



Verknüpftes Dokument, siehe auch: Urteil des 6. Senats vom 17.9.2008 - B 6 KA 47/07 R -,  
Presse-Vorbericht Nr. 44/08 vom 4.9.2008, Presse-Mitteilung Nr. 44/08 vom 18.9.2008

## BUNDESSOZIALGERICHT Urteil vom 17.9.2008, B 6 KA 46/07 R

Ambulante Notfallbehandlung - keine unterschiedliche Vergütung zwischen organisiertem vertragsärztlichen Notfalldienst und Krankenhaus - keine notwendige Beiladung der Verbände der Kranken- und Ersatzkassen in vertragsärztlichen Honorarstreitigkeiten - Verletzung des Grundrechts des Gleichbehandlungsgrundsatzes durch Normgeber

### Leitsätze

1. In vertragsärztlichen Honorarstreitigkeiten sind die Verbände der Kranken- und Ersatzkassen auch dann nicht im Sinne des § 75 Abs 2 SGG notwendig beizuladen, wenn die Wirksamkeit eines Honorarverteilungsvertrags umstritten ist, der zwischen diesen Kassenverbänden und der KÄV vereinbart worden ist.
2. Die punktzahlmäßige Bewertung des Ordinationskomplexes für Notfallbehandlungen im EBM-Ä darf nicht danach differenzieren, ob die Behandlung im organisierten vertragsärztlichen Notfalldienst oder in einem Krankenhaus durchgeführt worden ist.

### Tatbestand

- 1 Streitig ist die Höhe der Vergütung für im Krankenhaus erbrachte ambulante Notfallbehandlungen.
- 2 Die Klägerin ist Trägerin des im Bezirk der beklagten Kassenärztlichen Vereinigung (KÄV) gelegenen und zur Versorgung von Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassenen Krankenhauses "Klinikum S.". Für die dort in den Quartalen II/2006 bis IV/2006 bei gesetzlich Krankenversicherten sowie bei Berechtigten mit Anspruch auf freie Heilfürsorge vorgenommenen ambulanten Notfallbehandlungen rechnete sie gegenüber der Beklagten in 504 Fällen die mit 500 Punkten bewertete Gebührennr 01210 (Ordinationskomplex im organisierten Notfalldienst) des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs für vertragsärztliche Leistungen (EBM-Ä; in der vom 1.4.2005 bis zum 31.12.2007 geltenden Fassung <EBM-Ä 2005>) ab. Die Beklagte wandelte diese Abrechnungen jeweils in die mit 200 Punkten bewertete Gebührennr 01218 EBM-Ä (Notfallbehandlung von nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten, Instituten und Krankenhäusern) um und vergütete die Leistungen nach ihrem seit 1.4.2005 gültigen Honorarverteilungsvertrag (HVV) mit einem Punktwert in Höhe von 3,3 Cent im Primärkassen- bzw 4,0 Cent im Ersatzkassenbereich. Die Widersprüche der Klägerin, gerichtet auf eine Honorierung der Notfallbehandlungen nach der höher bewerteten Gebührennr 01210 EBM-Ä und zu dem im HVV für Behandlungen im organisierten Notfalldienst vorgesehenen festen Punktwert von 4,6 Cent, wies die Beklagte zurück.
- 3 Das Sozialgericht (SG) hat die angefochtenen Honorarbescheide geändert und die Beklagte verpflichtet, über die Honoraransprüche der Klägerin unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden. Für die Einführung unterschiedlich bewerteter Gebührenpositionen im EBM-Ä bei im Wesentlichen gleichgelagerten ambulanten Notfallbehandlungen fehle eine sachlich tragfähige Begründung. Der Bewertungsmaßstab sei insoweit mit dem Gleichbehandlungsgebot

aus Art 3 Abs 1 GG nicht vereinbar, und dem Bewertungsausschuss müsse Gelegenheit zu einer grundgesetzkonformen und von der Beklagten bei der Neubescheidung zu beachtenden Neuregelung gegeben werden (Urteil vom 12.9.2007).

