L 5 KR 3594/14

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
5
1. Instanz
SG Stuttgart (BWB)
Aktenzeichen
S 11 KR 2677/13
Datum
10.07.2014
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 5 KR 3594/14
Datum
22.06.2016
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Die Berufungen der Klägerin und der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 10.07.2014 werden zurückgewiesen.

Von den Kosten des Berufungsverfahrens trägt die Klägerin ¼ und die Beklagte ¾.

Der Streitwert wird endgültig auf 101,41 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten darüber, ob und ggf. wann von einem ambulant operierenden Krankenhaus eine Grundpauschale nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) abgerechnet werden kann.

Die Klägerin ist Trägerin der S. St. (im Folgenden: S.), die zu ambulanten Operationen sowie stationsersetzenden Eingriffen (§ 115b Sozialgesetzbuch (SGB) V) - auch zu den im Folgenden erwähnten Operationen - zugelassen ist. Die durchgeführten Eingriffe sind von der Anlage des Vertrags nach § 115b Abs. 1 SGB V - Ambulantes Operieren und sonstige stationsersetzende Eingriffe im Krankenhaus (AOP-Vertrag) umfasst.

Am 06.07.2012 wurde die bei der Beklagten gesetzlich krankenversicherte J. L. (im Folgenden: JL) in der S. für einen elektiven Eingriff stationär aufgenommen. Noch am Aufnahmetag stellten die Ärzte der S. fest, dass ein stationärer Aufenthalt nicht notwendig sei. Die Versicherte wurde ambulant operiert. Die Klägerin rechnete am 17.07.2012 den Behandlungsfall mit 714,57 EUR ab. Die Beklagte leistete am 04.10.2012 eine Zahlung in Höhe von 691,13 EUR.

Am 20.09.2012 überwies Dr. E., Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin, den bei der Beklagten gesetzlich krankenversicherten V. K. (im Folgenden: VK) für eine ambulante Knieoperation in die S ... Der Versicherte wurde am 20.09.2012 ambulant operiert. Die Klägerin rechnete am 25.09.2012 den Behandlungsfall mit 641,97 EUR ab. Die Beklagte leistete am 24.10.2012 eine Zahlung in Höhe von 618,53 EUR.

Am 27.08.2012 überwies Dr. R., Facharzt für Chirurgie und Unfallchirurgie, die bei der Beklagten gesetzlich krankenversicherte D. R. (im Folgenden: DR) für eine ambulante Operation in die S ... Die Versicherte wurde am 28.08.2012 ambulant operiert. Die Klägerin rechnete am 03.09.2012 den Behandlungsfall mit 558,45 EUR ab. Die Beklagte leistete am 01.10.2012 eine Zahlung in Höhe von 435,00 EUR.

Am 24.09.2012 überwies der Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin G., den bei der Beklagten gesetzlich krankenversicherten J. K. (im Folgenden: JK) für eine ambulante Operation in die S ... Am 24.09.2012 untersuchten die Ärzte des Krankenhauses den Versicherten und stellten fest, dass in der Tat eine ambulante Operation indiziert und eine stationäre Versorgung nicht notwendig sei. Der Versicherte wurde noch am selben Tag ambulant operiert. Die Klägerin rechnete am 02.10.2012 den Behandlungsfall mit 458,45 EUR ab. Die Beklagte leistete am 10.11.2012 eine Zahlung in Höhe von 435,00 EUR.

In den Überweisungen ist jeweils nur eine Diagnose genannt bzw. auf die bekannte Diagnose verwiesen.

In allen vier Behandlungsfällen wies die Beklagte den vollständigen Ausgleich der Rechnungen insbesondere mit der Begründung zurück, eine Grundpauschale gem. der Geschäftsordnungsposition (GOP) 07211 EBM dürfe nicht abgerechnet werden.

Am 13.05.2013 erhob die Klägerin Klage zum Sozialgericht Stuttgart (SG). Sie begehrte jeweils die Erstattung der Grundpauschale gemäß

