

Recht und Praxis

Ambulante Notfallbehandlungen in Krankenhäusern

Die Vergütung ambulanter Notfallbehandlungen in Krankenhäusern ist – abgesehen von Regionen, in denen pauschalierte¹⁾ Vergütungen gezahlt werden – Gegenstand von Auseinandersetzungen²⁾ mit der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung. Neben (noch) vereinzelt Auseinandersetzungen über die Zulässigkeit einzelner Leistungen und des Leistungsumfangs im Notfalldienst sind mehrere Rechtsfragen streitig. Nachfolgend werden die im Zusammenhang mit dem EBM 2000 stehenden unterschiedlichen Auffassungen vorgestellt. Des Weiteren ist umstritten, ob abzüglich des pauschalierten zehnpromzentigen Investitionskostenabschlags die Vergütung ambulanter Notfallbehandlungen in Krankenhäusern in Höhe des Punktwertes des organisierten Notfalldienstes³⁾ erfolgen muss bzw. ob ein Honorarverteilungsmaßstab bei der Vergütung für Notfallbehandlungen von nicht an der vertragsärztlichen Versorgung beteiligten Krankenhäusern eine über § 120 Absatz 3 Satz 2 SGB V hinausgehende Begrenzung der Vergütung im Wege prozentualer Abschläge oder durch Ausschluss der Abrechnungsfähigkeit bestimmter Leistungen vorsehen kann.⁴⁾

■ Was ist ärztlicher Notfalldienst?

Unter Bezug auf Helmut Narr wird von Laufs⁵⁾ dargelegt, dass der Notfalldienst „kein regelmäßiger Kundendienst“ an arbeitsfreien Tagen zur beliebigen Inanspruchnahme durch alle Patienten ohne ärztlichen Anlass ist. Der Notfalldienst verfolgt vielmehr – so Laufs – den Zweck, Notfälle zu versorgen und lebenserhaltende Maßnahmen zu veranlassen. Der Patient darf vom Arzt keine optimale Therapie erwarten, weil der Notfalldienst anderen Zwecken dient als die reguläre ärztliche Behandlung. Der Notfalldienstarzt muss jedoch für die typischen Notfallsituationen des medizinischen Alltags gewappnet sein. Es genügt nicht, dass der Arzt nur „besser als ein Laie“ medizinische Hilfe leistet. Dies hat auch Auswirkungen auf den medizinischen Standard. Für Eil- und Notfälle kann dieser nur dort herabgesetzt werden,

wo eine sorgfältige Organisation und Vorbereitung für diese Fälle nicht vorsorgen kann.⁶⁾ Für schuldhaftes Versäumnisse hat der Notfallarzt zivil- und strafrechtlich einzustehen. Das Maß der verkehrserforderlichen Sorgfalt folgt aus der Eigenart des Notfalldienstes, wobei aus der Praxis je nach Sichtweise die Anforderungen unterschiedlich erscheinen. Zivilrechtliche Haftungsfragen und das Strafrecht auf der einen Seite, die unter finanziellen Gesichtspunkten den Umfang der als zulässig angesehenen Leistungserbringung einschränkende sozialrechtliche Betrachtungsweise andererseits, kann nicht immer – erst recht nicht widerspruchsfrei – zu einer einheitlichen Rechtsordnung zusammengeführt werden. Vor diesem Hintergrund ist aus Sicht des Verfassers die Aussage, dass Notfalldienst kein regelmäßiger Kundendienst an arbeitsfreien Tagen ist, zu relativieren. Die im System der gesetzlichen Krankenversicherung im Regelfall zwangsweise⁷⁾ der Versicherungspflicht Unterworfenen müssen auch während der sprechstundenfreien Zeiten ihrer Erkrankung angemessene Leistungen erhalten. Krankheit beschränkt sich nicht auf die sprechstundenfreien Zeiten.

■ Notdienst im niedergelassenen Bereich

Art und Umfang des Notdienstes im niedergelassenen Bereich haben Auswirkungen auf den Umfang der Inanspruchnahme der Krankenhäuser als nicht in die vertragsärztliche Versorgung eingebundene. Zwar ist die den Versicherten nach § 76 Absatz 1 Satz 1 SGB V eingeräumte Möglichkeit der freien Arztwahl im Wesentlichen auf die zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzte beschränkt,⁸⁾ doch andere als in § 76 Absatz 1 Satz 1 SGB V genannte Ärzte dürfen nur in Notfällen in Anspruch genommen werden. Korrespondierend ist in § 75 Absatz 1 Satz 2 SGB V geregelt, dass der Sicherstellungsauftrag auch die vertragsärztliche Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten (Notdienst) umfasst. Auch wenn mit der teilweisen Einführung des organisierten Notfalldienstes (insbesondere an Krankenhäusern) grundsätzlich eine

Veränderung in der Versorgungsqualität des Notdienstes festzustellen ist, ist die Entscheidung der Versicherten, in Notfällen nicht den vertragsärztlichen Notdienst in Anspruch zu nehmen, nachvollziehbar, wenn man berücksichtigt, welcher Vertragsarzt den kassenärztlichen Notdienst wahrnimmt. Für den nicht zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen „Leistungserbringer“ Krankenhaus sind die Motive der Inanspruchnahme des Krankenhauses nicht erkennbar, ihre Ärzte sind zur Betreuung der Patienten in dem Umfang verpflichtet, wie es deren Krankheitszustand erfordert. Wird der kassenärztliche Notdienst aber beispielsweise durch einen Pathologen wahrgenommen, so lässt sich in der Praxis der Eindruck nicht vermeiden, dass die Versicherten sich tendenziell vermehrt an das Krankenhaus wenden. Ein lebensfremdes Beispiel?

