

B 6 KA 6/12 R

Land
Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht
Bundessozialgericht
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung

6
1. Instanz
SG Berlin (BRB)
Aktenzeichen
S 83 KA 424/06

Datum
12.11.2008
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 7 KA 123/08

Datum
09.11.2011
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 6 KA 6/12 R

Datum
06.02.2013
Kategorie
Urteil

Leitsätze

Die Leistungen der Fachambulanzen waren auch im Jahr 2003 nach den für Vertragsärzte geltenden Grundsätzen aus den Gesamtvergütungen zu vergüten.

Die Revision der Klägerin gegen das Urteil des Landessozialgerichts Berlin-Brandenburg vom 9. November 2011 wird zurückgewiesen. Die Klägerin trägt die Kosten des Revisionsverfahrens.

Gründe:

I

1

Im Streit steht die Höhe der Vergütung der Leistungen, die in einer Einrichtung nach [§ 311 Abs 2 SGB V](#) im Jahr 2003 ambulant erbracht wurden.

2

Die Klägerin, eine Hochschulklinik, ist Trägerin mehrerer Fachambulanzen mit Dispensaireauftrag, welche gemäß [§ 311 Abs 2 SGB V](#) an der vertragsärztlichen Versorgung in Berlin teilnehmen (im Folgenden als "Fachambulanz" bzw. "Einrichtung nach [§ 311 SGB V](#)" bezeichnet). Die beklagte Kassenärztliche Vereinigung (KÄV) vergütete die ambulant erbrachten Leistungen der hier allein betroffenen (früheren) Fachambulanz für pädiatrische Nephrologie seit 1998 entsprechend der zwischen der Beklagten und den Berliner Krankenkassen(-Verbänden) geschlossenen Vereinbarung vom 19.6.1997 mit einer Pauschale von (umgerechnet) 40,65 Euro pro Behandlungsfall. Gegen die entsprechenden Honorarbescheide der Beklagten für die Quartale I/2003 bis IV/2003 erhob die Klägerin jeweils Widerspruch, mit dem sie unter Hinweis auf eine Entscheidung der Schiedsstelle für die Festsetzung der Krankenhauspflegesätze vom 13.2.2004 einen Pauschalbetrag von 55,96 Euro pro Behandlungsfall geltend machte. Widersprüche (Widerspruchsbescheid vom 29.8.2006) und Klage (Urteil des SG vom 12.11.2008) sind erfolglos geblieben.

3

Das SG hat die Abweisung der Klage damit begründet, die Rechtsprechung des BSG, gemäß derer die Vergütung der Einrichtungen nach [§ 311 SGB V](#) der Vergütung der Polikliniken folge, könne nicht auf die ab 1.1.2003 geltende Rechtslage übertragen werden. Dem stehe die fehlende Beteiligung der Beklagten an der Entscheidungsfindung über die Höhe der Fallpauschalen entgegen, denn die Vergütung der Fachambulanz sei aus der Gesamtvergütung zu zahlen. Vereinbarungen nach [§ 120 Abs 2](#) und 4 SGB V nF entfalteten gegenüber der Beklagten keine Wirkung. Daher erfolge die Vergütung der Fachambulanz in entsprechender Anwendung des [§ 120 Abs 1](#) und 3 SGB V nF, sodass nach wie vor auch die Vereinbarung vom 19.6.1997 maßgeblich sei.

4

Das LSG hat die Berufung der Klägerin zurückgewiesen (Urteil vom 9.11.2011). Dem Begehren der Klägerin stehe entgegen, dass die Leistungen von als Hochschulambulanz geführten Einrichtungen nach [§ 311 Abs 2 SGB V](#) nicht von der Beklagten, sondern von den Krankenkassen zu vergüten seien. Nach den durch das Fallpauschalengesetz (FPG) vom 23.4.2002 ([BGBl I 1412](#)) mit Wirkung zum 1.1.2003

