uhrzeit und Lage seiner Wohnung im Einzelfall schwierig sein, eine behandlungsbereite Praxis in seinem unmittelbaren Umfeld zu finden. Das kann aber auch während der Kernstunden der üblichen Praxisöffnungszeiten der Fall sein. Eine an den Vorgaben des EBM-Ä orientierte Abgrenzung zwischen Zeiten der typischerweise regulären Sprechstundenangebote und des Bereitschaftsdienstes ist jedenfalls weder sach- noch gleichheitswidrig.

- 13 c) Eine grundsätzliche Bedeutung der Fragen, ob die Beklagte nach Art 3 Abs 1 GG verpflichtet ist, den Punktwert des Honorarfonds nach § 5 Abs 2 Buchst c HVM zu stützen und ob es der Beklagten aus Gründen des Art 3 Abs 1 GG untersagt ist, sich wegen Ermittlung eines zum Vergleich geeigneten effektiven Punktwertes auch auf fiktive, nicht abgerechnete Punktmengen der Vertragsärzte zu beziehen, hat die Klägerin bereits nicht in der erforderlichen Form dargelegt.
- 14 3. Die Kostenentscheidung folgt aus § 197a Abs 1 Satz 1 Teilsatz 3 SGG iVm einer entsprechenden Anwendung der §§ 154 ff VwGO. Danach trägt die Klägerin die Kosten des von ihr erfolglos geführten Rechtsmittels (§ 154 Abs 2 VwGO).
- 15 4. Die Festsetzung des Streitwertes entspricht der von keinem der Beteiligten angegriffenen Festsetzung des LSG (§ 197a Abs 1 Satz 1 Teilsatz 1 SGG iVm § 63 Abs 2 Satz 1, § 52 Abs 3, § 47 Abs 1 und 3 GKG).