GOP 07211 EBM und führte insoweit aus, § 7 Abs. 1 Satz 1 des AOP-Vertrags bestimme, dass die erbrachten Leistungen gem. den Maßgaben des EBM zu vergüten seien. In Nr. 5 der Präambel der Ziffer 31.2.1 EBM sei geregelt, dass die GOPen des Abschnitts 31.2 EBM sämtliche durch den Operateur erbrachten ärztlichen Leistungen erfassen würden. Nr. 8 der Präambel erlaube dem Operateur allerdings die im Einzelnen gelisteten GOPen "neben" der ambulanten Operation zu berechnen, wobei die Grundpauschale ausdrücklich genannt sei. In Anbetracht des klaren Wortlauts bestehe für eine Auslegung kein Raum. Daher sei die Grundpauschale abrechenbar und zwar auch bei einer fachgleichen Überweisung. Schließlich sei auch die Abrechenbarkeit der Konsultationspauschale bei einer fachgleichen Überweisung möglich. Zwar würde in der Beschreibung der Konsultationspauschale GOP 01436 ausgeführt, dass diese GOP nicht neben der Grundpauschale berechnet werden dürfe. Nur wenn ein weiterer Arzt-Patienten-Kontakt erfolge, könne die Konsultationspauschale neben der Grundpauschale berechnet werden. Weshalb die Konsultationspauschale GOP 01436 bei fachgruppengleicher Überweisung "vorrangig" sein solle, sei jedoch nicht ersichtlich. Vielmehr sei die Grundpauschale stets abrechenbar, die Konsultationspauschale nur bei einem weiteren Arzt-Patienten-Kontakt. Entgegen der Ansicht der Beklagten bestehe kein genereller Vorrang der Konsultationspauschale. Sie, die Klägerin, habe daher einen Zahlungsanspruch iHv jeweils 23,44 EUR aus den Behandlungsfällen JL und VK und iHv 23,45 EUR aus den Behandlungsfällen DR und JK, insgesamt iHv 93,78 EUR. Die Forderungen seien vier Wochen nach Rechnungszugang auch jeweils fällig geworden (§ 18 Abs. 6 AOP-Vertrag) und ab Fälligkeit mit 8% über dem Basiszinssatz zu verzinsen (§§ 286, 288 Abs. 2 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB)). Darüber hinaus bestehe vorliegend für den Behandlungsfall JL noch eine Zinsforderung für den Zeitraum vom 18.08.2012 bis 04.10.2012 in Höhe von 7,64 EUR. Die Beklagte habe im Behandlungsfall JL auf die Rechnung vom 17.07.2012 über 717,57 EUR (richtig: 714,57 EUR) erst am 04.10.2012 eine Zahlung in Höhe von 691,13 EUR geleistet. Die Beklagte schulde daher aus dem gesamten Rechnungsbetrag Zinsen ab 18.08.2012 bis 04.10.2012. Die Höhe der Verzugszinsen betrage insoweit ebenfalls 8 % über dem jeweiligen Basiszinssatz.

Die Beklagte trat der Klage entgegen. Der Wortlaut von Nr. 5 und Nr. 8 der Präambel 31.2 EBM sei im Hinblick auf die Zulässigkeit einer Abrechnung der in Nr. 8 genannten GOP neben den Leistungsbeschreibungen des Abschnitts 31.2 EBM widersprüchlich. Nr. 5 besage, dass die GOPen dieses Abschnitts "sämtliche durch den Operateur erbrachten ärztlichen Leistungen" umfassten, sodass es die Nr. 8 nach dem Wortlaut in Nr. 5 gar nicht geben dürfe. Bei systematischer und teleologischer Betrachtung und unter Berücksichtigung der restriktiven bundessozialgerichtlichen Rechtsprechung zur Auslegung vertragsärztlicher Vergütungsregelungen sei der Widerspruch zwischen den Nrn. 5 und 8 der Präambel deshalb dahingehend aufzulösen, dass alle Leistungen, die in Nr. 5 genannt seien, jedenfalls dann nicht gesondert nach den in Nr. 8 genannten Gebührenziffern abrechenbar seien, wenn sie in einem zeitlichen und medizinisch untrennbaren, gleichsam zwingenden Zusammenhang mit der ambulanten Operation stünden und bei wertender Betrachtung als regelmäßiger Bestandteil des Leistungsprogramms der ambulanten Operation vergütet würden. Insofern entfalte Nr. 5 eine Sperrwirkung für den Katalog in Nr. 8. Darüber hinaus sei die Konsultationspauschale der Grundpauschale vorrangig. Die doppelte Abrechnung von Grundpauschalen für Versicherte, die von Vertragsärzten zur Durchführung ambulanter Operationen an Krankenhäuser überwiesen würden, würde den Zielsetzungen der wirtschaftlichen Versorgung evident widersprechen. Zumindest in dem Behandlungsfall DR sei wegen fachgruppengleicher Überweisung lediglich die Konsultationspauschale und nicht die Grundpauschale abrechenbar. Die Beklagte sei in den vier streitigen Behandlungsfällen mit ihren Einwänden gegen die Abrechnung der Grundpauschale auch nicht ausgeschlossen, auch wenn sie eine Überprüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) nicht innerhalb der Sechswochenfrist des § 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V veranlasst habe. Zum einen seien die Sachverhalte unstreitig, so dass es keiner weiteren Aufklärung durch den MDK auf der sogenannten dritten Stufe der Abrechnungsprüfung bedurft habe. Zum anderen ziehe die Versäumung der Sechswochenfrist zwar in gerichtlichen Verfahren ein Beweisverwertungsverbot im Hinblick auf Informationen nach sich, die nur durch die Einschaltung des MDK auf der dritten Stufe der Abrechnungsprüfung hätten gewonnen werden können. Einen darüber hinausgehenden Einwendungsausschluss zum Nachteil der Krankenkasse gegenüber der durch den Krankenhausträger vorgelegten Abrechnungsdokumentation lehne das Bundessozialgericht (BSG) in ständiger Rechtsprechung jedoch ab.

