S 11 KR 159/12

Land
Freistaat Bayern
Sozialgericht
SG Nürnberg (FSB)
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
11
1. Instanz
SG Nürnberg (FSB)
Aktenzeichen
S 11 KR 159/12
Datum
15.10.2015
2. Instanz
Bayerisches LSG
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
I. Es wird festgestellt, dass das Recht der Klägerin respektive der von ihr im Freistaat Bayern betriebenen Medizinischen Versorgungszentren bzw. der in diesen tätigen Augenärzten auf Verordnung von Krankenfahrten im Sinne von § 7 Abs. 2 Buchst. c Krankentransport-Richtlinien für die bei der Beklagten versicherten Patienten zu ambulanten Kataraktoperationen der Kategorie 1 (OPS 5 - 144.20 ff.) nicht durch Einstufung der ambulanten Kataraktoperationen in die Kategorie 1 des Abschnitts 1 des Vertrags über ambulante durchführbare Operationen und sonstige stationsersetzende Eingriffe gemäß § 115 b SGB V (AOP-Vertrag) ausgeschlossen ist. Im Übrigen wird die Klage abgewiesen.
II. Die Kosten des Verfahrens tragen die Klägerin und die Beklagte je zur Hälfte.
III. Der Streitwert wird auf 5.000,00 Euro festgesetzt.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist streitig, unter welchen Voraussetzungen die Klägerin berechtigt ist, Verordnungen von Krankenfahrten von bei der Beklagten versicherten Patienten zu ambulanten Kataraktoperationen der Kategorie 1 (OPS 5-144. 20 ff.) auszustellen.

Die Klägerin betreibt unter anderem in Bayern eine Reihe medizinischer Versorgungszentren (MVZ), in denen jeweils das Fachgebiet der Augenheilkunde vertreten ist. Die Beklagte hatte gemäß § 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) Fahrkosten ihrer Versicherten für Fahrten zu ambulanten Kataraktoperationen bei der Klägerin, soweit sie gemäß § 7 Krankentransport-Richtlinien von einem der MVZ der Klägerin verordnet worden waren, bis einschließlich 30.06.2011 übernommen. Mit Schreiben vom 20.06.2011 teilte die Beklagte der Klägerin mit, dass für alle Fahrten ab 01.07.2011, die im Zusammenhang mit ambulanten Kataraktoperation entstünden, die Leistungsvoraussetzungen des § 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 SGB V nicht mehr als gegeben anzusehen seien. Hiervon ausgenommen seien die Ausnahmefälle des § 8 Abs. 3 Krankentransport-Richtlinien sowie Kataraktoperationen der Kategorie 2. Zur Begründung führte die Beklagte insbesondere aus, dass in der neuen "Vereinbarung über die strukturelle und finanzielle Förderung ambulanter Kataraktoperationen" zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) und der Beklagten in der Präambel dokumentiert worden sei, dass ein erheblicher Teil der vormals stationär durchgeführten Kataraktoperationen mittlerweile bei gleicher Qualität in den ambulanten Bereich habe verlagert werden können. Im Abschnitt 1 des Vertrags über ambulant durchführbare Operationen und sonstige stationsersetzende Eingriffe gemäß § 115 b SGB V (AOP-Vertrag) seien die Kataraktoperationen (OPS 5-144.20 ff) grundsätzlich in die Kategorie 1 (Leistungen, die in der Regel ambulant erbracht werden können) eingestuft worden. Lediglich Behandlungen nach erfolgter Voroperation und/oder mit ophthalmologischen OP-relevanten Begleiterkrankungen. wie z. B. Glaukom und Zonuladefekt, seien der Kategorie 2 (sowohl stationär als auch ambulant möglich) zugeordnet worden.

Am 09.05.2012 hat die Klägerin Klage zum Sozialgericht Nürnberg (SG) erhoben und die Feststellung beantragt, dass die Klägerin respektive die von ihr im Bundesland Bayern betriebenen Medizinischen Versorgungszentren bzw. die in diesen tätigen Augenärzte berechtigt sind, Krankenfahrten im Sinne des § 7 Krankentransport-Richtlinien von bei der Beklagten versicherten Patienten zu ambulanten Kataraktoperationen der Kategorie 1 (OPS5-144.20 ff.) zu Lasten der Beklagten gemäß § 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 SGB V zu verordnen, auch soweit kein Ausnahmefall nach § 8 Abs. 3 Krankentransport-Richtlinien gegeben ist.

Zur Begründung trägt die Klägerin mit Schriftsätzen vom 09.05.2012, 01.10.2012, 15.02.2013, 22.04.2013, 21.06.2013, 30.09.2013, 16.12.2013, 08.05.2014, 03.11.2014 und 11.05.2015 insbesondere Folgendes vor:

Da die Beklagte in Abrede stelle, dass sie berechtigt sei, Krankenfahrten gemäß § 73 Abs. 2 Nr. 7 SGB V i. V. m. §§ 1 Abs. 1 Satz 1, 7 Krankentransport-Richtlinien zu verordnen, bestehe ein berechtigtes Interesse an der Feststellung im Sinne einer Unsicherheit über die

Rechtslage. Sie habe sich in ihren Räumen mit der Beklagten am 17.06.2011 getroffen. Ergebnis dieser Besprechung sei gewesen, dass die Beklagte ihre Rechtsauffassung zur vermeintlichen Nicht-Verordnungsfähigkeit schriftlich niederlege, damit die Parteien das gemeinsame Ziel verfolgen könnten, diese Rechtsfrage gerichtlich durch Feststellungsklage abschließend klären zu lassen. Es stelle eine unzulässige Rechtsausübung dar, wenn die Beklagte sich der Entscheidung nunmehr auf der Ebene der Zulässigkeit entziehen wolle (venire contra factum proprium). Sie respektive ihre MVZ bzw. die darin tätigen Ärzte unterlägen dem nur durch gerichtliche Entscheidung auflösbaren Konflikt, entweder eine rechtswidrige Verordnungsweise zu praktizieren, wenn sie sich wie bisher verhielten, oder aber unter Verstoß gegen §§ 2 Abs. 1, 73 Abs. 2 Nr. 7 SGB V den Versicherten der Beklagten Leistungen, auf die sie Anspruch hätten, namentlich die Verordnung von Krankenfahrten im Sinne des § 7 Krankentransport-Richtlinien, vorzuenthalten, wenn sie sich dem Schreiben der Beklagten vom 20.06.2011 unterwerfen. Sie lasse gerade nicht im Wege einer Popularklage feststellen, ob Dritte Ansprüche gegen die Beklagte hätten. Sie begehre auch keine abstrakt-generelle Feststellung, dass sie stets zu allen ambulanten Behandlungen Krankenfahrten verordnen könne. Der Streit sei vielmehr begrenzt auf Krankenfahrten zu ambulanten Katarakt-Operationen der Kategorie 1, die die Voraussetzungen des § 8 Abs. 3 Krankentransport-Richtlinie nicht erfüllten. Es sei die Beklagte und nicht die Kassenärztliche Vereinigung, die ihr die Verordnungsfähigkeit von Krankenfahrten in den genannten Fällen abspreche.

Die Klage erweise sich auch als begründet.

Allein der Umstand, dass die Beklagte ihr Verordnungsverhalten in Bezug auf Krankenfahrten nach § 7 Krankentransport-Richtlinien bis 30.06.2011 als rechtmäßig anerkannt habe, sei Beweis für die Begründetheit der Feststellungsklage, da der Gesetzgeber für die Zeit ab 01.07.2011 in Bezug auf §§ 60, 115 b SGB V keinen geänderten Gesetzgebungswillen kundgetan habe. Die Versicherten der Beklagten hätten gemäß § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB V Anspruch auf die im dritten Kapitel des SGB V genannten Leistungen, zu denen gemäß Abschnitt 8 auch Fahrkosten nach § 60 SGB V zählten. Nach § 73 Abs. 2 Nr. 7 SGB V umfasse die vertragsärztliche Versorgung die Verordnung von Krankentransporten mit der Folge, dass Leistungen nach den Krankentransport-Richtlinien (hier § 7) gemäß § 1 Abs. 1 Krankentransport-Richtlinien i. V. m. § 73 Abs. 2 Nr. 7 SGB V vom Vertragsarzt zu verordnen seien, sofern die Voraussetzungen hierfür vorlägen (§§ 2 Abs. 1 Satz 1, 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 SGB V).

§ 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 SGB V sei parallel mit § 115 b SGB V durch das Gesundheits-Strukturgesetz neu in das SGB V integriert worden. Nach der Gesetzesbegründung sollten durch die bessere Verzahnung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung erhebliche Kosten eingespart werden. Ein Mechanismus, dieses Ziel zu erreichen, sei gewesen, dass die Möglichkeit des ambulanten Operierens im Krankenhaus und in der Arztpraxis ausgebaut worden sei. Dazu sollten die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Spitzenverbände der Krankenkassen einen Katalog ambulant durchführbarer Operationen, einheitliche Vergütungssätze sowie Maßnahmen zur Sicherung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit vereinbaren (BT/Drs. 12/3608, S. 71). Als Anreiz (BT/Drs. 12/3608, S. 82) sei § 60 Abs. 2 SGB IV um die Nr. 4 ergänzt worden, damit sich Patienten für die ambulante Operation im Krankenhaus oder in einer Arztpraxis entscheiden, dadurch aber hinsichtlich der Fahrkosten nicht schlechter gestellt werden sollten als gegenüber der bisherigen stationären Versorgung. Wie die Anlage zum AOP-Vertrag mit den OPS 5-144.20 ff zeige, hätten sich die Spitzenverbände der Krankenkassen (jetzt: Spitzenverband Bund der Krankenkassen), die Deutsche Krankenhausgesellschaft sowie die Kassenärztliche Bundesvereinigung darauf verständigt, dass Kataraktoperationen - anders als beispielsweise Dialysebehandlungen - zu den ambulant durchführbaren Operationen im Sinne des § 115 b Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V zählten, für die nach § 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 SGB V verordnete Fahrkosten zu übernehmen seien.

Zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der §§ 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4, 115 b SGB V habe der Katalog ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationsersetzender Eingriffe den Gesetzen der Denklogik folgend noch nicht vorgelegen, andernfalls es des Aufrufs des Gesetzgebers in § 115 b Abs. 1 SGB V, diesen Katalog zu erstellen, nicht bedurft hätte. Bei Inkrafttreten der Fahrkostenregelung habe daher noch gar nicht fest gestanden, welche Behandlungen es im Rahmen des erst noch zu erstellenden Katalogs der stationsersetzenden ambulanten Operationen geben werde, woraus sich der Halbsatz in § 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 SGB V erschließe. Der vom Gesetzgeber geforderte Katalog zu § 115 b SGB V sei gerade darauf ausgerichtet, solche Behandlungen als ambulante Operationen und sonstige stationsersetzende Eingriffe aufzunehmen, die zuvor regelmäßig stationär erbracht worden seien, mithin ohne Aufnahme in den AOP-Vertrag eine "an sich gebotene Krankenhausbehandlung". Auch der Hinweis der Beklagten auf § 11 AOP-Vertrag verfange nicht, da es im vorliegenden Klageverfahren nicht um die Verordnung von Krankentransporten, sondern um die Verordnung von Krankenfahrten gehe.