in [§ 120 SGB V](#) vorgenommenen Änderungen würden auch die Leistungen der Hochschulambulanzen unmittelbar von den Krankenkassen vergütet. Zu den Hochschulambulanzen in diesem Sinne zählten auch die von einer Hochschule getragenen Einrichtungen nach [§ 311 Abs 2 SGB V](#). Durch die Rechtsprechung des BSG sei geklärt, dass diese als Polikliniken iS von [§ 117 Abs 1](#) und [§ 120 SGB V](#) aF anzusehen seien. Es sei kein Grund ersichtlich, die ambulanten Leistungen von Kliniken, die rechtlich Bestandteil von Hochschulkliniken seien, vergütungsrechtlich je nach der Form des Zugangs der betroffenen Einrichtung zur ambulanten vertragsärztlichen Versorgung differenziert zu behandeln. Die Neuregelungen innerhalb des [§ 120 SGB V](#) hätten an dieser rechtlichen Zuordnung nichts geändert; hierfür finde sich in der Gesetzesbegründung kein Hinweis. Dem Gesetzgeber sei bei Verabschiedung des FPG die Rechtsprechung des BSG aus dem Jahr 2000 bekannt gewesen.

5

Dabei sei wohl versehentlich verkannt worden, dass ambulante Leistungen der Hochschulkliniken gerade nicht auf die Zwecke Forschung und Lehre beschränkt seien. Dass die kraft Gesetzes erfolgte Zulassung der Fachambulanzen gerade der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung diene, stehe nur auf den ersten Blick einer Anwendung des [§ 120 Abs 2 SGB V](#) (nF) auch auf diese entgegen, weil der Anwendungsbereich des [§ 120 Abs 2 SGB V](#) nach dem Wortlaut der Vorschrift - abweichend von der Gesetzesbegründung - nicht auf Leistungen außerhalb des Sicherstellungsauftrags der KÄVen begrenzt sei. Für die vom Senat gefundene Lösung spreche, dass es ab 1.1.2003 keine Rechtsgrundlage für eine Vergütung von Leistungen einer Fachambulanz in Trägerschaft einer Hochschule nach Pauschalen je Behandlungsfall ([§ 120 Abs 3 Satz 1 SGB V](#) aF) mehr gebe. Die nach [§ 120 Abs 2 Satz 1 SGB V](#) nF vorgesehene Pauschalierungsmöglichkeit betreffe nur von den Krankenkassen zu vergütende Leistungen. Für die Vergütung aller von Hochschulambulanzen erbrachten Leistungen durch die Krankenkassen sprächen auch praktische Gründe, nämlich die Schwierigkeiten, den räumlich-gegenständlichen Bereich der Fachambulanz von der Hochschule im Übrigen abzugrenzen. Insofern bestünden dann, wenn ambulante Leistungen einerseits gegenüber den Krankenkassen und andererseits gegenüber der Beklagten abgerechnet werden könnten, erhebliche Missbrauchsmöglichkeiten. Der Senat habe auch ohne die von der Klägerin beantragte Beiladung der betroffenen Krankenkassen entscheiden können; ein Fall notwendiger Beiladung habe nicht vorgelegen.

6

Mit ihrer Revision rügt die Klägerin die Verletzung von Bundesrecht. Das Urteil des Berufungsgerichts sei verfahrensfehlerhaft ergangen, weil das LSG unter Verstoß gegen [§ 75 Abs 2 1. Alt SGG](#) eine Beiladung der betroffenen Krankenkassen unterlassen habe. In der Sache sei die Beklagte zur Vergütung der von der Fachambulanz erbrachten Leistungen verpflichtet. Nach der Rechtsprechung des BSG habe die Trägerschaft einer Universität bezüglich einer Einrichtung nach [§ 311 Abs 2 SGB V](#) zur Folge, dass die in der Fachambulanz erbrachten Leistungen als Leistungen der Hochschulambulanzen zu vergüten seien. Auch die Leistungen für die zum damaligen Zeitpunkt als "Polikliniken" bezeichneten Einrichtungen seien von den KÄVen zu vergüten gewesen. Das BSG habe herausgestellt, dass die Fachambulanzen ihre Existenzgrundlage nicht in [§ 117 SGB V](#) fänden, sondern in [§ 311 Abs 2 Satz 1 SGB V](#). Daher müsse sich die Einrichtung nach [§ 311 Abs 2 Satz 1 SGB V](#) auch nicht auf Leistungen im Interesse von Forschung und Lehre beschränken, sondern sei von der Sicherstellungs- und Gewährleistungsverpflichtung der Beklagten umfasst. Über die Finanzierung der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung werde jedoch unter Beachtung des [§ 85 SGB V](#) das Honorar von der Beklagten und nicht von den Krankenkassen gezahlt. Das gegenteilige Ergebnis würde eine unzulässige Vermischung der Finanzierung der Leistungen darstellen und systemfremd sein.