Mit Urteil vom 10.07.2014 verurteilte das SG die Beklagte, an die Klägerin 70,33 EUR nebst Zinsen aus 23,44 EUR seit dem 05.10.2012, aus 23,44 EUR seit dem 26.10.2012 und aus 23,45 EUR seit dem 03.10.2012, jeweils in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz zu bezahlen. Im Übrigen wurde die Klage abgewiesen. Rechtsgrundlage des Vergütungsanspruchs der Klägerin, der sich unmittelbar gegen die beklagte Krankenkasse richte, sei § 115b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V i. V. m. § 7 AOP-Vertrag. Hiernach seien Krankenhäuser bei der Vergütung ambulanter Leistungen wie niedergelassene Fachärzte der entsprechenden Fachrichtung einzustufen (§ 7 Abs. 4 Satz 1 AOP-Vertag). Die im Katalog nach § 3 aufgeführten ambulanten durchführbaren Operationen, stationsersetzenden Eingriffe und die nach den §§ 4, 5 und 6 erbrachten Leistungen des Krankenhauses und der Vertragsärzte würden auf der Grundlage des EBM, seiner Abrechnungsbestimmungen und ggf. des Bundesmanteltarifvertrags-Ärzte (BM-Ä) und der Ersatzkassen-Gebührenordnung (E-GO) nach einem festen Punktwert außerhalb der budgetierten und pauschalierten Gesamtvergütung vergütet (§ 7 Abs. 1 AOP-Vertrag). Für die Auslegung der vertragsärztlichen Vergütungsbestimmungen sei nach der ständigen Rechtsprechung des BSG in erster Linie der Wortlaut der Regelung maßgeblich. Raum für eine systematische Interpretation im Sinne einer Gesamtschau der im inneren Zusammenhang stehenden vergleichbaren oder ähnlichen Leistungstatbestände sei nur dann möglich, wenn der Wortlaut eines Leistungstatbestandes zweifelhaft sei und es einer Klarstellung bedürfe. Eine entstehungsgeschichtliche Auslegung komme bei unklarer und mehrdeutiger Regelung ebenfalls in Betracht, könne allerdings nur anhand von Dokumenten erfolgen, in denen die Urheber der Bestimmungen diese in der Zeit ihrer Entstehung selbst erläutert hätten. Leistungsbeschreibungen dürften weder ausdehnend ausgelegt noch analog angewendet werden. Diese Grundsätze würden auch für Kostenerstattungstatbestände gelten. Hiernach sei ein ambulant operierendes Krankenhaus grundsätzlich berechtigt, neben den Leistungen des Abschnitts 31.2 des EBM auch noch eine Grundpauschale bzw. Konsultationspauschale nach Maßgabe der jeweiligen GOP abzurechnen. Nr. 5 der Präambel zu Abschnitt 31.2 EBM bestimme zwar, dass sämtliche durch den Operateur erbrachten ärztlichen Leistungen von den GOPen dieses Abschnitts erfasst und verdrängt würden. Der eindeutige Wortlaut der Nr. 8 der Präambel mache von dieser Grundregel jedoch eine Ausnahme. Mit dem Wort "neben" regele der EBM das Konkurrenzverhältnis der GOPen zueinander nicht aber die tatbestandlichen Voraussetzungen der einzelnen GOPen. Die Voraussetzungen für eine Abrechnung der GOP 07211 seien in den Behandlungsfällen JL, VK und JK auch erfüllt. Die chirurgischen Grundpauschalen GOP 07210 bis 07212 würden als obligaten Leistungsinhalt lediglich einen persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt voraussetzen. Sie seien aber neben der Konsultationspauschale GOP 01436 nicht berechnungsfähig. Es komme insoweit darauf an, ob jeweils im konkreten Behandlungsfall auch die Voraussetzungen für eine Berechnung der GOP 01436 erfüllt seien. Dies sei in den genannten Behandlungsfällen nicht der Fall, da hier keine fachgruppengleiche Überweisung vorliege. In dem Behandlungsfall DR seien die Voraussetzungen der Konsultationspauschale hingegen erfüllt. Es liege eine Überweisung durch einen Facharzt für Chirurgie und Unfallchirurgie und somit eine fachgruppengleiche Überweisung vor. Die Überweisung sei auch ausweislich des Überweisungsscheins zur Mit-/ Weiterbehandlung erfolgt. Die Klägerin habe zudem Leistungen nach Abschnitt 31.2 EBM erbracht. Etwas anderes könne nur dann gelten, wenn die Klägerin eine zusätzliche Leistung

erbracht hätte, die über den Leistungsumfang einer ambulanten Operation hinausgegangen wäre, was weder dargelegt noch ersichtlich sei. Die Einwände der Beklagten gegen die Abrechnung der Grundpauschale seien nicht nach § 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V ausgeschlossen. Für ambulante Operationen oder sonstige stationsersetzende Eingriffe habe der Gesetzgeber in § 115b SGB V ein spezielles, eigenes Prüfregime vorgesehen. Einen Anspruch auf Verzugszinsen habe die Klägerin (lediglich) iHv 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz. Der Vergütungsanspruch beruhe auf einem Gesetz und nicht auf einem Rechtsgeschäft. Das SG hat die Berufung wegen grundsätzlicher Bedeutung zugelassen.

Das Urteil wurde dem Bevollmächtigten der Klägerin am 01.08.2014 und dem Bevollmächtigten der Beklagten am 04.08.2014 jeweils mittels Empfangsbekenntnis zugestellt.

Hiergegen richten sich die zum Landessozialgericht Baden-Württemberg (LSG) erhobenen Berufungen der Klägerin und der Beklagten.