Das Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen⁹⁾ hatte sich in einem Verfahren mit der Frage der Nichteignung eines Pathologen für den Notfalldienst zu befassen. Dieser war seit ca. 34¹/₂ Jahren allein pathologisch tätig. In diesem besonderen Fall (der Arzt war 61 Jahre alt und hatte sich – bezogen auf die Versorgung von Notfallpatienten – nicht weitergebildet, sodass er in angemessener Zeit nicht mehr in der Lage war, die Kenntnisse und Fertigkeiten für die notwendige Notfallversorgung zu erlangen) wurde der Arzt vom Notfalldienst ausgeschlossen.

Seine Ehefrau, ebenfalls Pathologin, versuchte unter Bezug auf die für ihren Mann günstige Entscheidung des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen die Ausschließung bzw. die Befreiung vom allgemeinen ärztlichen Notfalldienst zu erreichen, da sich – so ihr Vortrag – der Sachverhalt nur durch das unterschiedliche Alter (sie ist 57 Jahre, ihr Ehemann 61 Jahre) unterscheiden. Das Sozialgericht Düsseldorf¹⁰⁾ ist jedoch in ihrem Fall der Auffassung, dass eine Freistellung bzw. ein Ausschluss unbegründet sei, da sie sich einerseits vertreten lassen und sie sich angesichts ihres Lebensalters von 57 Jahren ohne weiteres entsprechend ihrer gesetzlichen Fortbildungsverpflichtung für den Notfalldienst weiterbilden könne.

In einer weiteren Entscheidung geht das Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen ebenfalls davon aus,¹¹⁾ dass grundsätzlich alle Ärzte zur Teilnahme am ärztlichen Notfalldienst geeignet sind, sobald sie mit der Approbation und der Ableistung der kassenärztlichen Vorbereitungszeit zulassungsfähig geworden sind.¹²⁾ Dazu gehören grundsätzlich auch ärztliche Psychotherapeuten (lediglich die psychologischen Therapeuten können nicht herangezogen werden). Unter Berücksichtigung der Fortbildungsverpflichtung, die auch auf den Notfalldienst bezogen ist, können sich auch langjährige Spezialisten ihrer Verpflichtung zur Teilnahme am Notfalldienst nach der Rechtsprechung nicht entziehen.¹³⁾

■ Leistungsumfang im Notfalldienst/Krankenhaus

Der 11. Senat des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen bewertet die Leistungserbringung durch nicht an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmende Krankenhäuser anders als die Leistungserbringung durch die niedergelassenen Vertragsärzte. Er hebt den eingeschränkten Sicherstellungsbedarf außerhalb der Sprechstunden hervor und weist darauf hin, dass dem nur ein beschränktes Leistungsangebot entspricht. Dies gelte – so der Senat – in besonderer Weise für nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Krankenhäuser; „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“.¹⁴⁾

Auch der 10. Senat des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen¹⁵⁾ bewertet die Leistungserbringung durch nicht zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Krankenhäuser anders als die der niedergelassenen Vertragsärzte. „Angesichts ihrer logistisch-organisatorischen Infrastruktur“ sieht er sie als privilegierte Leistungserbringer an.

■ Keine Privilegierung von Krankenhäusern

Vor dem Hintergrund des im Notdienst eingeschränkten Sicherstellungsbedarfs und einem deshalb beschränkten Leistungsangebot ist die Rechtsprechung¹⁶⁾ der Argumentation der Krankenhäuser ausdrücklich entgegengetreten, dass nicht zuletzt aufgrund zivil- und strafrechtlicher Haftungsverantwortlichkeiten in Anbetracht eines vorgehaltenen umfangreicheren Labors die Möglichkeit, im Notfall ein größeres Leistungsspektrum an Laborleistungen zu erbringen, eine höhere Fallpunktzahl rechtfertigen kann. So war von Krankenseite (vgl. insoweit bereits die Darlegungen von Zuck, Notfallbehandlung im Krankenhaus¹⁷⁾), beispielsweise für das Quartal III/1996 und den insoweit geltenden Abschnitt O I EBM-Ä argumentiert worden, dass die für Leistungen des Abschnitts O I EBM-Ä geltenden arztgruppenbezogenen Fallpunktzahlen für die Arztgruppe „Notfallärzte“ mit 5 Punkten für Allgemeinversicherte und 10 Punkten für Rentner, für die Leistungserbringung von Krankenhäusern nicht ausreichend sei. Die Gruppe der Notfallärzte sei nicht homogen, es müsste des Weiteren berücksichtigt werden, dass sowohl die Notfalleistungen im Krankenhaus mit einem umfassenden Notfalllabor als auch die Notfalleistung „am Straßenrand“ unterschiedliche Vergütungssätze erforderlich machen.

Unabhängig davon, dass das Sozialgericht Hamburg in seiner Entscheidung¹⁸⁾ der Auffassung war, dass die unterschiedlichen Fallpunktzahlen dem ungefähren tatsächlichen Bedarf entsprechen, konnte das Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen keinen Verstoß gegen den Gleichbehandlungsgrundsatz in Anbetracht des eingeschränkten Leistungsspektrums feststellen. Eine Besserstellung der Krankenhäuser als nicht an der vertragsärztlichen Versorgung Beteiligte konnte nicht durchgesetzt werden, obwohl die Rechtsprechung die Krankenhäuser als Leistungserbringer mit privilegierter logistisch-organisatorischer Infrastruktur bewertet. Dies – und hierauf ist ausdrücklich hinzuweisen – muss natürlich auch im Rahmen haftungsrechtlicher Verantwortlichkeiten in Anbetracht der Einheitlichkeit der Rechtsordnung berücksichtigt werden.

