



KV RLP

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG
RHEINLAND-PFALZ

REGIONALZENTRUM
PFALZ

KÖRPERSCHAFT
DES ÖFFENTLICHEN RECHTS

MAXIMILIANSTRASSE 22
67433 NEUSTADT

Abteilung Zentrale
Widerspruchsbearbeitung

GESPRÄCHSPARTNERIN:

FRAU LAUE

DURCHWAHL: 893-190

TELEFAX: 893-173

JANA.LAUE@KV-RLP.DE

KV RLP RZ PFALZ · POSTFACH 10 06 64 · 67429 NEUSTADT

Einschreiben / Rückschein

Herrn Rechtsanwalt
Friedrich W. Mohr
Bauerngasse 7
55126 Mainz



Klagefrist not
18.3.07 ✓ bs

Ihr Zeichen
490/06Mo-So
714/06Mo-So
833/06Mo-So
63/07Mo-S

Ihre Nachricht vom

Unser Zeichen
jl-kf

Datum
13.04.07

Sehr geehrter Herr Rechtsanwalt Mohr,

der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz hat sich mit Ihren Widersprüchen befasst. Gemäß Vorstandsbeschluss ergeht folgender

Widerspruchsbescheid:

Ihre Widersprüche vom 08.05.06, 30.08.06, 20.11.06 und 09.02.07 gegen die Honorarbescheide der Quartale 4/2005, 1/2006, 2/2006 und 3/2006 werden bezüglich der Höhe des Honorars für im Krankenhaus erbrachte ambulante Notfallbehandlungen teilweise stattgegeben.

Im Übrigen sind die Widersprüche als unbegründet zurückzuweisen.

Es wird festgestellt, dass die Hinzuziehung eines Prozessbevollmächtigten zur Rechtsverfolgung notwendig war. Die zur Rechtsverfolgung notwendigen Kosten und Auslagen trägt gemäß § 63 SGB X anteilmäßig in Höhe der Stattgabe die Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz.

TEL.: 06321 893-0
FAX: 06321 893-119
E-MAIL: INFO@KV-RLP.DE
WWW.KV-RLP.DE

Begründung:

1.

Mit den Honorarbescheiden wurde das Ihrem Mandanten zustehende Honorar für Notfalleistungen in den Quartalen 4/2005, 1/2006, 2/2006 und 3/2006 vorläufig festgesetzt.

Gegen diese Bescheide legten Sie mit Schreiben vom 08.05.06, 30.08.06, 20.11.06 und 09.02.07, hier eingegangen am 11.05.06, 05.09.06, 28.11.06 und 12.02.07, Widersprüche ein und begründeten diese dahingehend, dass die Vergütung der Notfalleistungen aufgrund der dieser Leistungen zugewiesenen Punktzahlen im EBM sowie HVM-bedingt gegenüber den Vertragsärzten eine massive Schlechterstellung des Krankenhauses darstellen würde.

2.

Ihr Rechtsbehelf, über den gemäß § 10 Abs. 1 der Satzung der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz der Vorstand zu befinden hat, ist form- und fristgerecht erhoben worden, in der Sache jedoch nur teilweise begründet.

a)

Die im HVM vorgenommene Privilegierung allein der Leistungen von niedergelassenen Ärzten im organisierten Notfalldienst durch Gewährung eines höheren Punktwertes führt zu einer mit dem Gleichbehandlungsgebot des Art. 3 Abs. 1 GG nicht zu vereinbarenden Benachteiligung der Vergütung von in Krankenhausambulanzen erbrachten Notfallbehandlungen. Der HVM diesen Inhalts verstößt mithin gegen Bundesrecht und ist insoweit unwirksam (Urteil des BSG vom 06. 09. 2006, Az.: B 6 KA 7 15/06 R).

Das Gleichbehandlungsgebot des Art. 3 Abs. 1 GG verlangt, unter stetiger Orientierung am Gerechtigkeitsgedanken wesentlich Gleiches gleich und wesentlich Ungleiches entsprechend unterschiedlich zu behandeln.

Damit ist dem Normgeber allerdings 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 können. Sachlich tragfähige Gründe für eine derart unterschiedliche Vergütung der im Wesentlichen gleich gelagerten Sachverhalte von Notfallbehandlungen im organisierten Notfalldienst einerseits und im Krankenhaus andererseits, wie sie der HVM der Beklagten enthält, bestehen nicht.