7

Die Höhe des Vergütungsanspruchs sei durch die Entscheidung der Schiedsstelle vom 13.2.2004 festgelegt worden. Dem könne die Beklagte nicht entgegenhalten, dass diese Entscheidung für sie keine Bindungswirkung habe, weil sie an diesem Verfahren nicht beteiligt gewesen sei. Nach altem Recht seien die Polikliniken nicht an den zwischen den KÄVen und den Krankenkassen zu führenden Vergütungsverhandlungen zu beteiligen gewesen; übertrage man die dortigen Grundsätze auf das aktuelle Recht, würde die Vergütungsvereinbarung nunmehr unmittelbar zwischen der Hochschulambulanz und den Krankenkassen geschlossen, ohne dass es einer Beteiligung der KÄV bedürfe.

8

Die Klägerin beantragt, das Urteil des LSG Berlin-Brandenburg vom 9.11.2011 aufzuheben, das Urteil des SG Berlin vom 12.11.2008 abzuändern und die Beklagte zu verurteilen, die Honorarbescheide der Fachambulanz pädiatrische Nephrologie für die Quartale I/2003 bis IV/2003 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 29.8.2006 zu ändern und die Vergütung der in der Fachambulanz erbrachten Leistungen unter Zugrundelegung einer Fallpauschale von 55,96 Euro je Behandlungsfall neu festzusetzen.

9

Die Beklagte beantragt, die Revision zurückzuweisen.

10

Sie schließe sich nunmehr der vom Berufungsgericht vertretenen Auffassung an, dass die Leistungen der Fachambulanzen der Klägerin nicht über sie abzurechnen, sondern gemäß [§ 120 Abs 2 SGB V](#) nF durch die Krankenkassen zu vergüten seien.

II

11

Die Revision der Klägerin ist nicht begründet. Das LSG hat im Ergebnis zu Recht die Berufung der Klägerin gegen das klageabweisende Urteil des SG zurückgewiesen. Die Entscheidung des Berufungsgerichts steht zwar mit Bundesrecht nicht im Einklang, erweist sich aber aus

anderen Gründen als richtig und war daher zu bestätigen ([§ 170 Abs 1 Satz 2 SGG](#)).

12

1. Das Verfahren vor dem LSG leidet nicht unter dem von Amts wegen zu berücksichtigenden Mangel der Beiladung der Krankenkassen(-Verbände). Nach ständiger Rechtsprechung des Senats ist eine Beiladung der an der (vertraglichen) Normsetzung beteiligten Organisationen nicht notwendig iS des [§ 75 Abs 2 SGG](#) (vgl BSG SozR 4-2500 § 87 Nr 25 RdNr 11 sowie BSG Urteil vom 12.12.2012 - [B 6 KA 3/12 R](#) - RdNr 11, zur Veröffentlichung in SozR vorgesehen - zum Einheitlichen Bewertungsmaßstab; BSG [SozR 4-2500 § 75 Nr 8](#) RdNr 12 f - zum Honorarverteilungsvertrag). Für die auf der Grundlage des [§ 120 Abs 1 und Abs 3 SGB V](#) getroffene Vereinbarung über die Pauschalierung der Vergütungen gilt nichts anderes. Allein die Unterlassung einer in diesem Sinne notwendigen Beiladung stellt einen auch im Revisionsverfahren beachtlichen Verfahrensmangel dar. Der Senat hält allerdings in Verfahren, in denen - wie hier - in der Sache über die Anwendbarkeit einer Vergütungsregelung gestritten wird, eine einfache Beiladung der Vertragsparteien des umstrittenen Gesamtvertrages für sachgerecht.

13

2. Der Klägerin steht kein Anspruch auf höhere Vergütung gegen die Beklagte zu, weil für die Vergütung der in der Fachambulanz nach [§ 311 SGB V](#) erbrachten Leistungen im Jahr 2003 [§ 120 Abs 1 SGB V](#) (in der ab dem 1.1.2003 geltenden Fassung des FPG) entsprechend gilt. Danach sind die ambulanten ärztlichen Leistungen der ermächtigten Krankenhausärzte und ermächtigten ärztlich geleiteten Einrichtungen nach den für Vertragsärzte geltenden Grundsätzen aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung zu vergüten; wird von der nach [§ 120 Abs 3 Satz 1 SGB V](#) zugelassenen Pauschalierung Gebrauch gemacht, ist - wie vorliegend - der vereinbarte Pauschalbetrag maßgeblich.