■ Grundsatz der gleichen Vergütung

Das Bundessozialgericht geht in ständiger Rechtsprechung¹⁹⁾ davon aus, dass abgesehen von dem pauschalieren Investitionskostenabschlag in Höhe von 10 Prozent²⁰⁾ der Grundsatz der gleichen Vergütung gilt. Weder eine unmittelbare noch eine mittelbare schlechtere Vergütung von Notfalleistungen in Krankenhäusern gegenüber vergleichbaren Leistungen von Vertragsärzten durch Regelungen im Honorarverteilungsmaßstab bzw. Honorarverteilungsvertrag sind damit zulässig. So hat beispielsweise das Bundessozialgericht im Urteil vom 24. September 2003 ausgeführt: „Aus der Zuordnung der von Nichtvertragsärzten und Krankenhäusern erbrachten Notfalleistungen zur vertragsärztlichen Versorgung folgt nach der Rechtsprechung des Senats, dass sich die Honorierung dieser Behandlung nach den Grundsätzen richtet, die für die Leistungen der Vertragsärzte und der zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigten Personen und Institutionen gelten. Aus dieser Gleichstellung der im Notfall tätigen Krankenhäuser und Nichtvertragsärzte mit Vertragsärzten hat der Senat abgeleitet, dass der Vergütungsanspruch eines Krankenhauses durch gesamtvertragliche Regelungen nur dann gegenüber dem Vergütungsniveau der Vertragsärzte reduziert bzw. umfangmäßig eingeschränkt werden darf, wenn das durch sachliche Gründe gerechtfertigt ist (BSG SozR 3-2500, § 120 Nr. 7, Seite 37). (...) Auch eine mittelbare schlechtere Vergütung von Notfalleistungen in Krankenhäusern gegenüber vergleichbaren Leistungen von Vertragsärzten durch Regelungen der Honorarverteilung hat der Senat beanstandet.“ Abgesehen von der entsprechend § 120 Absatz 3 Satz 2 SGB V legitimierten Vergütungsminde- rung um 10 Prozent als pauschaler Investitionskostenabschlag²¹⁾ sind damit Vergütungsminderungen grundsätzlich nicht zulässig.

Ausgehend von dem bundesrechtlichen Grundsatz gleicher Vergütungen hat das Bundessozialgericht Regelungen in Gesamtverträgen nur dann gebilligt, wenn die Schlechtervergütung durch sachliche Gründe gerechtfertigt ist. So hat es das Bundessozialge-

richt²²⁾ für ausgeschlossen gehalten, dass eine vertragliche Regelung den Ausschluss der Abrechnungsfähigkeit für Beratungsgebühren nach den Nummern 2, 3, 5 und 6 BME für Notfallambulanzen der Krankenhäuser vorsieht. Nicht gerechtfertigt war nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts ein gesamtvertraglich vereinbarter genereller Abschlag von weiteren 15 Prozent der für die vertragsärztliche Vergütung vereinbarten Sätze.²³⁾ Bewilligt wurde allerdings eine Vergütungsminderung um 30 Prozent in Anwendung des § 120 Absatz 3 Satz 2 SGB V für eine zahnärztliche Notfallklinik in Polikliniken, weil diese stets auch den Zwecken von Forschung und Lehre diene.

Nicht beanstandet hat das Bundessozialgericht,²⁴⁾ dass in Verträgen nach § 115 SGB V auch Regelungen über die Vergütung von Notfallbehandlungen in Krankenhäusern getroffen werden dürfen. Ausdrücklich nicht entgegengetreten war das Bundessozialgericht der Auslegung eines solchen Vertrages dahingehend, dass das garantierte Vergütungsniveau von 90 Prozent der Vertragsärzte nicht durch Maßnahmen wie die Bildung eines speziellen Honorartopfs für „Institute/Krankenhäuser“ reduziert werden dürfe. Des Weiteren wurde durch das Bundessozialgericht eine Regelung nicht beanstandet, nach der Nichtvertragsärzten und auch Krankenhäusern von der Vergütung für ambulante Notfallbehandlungen ein Anteil für Verwaltungskosten abgezogen wird.²⁵⁾

Die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts²⁶⁾ geht jedoch darüber hinaus. Die Anwendung des in § 120 Absatz 3 Satz 2 SGB V zum Ausdruck kommenden allgemeinen Rechtsgrundsatzes gestattet nicht nur eine Vergütungsreduzierung für Notfallbehandlungen in Krankenhäusern, sondern sie entfaltet insoweit auch eine Schutzwirkung zu deren Gunsten, als eine über den zehnpromzentigen Abschlag hinausgehende Begrenzung des sich auf bundesrechtlicher Grundlage ergebenden Vergütungsanspruchs für Notfallbehandlungen als Krankenhausleistung grundsätzlich unzulässig ist. Nur dann, wenn die (weitergehende) Vergütungsminderung auf sachlichen Gründen beruht, sind zusätzliche Einschränkungen zulässig.