- 4 Mit ihrer Sprungrevision rügt die Beklagte zunächst als Verletzung formellen Rechts das Unterlassen der Beiladung der Krankenkassenverbände. Diese seien als Partner des HVV konstitutiv an der Gestaltung der Honorarverteilung beteiligt, auf deren Wirksamkeit es in diesem Rechtsstreit über die Höhe des Auszahlungspunktwerts für ambulante Notfallbehandlungen ankomme. Eine gerichtliche Entscheidung hätte daher gegenüber den Partnern des HVV einheitlich und unter notwendiger Beiladung der Kassenverbände nach § 75 Abs 2 SGG ergehen müssen.
- 5 In der Sache macht die Beklagte geltend, eine Ungleichbehandlung zu Lasten der Krankenhäuser iS von Art 3 Abs 1 GG sei weder mit der Einführung unterschiedlich bewerteter Gebührenpositionen im Kapitel II des EBM-Ä 2005 noch mit dem sich aus dem HVV ergebenden höheren Auszahlungspunktwert für Leistungen im organisierten Notfalldienst verbunden. So könne die Klägerin die in ihrem Krankenhaus erbrachten ambulanten Notfallbehandlungen ggf mehrfach pro Behandlungsfall im selben Quartal nach der Gebührennr 01218 EBM-Ä abrechnen; für Vertragsärzte im organisierten Notfalldienst sehe der Bewertungsmaßstab eine solche Abrechnungsmöglichkeit für "Mehrfach-Notfallbehandlung" nicht vor. Weiter vergüte sie - die Beklagte - ambulante Notfallbehandlungen nur dann mit dem festen Auszahlungspunktwert von 4,6 Cent, soweit die Leistung tatsächlich während des organisierten Notfalldienstes - also zwischen Samstagmorgen 8:00 Uhr und Montagmorgen 8:00 Uhr sowie an Feiertagen - erbracht werde. In der übrigen Zeit erhalte der Vertragsarzt auch im kollegialen Hintergrunddienst den nach dem HVV für seine Fachgruppe geltenden Punktwert, der bei Ausschöpfung seines Honorarkontingents uU deutlich darunter liege. Demgegenüber erhalte die Klägerin unabhängig vom Zeitpunkt der ambulanten Notfallbehandlung stets den ungekürzten und lediglich in Anknüpfung an die gesetzliche Regelung in § 120 Abs 3 Satz 2 SGB V um 10 % verminderten Facharzt-punktwert. Eine vollständige Übertragung der für die Vertragsärzte geltenden Konditionen auf die Vergütung ambulanter Notfallbehandlungen durch Krankenhäuser führe zu keiner wesentlichen Veränderung der tatsächlich gezahlten Vergütungen im hier streitbefangenen Zeitraum.
- 6 Die Beklagte beantragt,  
das Urteil des Sozialgerichts für das Saarland vom 12.9.2007 aufzuheben und die Klage abzuweisen.
- 7 Die Klägerin beantragt,  
die Revision zurückzuweisen.
- 8 Sie hält das sozialgerichtliche Urteil für zutreffend. Zu entscheiden sei ausschließlich, ob die unterschiedliche Bewertung und Vergütung ambulanter Notfallbehandlungen von Vertragsärzten im organisierten Notfalldienst einerseits und nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Krankenhäusern andererseits gegen das Gleichbehandlungsgebot verstoße. Dies sei der Fall, und es sei daher unerheblich, ob die nach dem HVV zu leistende Vergütung für Behandlungsleistungen der niedergelassenen Vertragsärzte außerhalb des organisierten Notfalldienstes ebenfalls eine ungerechtfertigte Benachteiligung beinhalte. Im Übrigen könne die unterschiedliche (Punkte-)Bewertung für ambulante Notfallleistungen im EBM-Ä 2005 nicht durch den Hinweis auf die Möglichkeit der Mehrfachabrechnung der Gebührennr 01218 EBM-Ä 2005 relativiert werden. Zum einen komme es selten vor, dass ein

Patient innerhalb eines Quartals mehrfach dasselbe Krankenhaus für eine Notfallbehandlung aufsuche; zum anderen sei die Bewertung der Gebührennr 01210 EBM-Ä 2005 mit 500 Punkten so hoch, dass auch durch eine zweimalige Notfallbehandlung von Patienten innerhalb eines Quartals nach der Gebührennr 01218 EBM-Ä 2005 diese Punktzahl nicht erreicht werde.