14

a) Das LSG hat allerdings richtig gesehen, dass der für das Jahr 2003 maßgeblichen Fassung des [§ 120 SGB V](#) eine klare Vorgabe für die Vergütung solcher Leistungen von Einrichtungen nach [§ 311 Abs 2 SGB V](#) nicht zu entnehmen ist, die in der Trägerschaft von Hochschulkliniken stehen.

15

Bei den Einrichtungen nach [§ 311 Abs 2 SGB V](#) handelt es sich um im Beitrittsgebiet bestehende ärztlich geleitete Gesundheitseinrichtungen sowie um bestimmte Fachambulanzen mit Dispensareauftrag, die - soweit sie am 1.10.1992 noch bestanden - gemäß [§ 311 Abs 2 Satz 1 SGB V](#) (in der bis zum 31.12.2003 geltenden Fassung) zur Sicherstellung der Versorgung kraft Gesetzes zur ambulanten Versorgung zugelassen waren (siehe hierzu BSG Urteil vom 5.11.1997 - [6 RKa 94/96](#) - Juris RdNr 15 ff = [MedR 1998, 227](#) ff = USK 97139; BSG [SozR 3-2500 § 311 Nr 6](#) S 44). Gemäß [§ 311 Abs 2 Satz 1 SGB V](#) nF nehmen sie im bisherigen Umfang weiterhin an der Versorgung teil; nach neuem Recht sind sie kraft Gesetzes als medizinische Versorgungszentren zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen ([§ 311 Abs 2 Satz 1 iVm Satz 2 SGB V](#) nF; s auch Genzel/Degener-Hencke in Laufs/Kern, Handbuch des Arztrechts, 4. Aufl 2010, § 79 RdNr 71).

16

Für die bis zum 31.12.2002 geltende Rechtslage war durch die Rechtsprechung des Senats geklärt, dass sich die Vergütung der Einrichtungen nach [§ 311 SGB V](#) nach den für die Vergütung von Polikliniken geltenden Regelungen richtete (vgl BSG Urteil vom 26.1.2000 - [B 6 KA 47/98 R](#) - [SozR 3-2500 § 311 Nr 6](#)). Die Trägerschaft einer Universität hatte danach zur Folge, dass die in der Fachambulanz erbrachten Leistungen als Leistungen der Polikliniken iS des [§ 120 Abs 1 Satz 1 SGB V](#) aF galten (BSG [SozR 3-2500 § 311 Nr 6](#) S 42). Das bedeutete nach dem bis zum 31.12.2002 geltenden Recht, dass sie nach den für Vertragsärzte geltenden Grundsätzen - allerdings vermindert um einen Abschlag von insgesamt 30 vH - zu vergüten waren (vgl BSG aaO S 42/43). Im Spannungsfeld zwischen institutioneller Zuordnung - Hochschule als Träger - und versorgungsbezogener Betrachtung - Teilnahme an der Versorgung und nicht Sicherung von Forschung und Lehre - hatte sich die institutionelle Betrachtung durchgesetzt.

17

Diese Rechtsprechung kann jedoch nicht auf die ab dem 1.1.2003 geltende Rechtslage übertragen werden. Die zum 1.1.2003 durch das FPG erfolgte Neuregelung des [§ 120 SGB V](#) hat das bestehende Spannungsfeld durch den Wechsel des für Hochschulambulanzen - den früheren Polikliniken - maßgeblichen Vergütungsregimes wie des Vergütungsschuldners noch verschärft. Die von Hochschulambulanzen erbrachten Leistungen werden nicht mehr nach den Vertragsärzten geltenden Grundsätzen aus der Gesamtvergütung vergütet; vielmehr sind nunmehr allein die Krankenkassen vergütungspflichtig ([§ 120 Abs 2 Satz 1 SGB V](#) nF). Dies passt nicht auf die an der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Einrichtungen nach [§ 311 SGB V](#).