Zur Begründung ihrer am 21.08.2014 eingelegten Berufung führt die Klägerin aus, das SG habe unzutreffend die Grundpauschale iHv 23,45 EUR im Behandlungsfall der Versicherten DR nicht zuerkannt. Die Versicherte habe sich am 07.05.2012 eine Fraktur des Mittelfußknochens des kleinen Zehs (MT V Basisfraktur) zugezogen. Die Fraktur sei mittels Zuggurtungsosteosynthese therapiert worden. Hierzu sei ein Metalldraht in/an den Knochen eingebracht worden. Am 01.08.2012 habe sich die Versicherte auf Überweisung ihres niedergelassenen Arztes Dr. R. in der S. vorgestellt. Sie habe dem behandelnden Oberarzt berichtet, dass sie den Fuß zwischenzeitlich wieder voll belasten könne, gelegentlich habe sie jedoch noch Schmerzen, vor allem auf Druck bei gut tastbarem Metall. Dr. W. habe daraufhin die Empfehlung ausgesprochen, das eingebrachte Metall operativ wieder zu entfernen. Dr. R. habe daher die Versicherte mit Überweisungsschein vom 27.08.2012 zur Mit-/Weiterbehandlung in die S. überwiesen. Am Morgen des 28.08.2012 habe sich die Versicherte in der S. zur vereinbarten ambulanten Operation vorgestellt. Sie sei von dem Assistenzarzt M. untersucht, aufgeklärt und anschließend von diesem unter Assistenz von Dr. W. operiert worden. Die Anästhesie sei durch Dr. Z. erfolgt. Nach Abschluss der Operation sei die Versicherte in den Aufwachraum gebracht, dort durch den diensthabenden Anästhesisten Dr. B. um 13:30 Uhr untersucht sowie durch den Operateur M. gegen 15:30 Uhr erneut untersucht worden. Um 16:00 Uhr habe dann der Assistenzarzt Dr. M. die Entlassfähigkeit festgestellt. Am folgenden Tag sei die Versicherte erneut in die S. gekommen, um das Operationsergebnis zu überprüfen. Die Assistenzärztin für Orthopädie, Dr. St., habe eine Röntgenuntersuchung angeordnet, die das gute Operationsergebnis vom Vortrag bestätigt habe. Damit sei es vorliegend neben der ambulanten Operation zu zahlreichen Arzt-Patientenkontakten gekommen. Diese rechtfertigten die Abrechnung der Grundpauschale im vorliegenden Fall. Zutreffend habe nämlich das SG angenommen, dass ein Ausschluss der Grundpauschale aufgrund der Nr. 5 der Präambel des 31.2 EBM nach Nr. 8 der Präambel nicht eingreife. Soweit das SG hingegen einen allgemeinen Vorrang der Konsultationspauschale vor der Grundpauschale annehme, sei dies fehlerhaft. Vielmehr könne die Grundpauschale unabhängig von der Konsultationspauschale in Ansatz gebracht werden. Selbst wenn man dies jedoch anders sehen würde und für eine Anwendbarkeit der Grundpauschale einen weiteren Arzt-Patienten-Kontakt verlangen würde, sei dies nach dem oben dargestellten Sachverhalt vorliegend gegeben. Schließlich müsste aber selbst bei einer anderen Betrachtungsweise vorliegend zumindest eine Verurteilung zur Zahlung der Konsultationspauschale iHv 1,75 EUR erfolgen. Im Übrigen habe das SG in seiner Entscheidung übersehen, dass neben den geltend gemachten Grundpauschalen nebst Zinsanspruch im vorliegenden Fall mit der Klage zusätzlich ein selbstständiger Zinsanspruch im Fall der Versicherten JL geltend gemacht worden sei. Im Behandlungsfall habe die Beklagte Verzugszinsen für den Zeitraum ab Verzug (18.08.2012) bis zu Teilzahlung (04.10.2012) zu bezahlen. Die Rechnung vom 17.07.2012 sei gem. § 18 Abs. 6 AOP-Vertrag vier Wochen nach Rechnungszugang fällig. Die Rechnung sei am 17.07.2012 zugegangen. Entsprechend § 187 Abs. 1 BGB sei daher ab 18.08.2012 Verzug eingetreten. Die Höhe der Verzugszinsen betrage bei allen Forderungen gem. § 69 Abs. 1 Satz 1 SGB V i. V. m. §§ 286, 288 Abs. 2 BGB acht Prozentpunkte über dem jeweiligen Basiszinssatz.

Die Beklagte hat im Hinblick auf die selbstständige Zinsforderung aus dem Behandlungsfall JL für den Zeitraum vom 18.08.2012 bis 04.12.2012 (richtig: 04.10.2012) - ausgehend von einem Zinssatz von 5% über dem Basiszinssatz - 4,82 EUR an die Klägerin überwiesen.

Die Klägerin beantragt nunmehr,

das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 10.07.2014 abzuändern und die Beklagte zur Zahlung von weiteren 26,26 EUR nebst Zinsen aus 23,45 EUR seit 04.10.2012 in Höhe von 8 % über dem jeweiligen Basiszinssatz zu verurteilen, den Tenor des erstinstanzlichen Urteil dahingehend abzuändern, dass Verzugszinsen jeweils in Höhe von 8% über dem Basiszinssatz geschuldet werden und die Berufung der Beklagten zurückzuweisen, hilfsweise die Revision zuzulassen.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 10.07.2014 abzuändern und die Klage in vollem Umfang abzuweisen und die Berufung der Klägerin zurückzuweisen, hilfsweise die Revision zuzulassen.