## Entscheidungsgründe

- 9 Die Revision der Beklagten ist nicht begründet.
- 10 Das SG hat im Ergebnis zutreffend und ohne Verletzung von Verfahrensrecht (1.) die beklagte KÄV zu einer erneuten Bescheidung des geltend gemachten Anspruchs des klagenden Krankenhausträgers auf Zahlung eines höheren Honorars für ambulante Notfallbehandlungen verpflichtet. Die den angefochtenen Honorarbescheiden zugrunde liegenden Vorgaben im EBM-Ä 2005 für die Bewertung ambulanter Notfallbehandlungen (2.) sowie die daran anknüpfende Ausgestaltung der Honorarverteilung im HVV der beklagten KÄV (3.) sind nicht mit höherrangigem Recht vereinbar. Der Bewertungsausschuss und die Partner des HVV müssen jeweils für ihren Zuständigkeitsbereich neue Regelungen treffen (4.).
- 11 1. Die Rüge der Beklagten, das erstinstanzliche Verfahren leide an dem formellen Fehler des Unterlassens einer Beiladung, greift nicht durch.
- 12 Zwar ist der in dem Unterlassen einer nach § 75 Abs 2 SGG notwendigen Beiladung liegende Verfahrensmangel trotz der Regelung des § 161 Abs 4 SGG, wonach die Revision nicht auf Mängel des Verfahrens gestützt werden kann, von Amts wegen zu berücksichtigen (*stRspr*; *vgl ua BSG SozR 3-1500 § 75 Nr 3 S 7 mwN*). Bei der von der Beklagten erstinstanzlich angeregten Beiladung der Krankenkassenverbände als Vertragspartner im Rahmen der Honorarverteilung handelt es sich jedoch um einen Fall der einfachen Beiladung nach § 75 Abs 1 SGG, die im Ermessen des Gerichts steht. Allein der Gesichtspunkt, dass es in einem Rechtsstreit auf den Inhalt, die Auslegung oder die Wirksamkeit einer (Honorarverteilungs-)Regelung ankommt, führt nicht dazu, dass die Entscheidung gegenüber den an der Normsetzung Beteiligten nur einheitlich ergehen kann und deren Beiladung in jedem Vergütungsrechtsstreit deshalb notwendig wird (*vgl BSG SozR 3-2500 § 115 Nr 1 S 3 für die Gesamtvertragspartner; BSGE 78, 98, 99 f = SozR 3-2500 § 87 Nr 12 S 35 für die Bundesmantelvertragspartner; ebenso BSG SozR 4-2500 § 87 Nr 5 RdNr 6 für den EKV-Z*).
- 13 Die Neufassung des § 85 Abs 4 Satz 2 SGB V durch Art 1 Nr 64 Buchst h des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG) vom 14.11.2003 (*BGBI I 2190*) hat nichts daran geändert, dass die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen (seit dem 1.7.2008: die Ersatzkassen) auch in solchen Honorarstreitverfahren, in denen inzident über die Geltung des HVV gestritten wird, nicht "notwendig" iS des § 75 Abs 2 SGG beizuladen sind. Nach § 85 Abs 4 Satz 2 SGB V wendet die KÄV seit dem 1.7.2004 für die Honorarverteilung den mit den Kassenverbänden "gemeinsam und einheitlich zu vereinbarenden" Verteilungsmaßstab an. Zuvor war insoweit der in der Rechtsform der Satzung von der KÄV "im Benehmen" mit den Kassenverbänden zu erlassende Honorarverteilungsmaßstab (HVM) maßgeblich. Die vom Gesetzgeber beabsichtigte Einbindung der Verbände der Krankenkassen in die Mitverantwortung für eine leistungsgerechte Honorarverteilung (*BT-Drucks 15/1525 S 101 zu Art 1 Nr 64 Buchst h <§ 85>*) ändert nichts daran, dass im Honorarstreitverfahren primär über den Anspruch eines Leistungserbringers auf vertragsärztliches Honorar und nur

inzident (auch) über die Geltung von Vorschriften des HVV gestritten wird. Allerdings wird es in Konstellationen, in denen der geltend gemachte Anspruch auf höheres Honorar nur begründet sein kann, wenn die maßgeblichen Normen des EBM-Ä und/oder des HVV zumindest teilweise unwirksam sind, in der Regel sachgerecht sein, die Vertragspartner der jeweiligen Normebene (Kassenärztliche Bundesvereinigung <KÄBV> und Spitzenverband Bund der Krankenkassen bzw Landesverbände der Kranken- und Ersatzkassen) auf der Grundlage des § 75 Abs 1 SGG ("einfach") beizuladen. Dazu besteht gerade in Konstellationen Anlass, in denen die Normgeber nach der gerichtlichen Feststellung einer Unvereinbarkeit der maßgeblichen untergesetzlichen Norm mit dem Gleichbehandlungsgebot (*Art 3 Abs 1 GG*) eine neue Regelung treffen müssen (*vgl zB BSG SozR 4-2500 § 75 Nr 4 RdNr 21-22 zum HVM und SozR 4-2500 § 85 Nr 8 RdNr 35 zum EBM-Ä*). Das Unterlassen auch einer naheliegenden einfachen Beiladung ist jedoch kein Verfahrensmangel (*BSGE 95, 141 RdNr 6 = SozR 4-2500 § 83 Nr 2 RdNr 14*), und eine solche Beiladung kann in der Revisionsinstanz nicht nachgeholt werden (§ 168 Satz 1 SGG).