Damit konzentriert sich in den weiteren Auseinandersetzungen die Frage grundsätzlich darauf, ob Vergütungseinschränkungen bzw. Reduzierungen durch sachliche Gründe gerechtfertigt sind. Im Fall des Landessozialgerichts Mecklenburg-Vorpommern,²⁷⁾ in dem es sowohl um die Zulässigkeit der über den zehnpromzentigen Abschlag nach § 120 Absatz 3 Satz 2 SGB V hinausgehenden Begrenzung der Vergütung im Wege prozentualer Abschläge als auch um die Frage der Zulässigkeit des Ausschlusses der Abrechnungsfähigkeit bestimmter Leistungen ging, hat der Vertreter der Kassenärztlichen Vereinigung in der mündlichen Verhandlung zu Protokoll erklärt, dass Grund für die Regelung des HVM unter anderem die Erwägung gewesen sei, dass die Vertragsärzte im Vergleich zu den im Westen niedergelassenen Vertragsärzten nur 80 Prozent der Vergütung erhalten würden und zum anderen die Klägerin (und damit das Krankenhaus) auch in den anderen Bereichen Einnahmen habe, die sie in die Lage versetzten, die Notfallambulanz finanziell zu unterhalten. Hierin hat das Landessozialgericht eine bewusste und gewollte, die Krankenhäuser benachteiligende Regelung gesehen. Im Ergebnis wollte – so das Landessozialgericht – die Kassenärztliche Vereinigung nur eine nicht kostendeckende Vergütung der Notfallbehandlungen erreichen und das Krankenhaus damit zu einer „Quersubventionierung“ dieses Leistungsbereichs zwingen. Dies wurde zu Recht nicht als sachliche Rechtfertigung für eine unterschiedliche Vergütung angesehen.

■ Bezugspunkt „organisierter Notfalldienst“?

Im Fall des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen ist dieses im Zusammenhang mit einer geltend gemachten Vergütung in Höhe von 90 Prozent des Punktwertes für den organisierten Notfalldienst von anderen Gesichtspunkten ausgegangen. Das Landessozialgericht argumentiert, dass vergleichbar mit den ambulanten Notfallbehandlungen der Krankenhäuser nicht die Leistungen des organisierten Notfalldienstes seien, sondern die entsprechenden Leistungen niedergelassener Vertragsärzte. Diese würden gerade nicht mit dem Punktwert des organisierten Notfalldienstes vergütet, sodass die diffe-

renzierte Vergütung gerechtfertigt sei. Bezogen auf den organisierten Notfalldienst liege eine Privilegierung und damit eine vergütungsmäßige Besserstellung dieses Leistungsbereichs vor. Da nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts die über den zehnpromzentigen Abschlag hinausgehenden Vergütungsminderungen als zusätzliche Einschränkungen nur dann statthaft seien, wenn sie auf sachlichen Gründen beruhen, würde sich die Frage der sachlichen Rechtfertigung durch die fehlende zusätzliche Vergütungsminderung nicht stellen. Die Krankenhäuser würden weder unmittelbar noch mittelbar schlechter gestellt.

Es wird abzuwarten bleiben, ob das Bundessozialgericht dieser Argumentation folgt. Entscheidend ist in diesem Zusammenhang die Frage des Bezugspunktes für die wertende Betrachtung der Vergleichbarkeit zwischen organisiertem Notfalldienst, dem „normalen“ Notfalldienst der niedergelassenen Vertragsärzte und entsprechenden Leistungen der Krankenhäuser als nicht an der vertragsärztlichen Versorgung Beteiligten. Nach diesseitiger Sicht entsprechen gerade die Leistungen des organisierten Notfalldienstes denen der Krankenhäuser, die – so das Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen in seinem Urteil vom 19. Januar 2005²⁸⁾ – angesichts ihrer „logistisch-organisatorischen Infrastruktur (ein) privilegierter Leistungsanbieter“ sind.

Auch das Landessozialgericht Baden-Württemberg hat bereits mit Urteil aus dem Jahr 2002²⁹⁾ die unterschiedliche Vergütung der im organisierten Notfalldienst erbrachten Leistungen einerseits und der von Krankenhäusern als Notfallbehandlungen erbrachten Leistungen andererseits als rechtswidrig angesehen.³⁰⁾ Das Landessozialgericht ging davon aus, dass die Situation im organisierten Notfalldienst und die im Krankenhaus insoweit vergleichbar sind, als jeweils Personal für die Sicherstellung der Behandlungen zur „Unzeit“ vorgehalten werden muss. Da die Bedürfnisse des Krankenhauses primär auf die stationären Patienten ausgerichtet sind, musste dieser Gesichtspunkt ebenfalls berücksichtigt werden.³¹⁾ Ausdrücklich haben sich jedoch sowohl der 10. als auch der 11. Senat des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen gegen die vorgenann-

te Rechtsprechung des Landessozialgerichts Baden-Württemberg ausgesprochen. In der bereits angesprochenen Argumentation, die von einer Privilegierung der Vergütung des organisierten Notfalldienstes ausgeht, weist das Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen darauf hin, dass angesichts der für niedergelassene Ärzte durch die Teilnahme am organisierten ärztlichen Notfalldienst entstehenden „besonderen Organisations- und Kostenaufwandes“ eine Privilegierung der Vergütung sachlich gerechtfertigt sei.

Zu Recht spricht sich auch das Landessozialgericht Mecklenburg-Vorpommern³²⁾ gegen diese Argumentation aus. Zu berücksichtigen ist nämlich, dass in den insoweit einschlägigen Regelungen vom Honorar der Vertragsärzte „Verwaltungskostenbeiträge“ in Abzug gebracht werden können, gleiches gilt jedoch auch für die Vergütung der Leistungen der Krankenhäuser. Auch diese sind nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts mit Urteil vom 24. September 2003³³⁾ über den „einheitlichen“ Prozentsatz an der Kostentragung beteiligt. Soweit des Weiteren das Landessozialgericht darauf abstellt, dass ein zusätzlicher Beitrag durch die Kassenärztliche Vereinigung von den am organisierten Notfalldienst beteiligten Ärzten erhoben werden kann, muss berücksichtigt werden, dass dies nur gilt, wenn die Kassenärztliche Vereinigung Notfalldienstpraxen einrichtet. Da nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts³⁴⁾ in den kassenärztlichen Gebührensätzen auch ein Investitionskostenanteil enthalten ist, ist die Erhebung eines zusätzlichen Beitrags im Fall der Einrichtung der Notfalldienstpraxen durch die KV sachgerecht und zwingend, da ansonsten über die Vergütung ein Investitionskostenanteil erstattet würde, der bei Einrichtung von Notfalldienstpraxen durch die Kassenärztliche Vereinigung eine vergütungsmäßige Besserstellung derjenigen niedergelassenen Vertragsärzte bewirken würde, die den organisierten Notfalldienst in von der Kassenärztlichen Vereinigung eingerichteten Notfalldienstpraxen verrichten.