Das BVerfG (2 BvR 2044/07) habe vorgegeben, dass bei Auslegung eines Gesetzes einem - wie hier - hinreichend klar erkennbaren gesetzgeberischen Willen Geltung zu verschaffen und eine Auslegung unstatthaft sei, die dem Sinn der Vorschrift (hier: Anreizfunktion, bislang überwiegend stationär durchgeführte Eingriffe künftig ambulant in Anspruch zu nehmen) nicht mehr gerecht werde. Das BSG habe sich zwar mit seiner Dialyseentscheidung (1 RK 23/96) gegen eine Fahrkostenerstattung ausgesprochen. Dies allerdings nur, weil die Dialysebehandlung nicht zum Katalog nach § 115 b Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V gehöre und vom Gesetzgeber dieser Umstand auch bewusst in Kauf genommen worden sei (Beschlussempfehlung BT/Drs. 12/3937, S. 12). Hinsichtlich anderer ambulanter Operationen habe der Senat tendenziell ausgeführt, dass die Einbeziehung der Leistungen nach § 115 b SGB V dafür spreche, dass unter § 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 SGB V auch solche Behandlungen fielen, die zwar bisher (noch) überwiegend stationär erbracht worden seien, grundsätzlich aber auch ambulant durchführbar seien und durchgeführt würden. Das BSG habe damit zu erkennen gegeben, dass es für § 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 SGB V nicht entscheidend darauf ankomme, dass die ambulanten Operationen inzwischen tatsächlich ambulant erbracht würden, mithin die vom Gesetzgeber aus Gründen der Beitragsstabilität gewünschte Verlagerung in den ambulanten Bereich erfolgreich gewesen sei, sondern, dass jene Operationen vor dem Gesundheits-Strukturgesetz überwiegend stationär erbracht worden seien.

Von besonderer Bedeutung sei, dass die ambulanten Kataraktoperationen nicht per se ambulant erbracht werden dürften, wie dies bei anderen kleineren operativen Eingriffen der Fall sein möge. Vielmehr dürften die im Katalog nach § 115 b Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V genannten Kataraktoperationen nur dann ambulant durchgeführt werden, wenn der Leistungserbringer die Maßnahmen zur Qualitätssicherung, namentlich die fachlichen, personellen, räumlichen, organisatorischen und hygienischen Voraussetzungen erfülle, die normalerweise an eine stationäre Einrichtung zur Durchführung solcher Eingriffe gestellt würden. Damit müssten Vertragsärzte, respektive das MVZ, die ambulante Operationen nach § 115 b SGB V durchführen wollten, nicht nur eine klassische Vertragsarztpraxis vorhalten, sondern dieselben besonderen Vorkehrungen im Sinne dieser Qualitätssicherungsmaßnahmen schaffen wie ein Krankenhaus, um solche Leistungen ambulant erbringen zu dürfen (BT-Drs. 13/7264, S. 68). Hierfür habe der Gesetzgeber entsprechende Anreize unter anderem mit § 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 SGB V geschaffen, damit solche ursprünglich stationären Leistungen zu Zwecken der Beitragsstabilität und

Kostendämpfung bei gleichem Qualitätsstandard in den ambulanten Bereich überhaupt verlagert werden könnten (BSG, a. a. O., Rz 14). Dem Erfolg der gesetzgeberischen Vorstellungen nun damit zu begegnen, die von ihm geschaffenen Privilegierungen nicht mehr anzuwenden, laufe der Zielsetzung des Gesetzgebers diametral entgegen.

Im Übrigen hätten sich die Vertragspartner (KVB und Beklagte) mit der "Vereinbarung über die strukturelle und finanzielle Förderung ambulanter Kataraktoperationen" in Anlage C zum Gesamtvertrag mit Wirkung zum 01.01.2011 nochmals ausdrücklich in der Präambel dafür ausgesprochen " ... an der finanziellen und strukturellen Förderung der ambulanten, vertragsärztlich durchgeführten Kataraktoperationen festhalten" zu wollen. Sie hätten damit bekräftigt, die gesetzgeberisch gewollten Anreizfunktionen (z. B. § 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 SGB V) auch weiterhin zu beachten. Unter Berücksichtigung des Gewaltenteilungsprinzips sowie der Wesentlichkeitstheorie des BVerfG bleibe es allein dem Gesetzgeber vorbehalten, seinen durch das Gesundheits-Strukturgesetz der Exekutive vorgegebenen Willen durch eine Gesetzesänderung wieder aufzugeben oder zu relativieren. Nachdem eine solche Gesetzesänderung trotz des jüngst in Kraft getretenen Versorgungsstrukturgesetzes ausgeblieben sei, habe die Beklagte keine eigenständige Verwerfungskompetenz, in dem sie die gesetzlichen Vorgaben der §§ 115 b, 73 Abs. 2 Nr. 7, 60 Abs. 2 Nr. 4 SGB V i. V. m. den Krankentransport-Richtlinien für die im Katalog ambulant durchführbarer Operationen genannten Kataraktoperationen der Kategorie 1 nicht anwende.

Der Gesetzgeber habe die in den Katalog aufzunehmenden ambulanten Operationen per se als stationsersetzend angesehen, weil neben ihnen auch noch weitere ("sonstige") stationsersetzende Eingriffe in den Katalog aufgenommen werden sollten. Anders lasse sich semantisch sinnvoll die Formulierung des § 115 b Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V nicht erfassen. In dieser Folge sei der AOP-Vertrag dann auch tituliert als "Vertrag nach § 115 b Abs. 1 SGB V - Ambulantes Operieren und sonstige stationsersetzende Eingriffe im Krankenhaus".

Die Beklagte ziehe aus dem Wortlaut des § 7 Abs. 2 bis 4 Krankentransport-Richtlinien unzutreffende Schlüsse. Gerade bei der Gegenüberstellung von Abs. 2 Buchst. b und c offenbare sich uneingeschränkt, dass die Krankenfahrt zur Behandlung nach § 115 a SGB V daran geknüpft werde, dass eine stationäre Behandlung vermieden oder verkürzt werde (vgl. § 7 Abs. 2 Buchst. b Krankentransport-Richtlinien), die Krankenfahrt zur Behandlung nach § 115 b SGB V diese Voraussetzung indes nicht verlange (vgl. § 7 Abs. 2 Buchst. c Krankentransport-Richtlinien). Überdies verkenne die Beklagte insbesondere, dass der AOP-Vertrag eine Auflistung operativer Leistungen beinhalte, die ambulant erbracht werden könnten. Dies bedeute jedoch noch lange keine Verpflichtung, die dort aufgeführten Eingriffe ausschließlich ambulant erbringen zu müssen. Es liege allein in der Entscheidung des Vertragsarztes, ob er Operationen, die ambulant möglich seien, aus medizinischen Gründen stationär erbringe. § 7 Abs. 3 der Krankentransport-Richtlinien bestimme lediglich, dass Voraussetzung für die Verordnung einer Krankenfahrt mittels Taxi oder Mietwagen sei, dass der Patient nicht selbst fahren oder ein öffentlichen Verkehrsmittel nutzen könne. Beides sei nach Katarakt-Operationen evident, da die mentale Leistungsfähigkeit nach ophthalmologischen Eingriffen bis zu 48 Stunden eingeschränkt sein könne und deshalb eine Teilnahme am Straßenverkehr - hierzu zähle auch das Aufsuchen eines öffentlichen Verkehrsmittels - zu unterbleiben habe. Unter anderem über dieses post-operative Verhalten habe der Operateur den Patienten zuvor aus Haftungsgründen sogar aufzuklären (Albert J Augustin, Augenheilkunde, 2. Aufl., Kapitel 20, S. 586).

Die Beklagte könne auch nicht damit gehört werden, dass § 8 Krankentransport-Richt-linien besondere Anforderungen enthalte. Hier differenziere sie ebensowenig zwischen Krankentransport und Krankenfahrt. Diese Vorschrift befasse sich mit einer ausnahmsweise erforderlichen Krankenfahrt zur ambulanten Behandlung, die weder Behandlung nach § 115 a SGB V noch § 115 b SGB V sei. Für Fahrten zu ambulanten Behandlungen nach § 115 b SGB V dürften daher die Anforderungen des § 8 Krankentransport-Richtlinien, der ambulante Behandlungen außerhalb von § 115 a und b SGB V betreffe, nicht herangezogen werden.

Mit § 115 b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V habe der Gesetzgeber die Exekutive auch nur dazu aufgerufen, "einen Katalog ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationsersetzender Eingriffe" zu vereinbaren. Er habe die Vertragspartner dagegen nicht verpflichtet, einen Katalog zu entwerfen, der ausschließlich ambulant durchzuführende Eingriffe von stationsersetzenden Operationen abgrenzt. Auf eine Kategorieeinteilung komme es für die Verordnung der Krankenfahrt demnach nicht an.

Die von der Beklagten zitierten Entscheidungen (BSG v. 23.03.2011, B 6 KA 11/10 R und Bay LSG, L 5 KR 473/10) seien auf den vorliegenden Fall nicht anwendbar. Bei § 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 SGB V gehe es ausschließlich um privilegierte Fahrkostenerstattung zu ambulanten Operationen, da Fahrten zu stationären Operationen bereits der schon vor dem Gesundheitsstrukturgesetz geltenden Regelung des § 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V unterfielen.