- 14 2. Die den angefochtenen Honorarbescheiden zu Grunde liegende punktzahlmäßige Bewertung des Ordinationskomplexes für Notfallbehandlungen im Krankenhaus mit nur 200 Punkten (Gebührennr 01218 EBM-Ä 2005) in Verbindung mit dem Ausschluss der Krankenhäuser von der Berechnungsfähigkeit der Gebührennr 01210 EBM-Ä 2005 steht mit höherrangigem Recht nicht in Einklang. Das führt zur Rechtswidrigkeit der Bescheide.
- 15 Mit Wirkung zum 1.4.2005 hat der Bewertungsausschuss den EBM-Ä tiefgreifend umgestaltet und ua ein Kapitel für arztgruppenübergreifende allgemeine Leistungen eingeführt. Seitdem wird die ambulante ärztliche Notfallbehandlung als solche nicht mehr einheitlich und über alle Arztgruppen hinweg mit 220 Punkten bewertet, sondern es wird differenziert zwischen einem Ordinationskomplex im organisierten Notfalldienst nach der mit 500 Punkten bewerteten Gebührennr 01210 EBM-Ä und Notfallbehandlungen von nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten, Institutionen und Krankenhäusern nach der mit 200 Punkten bewerteten Gebührennr 01218 EBM-Ä. Der obligatorische Leistungsinhalt beider Gebührenpositionen ist identisch und setzt einen persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt während der Notfallbehandlung voraus. Die Leistungsbeschreibung beschränkt allerdings die Abrechenbarkeit der um 300 Punkte höher bewerteten Gebührennr 01210 EBM-Ä auf diejenigen Ärzte, die tatsächlich am organisierten Notfalldienst teilnehmen (können). Nach § 1 Abs 1 Satz 1 iVm § 2 Abs 1 der Notfalldienstordnung für das Saarland sind dies ausschließlich niedergelassene Vertragsärzte oder in einem zugelassenen Medizinischen Versorgungszentrum angestellte Ärzte. Die nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer wie die Klägerin sind deshalb von der Abrechnung der höher bewerteten Gebührenposition bei gleichem Leistungsinhalt ausgeschlossen. Diese Ungleichbehandlung ist rechtswidrig.
- 16 a) Die auf der Grundlage des § 87 SGB V von den Bewertungsausschüssen vereinbarten einheitlichen Bewertungsmaßstäbe, bei denen es sich um untergesetzliche Rechtsnormen in der Form der Normsetzungsverträge handelt (*vgl BSGE 81, 86, 89 = SozR 3-2500 § 87 Nr 18 S 84; BSGE 94, 50 = SozR 4-2500 § 72 Nr 2, jeweils RdNr 64 ff*), sind wegen ihrer spezifischen Struktur und der Art ihres Zustandekommens nicht in vollem Umfang der gerichtlichen Überprüfung zugänglich. Durch die personelle Zusammensetzung der - paritätisch mit Vertretern der Ärzte bzw Zahnärzte und Krankenkassen besetzten - Bewertungsausschüsse und den vertraglichen Charakter der Bewertungsmaßstäbe soll gewährleistet werden, dass

die unterschiedlichen Interessen der an der vertragsärztlichen Versorgung beteiligten Gruppen zum Ausgleich kommen und auf diese Weise eine sachgerechte inhaltliche Umschreibung und Bewertung der ärztlichen Leistungen erreicht wird. Das vom Bewertungsausschuss erarbeitete System autonomer Leistungsbewertung kann seinen Zweck nur erfüllen, wenn Eingriffe von außen grundsätzlich unterbleiben. Die gerichtliche Überprüfung ist daher im Wesentlichen darauf beschränkt, ob der Ausschuss den ihm zustehenden Entscheidungsspielraum überschritten oder seine Bewertungskompetenz missbräuchlich ausgenutzt hat (*BSG SozR 3-2500 § 87 Nr 5 S 23; BSGE 78, 98, 107 = SozR aaO Nr 12 S 43; BSGE 79, 239, 245 f = SozR 3-2500 § 87 Nr 14 S 53; BSGE 94, 50 = SozR 4-2500 § 72 Nr 2, jeweils RdNr 86*). Insoweit kommt auch das Gleichbehandlungsgebot des Art 3 Abs 1 GG als Prüfungsmaßstab in Betracht, und zwar dann, wenn eine Regelung des EBM-Ä eine Vergütung nur einer Arztgruppe gewährt, obgleich die Leistung auch von anderen Arztgruppen erbracht wird bzw erbracht werden kann (*vgl BSG SozR 3-2500 § 87 Nr 5 S 23 f betr Vergütung von Anästhesieleistungen nur für Anästhesisten; BSGE 83, 218, 220 = SozR 3-2500 § 87 Nr 21 S 109 betr Vergütung für Rheumatologen*). Nichts anderes kann gelten, wenn - wie hier - die gleiche Leistung zwar für verschiedene medizinische Leistungserbringer dem Grunde nach abrechenbar ist, in Abhängigkeit vom jeweiligen Behandlerstatus aber unterschiedlich bewertet wird.

17 Der Gleichbehandlungsgrundsatz des Art 3 Abs 1 GG schreibt dabei unter stetiger Orientierung am Gerechtigkeitsgedanken vor, wesentlich Gleiches gleich und wesentlich Ungleiches entsprechend unterschiedlich zu behandeln (*vgl hierzu zB BVerfG <Kammer>, Beschluss vom 2.5.2006 - 1 BvR 1275/97 - NJW 2006, 2175, 2177; BVerfGE 115, 381, 389 mwN*). Damit ist dem Normgeber aber nicht jede Differenzierung verwehrt. Er verletzt das Grundrecht vielmehr nur, wenn er eine Gruppe von Normadressaten im Vergleich zu anderen Normadressaten anders behandelt, obwohl zwischen beiden Gruppen keine Unterschiede von solcher Art und solchem Gewicht bestehen, dass sie eine ungleiche Behandlung rechtfertigen könnten (*stRspr des BVerfG, vgl hierzu zB BVerfGE 107, 133, 141 mwN; BVerfG <Kammer> SozR 4-1100 Art 3 Nr 33 RdNr 11 mwN*). Vorliegend jedoch sind sachlich tragfähige Gründe für die aufgezeigte unterschiedliche punktzahlmäßige Bewertung der im Wesentlichen gleich gelagerten Sachverhalte bei ambulanten Notfallbehandlungen im organisierten Notfalldienst einerseits und im Krankenhaus andererseits nicht erkennbar.