Soweit das Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen generell in seinem Urteil darauf abstellt, dass die Versorgung ambulanter Notfallbehandlungen

durch Krankenhäuser „nicht die Vorhaltung von speziellem Personal erforderlich“ macht, ist dies einerseits – grundsätzlich – nicht nachvollziehbar und lässt andererseits die unzweifelhaft entstehenden Kosten (unabhängig von der Frage, ob spezielles, zusätzliches Personal erforderlich ist) in unzulässiger Weise außer Betracht.

■ EBM 2000

Mit der Einführung des EBM 2000plus zum 1. April 2005 hat es eine weitere, einschneidende Veränderung gegeben. Im Abschnitt „1.2 Leistungen im Notfall und im organisierten Notfalldienst“ ist unter der Ziffer 01210 der „Ordinationskomplex im organisierten Not(fall)dienst“ – bewertet mit 500 Punkten – geregelt. Unter der Ziffer 01218 wurde die „Notfallbehandlung von nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten, Instituten und Krankenhäusern“ geregelt, die jedoch nur mit 200 Punkten bewertet ist.

Zum Vergleich: Im EBM 96 waren die sowohl vom Vertragsarzt als auch vom Krankenhaus abrechenbare Notfallordinationsgebühr einheitlich mit 220 Punkten bewertet worden. Zusätzlich muss gegenüber dem EBM 96 berücksichtigt werden, dass es zu einer weiteren Honorareinbuße gekommen ist, da die Aufstellung nicht gesondert abrechenbarer Leistungen im Anhang 1 ausgeweitet wurde. Insoweit ist die Krankenseite stärker betroffen.

In seiner 104. Sitzung hat der Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 3 SGB V die relevanten Regelungen mit Wirkung zum 1. Juli 2005 (rückwirkend) wie folgt verändert:

Nach der Vergütung für den Erstkontakt in Höhe von 500 Punkten wurde unter der neuen Ziffer 01216 ein Arzt-Patienten-Kontakt mit 400 Punkten bewertet, wenn der Arzt den Patienten im organisierten Not(fall)dienst zwischen 19.00 und 22.00 Uhr, und zwar persönlich oder über den Verweis gemäß § 4.1 der Allgemeinen Bestimmungen im organisierten Not(fall)dienst auch telefonisch kontaktiert. Mit gegenüber der Ziffer 01210 und damit dem Erstkontakt weiteren 500 Punkten wird ein Arzt-Patienten-Kontakt bewertet, wenn er im organisierten Not(fall)dienst zwischen 22.00 und 7.00 Uhr erfolgt.

Den Krankenhäusern wurde diese Möglichkeit nicht eingeräumt. Dies erstaunt umso mehr, als von Seiten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung die Differenzierung bereits vor der rückwirkenden Änderung durch die 104. Sitzung damit begründet worden war, dass der Vertragsarzt seine Notfallpauschale nur einmal im Quartal abrechnen könne, die Krankenhäuser hingegen für jede einzelne Behandlung.

Insoweit wird bereits deutlich, dass von den Grundsätzen einer einheitlichen Behandlung abgewichen worden ist. Sachliche Gründe für eine differenzierte Behandlung, insbesondere vor dem Hintergrund der mit der 104. Sitzung geänderten Bewertung, sind nicht ersichtlich. In diesem Zusammenhang muss zwar darauf hingewiesen werden, dass nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts³⁵⁾ dem EBM Rechtsnormcharakter zukommt. Ein Verstoß dieser Regelung gegen den Gleichheitssatz des Artikel 3 Absatz 1 GG liegt vor allem dann vor, wenn eine Gruppe von Normadressaten im Vergleich zu anderen Normadressaten anders behandelt wird, obwohl zwischen beiden Gruppen keine Unterschiede von solcher Art und solchem Gewicht bestehen, dass sie die unterschiedliche Behandlung rechtfertigen könnten.³⁶⁾ Welche Sachverhalte so wichtig sind, dass ihre Verschiedenheit eine Ungleichbehandlung rechtfertigt, entscheidet regelmäßig der Normgeber selbst. Er kann grundsätzlich die Sachverhalte auswählen, an die er dieselbe Rechtsfolge knüpfen will. Sein Spielraum endet erst dort, wo die gleiche oder ungleiche Behandlung der geregelten Sachverhalte evidentenmaßen nicht mehr mit einer am Gerechtigkeitsgedanken orientierten sachgerechten Betrachtungsweise vereinbar ist.³⁷⁾ In Anbetracht der grundlegend unterschiedlichen Bewertungen wird jedoch eine sachliche Rechtfertigung dieser Ungleichbehandlung nicht erkennbar sein. Insoweit kann auch auf ein Urteil des Bundessozialgerichts vom 8. April 1992 – 6 RKA 24/90 – zurückgegriffen werden. Das Bundessozialgericht hatte insoweit ausgeführt, dass die im Rahmen eines organisierten ärztlichen Notfalldienstes von einem nicht niedergelassenen Kassenarzt erbrachten Besuchsleistungen

niedriger vergütet werden dürfen als die entsprechenden Leistungen eines niedergelassenen Kassenarztes. Unter anderem war relevant, dass Praxisvorhaltekosten bei ihm nicht anfallen. Ausdrücklich hat jedoch das Bundessozialgericht bereits ausgeführt: „Ob diese Gesichtspunkte auch eine im Verhältnis zu Kassenärzten niedrigere Vergütung von niedergelassenen Nichtkassenärzten tragen würden, mag zweifelhaft sein, war aber hier nicht zu entscheiden.“

Das Bundesgesundheitsministerium³⁸⁾ hat mittlerweile die Regelung des Bewertungsausschusses vor dem Hintergrund der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts als rechtswidrig bewertet.