Hinsichtlich ihrer am 01.09.2014 eingelegten Berufung führt die Beklagte aus, das SG habe unzutreffend angenommen, dass die Grundpauschale im Bereich des ambulanten Operierens abrechenbar sei. Diese sei vielmehr durch Nr. 5 der Präambel zu 31.2 EBM am Operationstag ausgeschlossen. Dies ergebe eine systematische Betrachtungsweise. Jedenfalls sei der Ansatz der Grundpauschale für standardisierte Kontakte nach dem AOP-Vertrag ausgeschlossen. Voruntersuchungen seien danach nicht vergütungsfähig (§§ 2, 7 AOP-Vertrag). Selbst wenn man dies anders sehen würde, habe das SG im Fall der Versicherten DR aufgrund der facharztgruppengleichen Überweisung grundsätzlich zutreffend den Abrechnungsvorrang der Konsultationspauschale gegenüber der Grundpauschale angenommen. Dies habe das BSG in seinem Urteil vom 01.07.2014 (B 1 KR 1/13 R, in juris) bestätigt. Soweit die Klägerin auf mehrfache Arzt-Patienten-Kontakte in dem Abrechnungsfall DR hingewiesen habe, ergebe sich hieraus nichts anderes. Diese seien nämlich zur Vor-/Nachbereitung bzw. zur Operation selbst erfolgt und würden daher keinen weiteren Arzt-Patienten-Kontakt im Sinne des EBM darstellen. Soweit die Klägerin im Übrigen eine Verzinsung mit 8 % über dem Basiszinssatz geltend mache, stehe dem die Rechtsprechung des BSG sowie der Wortlaut des BGB entgegen, da es sich vorliegend nicht um eine Entgeltforderung im Sinne der Vorschriften des BGB handele.

Auf Nachfrage des Senats hat die Beklagte ihr Einverständnis erklärt, dass hinsichtlich der selbständigen Zinsforderung eine Entscheidung des Senats ergeht.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts sowie des Vorbringens der Beteiligten wird im Übrigen auf die Gerichtsakte erster und zweiter Instanz sowie die vorgelegten Verwaltungsakten sowie Patientenunterlagen der Beteiligten verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung der Beteiligten ist gem. §§ 143, 144, 151 Sozialgerichtsgesetz (SGG) statthaft und auch sonst zulässig. Soweit der Beschwerdewert des § 141 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG (750,00 EUR) vorliegend mit dem streitigen Betrag in Höhe von 101,42 EUR nicht überschritten ist, erfolgte die Zulassung der Berufung verbindlich durch die Entscheidung des SG im Urteil vom 10.07.2014.

Zulässig ist die Berufung auch hinsichtlich der Zinsforderung aus einem Betrag über 717,57 EUR für den Zeitraum vom 18.08.2012 bis einschließlich 03.10.2012 in Höhe von 7,41 EUR. Das SG hat in seiner Entscheidung vom 10.07.2014 hierüber zwar nicht entschieden. Aus der Entscheidung ergibt sich jedoch, dass das SG den Streitstand vollständig erfassen wollte. Insoweit handelt es sich bei der Entscheidung des SG um ein verdecktes Teilurteil. Nachdem die Beteiligten des vorliegenden Verfahrens ihre Zustimmung erteilt haben, ist die "Heraufholung dieses Prozessrestes" zulässig (Keller, in: Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG; 11. Auflage 2014, § 140 Rdnr. 2a m. w. N.).

Nachdem die Klägerin die insoweit streitgegenständliche Zinsforderung allerdings in Höhe von 5% über dem Basiszinssatz beglichen hat, ist lediglich noch streitig, ob diese über den genannten Zinssatz hinaus mit 8% über dem Basiszinssatz zu verzinsen ist.

I. Die Berufungen der Klägerin und der Beklagten sind jedoch nicht begründet. Zutreffend hat das SG die Beklagte zur Zahlung der Grundpauschale i. H. v. 23,44 EUR (jeweils) in den Behandlungsfällen JL und VK sowie 23,45 EUR im Behandlungsfall JK zzgl. Zinsen in Höhe von 5% über dem Basiszinssatz verurteilt und im Behandlungsfall DR die Klage abgewiesen.