Auch die in Kategorie 1 genannten Katarakt-Operationen seien nicht stets, sondern nur in der Regel ambulant durchführbar. Demnach dürften auch Leistungen der Kategorie 1 stationär erbracht werden, wenn dies einzelfallbezogen erforderlich sei. Aus § 2 Abs. 2 Sätze 2 bis 4 AOP-Vertrag ergebe sich, dass allein der Umstand, dass der AOP-Katalog ambulant durchführbare Eingriffe beinhalte, nicht schon zur ambulanten Durchführung berechtige. Vielmehr müsse der Arzt nach dem in § 2 Abs. 2 Satz 2 AOP-Vertrag genannten Kriterien einzelfallbezogen entscheiden (und dokumentieren), ob die Regeln ärztlicher Kunst eine ambulante Operation überhaupt zuließen, da operative Eingriffe traditionell eher der Krankenhausbehandlung zuzuordnen seien. Die nach dieser Prüfung zu Gunsten einer ambulanten Operation gefallene Entscheidung vermeide die ansonsten gebotene voll- oder teilstationäre Krankenhausbehandlung im Sinne des § 60 Abs. 2 Nr. 4 SGB V. Die gegenteilige Auffassung hätte zur nicht vertretbaren Konsequenz, dass der Gesetzgeber mit der Privilegierung in § 60 Abs. 2 Nr. 4 SGB V nur diejenigen Leistungen nach dem AOP-Katalog fördere, die entgegen den Regeln ärztlicher Kunst ambulant ausgeführt worden seien, obwohl an sich eine voll- oder teilstationäre Krankenhausbehandlung geboten sei.

Im Gegensatz zur Beklagten hebe das BSG (BSG v. 21.03.2013, B 3 KR 28/12 R) ausdrücklich hervor, dass allein der Umstand, dass bestimmte Leistungen im AOP-Katalog aufgeführt seien, gerade nicht die grundsätzliche Vermutung zulasse, diese seien - nur von besonderen Ausnahmefällen abgesehen - dem ambulanten Bereich vorbehalten. Die Aufnahme in den AOP-Katalog habe vielmehr zur Folge, dass die Erbringung jener Leistungen im ambulanten Rahmen überhaupt erst eröffnet werde.

Es sei innerhalb des § 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 und Nr. 4 SGB V daher zwischen einer gebotenen (synonym: "medizinisch notwendigen" oder "medizinisch erforderlichen") Krankenhausbehandlung im Sinne der §§ 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1, 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V und einer nur "an sich gebotenen" Krankenhausbehandlung im Sinne der §§ 115 b, 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 SGB V zu differenzieren. Auch § 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 SGB V nach den strengen Kriterien des § 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V an die Erforderlichkeit einer Krankenhausbehandlung knüpfen zu wollen, stehe der Gesetzeslogik entgegen.

Es treffe auch nicht zu, dass sich § 115 b SGB V i. V. m. dem AOP-Vertrag ausschließlich mit dem ambulanten Operieren im Krankenhaus befasse. Vielmehr gebe § 115 b Abs. 1 SGB V den Vertragspartnern lediglich vor, einen Katalog ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationsersetzender Eingriffe sowie einheitliche Vergütungen für Krankenhäuser und Vertragsärzte zu vereinbaren. So heiße es dann auch noch in der aktuellen geltenden Fassung des AOP-Vertrags vom 08.04.2014 unter "Grundsätze": "Dieser Vertrag soll dazu dienen, einheitliche Rahmenbedingungen zur Durchführung ambulanter Operationen und sonstiger stationsersetzender Eingriffe - nachfolgend "Eingriffe gemäß § 115 b SGB V" genannt - im niedergelassenen Bereich und im Krankenhaus zu schaffen und die Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Vertragsärzten und Krankenhäusern zu fördern ...".

Die Klägerin beantragt zuletzt (Schriftsatz vom 05.08.2015):

1. Es wird festgestellt, dass die Klägerin respektive die von ihr im Bundesland Bayern betriebenen Medizinischen Versorgungszentren bzw. die in diesen tätigen Augenärzte berechtigt sind, Krankenfahrten im Sinne des § 7 Krankentransport-Richtli-nien von bei der Beklagten versicherten Patienten zu ambulanten Kataraktoperationen der Kategorie 1 (OPS5-144.20 ff.) zu Lasten der Beklagten gemäß § 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 SGB V zu verordnen, auch soweit kein Ausnahmefall nach § 8 Abs. 3 Krankentransport-Richtlinien gegeben ist.

2. Hilfsweise wird festgestellt, dass das Recht der Klägerin respektive der von ihr im Bundesland Bayern betriebenen Medizinischen Versorgungszentren bzw. der in diesen tätigen Augenärzte auf Verordnung von Krankenfahrten im Sinne von § 7 Abs. 2 Buchst. c Krankentransport-Richtlinien für die bei der Beklagten versicherten Patienten zu ambulanten Kataraktoperationen der Kategorie 1 (OPS5-144.20 ff.) nicht durch Einstufung der ambulanten Kataraktoperationen in die Kategorie 1 des Abschnitts 1 des Vertrags über ambulant durchführbare Operationen und sonstige stationsersetzende Eingriffe gemäß § 115 b SGB V (AOP-Vertrag) ausgeschlossen ist.

Die Beklagte beantragt (Schriftsatz vom 20.06.2012): Die Klage wird abgewiesen.

Zur Klageerwiderung trägt die Beklagte mit Schriftsätzen vom 20.06.2012, 17.12.2012, 11.03.2013, 06.05.2013, 02.08.2013, 03.12.2013, 27.06.2014 und 02.10.2014 insbesondere Folgendes vor:

Die Feststellungsklage sei als unzulässig zurückzuweisen. Zum einen fehle es an der Feststellung eines konkreten Rechtsverhältnisses, zum anderen fehle es an einem besonderen Feststellungsinteresse. Mit der Frage der Verordnungsfähigkeit von Krankenfahrten gemäß § 7 Krankentransport-Richtlinien begehre die Klägerin die Klärung einer abstrakten Rechtsfrage. Dies vor allem deshalb, weil für die Verordnung von Krankenbeförderungsleistungen (§ 2 Krankentransport-Richtlinien) der Vertragsarzt zunächst die Notwendigkeit der Beförderung nach § 3 Krankentransport-Richtlinien zu prüfen habe, mithin das Vorliegen eines zwingenden medizinischen Grundes. Es möge im Bereich der Fahrkostenübernahme im Rahmen einer AOP-Leistung Fälle geben, in denen eine Fahrkostenübernahme in Betracht komme, die Beklagte habe im Schreiben vom 21.06.2011 die Klägerin auf Versicherte mit den Merkzeichen "aG", "BL" oder "H" hingewiesen. Dass es ein Interesse an der Feststellung in abstrakter Form - wie hier von der Klägerin mit dem vorliegenden Verfahren begehrt - nicht geben könne, gestehe die Klägerin selbst zu, wenn sie unter 2. ihres Schriftsatzes (S. 3 des Schriftsatzes vom 21.06.2013) ausführe: "Gemäß Anlage 2 Abs. 2 zum AOP-Vertrag kommt als allgemeiner individueller Tatbestand für eine stationäre Durchführung einer Katarakt-Operation nach Kategorie 1 z. B. die fehlende Sicherstellung der Versorgung des Patienten im familiären bzw. häuslichen Umfeld in Betracht" bzw. unter 5. ihres Schriftsatzes vom 21.06.2013 formuliert (S. 5): "Vielmehr muss der Arzt nach den in § 2 Abs. 2 Satz 2 AOP-Vertrag genannten Kriterien einzelfallbezogen entscheiden (und dokumentieren) ...". Für die Auswahlentscheidung hinsichtlich des Beförderungsmittels sei gemäß § 4 Satz 2 Krankentransport-Richtlinien ebenfalls der aktuelle Gesundheitszustand des Versicherten und seine Gehfähigkeit zu berücksichtigen. Krankenfahrten mit einem Mietwagen oder einem Taxi (§ 7 Abs. 3 Krankentransport-Richtlinien) seien im Übrigen auch nur dann zu verordnen, wenn der Versicherte öffentliche Verkehrsmittel oder ein privates Kraftfahrzeug nicht benutzen könne. Diese Voraussetzungen seien gegenwärtig noch nicht bekannt. Insofern fehle es auch an der Gegenwärtigkeit des Rechtsverhältnisses, da die wesentlichen Elemente (medizinische Notwendigkeit) noch unbestimmt und die betroffenen Versicherten noch nicht individualisiert seien. Ein zukünftiges Rechtsverhältnis könne aber nur dann Gegenstand einer gerichtlichen Feststellung sein, wenn die maßgeblichen tatsächlichen Grundlagen schon gelegt seien. Auch bloße Elemente oder Vorfragen eines Rechtsverhältnisses könnten nicht Gegenstand einer Feststellungsklage sein, insofern fehle es bereits am Vorliegen eines gegenwärtigen Rechtsverhältnisses. Die Klägerin übersehe, dass die von ihr angeführte Voraussetzung "Unsicherheit über die Rechtslage" allein gerade nicht ausreiche, um zulässigerweise eine Feststellungsklage nach § 55 SGG erheben zu können. Würde man dies ausreichend lassen, hieße dies, eine allgemeine Popularklage zuzulassen. Zwar habe am 17.06.2011 eine Besprechung stattgefunden, von einer Einigung dahingehend, die hier streitgegenständliche Rechtsfrage mittels Feststellungsklage zu klären, könne aber keine Rede sein. Eine solche Einigung wäre auch gar nicht möglich, stehe doch die Subsidiarität der Feststellungsklage nicht zur Dispositivität der Parteien.

Die Frage, ob bei ambulanten Operationen der Kategorie 1 in der Vertragsarztpraxis eine Krankenfahrt nach § 7 Abs. 2 c Krankentransport-Richtlinien zu verordnen sei, ergebe sich bereits aus den Bestimmungen der Krankentransport-Richtlinien. Unklarheiten hinsichtlich der Auslegung dieser Richtlinien habe die Klägerin im Verhältnis zu ihrer kassenärztlichen Vereinigung zu klären, die in Fragen der Abrechnung, Verordnung etc. die Vertragsärzte berate. Insofern stelle sich an dieser Stelle bereits die Frage, inwieweit die Beklagte überhaupt passiv legitimiert sei. Die Klägerin versuche mittels Feststellungsklage Auskunft über die Verordnungsfähigkeit von Krankenfahrten bei ambulanten Kataraktoperationen zu erlangen, obwohl es hierfür keine Rechtsgrundlage gebe. Lediglich in den nach § 73 Abs. 8 SGB V genannten Fällen seien die Krankenkassen den Vertragsärzten gegenüber verpflichtet, Auskunft zu geben und zu informieren. Daraus ergebe sich jedoch keine Informationsverpflichtung hinsichtlich der Verordnungsfähigkeit von Krankenfahrten. Auch an keiner anderen Stelle im SGB V werde ein derartiges Auskunftsbegehren fixiert. Insofern dürfe man sich bereits die Frage stellen, inwiefern vorliegend überhaupt eine Rechtsbeziehung zwischen den Beteiligten aufgrund einer Norm bestehe. Die Beklagte spreche der Klägerin auch nicht das Recht ab, Krankenfahrten zu verordnen. Dieses Recht ergebe sich bereits aus § 73 Abs. 2 Nr. 7 SGB V i. V. m. Krankentransport-Richtlinien. Vielmehr werde die Rechtmäßigkeit der Verordnungsfähigkeit von Krankenfahrten im Verhältnis zur Klägerin überhaupt nicht überprüft. Die Überprüfung, ob die Krankenfahrt im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen zu Recht verordnet worden sei, werde erst im Verhältnis zu dem jeweiligen Krankentransportunternehmen bei dessen Direktabrechnung überprüft. Der Klägerin entstünden somit durch eine möglicherweise falsche Verordnung von Krankenfahrten überhaupt keine Nachteile. Sofern die Klägerin die Frage geklärt haben möchte, inwieweit Versicherte Anspruch auf damit im Zusammenhang stehende Leistungen nach § 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 SGB V hätten, sei die Klägerin nicht aktiv legitimiert. An einer gewillkürten Prozessstandschafft fehle es hier ebenfalls.