Letztlich ist anzumerken, dass insbesondere durch die fehlende Beteiligung der Krankenhäuser an den Regelungen des Bewertungsausschusses ein demokratisches Defizit festzustellen ist. Geht man davon aus, dass durch die Regelungen des Bewertungsausschusses im EBM „Rechtsnormen“ gesetzt werden, ist eine demokratische Legitimation dieser Normsetzung auch den Krankenhäusern gegenüber erforderlich. Verfassungsrechtlich sind die Fragen der Normsetzungsbefugnis bisher nicht geklärt. Auch wenn der 6. Senat des Bundessozialgerichts grundsätzlich von der Zulässigkeit der Normsetzungsbefugnis ausgeht,³⁹⁾ hat das Bundesverfassungsgericht in seiner „Nikolausentscheidung“ vom 6. Dezember 2005⁴⁰⁾ die Normsetzungsbefugnis des Bundesausschusses ausdrücklich offengelassen, sodass unter verfassungsrechtlichen Gesichtspunkten von einer abschließenden Klärung nicht ausgegangen werden kann. Verfassungspolitisch besteht insoweit Handlungsbedarf.

Literatur/Anmerkungen

- 1) Vergleiche in diesem Zusammenhang das Urteil des Sozialgerichts Dortmund vom 10. Juli 2001 – S 26 KA 95/00 –, nach dem eine Regelung in einem Honorarverteilungsmaßstab, die eine pauschalierte Notfalldienstvergütung vorsieht, um Leistungsausweitungen in diesem Bereich vorzubeugen, nicht gegen höherrangiges Recht verstößt.
- 2) Vergleiche auch Weddehage „Vergütung einer ambulanten Notfallbehandlung im Zusammenhang mit einer nachfolgenden stationären Behandlung“, das Krankenhaus 12/2005, Seite 1107
- 3) Entsprechende Verfahren sind beim Bundessozialgericht unter dem AZ B 6 KA 15/06 R (Vorinstanz: Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 5. April 2006 – L 11 KA 9/04) und B 6 KA 31/05 R (Vorinstanz: Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 19. Januar 2005 – L 10 KA 11/04) sowie Sozialgericht Hamburg, Urteil vom 13. Juli 2005 – S 3 KA 187/04 – anhängig.
- 4) Das Verfahren ist beim Bundessozialgericht unter dem AZ B 6 KA 5/06 R anhängig (Vorinstanz: Landessozialgericht Neubrandenburg, L 1 KA 1/04).
- 5) Laufs/Uhlenbruck, Handbuch des Arztrechts, 3. Auflage, 2002, § 17 Rd.-Nr. 19 ff.
- 6) So: OLG Stuttgart, Medizinrecht MedR 1997, Seite 275 (278 m.w.N.)
- 7) Vergleiche insoweit § 5 Absatz 1 Satz 1 SGB V, vergleiche in diesem Zusammenhang auch den Beschluss des Bundesverfassungsgerichts vom 6. Dezember 2005 – 1 BvR 347/98
- 8) § 76 Absatz 1 Satz 1 SGB V lautet: Die Versicherten können unter den zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzten, den medizinischen Versorgungszentren, den ermächtigten Ärzten, den ermächtigten oder nach § 116 b an der ambulanten Versorgung teilnehmenden ärztlich geleiteten Einrichtungen, den Zahnkliniken der Krankenkassen, den Eigeneinrichtungen der Krankenkassen nach § 140 Absatz 2 Satz 2, den nach § 72 a Absatz 3 vertraglich zur ärztlichen Behandlung verpflichteten Ärzten und Zahnärzten, den zum ambulanten Operieren zugelassenen Krankenhäusern sowie den Einrichtungen nach § 75 Absatz 9 frei wählen.
- 9) Urteil vom 16. Februar 2005 – L 11 KA 42/04
- 10) Urteil vom 5. April 2006 – S 2 KA 156/05
- 11) Urteil vom 8. Dezember 2004 – L 10 KA 5/04
- 12) Unter Bezug auf das Bundessozialgericht, Urteil vom 15. September 1997 – 6 RKA 8/77, SozR 2200, § 368 n, RVO Nr. 12
- 13) Zwar kann ein für den Notfalldienst ungeeigneter Arzt nicht auf die Möglichkeit, einen Vertreter zu bestellen, verwiesen werden, allerdings bleibt es dem jeweiligen Arzt unbenommen, sich vertreten zu lassen, soweit er sich subjektiv außer Stande sehen sollte, den Notfalldienst persönlich zu verrichten.
- 14) Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 4. Juni 2003 – L 11 KA 229/01
- 15) Urteil vom 19. Januar 2005 – L 10 KA 11/04
- 16) Vergleiche beispielsweise das Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 4. Juni 2003 – L 11 KA 229/01 – und das Sozialgericht Hamburg, MedR 2003, Seite 59 (62)