18

b) An die Sondersituation der Fachambulanzen in der Trägerschaft von Hochschulkliniken ist bei der Neuregelung nicht gedacht worden, wie sich aus dem Wortlaut des [§ 120 SGB V](#) nF und den Gesetzesmaterialien ergibt. Durch die Neufassung des [§ 120 SGB V](#) zum 1.1.2003 ist mithin eine Regelungslücke entstanden, die vom Gesetzgeber nicht gewollt war und die dieser erst durch die Neufassung des [§ 311 Abs 2 SGB V](#) zum 1.1.2004 geschlossen hat. Da feststeht, dass Einrichtungen nach [§ 311 SGB V](#) auch für ihre im Jahr 2003 erbrachten Leistungen einen Vergütungsanspruch haben, ist es Aufgabe der Rechtsprechung, unter Berücksichtigung der Wertungen und Zuordnungen des Gesetzes die maßgeblichen rechtlichen Grundlagen zu entwickeln. Insoweit kommen alternativ nur eine Anwendung des für Hochschulkliniken geltenden [§ 120 Abs 2 SGB V](#) - mit der Folge einer Vergütungspflicht der Krankenkassen - oder eine entsprechende Anwendung der für ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen geltende Regelung in [§ 120 Abs 1 und Abs 3 SGB V](#) - jeweils in der ab dem 1.1.2003 geltenden Fassung - in Betracht. Letztere stellt nach Auffassung des Senats die gesetzesnähere Lösung dar. Für eine entsprechende Anwendung des [§ 120 Abs 1 SGB V](#) sprechen insbesondere die daraus resultierenden Rechtsfolgen, die dem vom Gesetzgeber mit der Neuregelung des [§ 120 SGB V](#) verfolgten Zweck entsprechen (aa), sowie die weitere Rechtsentwicklung (bb).

19

aa) Die Entscheidung des Gesetzgebers, ab dem 1.1.2003 die Krankenkassen an Stelle der KÄVen zu verpflichten, die Leistungen der "Hochschulambulanzen" zu vergüten, zwingt dazu, den rein institutionellen Ansatz der bisherigen Rechtsprechung zu [§ 311 Abs 2 SGB V](#) aufzugeben. Während nach dem bis Ende 2002 geltenden Recht lediglich die Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen (sowie der sozialpädiatrischen Zentren) unmittelbar von den Krankenkassen vergütet wurden ([§ 120 Abs 2 Satz 1 SGB V aF](#)), die Leistungen der Polikliniken hingegen nach den für Vertragsärzte geltenden Grundsätzen aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung ([§ 120 Abs 1 Satz 1 SGB V aF](#)), werden nach neuem Recht auch die Leistungen der "Hochschulambulanzen" - die früheren poliklinischen Institutsambulanzen der Hochschulen bzw "Polikliniken" - unmittelbar von den Krankenkassen vergütet ([§ 120 Abs 2 Satz 1 SGB V nF](#)).

20

Nach der Gesetzesbegründung zum FPG ([BT-Drucks 14/6893 S 30](#) zu Art 1 Nr 4 Buchst b) bezweckt die Neuregelung, die im Rahmen von Forschung und Lehre an den Polikliniken erbrachten Leistungen nicht mehr aus der Gesamtvergütung für Vertragsärzte zu vergüten. Dies sei geboten, um die Gesamtvergütung von solchen Leistungen zu entlasten, die nicht aus Gründen der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung erbracht werden; zudem solle vermieden werden, dass die Vergütung der Hochschulambulanzen durch die innerärztliche Honorarverteilung betroffen werde (aaO). Der Gesetzgeber wollte somit die für die Zwecke von Forschung und Lehre erbrachten Leistungen aus der Gesamtvergütung ausklammern und die KÄVen insoweit außen vor lassen. Deshalb sind die KÄVen ab dem 1.1.2003 auch am Abschluss der Vergütungsvereinbarungen nach [§ 120 Abs 2 Satz 2 SGB V](#) ua für die Hochschulambulanzen nicht mehr beteiligt. Im Falle einer Nichteinigung entscheidet nicht das Schiedsamt nach [§ 89 SGB V](#) unter Beteiligung der KÄV, sondern die Schiedsstelle nach [§ 18a Krankenhausfinanzierungsgesetz \(KHG\)](#), an der die KÄV nicht beteiligt ist. Entsprechend differenziert der Gesetzgeber auch in [§ 120 Abs 3 Satz 3 SGB V](#).