18 b) Gemäß § 75 Abs 1 Satz 2 SGB V umfasst der den KÄVen obliegende Sicherstellungsauftrag die vertragsärztliche Versorgung auch zu den sprechstundenfreien Zeiten (Notdienst); gemäß § 76 Abs 1 Satz 2 SGB V dürfen die Versicherten andere als zugelassene Vertragsärzte nur im Notfall in Anspruch nehmen. Nach der ständigen Rechtsprechung des Senats folgt aus dieser gesetzlichen Zuordnung der von Nichtvertragsärzten und Krankenhäusern erbrachten Notfalleistungen zur vertragsärztlichen Versorgung, dass sich deren Honorierung nach den Grundsätzen richtet, die für die Leistungen der Vertragsärzte und der zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigten Personen und Institutionen gelten. Der Vergütungsanspruch der Krankenhäuser oder Nichtvertragsärzte für Notfallbehandlungen darf gegenüber dem Vergütungsniveau der Vertragsärzte nur dann reduziert oder im Umfang eingeschränkt werden, wenn dies durch sachliche Gründe gerechtfertigt ist (*vgl hierzu BSG SozR 3-2500 § 120 Nr 7 S 37 f; zuletzt bestätigt durch BSG SozR 4-2500 § 75 Nr 4 RdNr 15*). Auch eine mittelbare Schlechterstellung von Notfalleistungen im Krankenhaus gegenüber vergleichbaren Leistungen von Vertragsärzten durch Regelungen der Honorarverteilung hat der Senat in diesem Zusammenhang nicht gebilligt (*BSG SozR 3-2500 § 115 Nr 1 S 4 f*), sondern lediglich eine an die gesetzliche Regelung

des § 120 Abs 3 Satz 2 SGB V anknüpfende pauschale Honorarminderung in Höhe von 10 % für Notfalleleistungen öffentlich geförderter Krankenhäuser akzeptiert ( *BSGE 75, 184, 186 = SozR 3-2500 § 120 Nr 4 S 24; BSG SozR 3-2500 § 120 Nr 12 S 54 ff* ).

- 19 c) Soweit sich die Beklagte darauf beruft, die Abrechnungsregelungen der Notfallbehandlungen im EBM-Ä ergäben bei der gebotenen Gesamtbetrachtung keine Benachteiligung für die Krankenhäuser, folgt der Senat dem nicht. Zu Recht weist die Klägerin in diesem Zusammenhang darauf hin, dass allein durch die Möglichkeit der Mehrfach-Abrechnung der Gebührennr 01218 EBM-Ä 2005 im selben Quartal die ungleiche Behandlung hinsichtlich der unterschiedlichen (Punkte-) Bewertung im Wesentlichen gleichgelagerter Sachverhalte nicht ausgeglichen wird. Selbst bei einer zweimaligen ambulanten Notfallbehandlung desselben Versicherten in einem Krankenhaus wird diese mehrfache Leistungserbringung der Krankenhausärzte nur mit 400 Punkten und damit immer noch um 20 % geringer bewertet als die einmalige Behandlung durch einen Vertragsarzt im organisierten Notfalldienst mit 500 Punkten. Im Übrigen sind Anhaltspunkte dafür, dass gerade die mehrfache Notfallbehandlung Versicherter typischerweise von Krankenhäusern wahrgenommen würde, weder substantiiert vorgetragen noch sonst ersichtlich. Angesichts der in diesem Verfahren von der Beklagten vorgelegten Abrechnungsdaten, nach denen in den drei streitbefangenen Quartalen bei immerhin 814 Behandlungsfällen keine "Mehrfach-Notfallbehandlung" im Klinikum S. erfolgte, ist vielmehr davon auszugehen, dass die weit überwiegende Anzahl der Notfallpatienten nicht mehrfach im selben Quartal eine entsprechende Behandlung benötigt.
- 20 d) Hinter der differenzierenden Bewertung des Ordinationskomplexes für Notfallbehandlungen im EBM-Ä 2005 je nach Versorgung des Patienten im organisierten vertragsärztlichen Notfalldienst oder im Krankenhaus stehen - nicht immer deutlich formuliert - zwei Erwägungen. Die eine geht dahin, durch eine hohe Leistungsbewertung Anreize zur Erbringung von Notfallbehandlungen durch die Vertragsärzte zu geben, auch um die Frequenz von Notfallbehandlungen im Krankenhaus auf das unvermeidliche Ausmaß zu begrenzen. Die andere Überlegung unterstellt typisierend eine geringere Kostenbelastung im Krankenhaus, weil hier Notfallbehandlungen im für die stationären Patienten ohnehin laufenden Betrieb gleichsam nebenbei mit abgewickelt würden. Mit beiden Gesichtspunkten hat sich der Senat im Urteil vom 6.9.2006 (*SozR 4-2500 § 75 Nr 4*) auseinandergesetzt, in dem die Privilegierung der Behandlungen im organisierten vertragsärztlichen Notfalldienst durch HVM-Regelungen (fester Punktwert) umstritten war. Der Senat hat weder das Kosten- noch das Anreizargument für geeignet gehalten, eine niedrigere Vergütung von Notfallbehandlungen in Krankenhäusern als Folge von HVM-Regelungen zu legitimieren. Daran ist festzuhalten.
- 21 Notfallbehandlungen in Krankenhäusern zu den sprechstundenfreien Zeiten sind nach dem Urteil vom 6.9.2006 ordnungspolitisch nicht unerwünscht, und die Krankenhäuser können die ambulanten Notfallbehandlungen, die sie durchführen müssen, nicht verlässlich und in der gebotenen Qualität ohne hinreichende organisatorische Vorkehrungen gewährleisten (*aaO, RdNr 19/20*) . Diese Erwägungen stehen nicht nur einer schlechteren Vergütung der Notfallbehandlungen im Krankenhaus durch Regelungen der Honorarverteilung, sondern auch einer Differenzierung bei der Bewertung der Leistung mit Punktzahlen (§ 87 Abs 2 Satz 1 SGB V) entgegen. Soweit identische Leistungen je nach Leistungserbringerstatus im EBM-Ä unterschiedlich bewertet werden, bedarf das nicht nur einer expliziten Normierung im EBM-Ä selbst (*dazu BSG SozR 4-2500 § 87 Nr 11 RdNr 10 ff*) ,