1. Rechtsgrundlage des geltend gemachten Vergütungsanspruchs ist § 109 Abs. 4 S. 3 SGB V (idF durch Art. 1 Nr 3 Gesetz zur Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser (Fallpauschalengesetz - FPG) vom 23.04.2002, BGBl I 1412) iVm § 1 Abs. 3 S. 2 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG, idF durch Art. 5 FPG vom 23.04.2002, BGBl I 1412), § 115b Abs 2 S 4 SGB V (vgl. insgesamt § 115b SGB V idF durch Art 1 Nr 41b GKV-VStG vom 22.12.2011, BGBl I 2983 mWv 01.01.2012) und § 7 Abs. 1 S. 1 AOP-Vertrag (in der seit 01.06.2012 geltenden Fassung). Nach § 109 Abs. 4 S. 1 SGB V wird das Krankenhaus mit einem Versorgungsvertrag nach § 109 Abs. 1 SGB V für die Dauer des Vertrages zur Krankenhausbehandlung der Versicherten zugelassen. Krankenhausbehandlung wird ua ambulant (§ 115b SGB V) erbracht (§ 39 Abs. 1 S. 1 letzter Fall SGB V). Die Krankenkassen sind verpflichtet, unter Beachtung der Vorschriften des SGB V mit dem Krankenhausträger Pflegesatzverhandlungen nach Maßgabe des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, des KHEntgG und der Bundespflegesatzverordnung zu führen (vgl § 109 Abs. 4 S. 3 SGB V). Die ambulante Durchführung von Operationen und sonstiger stationsersetzender Eingriffe wird für die gesetzlich versicherten Patienten nach § 115b SGB V vergütet (§ 1 Abs. 3 S. 2 KHEntgG). Gemäß § 115b Abs. 1 S. 1 Nrn. 1 und 2 SGB V vereinbaren der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft oder die Bundesverbände der Krankenhausträger gemeinsam und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen einen Katalog ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationsersetzender Eingriffe und einheitliche Vergütungen für Krankenhäuser und Vertragsärzte. Die Leistungen werden unmittelbar von den Krankenkassen vergütet (§ 115b Abs 2 S 4 SGB V). Die im Katalog nach § 3 AOP-Vertrag aufgeführten ambulant durchführbaren Operationen und stationsersetzenden Eingriffe und die nach den §§ 4, 5 und 6 AOP-Vertrag erbrachten Leistungen des Krankenhauses und der Vertragsärzte werden auf der Grundlage des EBM, seiner Abrechnungsbestimmungen und ggf des Bewertungsmaßstabs für kassenärztliche Leistungen und der E-GO nach einem festen Punktwert außerhalb der budgetierten und pauschalierten Gesamtvergütungen vergütet (§ 7 Abs 1 S 1 AOP-Vertrag). Der zitierte AOP-Vertrag ist rechtswirksam. Da eine Katalog-Vereinbarung (§ 115b Abs 1 S 1 Nr 1 SGB V) nicht zu Stande kam, setzte das Bundesschiedsamt ihren Inhalt fest (vgl § 115b Abs 3 S 1 SGB V; AOP-Vertragsfestsetzung vom 17.8.2006).

Für die Auslegung vertragsärztlicher Vergütungsbestimmungen ist nach der ständigen Rechtsprechung des BSG (vgl. BSG, Urteil vom 11.02.2015, - B 6 KA 15/14 R -; BSG, Beschluss vom 12.12.2012, - B 6 KA 31/12 B -, beide in juris) in erster Linie der Wortlaut der Regelungen maßgeblich. Dies gründet sich zum einen darauf, dass das vertragliche Regelwerk dem Ausgleich der unterschiedlichen Interessen von Ärzten und Krankenkassen dient und es vorrangig Aufgabe des Normgebers des EBM-Ä - des Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 1 SGB V - ist, Unklarheiten zu beseitigen. Zum anderen folgt die primäre Bindung an den Wortlaut aus dem Gesamtkonzept des EBM-Ä als einer abschließenden Regelung, die keine Ergänzung oder Lückenfüllung durch Rückgriff auf andere Leistungsverzeichnisse bzw. Gebührenordnungen oder durch analoge Anwendung zulässt. Raum für eine systematische Interpretation im Sinne einer Gesamtschau der in innerem Zusammenhang stehenden vergleichbaren oder ähnlichen Leistungstatbestände ist dann, wenn der Wortlaut eines Leistungstatbestandes zweifelhaft ist und es einer Klarstellung bedarf; eine entstehungsgeschichtliche Auslegung kommt bei unklaren oder mehrdeutigen Regelungen ebenfalls in Betracht, kann allerdings nur anhand von Dokumenten erfolgen, in denen die Urheber der Bestimmungen diese in der Zeit ihrer Entstehung selbst erläutert haben. Diese Auslegungsgrundsätze gelten nicht allein für Vergütungstatbestände, sondern auch für Kostenerstattungstatbestände, soweit diese nicht auf die Erstattung des konkreten Kostenaufwands angelegt sind, sondern Pauschalerstattungen vorsehen (so: BSG, Urteil vom 11.12.2013, - B 6 KA 14/13 R - m.w.N., in juris).

Über die Auslegung des von den zuständigen Gremien erlassenen Regelwerks für die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen muss im Streitfall das Gericht im Wege der Rechtsanwendung, nämlich der Anwendung der nach der Rechtsprechung des BSG hierfür maßgeblichen Auslegungsregeln, entscheiden. Die Entscheidung über die Enge oder Weite von Leistungstatbeständen ist eine Frage der rechtlichen Auslegung. Auf Fragen der Medizin kommt es grundsätzlich nicht an. Sind danach allein maßgeblich juristische Auslegungsmethoden, tritt die medizinische Beurteilung in den Hintergrund (BSG, Beschluss vom 12.12.2012, - B 6 KA 31/12 B -; vgl. auch BSG, Beschluss vom 10.03.2004, - B 6 KA 118/03 B -: u.a. Frage, welche Leistungen mit der Pauschale nach GOP 3454 EBM a.F. (bis 31.03.2005) - Grundpauschale für Ärzte für Laboratoriumsmedizin - abgegolten sind, dem Beweis durch Sachverständigen nicht zugänglich; alle Entscheidungen in juris).

Der Normgeber des EBM hat bei der Abfassung der Vergütungstatbestände im Übrigen eine weite Gestaltungsfreiheit (vgl. etwa BSG, Urteil vom 28.05.2008, - B 6 KA 9/07 R -, in juris). Er hat insbesondere die Befugnis zur Generalisierung, Pauschalierung, Schematisierung und Typisierung. Unwirksam wäre eine Regelung nur dann, wenn sie nicht sachgerecht wäre. Ob dies der Fall ist, ist nach rechtlichen Kriterien zu beurteilen. Einwendungen aus medizinischer Sicht sind grundsätzlich unerheblich (jurisPK-SGB V/Clemens § 106a Rdnr. 96 m. N.).