- 17) f&w 1995, Seite 412 f.
- 18) Sozialgericht Hamburg, MedR 2003, Seite 59 f.
- 19) Zum Beispiel Urteil vom 31. Januar 2001 – B 6 KA 33/00 R, Urteil vom 13. März 2002 – B 6 KA 4/01 R, Urteil vom 24. September 2003 – B 6 KA 51/02 R
- 20) Urteil vom 20. September 1995 – 6 RKA 25/95, unter Verweis auf BSGE 75, Seite 184 ff.
- 21) Diese Minderung wird jedoch nur dann als zulässig anzusehen sein, wenn und soweit von Seiten des Landes Investitionskosten tatsächlich getragen werden. Soweit dies beispielsweise für Nordrhein-Westfalen eingeschränkt ist, könnte die Berechtigung des zehnpromzentigen Abschlags in Zweifel gezogen werden, vergleiche insoweit das Bundessozialgericht, Urteil vom 13. März 2002 – B 6 KA 4/01 R: „Erhält somit ein Krankenhaus keine Fördermittel von den Gebietskörperschaften – wie Bund, Ländern oder Gemeinden –, deren Haushalte sich ganz überwiegend aus Steuermitteln speisen, ist der Tatbestand der öffentlichen Förderung im Sinne des § 120 Absatz 3 Satz 2 SGB V nicht erfüllt“.
- 22) Vergleiche Urteil vom 20. Dezember 1995 – 6 RKA 25/95 – SozR 3-2500, § 120 Nr. 7
- 23) Vergleiche auch Urteil des Bundessozialgerichts vom 13. Mai 1998 – B 6 KA 41/97 R
- 24) Vergleiche insoweit das Urteil vom 31. Januar 2001 – B 6 KA 33/00 R
- 25) Bundessozialgericht, Urteil vom 24. September 2003 – B 6 KA 51/02 R
- 26) Urteil vom 13. Mai 1998 – B 6 KA 41/97 R
- 27) Urteil vom 31. August 2005 – L 1 KA 1/04, beim Bundessozialgericht unter dem AZ B 6 KA 5/06 R anhängig
- 28) L 10 KA 11/04
- 29) Urteil vom 4. Dezember 2002 – L 5 KA 626/02
- 30) In diesem Zusammenhang ist auch bereits auf ein Urteil des Bundessozialgerichts vom 8. April 1992 – 6 RKA 24/90 - hinzuweisen, nach dem die im Rahmen eines organisierten ärztlichen Notfalldienstes von einem nicht niedergelassenen Kassenarzt erbrachten Besuchleistungen niedriger vergütet werden dürfen als die entsprechenden Leistungen eines niedergelassenen Vertragsarztes. Die Übertragbarkeit dieser Entscheidung auf einen niedergelassenen Nichtvertragsarzt wurde jedoch als zweifelhaft angesehen (im Folgenden wird auf diese Entscheidung nochmals eingegangen).
- 31) Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen das vorgenannte Urteil des Landessozialgerichts Baden-Württemberg wurde aus formalen Gesichtspunkten vom Bundessozialgericht zurückgewiesen. Beschluss vom 18. Juni 2003 – B 6 KA 23/03 B
- 32) In seinem Urteil vom 31. August 2005 – L 1 KA 1/04
- 33) B 6 KA 51/02 R
- 34) Urteil vom 19. August 1992 – 6 RKA 61/91
- 35) Vergleiche insoweit auch den Kammerbeschluss des Bundesverfassungsgerichts vom 22. Oktober 2004, unter anderem 1 BvR 528/04, MedR 2005, Seite 285 ff.
- 36) Vergleiche zum Beispiel BVerfGE 55, 72 (88 ff.); 82, 126 (146 m.w.N.)
- 37) BVerfGE 71, 39 (58), 71, 255 (271)
- 38) Mit Schreiben vom 6. April 2006 hat Staatssekretär Dr. Schröder in einem Schreiben an die Deutsche Krankenhausgesellschaft ausgeführt, dass es durch die EBM-Vergütungsregelungen zur Notfallversorgung zu einer ungerechten Benachteiligung der Leistungserbringer außerhalb des organisierten

Notfalldienstes gegenüber den Leistungserbringern im organisierten Notfalldienst kommt. Das BMG hat daher den Bewertungsausschuss mit Schreiben vom 24. März 2006 dazu aufgefordert, diese ungerechtfertigte Benachteiligung durch eine entsprechende Anpassung der EBM-Regelungen zu korrigieren.

- 39) Vergleiche in diesem Zusammenhang das Urteil des Bundessozialgerichts vom 9. Dezember 2004 – B 6 KA 40/03 R.; vergleiche in diesem Zusammenhang auch den Kammerbeschluss des Bundessozialgerichts vom 22. Oktober 2004, unter anderem 1 BvR 528/04, MedR 2005 Seite 285 ff.

40) Beschluss des Bundesverfassungsgerichts vom 6. Dezember 2005 – 1 BvR 347/98. Mit dem Beschluss wurde das Urteil des Bundessozialgerichts vom 16. Dezember 1997 – 1 RK 28/95 – zur Duchenne'schen Muskeldystrophie aufgehoben.