Für die Argumentation der Klägerin, dass der Gesetzgeber die Relativierung nur auf den ersten Teil ("ambulanten Krankenbehandlung") habe angewandt wissen wollen, gebe es keine Anhaltspunkte, hätten er dann doch formulieren können und müssen: "Die Krankenkasse übernimmt die Fahrkosten in Höhe des sich nach § 61 Satz 1 ergebenden Betrags je Fahrt übersteigenden Betrags 4. bei Fahrten von Versicherten zu einer ambulanten Krankenbehandlung, wenn dadurch eine an sich gebotene vollstationäre oder teilstationäre Krankenhausbehandlung (§ 39) vermieden oder verkürzt wird oder diese nicht ausführbar ist sowie zu einer Behandlung nach § 115 a oder § 115 b wie bei einer stationären Krankenhausbehandlung". Soweit sich die Kommentarliteratur mit der Frage der Fahrkostenübernahme bei ambulanten Operationen nach § 115 b SGB V dezidiert befasse, stelle auch sie klar, dass es eine generelle Fahrkostenübernahme bei ambulanten Operationen nach § 115 b SGB V nicht gebe. So führe Baier in Krauskopf (Soziale Krankenversicherung Pflegeversicherung, § 60 SGB V Rn. 22) aus: "Kann eine Behandlung sowohl ambulant als auch stationär durchgeführt werden (z. B. ambulante Operation), kann von einer "an sich gebotenen Krankenhausbehandlung" nicht ausgegangen werden, es sei denn, wegen der besonderen Fallgestaltung im Einzelfall ist regelmäßig stationäre Behandlung medizinisch indiziert".

Im Übrigen habe das BSG in seiner Entscheidung vom 21.03.2013 (B 3 KR 28/12 R) festgestellt, dass im Hinblick auf die Entscheidung des Großen Senats des BSG v. 25.09.2007 (GS 1/96) kein Wahlrecht bestehe, ob eine im AOP-Vertrag aufgeführte Behandlung ambulant oder stationär durchgeführt werde. Bei stationärer Leistungserbringung sei der Leistungserbringer vielmehr gehalten, die hierfür maßgeblichen Tatsachen gemäß Anlage 2 zum AOP-Vertrag der Krankenkasse mitzuteilen. Das Urteil des BSG vom 21.03.2013 (B 3 KR 28/12 R) gehe von einer individuellen Begründung der Leistungserbringer aus, abstrakte Forderungen nach einer Anerkennung von Fahrkosten könne es nicht geben.

Grundsätzlich seien Fahrkosten zu einer ambulanten Behandlung vom Versicherten selbst zu tragen. Die Klägerin unterfalle jedenfalls nicht dem Geltungsbereich des § 115 b SGB V. § 115 b SGB V i. V. m. AOP-Vertrag umfasse lediglich das ambulante Operieren im Krankenhaus. Nach der gesetzlichen Neuregelung in § 115 b Abs. 1 Satz 4 SGB V durch das Versorgungsstrukturgesetz könnten Krankenhäuser nunmehr seit 2012 bei ambulanten Operationen auch mit Vertragsärzten ohne Belegarztstatus kooperieren. Vor der Änderung durch das GKV-VstG sei eine ambulante Operation nach § 115 b SGB V nur durch Klinikärzte oder durch Belegärzte jeweils in Verbindung mit einem Anästhesisten des Krankenhauses möglich gewesen (vgl. BSG, Urteil vom 23.03.2011, 6 KA 11/10 Rn. 51 ff). Ambulante Operationen in der Vertragsarztpraxis würden jedoch vom Geltungsbereich des § 115 b SGB V nicht umfasst. Der Vertrag enthalte in Anlehnung an den EBM Anhang 2 zu Kapitel 31 eine Auflistung operativer Leistungen, die ambulant erbracht werden könnten. Dadurch sei eine Anpassung an die Vergütungen und Bestimmungen des EBM erreicht worden. Insofern entsprächen die dortigen aufgeführten Eingriffe den Eingriffen, die der niedergelassene Arzt in seiner Vertragsarztpraxis erbringen könne. Dies bedeute aber nicht, dass die Klägerin sich auf § 115 b SGB berufen könne.

Der Begriff "geboten" im Sinne des § 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 entspreche vollinhaltlich dem Begriff "erforderlich" i. S. des § 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V. Von der Regelung des § 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 SGB V würden daher nur solche Ausnahmefälle erfasst, in denen eine aus allein medizinischer Sicht eigentlich notwendige stationäre Behandlung aus besonderen Gründen ambulant vorgenommen werde (BSG, Urteil vom 18.11.2014, B 1 KR 8/13 R). Diese Versicherten sollten hinsichtlich der Fahrkostenübernahme nicht schlechter gestellt werden, nur weil sie sich anstelle der notwendigen Krankenhausbehandlung für das kostengünstigere "Minus" entscheiden. Nach der Rechtsprechung des BSG würden vom Regelungsinhalt des § 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 SGB V auch keine Behandlungen erfasst, die regelmäßig ambulant erbracht würden und lediglich bei Auftreten von Komplikationen eine stationäre Behandlung nach sich zögen (Gerlach: Hauck/Noftz, Kommentar zum SGB V, § 60 Rn. 47).

Nach diesseitigem Kenntnisstand werde in der Regel zunächst immer nur ein Auge operiert, zudem sei der Verlauf einer Operation auch von der jeweiligen Konstitution des Versicherten abhängig, sodass nicht pauschal darauf abgestellt werden könne, dass bei Kataraktoperationen Beförderungsleistungen zwingend medizinisch notwendig seien.

Bei Leistungen, die grundsätzlich ambulant erbracht würden, sei eine stationäre Krankenhausbehandlung überhaupt nicht erforderlich und könne daher in der Regel auch nicht vermieden werden. Bei der Kataraktoperation handele es sich aber um eine Leistung, die generell ambulant erbracht werde. Nach dem AOP-Vertrag seien Kataraktoperationen grundsätzlich in die Kategorie 1 eingestuft worden, mithin seien sie Leistungen, die in der Regel ambulant erbracht würden. Diese Fälle erfüllten mithin nicht die zusätzliche Tatbestandsvoraussetzung des § 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 SGB V, dass "dadurch eine an sich gebotene vollstationäre oder teilstationäre Krankenhausbehandlung (§ 39) vermieden oder verkürzt wird ...". Sämtliche Fälle der OPS 5-144, 20 ff (sofern keine weiteren Komplikationen vorlägen) seien Kategorie 1 Leistungen. Kategorie 2 Leistungen dagegen seien, wie die Präambel der Anlage 1 zum Grundvertrag nach § 115 b Abs. 1 SGB V klarstelle, sowohl ambulant als auch stationär möglich. Entscheide man sich in einem solchen Fall dennoch für eine ambulante Durchführung, ersetze diese "eine an sich gebotene vollstationäre oder teilstationäre Krankenhausbehandlung". Um Kategorie 2 Leistungen handele es sich bei den OPS 5-144, 20 ff. aber nur, wenn die Situation vorliege: "Katarakt nach Voroperation und/oder mit ophthalmologischen OP-relevanten Begleiterkrankungen, wie z. B. Glaukom, Zonuladefekt". Zum Thema Fahrkosten gebe die Präambel nichts her.

Die Klägerin erwecke den Eindruck, als habe man versucht, die Schaffung der Regelung zum ambulanten Operieren mit Hilfe der Fahrkostenregelung des § 60 SGB V zu kompensieren. Hierfür gebe es jedoch keinen Anhaltspunkt. Auch ein Verweis auf § 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V ändere hieran nichts, da es danach nicht darauf ankomme, ob Versicherte "einer vollstationären Versorgung bedürfen" (S. 9 des klägerischen Schriftsatzes vom 22.04.2013), sondern ob die Leistungen "stationär erbracht werden" (§ 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V).

Dass es keine generelle Fahrkostenübernahme bei Leistungen nach § 115 b SGB V gebe, sei den Vertragspartnern nach § 115 b Abs. 1 SGB V - ambulantes Operieren und stationsersetzende Eingriffe im Krankenhaus - (AOP-Vertrag) - auch von Anfang an bewusst gewesen. Anders wäre die Bestimmung des § 11 des AOP-Vertrags nicht verständlich und vollständig verzichtbar. Dort heiße es unter Überschrift "Transport des Patienten": "Ist ein Krankentransport zu Lasten einer Krankenkasse nach Durchführung eines Eingriffs gemäß § 115 b SGB V notwendig, ist er von dem Krankenhausarzt unter Beachtung der Krankentransport-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses in der jeweils gültigen Fassung anzuordnen". Aus der Regelung könne nur geschlossen werden, dass man davon ausgehe, dass es auch Eingriffe nach § 115 b SGB V gebe, bei denen ein Krankentransport nicht notwendig sei. Weiter gehe man davon aus, dass bei Verordnung eines Krankentransports im Falle einer Leistung nach § 115 b SGB V die Krankentransport-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses vollumfänglich zu beachten seien, mithin auch die dortige Regelung in § 8 hinsichtlich der Ausnahmefälle für Krankenfahrten zu einer

ambulanten Behandlung gelten.

Zur Ergänzung des Sachverhalts wird auf den Inhalt der Gerichtsakte verwiesen.