21

Dies trifft generell auf Polikliniken bzw Hochschulambulanzen nach [§ 117 SGB V](#) zu, weil diese nicht aus Gründen der Sicherstellung der Versorgung ermächtigt werden, sondern nur (deswegen und) in dem Umfang, in dem dies den Notwendigkeiten von Forschung und Lehre entspricht (vgl [§ 117 Abs 2 Satz 2 SGB V](#); Hohnholz in Hauck/Noftz, SGB V, Stand Januar 2013, [§ 117 RdNr 7](#)). Dem steht nicht entgegen, dass Polikliniken nach der Senatsrechtsprechung auch aus Sicherstellungsgründen ermächtigt werden konnten (vgl [BSGE 82, 216, 218 = SozR 3-5520 § 31 Nr 9](#)).

22

Für die von den Fachambulanzen nach [§ 311 Abs 2 SGB V](#) erbrachten Leistungen passt eine Anwendung des [§ 120 Abs 2 SGB V nF](#) mit der daraus resultierenden Rechtsfolge einer Vergütungspflicht der Krankenkassen von vornherein nicht; sie entspricht auch nicht der Intention des Gesetzgebers. Die Teilnahme der Einrichtungen nach [§ 311 Abs 2 SGB V](#) an der vertragsärztlichen Versorgung erfolgt (allein) aus Sicherstellungsgründen; dementsprechend erbringen sie ihre Leistungen auf der Grundlage des [§ 311 Abs 2 SGB V](#) allein im Rahmen der Sicherstellung der Versorgung der Versicherten ohne Bezug zu Forschung und Lehre. Dies ließ sich [§ 311 SGB V](#) in der bis zum 31.12.2003 geltenden Fassung eindeutig entnehmen, da die Zulassung der im Beitrittsgebiet bestehenden Polikliniken (ua) ausdrücklich "zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung" erfolgte (vgl [§ 311 Abs 2 Satz 1 SGB V aF](#)). Auch die zum 1.1.2004 in Kraft getretene Neuregelung - in der Gesetzesbegründung zu [§ 311 Abs 2 SGB V nF](#) als "Besitzstandsregelung" bezeichnet (vgl [BT-Drucks 15/1525 S 151](#) zu [§ 311 SGB V](#)) - hat nichts daran geändert, dass die Einrichtungen weiterhin an der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung mitwirken und hierin der ausschließliche Zweck ihrer Teilnahme zu sehen ist.

23

In den Gesetzesmaterialien findet sich kein Hinweis dafür, dass der Gesetzgeber trotz dieser zwischen den Hochschulambulanzen und den Einrichtungen nach [§ 311 SGB V](#) bestehenden Unterschiede auch in Bezug auf Letztere einen Wechsel des Vergütungsschuldners herbeiführen wollte. Vielmehr ist den Gesetzesmaterialien der Wille des Gesetzgebers zu entnehmen, dass weiterhin grundsätzlich alle vom Sicherstellungsauftrag der KÄVen umfassten Leistungen - also auch die von den Einrichtungen nach [§ 311 SGB V](#) erbrachten Leistungen - von diesen aus den Gesamtvergütungen zu zahlen sind.

24

bb) Auch die weitere Gesetzesentwicklung spricht deutlich für die Lösung, dass [§ 120 Abs 2 SGB V](#) im Jahr 2003 auf die Vergütung der Leistungen von Einrichtungen nach [§ 311 Abs 2 SGB V](#) - auch wenn sie in der Trägerschaft von Hochschulen stehen - nicht anzuwenden ist. Seit dem 1.1.2004 werden diese Leistungen wie solche eines medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) vergütet, also von den KÄVen aus den Gesamtvergütungen und nicht - wie dies [§ 120 Abs 2 SGB V](#) vorgibt - direkt von den Krankenkassen. Dies folgt aus [§ 311 Abs 2 Satz 2 SGB V](#) (in der ab dem 1.1.2004 geltenden Fassung des Art 1 Nr 182 Buchst a des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG)), der bestimmt, dass für diese Einrichtungen im Übrigen - also über die in Satz 1 aaO geregelte Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung hinaus - die Vorschriften des SGB V, die sich auf MVZ beziehen, entsprechend gelten. Dies gilt auch für die für die Vergütung der Einrichtungen nach [§ 311 Abs 2 SGB V](#) geltenden Bestimmungen (ebenso Genzel/Degener-Hencke in Laufs/Kern, Handbuch des Arztrechts, 4. Aufl 2010, [§ 79 RdNr 72](#); Freudenberg in jurisPK-SGB V, 2. Aufl 2012, [§ 311 RdNr 22](#)), wie sich schon aus dem Wortlaut der Norm ("im Übrigen") ergibt. Auch die Gesetzesbegründung zum GMG ([BT-Drucks 15/1525 S 151](#) zu Nr 182) spricht umfassend von den "Rechten" der Einrichtungen, die sich nach den Regelungen für MVZ bestimmen.