2. Davon ausgehend ergibt die hier maßgebliche Wortauslegung nach Auffassung des Senats in Übereinstimmung mit dem SG, dass auch in den Fällen des ambulanten Operierens die Abrechnung einer Grund- und Konsultationspauschale möglich ist. Nr. 5 der Präambel zum Abschnitt 31.2 EBM bestimmt zwar, dass sämtliche durch den Operateur erbrachten ärztlichen Leistungen von den GOPen dieses Abschnitts erfasst, alle anderen GOPen hingegen verdrängt werden. Der eindeutige Wortlaut der Nr. 8 der Präambel macht von dieser Grundregel jedoch eine Ausnahme für die dort abschließend genannten GOPen, zu denen auch die Grund- und Konsultationspauschale zählt. Insoweit wird mit dem Wort "neben" das Konkurrenzverhältnis dergestalt geregelt, dass die dort genannten GOPen abrechenbar sind. Für die von der Beklagten angenommene systematische Auslegung ist angesichts der oben genannten Grundsätze kein Raum. Insoweit weist der Senat ergänzend darauf hin, dass auch das BSG in seinem Urteil vom 01.07.2014 (B 1 KR 1/13 R, in juris) von der Anwendbarkeit der Konsultations- und Grundpauschale ausgeht. Eine Zurückverweisung wäre nicht nötig gewesen, wenn die genannten Pauschalen generell im Fall des ambulanten Operierens ausgeschlossen wären (LSG Baden-Württemberg, Beschluss vom 10.03.2015, - L 4 KR 3613/14 NZB -, n.v., unter Hinweis auf BSG, Urteil vom 01.07.2014, - B 1 KR 1/13 R -, in juris).

3. Die Voraussetzungen für eine Abrechnung der GOP 07211 sind in den Behandlungsfällen JL, VK und JK auch erfüllt (hierzu a)). Im Behandlungsfall DR sind sie hingegen nicht erfüllt (hierzu b)).

Nach der Rechtsprechung des BSG (BSG, Urteil vom 01.07.2014, - B 1 KR 1/13 R -, in juris) setzt die Abrechnung der Grundpauschale voraus, dass eine Überweisung zur Mitbehandlung erfolgt ist und dass aufgrund dieser Überweisung ein weiterer persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt erfolgte, der über das von der Konsultationspauschale erfasste, hinausgeht. Der Senat schließt sich nach eigener Überzeugung diesen Ausführungen des BSG an. Für die Abrechnung der Grundpauschale ist damit Voraussetzung, dass keine Auftragsüberweisung vorliegt. Dies ist in den vorliegenden streitigen Behandlungsfällen allesamt nicht der Fall. Ausweislich der Vordrucke wird dort lediglich eine Diagnose genannt. Ein weiterer Inhalt lässt sich der Überweisung nicht entnehmen. Im Hinblick auf die vom BSG statuierte Abgrenzung mittels der vorgenommenen Überweisung ergibt sich hieraus, dass vorliegend keine Auftragsüberweisung vorlag.

a) In den Behandlungsfällen JL, VK und JK ist vorliegend auch ein entsprechender Arzt-Patienten-Kontakt gegeben, der über die Konsultationspauschale hinaus geht. Da in den Fällen JL, VK und JK keine fachgleiche Überweisung vorliegt, ist bereits kein Patientenkontakt im Sinne der Konsultationspauschale gegeben, sodass zur Überzeugung des Senats der Erstkontakt zwischen Arzt und Patient den Tatbestand der Grundpauschale erfüllt.

Die S. ist zu den durchgeführten Leistungen auch zugelassen. Dass die Leistungen von der Zulassungsmitteilung der S. umfasst sind, haben die Beteiligten bestätigt. Die Leistungen unterfallen auch dem Leistungskatalog des § 115b SGB V. Sie sind in der Anlage zum AOP-Vertrag jeweils aufgeführt. Soweit der Vergütungsanspruch zusätzlich erfordert, dass die Klägerin die Leistungen wirtschaftlich und qualitätsgerecht erbrachte, hat dies die Klägerin ebenfalls erfüllt. Die Beklagte hat dies geprüft (vgl. § 115b Abs. 2 S. 5 Halbs 1 SGB V), hier aber nicht in Zweifel gezogen. Soweit im Fall JL keine Überweisung zur ambulanten Operation erfolgt ist, ist dies gem. § 2 Abs. 1 AOP-Vertrag zulässig. Zwar sollen Eingriffe gemäß § 115b SGB V in der Regel auf Veranlassung eines niedergelassenen Vertragsarztes unter Verwendung eines Überweisungsscheins durchgeführt werden. Da vorliegend eine Einweisung zur stationären Operation erfolgt war, die Notwendigkeit zur stationären Operation freilich nicht bestand, ist die Vorlage eines Überweisungsscheins gem. § 2 Abs. 1 AOP-Vertrag nicht notwendig.