Entscheidungsgründe:

I. Die Klage ist im Hilfsantrag gemäß § 55 Abs. 1 Nr. 1 SGG zulässig und nicht begründet.

II. Hingegen ist die Klage im Hauptantrag unzulässig und darüber hinaus auch unbegrün- det.

Zu I. Soweit die Klägerin hilfsweise beantragt, festzustellen, dass das Recht der Klägerin respektive der von ihr im Bundesland Bayern betriebenen medizinischen Versorgungszentren bzw. der in diesen tätigen Augenärzte auf Verordnung von Krankenfahrten im Sinne von § 7 Abs. 2 Buchst. c. Krankentransport-Richtlinien für die bei der Beklagten versicherten Patienten zu ambulanten Kataraktoperationen der Kategorie 1 (OPS 5-144.20 ff.) nicht durch Einstufung der ambulanten Kataraktoperationen in die Kategorie 1 des Abschnitts 1 des Vertrags über ambulant durchführbare Operationen und sonstige stationsersetzende Eingriffe gemäß § 115 b SGB V (AOP-Vertrag) ausgeschlossen ist, ist die Klage als Feststellungsklage gemäß § 55 Abs. 1 Nr. 1 SGG statthaft und auch im Übrigen zulässig.

Nach § 55 Abs. 1 Nr. 1 SGG kann mit der Klage begehrt werden die Feststellung des Bestehens oder Nichtbestehens eines Rechtsverhältnisses, wenn der Kläger ein berechtigtes Interesse an der baldigen Feststellung hat.

Unter dem Begriff "Rechtsverhältnis" sind die Rechtsbeziehungen zwischen Personen oder Personen und Gegenständen zu verstehen, die sich aus einem konkreten Sachverhalt aufgrund einer Rechtsnorm des öffentlichen Rechts nichtverfassungsrechtlicher Art für das Verhältnis mehrerer Personen untereinander oder einer Person zu einer Sache ergeben (BVerwGE 89, 327; BSG v. 15.11.2007, B 3 KR 13/07 R, Rn. 15). Auch juristische Personen des öffentlichen Rechts und des Zivilrechts sind "Personen" im Sinne der Definition des Begriffs "Rechtsverhältnis" (BSG v. 15.11.2007, a. a. O., Rn. 16).

Eine Feststellungsklage ist nur zulässig, wenn konkrete Rechte in Anspruch genommen oder bestritten werden, wenn also die Anwendung einer Norm auf einen konkreten, bereits überschaubaren Sachverhalt streitig ist (BVerwGE 38, 346; BVerwG v. 25.03.2009, 8 C 1/09, NVwZ 09, 1170; Keller in: Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 11. Aufl., § 55 Rn. 5). Zur Klärung abstrakter Rechtsfragen dürfen die Gerichte nicht angerufen werden (BSG SozR 1500 § 55 Nr. 2; BVerwGE 77, 207; BVerwG v. 28.01.2010, 8 C 38/09 Rn. 32), selbst wenn ein Versicherungsträger eine Auskunft hierüber erteilt hatte. Entsprechend muss auch der Feststellungsantrag ausreichend konkret sein. Zwischen den Beteiligten des Rechtsverhältnisses muss ein Meinungsstreit bestehen (BVerwGE 89, 327; BVerwG v. 28.01.2010, 8 C 38/09 Rn. 32). Die Feststellungsklage muss auch nicht auf die Feststellung des Rechtsverhältnisses in umfassendem Sinn zielen (Keller in: Meyer-Lade-wig/Keller/Leitherer, SGG, 11. Aufl., Rn. 6). Es kann vielmehr auch auf Feststellung einzelner Rechte und Pflichten geklagt werden, die auf dem Rechtsverhältnis im umfassenden Sinn basieren und vom Inhalt dieses Rechtsverhältnisses abhängen (BSGE 43, 148; BSG SozR 4-7822 § 3 Nr. 1; BVerwGE 36, 218). Ein künftiges Rechtsverhältnis kann nicht Gegenstand einer gerichtlichen Feststellung sein, solange wesentliche Elemente noch unbestimmt sind (vgl. BSGE 92, 113, 116); die maßgeblichen tatsächlichen und rechtlichen Grundlagen müssen schon gelegt sein (Keller in: Meyer-Ladewig/Keller/Leith-erer, SGG, 11. Aufl., § 55 Rn. 8 b m. w. N.).

Mit dem Hilfsantrag begehrt die Klägerin die Feststellung, dass das Recht der Klägerin auf Verordnung von Krankenfahrten im Sinne von § 7 Abs. 2 Buchst. c Krankentransport-Richtlinien für die bei der Beklagten versicherten Patienten zu ambulanten Kataraktoperationen der Kategorie 1 (OPS 5-144.20 ff.) nicht durch Einstufung der ambulanten Kata-raktoperationen in die Kategorie 1 des Abschnitts 1 des Vertrags über ambulant durchführbare Operationen und sonstige stationsersetzende Eingriffe gemäß § 115 b SGB V (AOP-Vertrag) ausgeschlossen ist. Damit begehrt die Klägerin die Feststellung eines aus § 73 Abs. 2 Nr. 7 SGB V i. V. m. § 1 Abs. 1 Krankentransport-Richtlinien ableitbaren gegenwärtigen konkreten Rechts im Rahmen eines Rechtsverhältnisses zwischen ihr und der Beklagten und nicht nur die Klärung abstrakter bzw. zukünftiger Rechtsfragen. Denn von der Beklagten ist dieses konkrete Recht innerhalb der Rechtsbeziehungen zwischen ihr und der Klägerin für ambulante Kataraktoperationen der Kategorie 1 ausnahmslos bestritten worden. Dabei kann dahingestellt bleiben, ob Ergebnis der Besprechung vom 17.06.2011 gewesen ist, dass die Beklagte ihre Rechtsauffassung zur vermeintlichen Nicht-Verordnungsfähigkeit schriftlich niederlegt, damit die Beteiligten das gemeinsame Ziel verfolgen können, diese Rechtsfrage gerichtlich durch Feststellungsklage abschließend klären zu lassen. Insoweit geht die Klägerin von einer unzulässigen Rechtsausübung durch die Beklagte aus, weil diese sich einer Entscheidung nunmehr auf der Ebene der Zulässigkeit entziehen wolle (venire contra factum proprium). Einer Feststellung des Besprechungsergebnisses bedurfte es nicht, weil die Beklagte sowohl mit Schriftsatz vom 20.06.2011 der Klägerin mitgeteilt hat, dass für alle Fahrten ab 01.07.2011 im Zusammenhang mit ambulanten Kataraktoperationen die Leistungsvoraussetzungen des § 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 SGB V nicht mehr als gegeben anzusehen seien, als auch im Klageverfahren fortlaufend die Rechtmäßigkeit von Verordnungen von Krankenfahrten zu ambulanten Kataraktoperationen der Kategorie 1 ausnahmslos verneint hat.

Aus den dargelegten Gründen beruft sich die Beklagte in diesem Zusammenhang zu Unrecht darauf, dass hier lediglich ein zukünftiges Rechtsverhältnis Gegenstand der beantragten Feststellung sei. Dass die jeweilige medizinische Notwendigkeit für die Krankenfahrt noch unbestimmt ist und die betroffenen Versicherten noch nicht individualisiert sind, begründet nicht, dass die Feststellung eines lediglich zukünftigen Rechtsverhältnisses begehrt wird, weil Gegenstand einer Feststellungsklage auch die Feststellung eines einzelnen Rechts, das auf dem Rechtsverhältnis im umfassenden Sinn basiert, sein kann und der Antrag die begehrte Feststellung in genügendem Maße konkretisiert.

Die Klägerin hat auch ein berechtigtes Interesse an der im Hilfsantrag begehrten Feststellung.

Unter dem berechtigten Interesse an der baldigen Feststellung ist jedes nach der Sachlage vernünftigerweise gerechtfertigte Interesse zu verstehen, das rechtlicher, wirtschaftlicher oder ideeller Art sein kann (BSG SozR 3-7815 Art. 1 § 3 Nr. 2; BSGE 69, 76 = SozR 3-2500 § 59 Nr. 1), wenn dem Recht des Klägers eine gegenwärtige Gefahr der Unsicherheit droht und die begehrte Feststellung geeignet ist, die Unsicherheit zu beseitigen (vgl. BSGE 15, 118, 126 f).

Die begehrte Feststellung, nämlich das Recht zur Verordnung von Krankenfahrten der Versicherten der Beklagten zu ambulanten

Kataraktoperationen der Kategorie 1 bei der Klägerin, ist geeignet, die zwischen den Beteiligten bestehende Unsicherheit zu beseitigen.

Soweit die Beklagte in diesem Zusammenhang vorträgt, dass sie der Klägerin nicht das Recht abspreche, Krankenfahrten zu verordnen und die Rechtmäßigkeit der Verordnungsfähigkeit von Krankenfahrten im Verhältnis zur Klägerin überhaupt nicht überprüft werde (vielmehr erst im Verhältnis zu dem jeweiligen Krankentransportunternehmen bei dessen Direktabrechnung), der Klägerin somit durch eine möglicherweise falsche Verordnung von Krankenfahrten überhaupt keine Nachteile entstünden, steht dieser Vortrag im Widerspruch zur vielfach geäußerten Rechtsauffassung der Beklagten, dass eine Fahrkostenerstattung nach § 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 SGB V Fahrten zu ambulanten Kataraktoperationen nach der Kategorie 1 seit 01.07.2011 ausnahmslos ausgeschlossen seien.

Ein berechtigtes Interesse der begehrten Feststellung ergibt sich insbesondere aufgrund der Kongruenz des Anspruchs des Versicherten auf Fahrkosten gemäß § 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 SGB V und der Rechtmäßigkeit der Verordnung von Krankenfahrten gemäß § 73 Abs. 2 Nr. 7 SGB V i. V. m. Krankentransport-Richtlinien. Andernfalls, d. h. unter Zugrundelegung der Rechtsauffassung der Beklagten, besteht für die Klägerin die Gefahr, von vorneherein rechtswidrige Verordnungen für Krankenfahrten zu ambulanten Kataraktoperationen der Kategorie 1, die keinen Anspruch der Versicherten auf Fahrkosten begründen können, auszustellen. Soweit die Beklagte in Frage stellt, dass überhaupt eine Rechtsbeziehung zwischen den Beteiligten aufgrund einer Norm bestehe, weil die Beklagte keine Informationsverpflichtung hinsichtlich der Verordnungsfähigkeit von Krankenfahrten habe und ein derartiges Auskunftsbegehren im SGB V nicht fixiert worden sei (lediglich in den nach § 73 Abs. 8 SGB V genannten Fällen seien die Krankenkassen den Vertragsärzten gegenüber verpflichtet, Auskunft zu geben und zu informieren), verkennt sie, dass sich im vorliegenden Fall die Rechtsbeziehung zwischen ihr und der Klägerin bereits aufgrund § 73 Abs. 2 Nr. 7 SGB V, § 7 Abs. 2 Buchst. c Krankentransport-Richtlinien aus dem konkreten Sachverhalt der bei der Klägerin ambulant durchgeführten Kataraktoperationen der Kategorie 1 der bei der Beklagten Versicherten und dem Recht zur Verordnung von Krankenfahrten ergibt. Im Übrigen kann sich eine entsprechende Informationspflicht der Beklagten gegenüber der Klägerin aus dem Gebot gegenseitiger Rücksichtnahme gemäß § 242 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) entsprechend aus dem Dauerrechtsverhältnis zwischen der Beklagten und der Klägerin als Leistungserbringerin ergeben.