25

[§ 311 Abs 2 Satz 2 SGB V nF](#) stellt dabei eine Sonderregelung dar, die wegen ihres spezielleren Regelungsgehalts [§ 120 SGB V](#) verdrängt. Sie findet auf alle Einrichtungen nach [§ 311 Abs 2 SGB V nF](#) Anwendung; für eine Differenzierung nach der Organisationsstruktur der Einrichtung ist angesichts der eindeutigen gesetzlichen Regelung kein Raum mehr. Für die Vergütung aller Fachambulanzen nach [§ 311 Abs](#)

[2 Satz 1 SGB V](#) nF sind - auch wenn sie ansonsten den Begriff einer "Hochschulambulanz" erfüllen - daher die für MVZ geltenden Vergütungsregelungen maßgeblich.

26

Der Gesetzgeber hat mit dem GMG vom 14.11.2003 ([BGBl I 2190](#)) die Gleichstellung der Fachambulanzen mit den MVZ ungeachtet und in Kenntnis der gerade ein Jahr zuvor in Kraft getretenen Änderungen des [§ 120 SGB V](#) (durch Art 1 Nr 4 Buchst a des FPG vom 23.4.2002, [BGBl I 1412](#)) sowie in Kenntnis der früheren Senatsrechtsprechung zur Vergütung der Fachambulanzen vorgegeben. Im Gesetzgebungsverfahren zum GMG gibt es keinen Hinweis darauf, dass der Gesetzgeber durch [§ 311 Abs 2 Satz 2 SGB V](#) nF einen erneuten Wechsel des Vergütungsschuldners herbeiführen wollte bzw sich bewusst war, dass er durch die aus der Gleichstellung mit den MVZ resultierende, dem bis zum 31.12.2002 geltenden Rechtszustand entsprechende Rechtsfolge zugleich von der im Jahre 2003 geltenden Rechtslage abweichen würde. Auch das deutet darauf hin, dass kontinuierlich die KÄV und nicht - lediglich für das Jahr 2003 - unmittelbar die Krankenkassen die Leistungen der hier betroffenen Einrichtungen vergüten sollten.

27

cc) Für die vom Senat gefundene Lösung spricht auch die Praxis der Beteiligten, die bis in das Berufungsverfahren die Leistungspflicht der beklagten KÄV dem Grunde nach nicht in Zweifel gezogen haben. Dem kommt hier ausnahmsweise besondere Bedeutung zu, weil die Klägerin bundesweit die einzige Körperschaft ist, die Einrichtungen iS des [§ 311 Abs 2 SGB V](#) in der Trägerschaft einer Hochschule betreibt. Einrichtungen nach [§ 311 Abs 2 SGB V](#) gibt es nur noch in Berlin und Brandenburg, Brandenburg hat keine Hochschulmedizin und Berlin nur eine Einzige, nämlich die Klägerin. Wenn eine gesetzliche Regelung nur für zwei institutionelle Beteiligte im Bundesgebiet Bedeutung hat und von diesen während der Geltungsdauer der Regelung und über acht Jahre nach ihrer Ersetzung durch [§ 311 Abs 2 Satz 2 SGB V](#) nF übereinstimmend in dem Sinne verstanden und angewandt wird, dass die Leistungen nach den für Vertragsärzte geltenden Grundsätzen aus den Gesamtvergütungen zu vergüten sind, bedarf es nach Überzeugung des Senats erheblicher Gründe, die Norm nunmehr anders auszulegen. Solche Gründe sind nicht gegeben.