sondern auch einer sachlichen Rechtfertigung. Diese ist hinsichtlich der Notfallbehandlungen im Krankenhaus nicht erkennbar und von den Normgebern auch nicht benannt worden. Der Bewertungsausschuss hat im Gegenteil zum 1.1.2008 die Gebührennr 01210/01218 EBM-Ä neu gefasst und in Gebührennr 01210 eine identische Bewertung (405 Punkte) für den Ordinationskomplex im organisierten Notfalldienst und in Krankenhäusern festgelegt. Zwar schließt die Neuregelung eines Sachverhaltes für die Zukunft nicht von vornherein aus, dass eine (nunmehr aufgegebene) Ungleichbehandlung in der Vergangenheit verfassungskonform war. Es muss dann aber sehr deutlich greifbar sein, welche Umstände in der Vergangenheit einerseits gewichtig genug für eine Ungleichbehandlung waren, andererseits aber nicht so gewichtig sind, dass an ihnen für die Zukunft festgehalten werden soll. In dieser Hinsicht ist nichts ersichtlich. Vielmehr spricht alles dafür, dass der Bewertungsausschuss zum 1.1.2008 selbst die Konsequenzen aus der bei Verabschiedung des EBM-Ä 2005 noch nicht ergangenen Rechtsprechung des Senats zur Vergütung von Notfallbehandlungen in Krankenhäusern gezogen hat.

- 22 e) Die unterschiedliche (Punkte-)Bewertung ambulanter Notfallbehandlungen lässt sich auch nicht dadurch rechtfertigen, dass - wie im Widerspruchsbescheid vom 28.6.2007 aufgegriffen - im organisierten Notfalldienst der Vertragsarzt im Gegensatz zu einem Krankenhausarzt uU notwendige Hausbesuche durchführe. So wird in den Leistungsbeschreibungen der hier maßgeblichen Gebührenpositionen ausschließlich auf den persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt abgestellt. Eine zusätzliche Leistung in Form von Hausbesuchen wird durch die höhere Bewertung der Gebührennr 01210 EBM-Ä 2005 nicht pauschal mit abgegolten. Nach der Systematik des EBM-Ä 2005 ist hierfür vielmehr eine gesonderte Vergütung zugunsten der Vertragsärzte vorgesehen. Insoweit können die mit 400 Punkten bewertete Gebührennr 01410 EBM-Ä 2005 (Besuch eines Kranken) und - während des organisierten Notfalldienstes - die mit 1200 Punkten bewertete Gebührennr 01411 EBM-Ä 2005 (Dringender Besuch) abgerechnet werden.
- 23 Da sich mithin weder aus den von den Beteiligten angeführten noch aus anderen Gesichtspunkten heraus hinreichende Gründe für die deutlich geringe Bewertung ambulanter Notfallbehandlungen nach Gebührennr 01218 EBM-Ä 2005 gegenüber der Notfallversorgung im organisierten Notfalldienst ergeben, verstößt diese Vorgabe des Bewertungsausschusses gegen das Gleichbehandlungsgebot aus Art 3 Abs 1 GG.
- 24 3. In der Sache können weiterhin die den angefochtenen Honorarbescheiden zugrunde liegenden Vorgaben im HVV der Beklagten - wonach für die Honorierung der im Krankenhaus durchgeführten ambulanten Notfallbehandlungen ein geringerer Punktwert zugrunde zu legen ist als für entsprechende Behandlungen im organisierten Notfalldienst - keinen Bestand haben. Auch insoweit sind die Bescheide rechtswidrig.
- 25 In dem HVV der Beklagten wird hierzu in der ab dem 1.4.2005 maßgeblichen Fassung unter § 5 Ziffer II.A.2.d. lediglich bestimmt, dass die "Vergütung der im organisierten Notfallvertretungsdienst [...] erbrachten und abgerechneten Leistungen [...] mit einem Punktwert von 0,046 Euro" noch vor einer Aufteilung der Gesamtvergütungen auf die haus- und fachärztlichen Honorarkontingente erfolgt. Eine ausdrückliche Festlegung zur Höhe des Punktwerts für ambulante Notfallbehandlungen in Krankenhäusern findet sich dort nicht. Insoweit legt die Beklagte - auch vor dem Hintergrund der Notfalldienstordnung für das Saarland, wonach gemäß § 1 Abs 1 Satz 1 iVm § 2 Abs 1 nur niedergelassene Vertragsärzte am organisierten Notfalldienst teilnehmen können - diese Regelung in ihrem HVV in