Der Senat hat in ständiger Rechtsprechung aus der im SGB V vorgenommenen Gleichstellung der bei Notfallbehandlungen Versicherter tätig werdenden

Krankenhäuser oder Nichtvertragsärzte mit den Vertragsärzten abgeleitet, dass die Leistungen von Nichtvertragsärzten bzw. von Krankenhäusern im Rahmen der ambulanten Notfallbehandlung grundsätzlich so zu vergüten sind, als ob sie von zugelassenen Vertragsärzten erbracht worden wären. Der Vergütungsanspruch der Krankenhäuser oder Nichtvertragsärzte für Notfallbehandlungen darf deshalb gegenüber dem Vergütungsniveau der Vertragsärzte nur dann reduziert oder im Umfang eingeschränkt werden, wenn dies durch sachliche Gründe gerechtfertigt ist. Der Senat hat in diesem Zusammenhang auch mittelbare Schlechterstellungen von Notfalleistungen im Krankenhaus gegenüber vergleichbaren Leistungen von Vertragsärzten durch Regelungen der Honorarverteilung nicht gebilligt. Hingegen hat der Senat eine an die gesetzliche Regelung des § 120 Abs. 3 Satz 2 SGB V anknüpfende pauschale Honorarminderung in Höhe von 10 % für Notfalleistungen öffentlich geförderter Krankenhäuser akzeptiert.

Auf dieser Grundlage kann die erhebliche Schlechtervergütung der in Krankenhäusern erbrachten ambulanten Notfallbehandlungen, wie sie in der für das widersprochene Quartal geltenden Fassungen des HVM der kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz angelegt ist, keinen Bestand haben.

Des Weiteren kann auch das Vorbringen, nur die im organisierten Notfalldienst tätigen (Vertrags-) Ärzte hätten "zusätzlichen Organisationsaufwand und unter Umständen auch weitere zusätzliche Kosten (z.B. Kosten für Personal außerhalb der üblichen Arbeitszeiten)", während ein entsprechender zusätzlicher Organisations- und Kostenaufwand für Notfallbehandlungen im Krankenhaus nicht anfallt, eine unterschiedliche Vergütungshöhe nicht pauschal rechtfertigen. Denn die zugelassenen Krankenhäuser sind nach der Regelung in § 2 Abs. 2 Satz 1 des Krankenhausvertrages gleichfalls verpflichtet, ambulante Notfälle im Krankenhaus zu behandeln. Dies schließt die Verpflichtung ein, ausreichende organisatorische Vorkehrungen zu treffen, um im Krankenhaus erfahrungsgemäß regelmäßig auflaufende ambulante Notfallpatienten mit typischerweise chirurgischem Behandlungsbedarf angemessen versorgen zu können, was im Allgemeinen nur durch Einrichtung spezieller Räumlichkeiten und durch das Vorhalten speziellen Personals im Rahmen einer chirurgischen Ambulanz erfolgen kann. Hinzu kommt, dass auch für Personal, das im Rahmen von Bereitschaftsdiensten im Krankenhaus anwesend ist, gegebenenfalls nach den tarifrechtlichen Bestimmungen eine erhöhte Vergütung zu zahlen ist, soweit konkrete Arbeitseinsätze im Verlauf der Bereitschaftsdienstzeit durchgeführt werden. Mithin entstehen auch im Krankenhaus im Zusammenhang mit der Erfüllung der kontinuierlich anfallenden Aufgabe der Versorgung ambulanter Notfallpatienten zusätzliche (Personal-)Kosten und zusätzlicher Organisationsbedarf. Die Situation unterscheidet sich somit insoweit nicht wesentlich von derjenigen des organisierten ambulanten Notfalldienstes der niedergelassenen Ärzte.

Schließlich kann eine Besserstellung der Vergütung von Notfallbehandlungen im organisierten Notfalldienst nicht mit dem Ziel sachlich begründet werden, einen Anreiz für die Teilnahme niedergelassener Ärzte an diesem Notfalldienst zu

schaffen und auf diese Weise den organisierten Notfalldienst als gesetzlich vorrangige Versorgungsform für Notfallbehandlungen zu stärken.