Anschrift des Verfassers:
Rechtsanwalt Wolfgang Leber,
Fachanwalt für Medizinrecht,
Sozietät Dr. Lauter – Dr. Knorr,
Konrad-Adenauer-Ufer 79/81,
50668 Köln ■

eine Bruttopreisvereinbarung an. Das vom Auftraggeber zu zahlende Entgelt wird in diesem Fall nicht mit „xxx Euro zuzüglich gesetzlicher Umsatzsteuer“ festgelegt, sondern mit „xxx Euro einschließlich gesetzlicher Umsatzsteuer“ vereinbart. Das Risiko einer Erhöhung des Steuersatzes ist dann vom Auftragnehmer zu tragen. Im Hinblick auf § 29 UStG (siehe hierzu die Ausführungen unter Ziffer 10. und 11.) ist zur Vermeidung einer ggf. dennoch bestehenden Ausgleichsverpflichtung des Auftraggebers die Entgeltvereinbarung um folgenden Satz zu erweitern: „Eine Änderung des allgemeinen Umsatzsteuersatzes begründet keinen Anspruch auf eine besondere Vergütung oder eine Änderung des vereinbarten Preises.“

Steuerrecht

Handlungsbedarf aufgrund der Erhöhung des allgemeinen Umsatzsteuersatzes zum 1. Januar 2007

1. Am 19. Mai 2006 hat der Bundestag das Haushaltsbegleitgesetz 2006 verabschiedet, das unter anderem eine Erhöhung des allgemeinen Umsatzsteuersatzes um 3 Prozentpunkte von zurzeit 16 Prozent auf 19 Prozent vorsieht. Der ermäßigte Steuersatz von zurzeit 7 Prozent bleibt unverändert. Der Bundesrat hat dem Gesetz am 16. Juni 2006 zugestimmt. Die Umsatzsteuererhöhung tritt zum 1. Januar 2007 in Kraft.

2. Da Krankenhäuser nach § 4 Nr. 16 Umsatzsteuergesetz (UStG) im Wesentlichen steuerbefreite Leistungen erbringen und daher nicht zum Vorsteuerabzug berechtigt sind, verteuern sich für diese die dem allgemeinen Steuersatz unterliegenden Einkäufe von Waren und Dienstleistungen um 3 Prozent des Nettowertes (= 2,59 Prozent des bisherigen Bruttopreises). Für sie stellt die Erhöhung des allgemeinen Umsatzsteuersatzes daher eine Kostenbelastung dar, die bei Leistungsbezügen um den Jahreswechsel 2006/2007 herum möglicherweise vermieden werden kann. Nachfolgend wird über entsprechende Möglichkeiten informiert.

3. Maßgebend für die Anwendung des jeweils gültigen Steuersatzes gemäß § 12 UStG ist der Zeitpunkt, in dem der Umsatz als ausgeführt gilt. Bei einem In-Kraft-Treten der Umsatzsteuererhöhung zum 1. Januar 2007 ist daher der Steuersatz in Höhe von 19 Prozent auf alle Umsätze anzuwenden, die ab diesem Zeitpunkt ausgeführt werden und dem Regel-

steuersatz unterliegen, § 27 Absatz 1 UStG. Entscheidend ist allein die Ausführung der Leistung. Der Zeitpunkt der Vereinnahmung bzw. der Zahlung des Entgelts, der Zeitpunkt der Rechnungserteilung oder gar der Tag des Vertragsabschlusses bzw. des Bestelleingangs ist unerheblich. Wird somit ein Umsatz zum Regelsteuersatz an ein Krankenhaus nach dem 31. Dezember 2006 bewirkt, unterliegt er dem erhöhten Steuersatz von 19 Prozent unabhängig davon, ob das Krankenhaus bereits Anzahlungen geleistet oder die Rechnung erhalten hat.

4. Werden für das Jahr 2007 geplante Anschaffungen noch im Jahr 2006 getätigt, erfolgt die Besteuerung zum bisherigen Regelsteuersatz von 16 Prozent. Ein Vorziehen der für das Jahr 2007 geplanten Anschaffungen sollte daher in Betracht gezogen werden. Insoweit ist jedoch wichtig, dass dieser Weg nur dann erfolgreich sein wird, wenn die Anschaffung tatsächlich bis zum 31. Dezember 2006 erfolgt, das heißt das Krankenhaus als Leistungsempfänger tatsächlich bis zu diesem Zeitpunkt die Verfügungsmacht über den zu liefernden Gegenstand erlangt. Erfolgt die Lieferung erst im Jahr 2007, entsteht Umsatzsteuer in Höhe von 19 Prozent.

5. Das Krankenhaus als Auftraggeber sollte daher versuchen, das Risiko einer höheren Umsatzsteuerbelastung aufgrund einer Lieferung nach dem 31. Dezember 2006 auf den Auftragnehmer zu verlagern. Hierzu bietet sich

6. Anzahlungen, die noch im Jahr 2006 für erst im Jahr 2007 auszuführende Leistungen getätigt werden, stellen dagegen kein geeignetes Mittel dar, um eine Besteuerung zum bisherigen Regelsteuersatz sicherzustellen. Anzahlungen, die im Jahr 2006 geleistet werden, unterliegen zwar zunächst dem 16-prozentigen Regelsteuersatz, § 13 Absatz 1 Nr. 1 Buchstabe a Satz 4 UStG, jedoch erfolgt nach § 27 Absatz 1 Satz 2 UStG im Voranmeldungszeitraum der Ausführung der Leistung eine Nachversteuerung in Höhe von 3 Prozent. Das gesamte Entgelt für eine nach dem 31. Dezember 2006 ausgeführte Leistung unterliegt somit dem erhöhten Steuersatz.

7. Möglichkeiten zur umsatzsteuerlichen Optimierung bestehen bei Investitionen mit einem längeren Realisierungszeitraum. Auch hier gilt, dass die Umsatzsteuer grundsätzlich mit Ablauf

Dortmunder Expertenrunde (7. September 2006):

„Steuerliche Behandlung von Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen“

- StOAR Johannes Buchna
- RA/StB Franz Vochsen

Nähere Informationen finden Sie unter:

www.kommunsense.de