28

Schließlich muss die Auslegung auch die Folgen mitbedenken, die sich bei einem abweichenden Verständnis ergäben: Abrechnungsfälle aus einem mehr als zehn Jahre zurückliegenden Zeitraum müssten neu aufgerollt und mehr als 40 Krankenkassen beteiligt werden, für die in einigen Fällen der Rechtsnachfolger eintreten müsste, weil es die Kasse schon nicht mehr gibt. Komplizierte Verjährungsfragen müssten geklärt werden. Das alles ist nicht ausgeschlossen, es ist jedoch nur in Kauf zu nehmen, wenn das Gesetz keine Alternative der Auslegung zulässt. Das ist nicht der Fall, denn eine entsprechende Anwendung der für ärztlich geleitete Einrichtungen iS des [§ 120 Abs 1 Satz 1 und Abs 3 SGB V](#) geltenden Vorschriften auf die Klägerin ist möglich und führt zu sachgerechten Ergebnissen.

29

dd) Einer unmittelbaren Anwendung des [§ 120 Abs 1 SGB V](#) nF steht zwar entgegen, dass es sich bei den Fachambulanzen nicht um "ermächtigte", sondern um "zugelassene" ärztlich geleitete Einrichtungen handelt. Aus den dargestellten Gründen ist jedoch eine entsprechende Anwendung der Norm geboten, da der Gesetzgeber den Besonderheiten der kraft Gesetzes zugelassenen Fachambulanzen - jedenfalls für das Jahr 2003 - nicht hinreichend Rechnung getragen hat. Im Übrigen hat der Senat dem unterschiedlichen Zugang zur vertragsärztlichen Versorgung bereits in seinem erwähnten Urteil zur Vergütung der Fachambulanzen (BSG [SozR 3-2500 § 311 Nr 6](#)) keine wesentliche Bedeutung beigemessen.

30

3. Folge der entsprechenden Anwendung des [§ 120 Abs 1 Satz 1 SGB V](#) (nF) ist, dass die Leistungen der betroffenen Fachambulanz nach den für Vertragsärzte geltenden Grundsätzen aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung zu vergüten sind. Damit steht dem Begehren auf höhere Vergütung entgegen, dass auch der am 19.6.1997 vertraglich vereinbarte Pauschalbetrag (weiterhin) Anwendung findet. [§ 120 Abs 3 Satz 1 SGB V](#) nF lässt eine Pauschalierung der Vergütung der Leistungen nicht nur bei Hochschulambulanzen, sondern auch bei sonstigen ermächtigten ärztlich geleiteten Einrichtungen zu. Diesen sind die Einrichtungen nach [§ 311 SGB V](#) trotz des Umstandes, dass sie nicht kraft Ermächtigung, sondern aufgrund gesetzlicher Zulassung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, auch insoweit gleichzustellen.

31

Demgegenüber kann die Pauschale nach [§ 120 Abs 2 Satz 2 SGB V](#), die gemäß Abs 4 aaO von der Schiedsstelle nach § 18a KHG für andere Leistungen vereinbart ist, vorliegend schon aus grundsätzlichen Erwägungen nicht zur Anwendung kommen; auch dies bestätigt die oben gefundene Auslegung. Zwar müssen Leistungserbringer in bestimmten Sonderfällen hinnehmen, dass ihre Vergütung sich nach Regelungen bemisst, an deren Erlass sie nicht beteiligt sind. Dies gilt etwa für nicht an der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte und Einrichtungen hinsichtlich der Vergütung von Leistungen, die sie in Notfällen erbringen; nach altem Recht galt dies auch für die Vergütung der in Polikliniken erbrachten Leistungen (vgl [BSGE 76, 48 = SozR 3-2500 § 120 Nr 5](#)). Es ist aber ausgeschlossen, dass Krankenkassen und Leistungserbringer Vergütungen vereinbaren, welche die KÄVen leisten müssen, ohne dass diese an der Vereinbarung selbst beteiligt sind; für Bereinigungsvereinbarungen mag Abweichendes gelten, was hier nicht zu entscheiden ist. Deshalb könnte die Klägerin einen Anspruch auf den von ihr geforderten höheren Pauschalbetrag aus der Schiedsstellenentscheidung vom 13.2.2004 nur haben, wenn ihre Vergütungsansprüche von den Krankenkassen zu erfüllen wären. Das ist jedoch - wie dargestellt - nicht der Fall.

32

4. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs 1 Satz 1 Teilsatz 3 SGG](#) iVm einer entsprechenden Anwendung der [§§ 154 ff VwGO](#). Danach hat die Klägerin die Kosten des erfolglos eingelegten Rechtsmittels zu tragen ([§ 154 Abs 2 VwGO](#)).
Rechtskraft

Aus
Login
BRD
Saved
2013-09-19