der Weise aus, dass hiervon nur niedergelassene Ärzte und bei diesen angestellte Ärzte erfasst werden. Für Notfallbehandlungen hingegen, die niedergelassene Ärzte außerhalb des organisierten Notfalldienstes durchführen oder die von Krankenhäusern erbracht werden, sind aus Sicht der Beklagten die Vergütungsregelungen maßgeblich, die für die übrigen medizinischen Leistungen der teilnehmenden Vertragsärzte Anwendung finden, nämlich die Regelungen im HVV über die Bestimmung eines Haus- oder Facharztpunktwertes in den dort festgelegten Honorarkontingenten. Insoweit ergeben sich aus § 5 Ziffer II.D.5.a. HVV feste Punktwerte von 3,3 Cent im Primär- bzw 4,0 Cent im Ersatzkassenbereich. Der höhere Punktwert für Leistungen im organisierten Notfalldienst findet hingegen nach der Praxis der Beklagten keine Anwendung. Diese Ungleichbehandlung ist rechtswidrig.

- 26 Die im Krankenhaus der Klägerin in den streitbefangenen Quartalen II/2006 bis IV/2006 erbrachten ambulanten Notfallbehandlungen sind - wie oben dargelegt - nach den Rechtsgrundsätzen zu vergüten, die der Senat vor allem aus dem Regelungszusammenhang der Vorschriften über die vertragsärztliche Versorgung und die Berechtigung der Versicherten entwickelt hat, in Notfällen auch nicht zugelassene Ärzte und Krankenhäuser für ambulante Behandlungen in Anspruch zu nehmen (§ 75 Abs 1 Satz 2, § 76 Abs 1 Satz 2 SGB V). Danach folgt aus der Zuordnung der von Nichtvertragsärzten erbrachten Notfalleleistungen zur vertragsärztlichen Versorgung, dass sich die Honorierung dieser Behandlungen nach den Grundsätzen richtet, die für die Leistungen der Vertragsärzte und der zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigten Personen und Institutionen gelten. Der Senat hat daher eine auch nur mittelbare Schlechterstellung von Notfalleleistungen im Krankenhaus gegenüber vergleichbaren Leistungen von Vertragsärzten durch Regelungen der Honorarverteilung bislang nicht gebilligt (*stRspr; zuletzt bestätigt durch BSG SozR 4-2500 § 75 Nr 4 RdNr 15*).
- 27 Auf dieser Grundlage kann die teilweise erheblich geringere Vergütung der in Krankenhäusern erbrachten ambulanten Notfallbehandlungen, wie sie in der ab dem 1.4.2005 geltenden Fassung des HVV der Beklagten angelegt ist, keinen Bestand haben. Auch wenn die beklagte KÄV einen festen Facharzt Punktwert von 3,3 Cent bei Primärkassen bzw 4,0 Cent bei Ersatzkassen für die Vergütung der Notfalleleistungen in Krankenhäusern zugrunde legt, führt dies gegenüber dem für Ärzte im organisierten Notfalldienst garantierten Punktwert von 4,6 Cent über den 10 %igen Abschlag nach § 120 Abs 3 Satz 2 SGB V hinaus je nach Kassenart zu einer weiteren Reduzierung der Vergütung im Umfang zwischen 3,3 % und 20,2 %. Sachlich tragfähige Gründe, die eine solch unterschiedliche Honorierung der im Wesentlichen gleichgelagerten Sachverhalte bei ambulanten Notfallbehandlungen im organisierten Notfalldienst einerseits und im Krankenhaus andererseits rechtfertigen könnten, sind nicht erkennbar. Insoweit kann auf die Darlegungen unter 2.d) verwiesen werden.
- 28 4. Die vorliegenden Verstöße im EBM-Ä 2005 sowie im HVV der Beklagten gegen höherrangiges Recht bei der Bewertung bzw Vergütung ambulanter Notfallbehandlungen in Krankenhäusern führen aber nicht automatisch dazu, dass die Klägerin die Zahlung einer höheren - für Leistungen im organisierten Notfalldienst ausgewiesenen und um den Abschlag von 10 % nach § 120 Abs 3 Satz 2 SGB V verminderten - Vergütung beanspruchen kann.
- 29 a) Zunächst ist dem Bewertungsausschuss als Normgeber des EBM-Ä Gelegenheit zu einer grundgesetzkonformen Neuregelung der Gebührennr 01218 EBM-Ä 2005 zu geben. Dabei muss der Ausschuss die festgestellte Ungleichbehandlung bei der