Ebensowenig vermag das Gericht der Argumentation der Beklagten zu folgen, dass die vertragsärztliche Pflicht, Krankenfahrten zu verordnen, im Verhältnis zur kassenärztlichen Vereinigung Bayerns zu klären ist, die bei Verstößen gegen etwaige vertragsärztliche Pflichten entsprechende Maßnahmen nach § 81 Abs. 5 SGB V ergreifen kann. Zu Recht vertritt die Klägerin demgegenüber die Auffassung, dass es die Beklagte und nicht die kassenärztliche Vereinigung ist, die ihr die Verordnungsfähigkeit von Krankenfahrten in den streitgegenständlichen Fällen abspricht, sodass auch der Antrag auf Feststellung gerade gegenüber der Beklagten zulässig ist.

Der Hilfsantrag ist auch begründet.

Denn das Recht der Klägerin respektive der von ihr im Bundesland Bayern betriebenen medizinischen Versorgungszentren bzw. der in diesen tätigen Augenärzte auf Verordnung von Krankenfahrten im Sinne von § 7 Abs. 2 Buchst. c Krankentransport-Richtlinien im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung nach § 73 Abs. 2 Nr. 7 SGB V i. V. m. § 1 Abs. 1 Krankentransport-Richtlinien für die bei der Beklagten versicherten Patienten zu ambulanten Kataraktoperationen der Kategorie 1 (OPS 5-144.20 ff.) ist nicht durch Einstufung der ambulanten Kataraktoperationen in die Kategorie 1 des Abschnitts 1 des Vertrags über ambulant durchführbare Operationen und sonstige stationsersetzende Eingriffe gemäß § 115 b SGB V (AOP-Vertrag) ausgeschlossen.

Das Recht der Klägerin auf Verordnung von Krankentransporten ist kongruent mit dem Anspruch der Versicherten der Beklagten nach § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB V auf die im 3. Kapitel des SGB V genannten Leistungen, zu denen gemäß Abschnitt 8 auch Fahrkosten nach § 60 SGB V zählen. Gemäß § 35 Abs. 3 Satz 2 SGB V folgt aus der jeweiligen Zulassung der MVZ der Klägerin, dass das jeweilige MVZ bzw. die in ihnen tätigen Ärzte zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung berechtigt und verpflichtet sind, sodass sie alle in den Sicherstellungsauftrag gemäß § 72 SGB V fallenden Leistungen der vertragsärztlichen Versorgung auch zu bewirken haben.

Nach § 73 Abs. 2 Nr. 7 SGB V umfasst die vertragsärztliche Versorgung die Verordnung von Krankentransporten mit der Folge, dass Leistungen nach den Krankentransport-Richt-linien (hier § 7) gemäß § 1 Abs. 1 Krankentransport-Richtlinien i. V. m. § 73 Abs. 2 Nr. 7 SGB V vom Vertragsarzt zu verordnen sind, sofern die Voraussetzungen hierfür vorliegen, d. h. der Anspruch der Versicherten der Beklagten gemäß §§ 2 Abs. 1 Satz 1, 60 Abs. 2 Nr. 4 SGB V gegeben ist.

Der Anwendbarkeit des § 73 Abs. 2 Nr. 7 SGB V steht nicht entgegen, dass diese Vorschrift die Verordnung von "Krankentransporten" regelt, während streitgegenständlich hier die Verordnung von Krankenfahrten im Sinne des § 7 Abs. 2 Buchst. c der Kranktransport-Richtlinien ist. Denn insoweit verweist § 73 Abs. 2 Nr. 7 SGB V auf die Krankentransport-Richtlinien, wobei der Begriff "Krankentransport" als Oberbegriff für Krankentransporte im Sinne des § 6 Krankentransport-Richtlinien sowie Krankenfahrten im Sinne des § 7 Krankentransport-Richtlinien verwendet wird.

Zur Überzeugung des Gerichts steht fest, dass das Recht der Klägerin zur vertragsärztlichen Verordnung von Krankenfahrten im Sinne des § 7 Abs. 2 Buchst. c Krankentransport-Richtlinie nicht deshalb ausgeschlossen ist, weil hier die Kataraktoperationen (OPS 5-144, 20 ff) nach Abschnitt 1 des Vertrags über ambulant durchführbare Operationen und sonstige stationsersetzende Eingriffe gemäß § 115 b SGB V (AOP-Vertrag) grundsätzlich in die Kategorie 1 (Leistungen, die in der Regel ambulant erbracht werden können) eingestuft worden sind und lediglich Behandlungen nach erfolgter Voroperation und/oder mit ophthalmologischen OP relevanten Begleiterkrankungen, wie z. B. Glaukom und Zonuladefekt, der Kategorie 2 (sowohl stationär wie ambulant möglich) zugeordnet worden sind.

Krankenfahrten sind nach § 7 Abs. 2 Buchst. c Krankentransport-Richtlinien Fahrten zu einer ambulanten Operation gemäß § 115 b SGB V im Krankenhaus oder in der Vertragsarztpraxis mit im Zusammenhang mit dieser Operation erfolgender Vor- oder Nachbehandlung, Satz 1. Einzelheiten zu den Regelungen zu b. und c. sind in § 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 SGB V i. V. m. §§ 115 a und 115 b SGB V und den darauf beruhenden Vereinbarungen einschließlich dem gemäß § 115 b Abs. 1 SGB V gültigen Katalog geregelt, Satz 2.

Nach § 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 SGB V übernimmt die Krankenkasse die Fahrkosten in Höhe des sich nach § 61 Satz 1 SGB V ergebenden Betrages je Fahrt übersteigenden Betrages bei Fahrten von Versicherten zu einer ambulanten Krankenbehandlung sowie zu einer Behandlung nach § 115 a oder § 115 b SGB V, wenn dadurch eine an sich gebotene vollstationäre oder teilstationäre

Krankenhausbehandlung (§ 39 SGB V) vermieden oder verkürzt wird oder diese nicht ausführbar ist, wie bei einer stationären Krankenhausbehandlung.

Vollstationäre oder teilstationäre Krankenhausbehandlung ist im Rechtssinne "an sich geboten", wenn sie aus medizinischen Gründen "erforderlich" ist (so zu Recht BSG v. 18.11.2014, B 1 KR 8/13 R). Erfasst werden sollen nur solche Ausnahmefälle, in denen eine aus allein medizinischer Sicht eigentlich notwendige stationäre Behandlung aus besonderen Gründen ambulant vorgenommen wird (BSG v. 18.11.2014, a. a. O., Rn. 19; noch offen gelassen in BSG SozR 3-2500 § 60 Nr. 1 Satz 2). Der Begriff "geboten" entspricht nicht nur nach seinem Wortlaut dem Begriff "erforderlich" i. S. des § 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V (vgl. dazu Großer Senat BSGE 99, 111 = SozR 4-2500 § 39 Nr. 10, Rn. 16).

Für diese Interpretation spricht neben dem Wortlaut vor allem der systematische Zusammenhang sowie Sinn und Zweck des § 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 SGB V. Der Regelungszweck ist nämlich darauf gerichtet, die Fahrkosten für Versicherte zu übernehmen, die eigentlich aus medizinischen Gründen Krankenhausbehandlung benötigen. Sie sollen dadurch, dass sie sich im Rahmen der Patientenautonomie anstelle von notwendiger Krankenhausbehandlung für ein kostengünstigeres "Minus" entscheiden, hinsichtlich der Fahrkostenübernahme nicht schlechter gestellt werden als bei stationärer bzw. teilstationärer Krankenhausbehandlung. Dementsprechend werden sie bezüglich der Fahrkosten den Versicherten gleichgestellt, bei denen es um Transporte zwecks stationärer Leistung-en geht (vgl. § 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V). Erfasst werden durch diese Vorschrift die Sachverhalte, bei denen Versicherte im Rahmen ihrer Patientenautonomie (vgl. dazu Hauck, SGb 2014, 8 ff) entscheiden, nicht von der Möglichkeit voll- oder teilstationärer Krankenhausbehandlung zu Lasten der GKV Gebrauch zu machen, sondern stattdessen ambulante Krankenbehandlung, vor- oder nachstationäre Behandlung (§ 115 a SGB V) oder ambulante Operationen oder stationsersetzende Eingriffe im Krankenhaus (§ 115 b SGB V) in Anspruch zu nehmen.

Rechtliche Konsequenz der dargestellten Interpretation des § 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 SGB V ist, dass allein die Zuordnung der ambulanten Kataraktoperationen in die Kategorie 1 nicht generell und ausnahmslos den Anspruch der Versicherten auf Fahrkosten zu ambulanten Kataraktoperationen der Kategorie 1 gemäß § 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 SGB V sowie das Recht der Klägerin auf eine entsprechende vertragsärztliche Verordnung gemäß § 72 Abs. 2 Nr. 7 SGB V ausschließt. Die von der Beklagten vorgenommene abstrakte Interpretation des § 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 SGB V allein nach der Zuordnung der ambulanten Kataraktoperation zu einer Kategorie engt die Formulierung "an sich geboten" in § 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 SGB V in unzulässiger Weise ein und lässt die aus § 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 SGB V ableitbaren Ansprüche Versicherter, die aus medizinischen Gründen eigentlich Krankenhausbehandlung benötigen, sich im Rahmen der Patientenautonomie jedoch hiergegen und stattdessen z. B. für eine ambulante Operation entscheiden, unberücksichtigt. Im Übrigen ist die Argumentation der Beklagten auch deshalb nicht nachvollziehbar, weil sie sich selbst auf das Urteil des BSG vom 18.11.2014 (a. a. O.) beruft und dabei die dargestellten Ausnahmefälle von § 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 SGB V erfasst sieht.

Zu Unrecht wendet die Beklagte ein, dass die Klägerin nicht dem Geltungsbereich des § 115 b SGB V unterfällt und diese Vorschrift i. V. m. AOP-Vertrag lediglich das ambulante Operieren im Krankenhaus umfasst. Nach Auffassung der Beklagten sind ambulante Operationen in der Vertragsarztpraxis nicht vom Geltungsbereich des § 115 b SGB V umfasst.