b) Im Behandlungsfall DR hingegen lag vorliegend unstreitig eine fachgleiche Überweisung vor. Damit ist zunächst die Konsultationspauschale abrechenbar, sodass hiernach ein "weiterer Patientenkontakt" für die Abrechenbarkeit der Grundpauschale notwendig ist. Wie das BSG in der Entscheidung vom 01.07.2014 (B 1 KR 1/13 R, in juris) ausgeführt hat, ist hierfür nicht ausreichend ein tatsächlicher weiterer Kontakt, sondern vielmehr ein Kontakt, der über den notwendigen Patientenkontakt im Sinne der Konsultationspauschale hinaus geht (so auch Terminbericht vom 31.05.2016, - B 1 KR 39/15 R -, in juris). Dies ist vorliegend nicht gegeben, da sowohl die Vorberatung als auch die nachoperative Behandlung ebenso wie die Behandlung am selben Tag in unmittelbarem Zusammenhang mit der ambulanten Operation stehen und damit Bestandteil der Konsultationspauschale sind, die sämtliche Diagnostik und Behandlung im Zusammenhang mit dem ambulanten Operieren erfasst (vgl. LSG Baden-Württemberg, Beschluss vom 10.03.2015, - L 4 KR 3613/14 NZB -, n.v.).

c) Ausgeschlossen ist die Beklagte mit der Streichung auch nicht gemäß § 275 Abs. 1c SGB V, weil sie eine Prüfung der Leistungen durch den MDK nicht durchführen ließ. § 115b SGB V verweist nicht auf § 275 SGB V.

4. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Zahlung der Konsultationspauschale im Behandlungsfalle DR. Zwar ist die Konsultationspauschale nach den obigen Ausführungen abrechenbar. Sie ist aber mangels Rechnungsstellung nicht fällig (vgl. § 18 AOP-Vertrag).

5. Die Klägerin hat einen Anspruch auf Verzugszinsen aus § 69 Abs. 1 Satz 3 SGB V i.V.m. §§ 286, 288 Abs. 1 BGB in Höhe von (lediglich) 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz.

Für die Rechtsbeziehungen der Krankenkassen zu den Krankenhäusern gelten die Zinsvorschriften des BGB entsprechend, soweit nicht in den nach öffentlichem Recht zu beurteilenden Verträgen im Krankenhausbereich nach § 112 SGB V etwas anderes geregelt ist. Vorschriften des SGB V, des KHG, des KHEntgG und die dazu ergangenen Rechtsvorschriften enthalten keine entgegenstehenden Regelungen; die Anwendung der Verzugsvorschriften des BGB ist auch mit den Vorgaben des § 70 SGB V und den übrigen Aufgaben und Pflichten zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern vereinbar. Somit sind Geldforderungen aus Rechtsbeziehungen zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern im Falle des Verzugs grundsätzlich nach den allgemeinen Regeln zu verzinsen (BSG, Urteil vom 8.9.2009 – B 1 KR 8/09 R –; BSG, Urteil vom 2.7.2013 – B 1 KR 18/12 R –, beide in juris).

Die Klägerin kann sich jedoch nicht mit Erfolg darauf berufen, dass bei Rechtsgeschäften, an denen ein Verbraucher nicht beteiligt ist, der Zinssatz für Entgeltforderungen acht Prozentpunkte über dem Basiszinssatz beträgt (§ 288 Abs. 2 BGB), denn es geht hier nicht um Entgeltforderungen bei Rechtsgeschäften. "Entgeltforderungen" sind grundsätzlich aus gegenseitigen Verträgen erwachsende Geldforderungen, die einen Anspruch auf Entgelt für eine vom Gläubiger erbrachte oder zu erbringende Leistung von Diensten oder Lieferungen betreffen. Krankenhausvergütungen für die Behandlung von GKV-Versicherten werden von § 288 Abs. 2 BGB nicht erfasst, da es sich um einen gesetzlich begründeten Vergütungsanspruch aus § 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V handelt (BSG, Urteil vom 08.09.2009 – B 1 KR 8/09 R –, in juris; vgl. auch Terminsbericht über die Sitzung vom 15.06,2016, - B 6 KA 22/15 -, in juris). Soweit der Klägervertreter auf die

Entscheidung des Senats vom 20.05.2015 (L 5 KR 3551/13) Bezug nimmt, ergibt sich hieraus nichts anderes, da auch hier § 288 Abs. 1 BGB ausweislich der Gründe zum Tragen kam. Für ambulante Operationen im Krankenhaus gilt nichts anderes. Die Vergütungspflicht der Krankenkassen entsteht nach § 115b Abs. 2 S. 4 SGB V kraft Gesetzes durch die Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten. Durch den AOP-Vertrag wird der Vergütungsanspruch nicht begründet.

II. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Verzugszinsen in Höhe von 8% über dem Basiszinssatz für den Zeitraum vom 18.08.2012 bis einschließlich 03.10.2012 aus einem Betrag in Höhe von 717,57 EUR und für den 04.10.2012 aus einem Betrag in Höhe von 23,44 EUR aus dem Behandlungsfall JL. Vielmehr sind Verzugszinsen entsprechend den obigen Ausführungen in Höhe von 5 % über dem jeweiligen Basiszinssatz zu bezahlen. Da die Forderung unter Zugrundelegung dieses Zinssatzes unstreitig zwischen den Beteiligten beglichen wurde, war die darüber hinausgehende Berufung zurückzuweisen.

III. Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Abs. 1 Satz 1 SGG i.V.m. § 155 Abs. 1 Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).

Die Festsetzung des Streitwerts beruht auf § 52 Abs. 3 GKG.

Gründe für die Zulassung der Revision bestehen nicht (§ 160 Abs. 2 SGG).
Rechtskraft
Aus
Login
BWB
Saved
2016-06-30