Bewertung der Notfallleistungen lediglich für die Vergangenheit hinsichtlich der noch nicht bestandskräftig entschiedenen Fälle beseitigen (*vgl hierzu BVerfGE 87, 153, 178; 107, 27, 58*). Eine auf zukünftige Notfallbehandlungen bezogene Neubewertung der Gebührenposition ist nicht (mehr) erforderlich, da der ab dem 1.1.2008 gültige einheitliche Bewertungsmaßstab in Gestalt des EBM-Ä 2008 bereits wieder eine für Notfallleistungen im organisierten Notfalldienst und in Krankenhäusern einheitliche Bewertung mit 405 Punkten in der Gebührennr 01210 EBM-Ä 2005 vorsieht. Allerdings sind bei der anstehenden Regelung für die Vergangenheit die aufgrund des verfassungsrechtlichen Rückwirkungsverbots bestehenden Grenzen zu beachten. So wäre im vorliegenden Fall die rückwirkende Abschaffung der privilegierenden Bewertung für ambulante Notfallbehandlungen durch niedergelassene Ärzte im organisierten Notfalldienst mit diesem verfassungsrechtlichen Verbot nicht vereinbar (*vgl zum Rückwirkungsverbot bei Regelungen des EBM-Ä BSGE 81, 86, 88 ff = SozR 3-2500 § 87 Nr 18 S 83 ff*). Für den Zeitraum bis Ende des Jahres 2007 kann die Ungleichbehandlung deshalb nur ausgeräumt werden, indem die in Krankenhäusern erbrachten ambulanten Notfallbehandlungen nach der Gebührennr 01218 EBM-Ä 2005 nachträglich ebenfalls mit 500 Punkten bewertet werden. Dabei hat der Bewertungsausschuss allerdings bei der Frage, in welcher Art dies geschieht, einen Gestaltungsspielraum. Dies gilt zB hinsichtlich der Einführung eines Konsultationskomplexes wegen der von der Beklagten in diesem Verfahren angesprochenen Möglichkeit der Mehrfach-Abrechnung ambulanter Notfallbehandlungen im Krankenhaus.

30

b) Auch die Normgeber des HVV müssen zunächst die festgestellte Ungleichbehandlung bei der Honorarverteilung der Beklagten hinsichtlich der noch nicht bestandskräftig entschiedenen Fälle beseitigen und dabei das verfassungsrechtliche Rückwirkungsverbot beachten (*vgl zum Rückwirkungsverbot bei Regelungen des HVM BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 4 RdNr 10 ff mwN*). Die in den streitbefangenen Quartalen bestehende Ungleichbehandlung kann wiederum nur ausgeräumt werden, indem die bis Ende des Jahres 2007 in den Krankenhäusern erbrachten ambulanten Notfallbehandlungen ebenfalls mit dem für den organisierten Notfalldienst geltenden Punktwert von 4,6 Cent - vermindert um den 10 %igen Abschlag in entsprechender Anwendung des § 120 Abs 3 Satz 2 SGB V - vergütet werden. Dennoch verbleibt auch dem Normgeber des HVV ein Gestaltungsspielraum. Denkbar wäre beispielsweise die Einführung einer konkretisierenden Honorarverteilungsregelung, die an die Vorgabe des Bewertungsausschusses im Kapitel II Abschnitt 1.2 Abs 4 des EBM-Ä 2008 anknüpft, wonach nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institutionen und Krankenhäuser eine ambulante Notfallbehandlung nur abrechnen dürfen, wenn die Erkrankung des Patienten auf Grund ihrer Beschaffenheit einer sofortigen Maßnahme bedarf und eine Versorgung durch einen Vertragsarzt entsprechend § 76 SGB V nicht möglich und/oder auf Grund der Umstände nicht vertretbar ist. Das Anliegen des Bewertungsausschusses und der Beklagten, die notfallmäßige Inanspruchnahme der Krankenhäuser auf Behandlungsfälle "zu den sprechstundenfreien Zeiten" iS des § 75 Abs 1 Satz 2 SGB V zu beschränken, ist nämlich berechtigt. Grundsätzlich ist die Durchführung ambulanter Behandlungen Aufgabe der zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzte, und die freie Arztwahl der Versicherten erstreckt sich auf Krankenhausambulanzen nur, soweit diese ausdrücklich zugelassen oder ermächtigt sind. Diese Zuordnungsregeln dienen auch den Interessen der niedergelassenen Ärzte (*vgl BVerfG <Kammer>, SozR 4-1500 § 54 Nr 4*) und dürfen durch das Angebot einer stets verfügbaren Notfallambulanz im Krankenhaus nicht überspielt werden. Deshalb sind normative Vorgaben im EBM-Ä und/oder im HVV zulässig, die der KÄV eine verwaltungsmäßig einfach handhabbare und zuverlässige Prüfung ermöglichen, ob bei einer vom

Krankenhaus als Notfall abgerechneten ambulanten Behandlung alle Voraussetzungen erfüllt waren, unter denen der betroffene Versicherte sich dort hat behandeln lassen dürfen.

- 31 Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Abs 1 Satz 1 Halbsatz 3 SGG iVm einer entsprechenden Anwendung der §§ 154 ff Verwaltungsgerichtsordnung.