Die Rechtsauffassung der Beklagten ist schon deshalb nicht in sich widerspruchsfrei, weil sie sich selbst (z. B. im Schriftsatz vom 20.06.2011) auf Abschnitt 1 des Vertrags über ambulant durchführbare Operationen und sonstige stationsersetzende Eingriffe im Krankenhaus - AOP-Vertrag - beruft und weiterhin ausführt " ... dass es keine generelle Fahrkostenübernahme bei Leistungen nach § 115 b SGB V gibt, ist auch von Anfang an den Vertragspartnern nach § 115 b Abs. 1 SGB V - ambulantes Operieren und stationsersetzende Eingriffe im Krankenhaus - (AOP-Vertrag) bewusst gewesen ...".

Zwar ist zutreffend, dass der AOP-Vertrag die Überschrift hat: "Vertrag nach § 115 b Abs. 1 SGB V - ambulantes Operieren und sonstige stationsersetzende Eingriffe im Krankenhaus -". Daraus könnte geschlossen werden, dass der AOP-Vertrag lediglich das ambulante Operieren und die sonstigen stationsersetzenden Eingriffe im Krankenhaus regelt. Jedoch ist in den "Grundsätzen" zu Beginn des Vertrages festgelegt, dass dieser Vertrag dazu dienen soll, einheitliche Rahmenbedingungen zur Durchführung ambulanter Operationen und sonstiger stationsersetzender Eingriffe - nachfolgend "Eingriffe gemäß § 115 b SGB V" genannt - im niedergelassenen Bereich und im Krankenhaus zu schaffen und die Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Vertragsärzten und Krankenhäusern zu fördern. Die ausdrückliche Benennung des "niedergelassenen Bereichs" schließt es daher aus, den Anwendungsbereich des § 115 b Abs. 1 SGB V auf Eingriffe im Krankenhaus einzuschränken.

Dass der AOP-Vertrag auch ambulante Operationen und sonstige stationsersetzende Eingriffe in der Vertragsarztpraxis umfasst, ergibt sich auch aus der Gesetzesbegründung. Danach dürfen die im Katalog nach § 115 b Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V genannten Kataraktoperationen nur dann ambulant durchgeführt werden, wenn der Leistungserbringer die Maßnahmen zur Qualitätssicherung, namentlich die fachlichen, personellen, räumlichen, organisatorischen und hygienischen Voraussetzungen erfüllt, die normalerweise an eine stationäre Einrichtung zur Durchführung solcher Eingriffe gestellt werden. Damit müssen Vertragsärzte, die ambulante Operationen nach § 115 b SGB V durchführen wollen, nicht nur eine klassische Vertragsarztpraxis vorhalten, sondern dieselben besonderen Vorkehrungen im Sinne dieser Qualitätssicherungsmaßnahmen schaffen wie ein Krankenhaus, um solche Leistungen ambulant erbringen zu dürfen (BT-Drs. 13/7264, S. 68).

Nach der Gesetzesbegründung und dem Sinn und Zweck des § 115 b SGB V ist es daher rechtlich nicht zu beanstanden, dass die Vertragspartner des AOP-Vertrags von einer Anwendbarkeit des § 115 b SGB V auf ambulante Operationen in der Vertragsarztpraxis ausgegangen sind bzw. diese Vorschrift zumindest analog angewendet haben. Im Übrigen beruft sich die Beklagte selbst auf die Regelungen des AOP-Vertrags.

Aus der Anwendbarkeit des § 115 b SGB V i. V. m. dem AOP-Vertrag ergibt sich, dass § 8 der Krankentransport-Richtlinien, der ambulante Behandlungen außerhalb von § 115 a und b SGB V betrifft, im vorliegenden Fall nicht anwendbar ist.

Gegen die abstrakte Betrachtungsweise der Beklagten, wonach allein die Zuordnung der ambulanten Kataraktoperationen zur Kategorie 1 den Anspruch der Versicherten der Beklagten gemäß § 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 SGB V ausnahmslos ausschließt und damit eine entsprechende vertragsärztliche Verordnung rechtswidrig wäre bzw. zumindest ins Leere ginge, sprechen auch § 2 Abs. 2 des AOP-Vertrags sowie § 3 Abs. 2

Satz 1 AOP-Vertrag. Nach § 2 Abs. 2 AOP-Vertrag bleiben die Verhältnisse des Einzelfalls maßgeblich. Nach § 3 Abs. 2 Satz 1 AOP-Vertrag sind Eingriffe gemäß § 115 b SGB V, die in der Regel ambulant erbracht werden sollen, in der Anlage gesondert gekennzeichnet. Bei Vorliegen bzw. Erfüllung der Kriterien der allgemeinen Tatbestände gemäß § 3 Abs. 3 des Vertrags kann jedoch eine stationäre Durchführung dieser Eingriffe erforderlich sein (Satz 2). Allgemeine Tatbestände, bei deren Vorliegen eine stationäre Durchführung der in der Regel ambulant durchzuführenden Leistungen erforderlich sein kann, sind die Kriterien a, b, d, e und f gemäß Anlage 2 zu den Gemeinsamen Empfehlungen zum Prüfverfahren nach § 17 c KHG in der gültigen Fassung vom 15.04.2004, § 3 Abs. 3 Satz 1 AOP-Vertrag.

Aus den zitierten Regelungen des AOP-Vertrags ergibt sich bereits, dass die Vertragspartner des AOP-Vertrags nicht ausnahmslos von ambulant durchzuführenden Katarakt-operationen nach Aufnahme in die Kategorie 1 ausgegangen sind, sondern auch die Ausnahmen geregelt haben, bei deren Vorliegen eine stationäre Durchführung der in der Regel ambulant durchzuführenden Leistungen erforderlich sein kann. Somit spricht schon die Ausgestaltung und das Regelungswerk des AOP-Vertrags gegen eine rein abstrakte Interpretation des § 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 SGB V nach der Zuordnung der ambulanten Kataraktoperationen in die Kategorie 1.

Das Gericht vermag der Argumentation der Beklagten auch deshalb nicht zu folgen, weil die Kategorisierung der Kataraktoperationen in die Kategorien 1 und 2 durch Abschnitt 1 des AOP-Vertrags letztlich lediglich eine typisierende vertragliche Regelung darstellt, jedoch den Anwendungsbereich des § 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 SGB V nicht einschränken kann.

Somit ist das Recht auf Verordnung von Krankenfahrten im Sinne des § 7 Abs. 2 Buchst. c Krankentransport-Richtlinien nicht durch Einstufung der ambulanten Kataraktoperationen in die Kategorie 1 des Abschnitts 1 des AOP-Vertrags ausgeschlossen.

Zu II. Hingegen ist die Klage im Hauptantrag weder zulässig noch begründet.

Der Antrag festzustellen, dass die Klägerin respektive die von ihr im Bundesland Bayern betriebenen medizinischen Versorgungszentren bzw. die in diesen tätigen Augenärzte berechtigt sind, Krankenfahrten im Sinne des § 7 Krankentransport-Richtlinien von bei der Beklagten versicherten Patienten zu ambulanten Kataraktoperationen der Kategorie 1 (OPS 5-144.20 ff.) zu Lasten der Beklagten gemäß § 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 SGB V zu verordnen, auch soweit kein Ausnahmefall nach § 8 Abs. 3 Krankentransport-Richtlinien gegeben ist, ist unzulässig. Denn die Klägerin begehrt mit dieser Feststellung letztlich die Klärung einer abstrakten Rechtsfolge. Die Verordnung einer Krankenfahrt zu einer ambulanten Kataraktoperation der Kategorie 1 setzt nämlich zudem eine Einzelfallprüfung (§§ 4 Abs. 2, 7 Abs. 3 Krankentransport-Richtlinien) voraus, die von der beantragten Feststellung nicht berücksichtigt wird.

Darüber hinaus wäre mit der beantragten Feststellung des Rechts zur Verordnung in den genannten Fällen zwangsläufig auch die Feststellung verbunden, dass dem bei der Beklagten Versicherten gemäß § 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 SGB V ein entsprechender Anspruch auf Übernahme der Fahrkosten zusteht. Der Antrag ist nämlich entsprechend §§ 133, 157 BGB aus der Sicht eines objektiven Empfängerhorizonts so auszulegen, dass mit der begehrten Feststellung feststeht, dass die Versicherten der Beklagten bei ambulanten Kataraktoperationen der Kategorie 1 bei der Klägerin generell Anspruch auf Fahrkostenübernahme gemäß § 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 SGB V haben, auch soweit kein Ausnahmefall nach § 8 Abs. 3 Krankentransport-Richtlinien gegeben ist. Insofern fehlt der Klägerin für diesen Antrag die Prozessführungsbefugnis als allgemeine Prozessvoraussetzung. Es liegt auch keine gewillkürte Prozessstandschaft vor.

Der Hauptantrag ist auch unbegründet.

Zum einen fehlt der Klägerin für diesen Antrag die Aktivlegitimation, d. h. die Klägerin ist nicht materiell berechtigt, das Recht auf Übernahme von Fahrkosten im eigenen Namen geltend zu machen. Zum anderen existiert für die beantragte Feststellung im Hauptantrag keine Rechtsgrundlage.

Eine rechtmäßige vertragsärztliche Verordnung gemäß § 73 Abs. 2 Nr. 7 SGB V kann nicht weiter reichen als der entsprechende Anspruch der Versicherten auf Fahrkostenübernahme gemäß § 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 SGB V. Sowohl die grammatikalische und systematische als auch die teleologische Auslegung dieser Vorschrift sprechen gegen die Begründetheit des Hauptantrags. Denn bei der Auslegung der Klägerin hätte der HS 2 des § 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 SGB " ... wenn dadurch eine an sich gebotene vollstationäre oder teilstationäre Krankenhausbehandlung (§ 39) vermieden oder verkürzt wird oder diese nicht ausführbar ist" keinen eigenständigen Regelungsgehalt. Vielmehr hat der zitierte 2. HS die Bedeutung einer Einschränkung des Anspruchs auf Fahrkostenübernahme zur ambulanten Krankenbehandlung sowie zu einer Behandlung nach § 115 a oder 115 b. Die Argumentation der Klägerin, die sich überwiegend auf die Gesetzeshistorie und den Ablauf des Inkrafttretens der maßgeblichen Vorschriften stützt, enthält keine stichhaltigen Argumente dafür, warum im Gesetzestext des § 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 SGB der einschränkende 2. HS enthalten ist bzw. warum dieser überflüssig sein sollte.