Zwar sind gemäß § 75 Abs. 1 Satz 2 SGB V die Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtet, die vertragsärztliche Versorgung auch in den üblicherweise sprechstundenfreien Zeiten mit Hilfe eines Notdienstes sicherzustellen. Andererseits sind die Versicherten aber nicht verpflichtet, vorrangig diesen Notfalldienst in Anspruch zu nehmen. Vielmehr gewährt ihnen § 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V ausdrücklich das Recht, in der besonderen Situation eines Notfalles nach freier Wahl auch Nichtvertragsärzte - und damit auch Krankenhäuser - für erforderliche ambulante Behandlungen zu konsultieren. Auch das Bestreben, für die niedergelassenen Ärzte einen

Anreiz zur Teilnahme am organisierten Notfalldienst zu schaffen, ist kein tragfähiges Differenzierungskriterium hinsichtlich der Vergütungshöhe. Denn zu dieser Teilnahme am Notfalldienst sind sowohl die Vertragsärzte als auch die sonstigen niedergelassenen Ärzte bereits nach ärztlichem Berufsrecht 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.

Somit waren Ihre Widersprüche insofern stattzugeben.

Bezüglich der Nachberechnung ergeht ein gesonderter Bescheid.

b)

Die Rahmenstruktur des neuen Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) ab dem Quartal 2/2005 wird durch das am 1. Januar 2004 in Kraft getretene GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) sowie den hierzu ergangenen Beschlüssen des Bewertungsausschusses vorgegeben. Unverändert sieht der § 87 SGB V dabei vor, dass die abrechnungsfähigen Leistungen des EBM in Punkten darzustellen sind.

Das Bundessozialgericht stellt die Bedeutung des EBM nicht auf ein bloßes Leistungs- und Bewertungsverzeichnis ab, sondern sieht ihn als ein wesentliches und unverzichtbares Steuerungsinstrument. Somit können in diesem verschiedene Abrechnungsbereiche definiert werden.

Die fachärztlichen Leistungen im EBM sind voneinander abgegrenzt so zu gliedern, dass den einzelnen Fachgruppen die ausschließlich von ihnen abrechenbaren Leistungen zugeordnet werden. Hierdurch stehen die arztgruppenspezifischen EBM in Einklang mit der Rechtsprechung.

Neu ist jedoch, dass die Leistungen des EBM in Komplexen beziehungsweise in Fallpauschalen zusammengefasst wurden, wobei kooperative Versorgungsformen besonders berücksichtigt sind. Ergänzend sind die Leistungen des EBM – soweit möglich – mit Zeitangaben für die Leistungserbringung zu versehen.

Eine Ungleichbehandlung gegenüber den Vertragsärzten konnte aufgrund des EBM 2000plus nicht festgestellt werden. Die Berechenbarkeit erfolgt je Kontakt mit der GO-Nr. 01218, bewertet mit 200 Punkten. Dies stellt eine Verbesserung gegenüber dem EBM '96 dar. Damals konnte für den Erstkontakt die 1N, bewertet mit 220 Punkten und die GO-Nr. 2, bewertet mit 50 Punkten, für jeden weiteren Kontakt berechnet werden.

Im vertragsärztlichen Bereich kann heute die GO-Nr. 01210, bewertet mit 500 Punkten, einmal im Quartal und für die Folgekontakte die GO-Nr. 01215, bewertet mit 50 Punkten, berechnet werden. Im EBM '96 stand die Berechnungsmöglichkeit der GO-Nr. 1N zusammen mit der GO-Nr. 5 EBM, welche zusammen mit 520 Punkten bewertet wurde, offen.

Der EBM wird von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zusammen mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen in einem gemeinsamen Bewertungsausschuss als Bestandteil der Bundesmantelverträge beschlossen (§ 87 Abs.1 SGB V).

Da die Kassenärztlichen Vereinigung gemäß § 82 Abs. 1 SGB V und Sie gemäß § 5 Abs. 3 der Hauptsatzung der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz an den EBM gebunden sind, konnte keine andere Entscheidung getroffen werden.

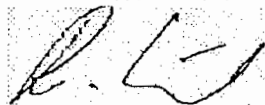
Ihre Widersprüche konnten somit diesbezüglich keinen Erfolg haben und musste zurückgewiesen werden.

Rechtsbehelfsbelehrung:

Gegen diesen Widerspruchsbescheid kann innerhalb eines Monats nach Zustellung Klage eingereicht werden. Die Klage ist beim Sozialgericht Mainz, Ernst-Ludwig-Strasse 1, 55116 Mainz, schriftlich oder zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle zu erheben.

Die Klage soll den Kläger, die Beklagte und den Gegenstand des Klagebegehrens enthalten. Die zur Begründung dienenden Tatsachen und Beweismittel sollen ebenfalls angegeben werden.

Mit freundlichen Grüßen



Sanitätsrat Rainer Hinterberger
Mitglied des Vorstandes