Für die Interpretation der Gesetzesbegründung durch die Klägerin, die Schaffung der Regelung zum ambulanten Operieren solle mit Hilfe der Fahrkostenregelung des § 60 SGB V kompensiert werden und die Versicherten sollten nicht schlechter gestellt werden als bei einer stationären Operation, gibt es keinen Anhaltspunkt. Hätte der Gesetzgeber bei allen Behandlungen nach § 115 a oder § 115 b SGB V eine Übernahme der Fahrkosten gewollt, hätte er - worauf die Beklagte zutreffend hinweist - § 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 SGB V wie folgt formulieren müssen: "Die Krankenkasse übernimmt die Fahrkosten in Höhe des sich nach § 61 Satz 1 ergebenden Betrags je Fahrt übersteigenden Betrags, 4. Bei Fahrten von Versicherten zu einer ambulanten Krankenbehandlung sowie zu einer Behandlung nach § 115 a oder § 115 b wie bei einer stationären Krankenhausbehandlung".

In diesem Sinne hat auch Baier in Krauskopf (Soziale Krankenversicherung Pflegeversicherung, § 60 SGB V, Rn. 22) ausgeführt, dass - wenn eine Behandlung sowohl ambulant als auch stationär durchgeführt werden kann (z. B. ambulante Operation) von einer "an sich gebotenen Krankenhausbehandlung" nicht ausgegangen werden kann, es sei denn, wegen der besonderen Fallgestaltung im Einzelfall ist eine stationäre Behandlung medizinisch indiziert.

§ 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 SGB V hat vielmehr lediglich den Zweck, dass Versicherte, bei denen eine Operation - an sich medizinisch erforderlich - stationär zu erbringen ist, hinsichtlich der Fahrkosten bei ambulanter Durchführung der Operation nicht schlechter gestellt werden sollen als wenn sie die Operation stationär durchgeführt hätten.

Die Einwendungen der Klägerin hiergegen sind allesamt unbegründet.

Soweit sich die Klägerin auf die Entscheidung des BSG (BSG v. 18.02.1997, 1 RK 23/96) und den darin zitierten Bericht des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestags (BT-Drs. 12/3937 S. 12) vom 08.12.1992 verweist und daraus den Schluss zieht, dass nach BSG unter § 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 SGB V auch solche Behandlungen fallen, die zwar (noch) überwiegend stationär erbracht werden, grundsätzlich aber auch ambulant durchführbar sind und durchgeführt werden, vermag das Gericht daraus keine Schlussfolgerung für den vorliegenden Fall im Sinne der Rechtsauffassung der Klägerin zu ziehen. Denn die Aufnahme der ambulanten Kataraktoperationen in die Kategorie 1 besagt, dass die Vertragsparteien übereinstimmend davon ausgegangen sind, dass Kataraktoperationen in der Regel ambulant durchführbar sind. Insofern ist auch zu berücksichtigen, dass kein Wahlrecht besteht, ob eine im AOP-Vertrag aufgeführte Behandlung ambulant oder stationär durchgeführt wird (BSG v. 21.03.2013, B 3 KR 28/12 R; Großer Senat des BSG v. 25.09.2007 (GS 1/96)). Denn der Nachweis der Erforderlichkeit einer stationären Behandlung ist nicht deshalb entbehrlich, weil es sich um eine medizinische Maßnahme im Rahmen von § 115 b SGB handelt (BSG v. 21.03.2013, a. a. O., Rn. 20).

Dass Vertragsärzte, respektive das MVZ, die ambulante Operationen nach § 115 b SGB V durchführen wollen, nicht nur eine klassische Vertragsarztpraxis vorhalten dürfen, sondern dieselben besonderen Vorkehrungen im Sinne dieser Qualitätssicherungsmaßnahmen treffen müssen wie ein Krankenhaus, um solche Leistungen ambulant erbringen zu dürfen (BT-Drs. 13/7264, S. 68), ist für die hier streitentscheidenden Fragen ohne rechtliche Relevanz. Denn diese Maßnahmen zur Qualitätssicherung ermöglichen erst das ambulante Operieren in der Vertragsarztpraxis, was zur Gleichstellung des ambulanten Operierens in der Vertragsarztpraxis mit dem im Krankenhaus führt, begründen jedoch nicht die generelle Fahrkostenübernahme bei ambulanten Kataraktoperationen der Kategorie 1. Die Ausführungen der Klägerin, "hierfür habe der Gesetzgeber entsprechende Anreize unter anderem mit § 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 SGB V geschaffen, damit solche ursprünglich stationären Leistungen zu Zwecken der Beitragsstabilität und Kostendämpfung bei gleichem Qualitätsstandard in den ambulanten Bereich überhaupt verlagert werden könnten (BSG, 1 RK 23/96, Rn. 14)", entbehren im Hinblick auf einen Anspruch der Versicherten auf Übernahme der Fahrkosten zu ambulanten Kataraktoperationen der Kategorie 1 jeder Grundlage. Auch die Gesetzesbegründung enthält für diese Interpretation keinen Anhaltspunkt.

Ebensowenig regelt die von der Klägerin zitierte Präambel der "Vereinbarung über die strukturelle und finanzieller Förderung ambulanter Kataraktoperationen" in der Anlage C zum Gesamtvertrag mit Wirkung zum 01.01.2011 " ... an der finanziellen und strukturellen Förderung der ambulanten, vertragsärztlich durchgeführten Kataraktoperationen festhalten" zu wollen, einen Anspruch der Versicherten auf Übernahme von Fahrkosten zu ambulanten Kataraktoperationen der Kategorie 1.

Aus dem Umstand, dass zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der §§ 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4, 115 b SGB V der Katalog ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationsersetzender Eingriffe noch nicht vorgelegen hat und es damit bei Inkrafttreten der Fahrkostenregelung noch gar nicht festgestanden hat, welche Behandlungen es im Rahmen des erst noch zu erstellenden Katalogs stationsersetzender ambulanter Operationen geben werde, lässt sich entgegen der Rechtsaufassung der Klägerin nicht ableiten, dass der 2. HS in § 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 SGB V in dem von ihr begehrten Sinn zu interpretieren ist. Die Aufnahme der ambulanten Kataraktoperationen in die Kategorie 1 spricht gerade nicht dafür, dass durch eine ambulante Operation eine "an sich gebotene" vollstationäre oder teilstationäre Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird. Diese Vorschrift enthält - wie bereits dargelegt - kein Argument für die rein abstrakte Betrachtungsweise der Klägerin und gegen eine konkrete Einzelfallprüfung, ob ein entsprechender Ausnahmetatbestand gegeben ist. Überdies steht der von der Klägerin beantragten Feststellung aufgrund einer abstrakten Auslegung der Formulierung "an sich gebotene vollstationäre oder teilstationäre Krankenhausbehandlung" ohne konkrete Einzelfallprüfung die Zuordnung der ambulanten Kataraktoperationen in die Kategorie 1 durch den AOP-Vertrag entgegen.

Letztlich wird die im Hauptantrag geäußerte Rechtsauffassung der Klägerin, die sich insbesondere auf die rechtshistorische Entwicklung gründet, nicht dem Umstand gerecht, dass sich durch die Aufnahme der ambulanten Kataraktoperationen in die Kategorie 1 des Abschnitts 1 des AOP-Vertrags zumindest ein faktischer Bedeutungswandel vollzogen hat, der bei der Auslegung der hier maßgeblichen Normen zu berücksichtigen ist (siehe hierzu Zippelis, Juristische Methodenlehre, 10. Aufl., § 10 II S. 51).

Zwar ist der Klägerin zuzugeben, dass § 7 Abs. 2 Buchst. b der Krankentransport-Richt-linien die Zulässigkeit der Verordnung einer Krankenfahrt mit einem Taxi oder Mietwagen bei Fahrten zu einer vor- oder nachstationären Behandlung gemäß § 115 a SGB V daran knüpft, dass dadurch eine aus medizinischer Sicht gebotene vollstationäre oder teilstationäre Krankenhausbehandlung verkürzt oder vermieden werden kann, während nach § 7 Abs. 2 Buchst. c der Krankentransport-Richtlinien die Verordnung einer Krankenfahrt mit einem Taxi oder Mietwagen zulässig ist bei Fahrten zu einer ambulanten Operation gemäß § 115 b SGB V im Krankenhaus oder in der Vertragsarztpraxis mit im Zusammenhang mit dieser Operation erfolgender Vor - oder Nachbehandlung, d. h. diese Vorschrift verlangt nach ihrem Wortlaut die Voraussetzung einer Verkürzung oder Vermeidung vollstationärer oder teilstationärer Krankenhausbehandlung gerade nicht. § 7 Abs. 2 Satz 2 Krankentransport-Richtlinien verweist jedoch ausdrücklich darauf, dass Einzelheiten zu den Regelungen zu b. und c. in § 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 SGB V i. V. m. §§ 115 a und 115 b SGB V und den darauf beruhenden Vereinbarungen einschließlich dem gemäß § 115 b Abs. 1 SGB V gültigen Katalog geregelt ist. Der Verweis unter anderem auf § 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 SGB V zeigt, dass § 7 Abs. 2 Satz 1 Buchst. c der Krankentransport-Richtlinien im systematischen Zusammenhang mit § 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 SGB V zu interpretieren ist und somit der 2. HS des § 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 SGB V mit dem Regelungsgehalt der Einschränkung einer generellen Fahrkostenübernahme zugrunde zu legen ist.

Aus der unterschiedlichen Formulierung des § 7 Abs. 2 Satz 1 Buchst. b Krankentransport-Richtlinien einerseits " ... wenn dadurch eine aus medizinischer Sicht gebotene vollstationäre oder teilstationäre Krankenhausbehandlung verkürzt oder vermieden werden kann ..." und des § 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 2. HS SGB V andererseits " ... wenn dadurch eine an sich gebotene vollsta-tionäre oder teilstationärer Krankenhausbehandlung (§ 39) vermieden oder verkürzt wird oder diese nicht ausführbar ist ..." lässt sich jedenfalls kein Argument für die Rechtsauffassung der Klägerin herleiten.

Insgesamt bleibt festzuhalten, dass die Klage im Hilfsantrag zulässig und begründet ist, im Hauptantrag jedoch abzuweisen war.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 197 a SGG i. V. m. § 155 Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO). Dabei war zu berücksichtigen, dass die Beklagte aufgrund ihres Hinweises im Schriftsatz vom 20.06.2011, für alle Fahrten zu ambulanten Kataraktoperationen der Kategorie 1 ab

01.07.2011 seien die Leistungsvoraussetzungen des § 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 SGB nicht mehr als gegeben anzusehen, der Klägerin Anlass zur Klage gegeben hat und darüber hinaus den Hilfsantrag der Klägerin auch nicht (sofort) anerkannt hat, sodass § 156 VwGO (Kosten bei sofortigem Anerkenntnis) nicht anwendbar ist. Die Streitwertfestsetzung beruht auf §§ 43 Abs. 1, 52 Abs. 2 GKG.
Rechtskraft
Aus
Login
FSB
Saved
2016-03-10