L 1 KR 103/07

Land
Freistaat Sachsen
Sozialgericht
Sächsisches LSG
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
1
1. Instanz
SG Chemnitz (FSS)
Aktenzeichen
S 11 KR 322/05
Datum
16.04.2007
2. Instanz
Sächsisches LSG
Aktenzeichen
L 1 KR 103/07
Datum
30.04.2008
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze
Das Krankenhaus hat hinsichtlich der Hauptleistung gegenüber der Krankenkasse weder einen Vergütungsanspruch nach dem AOP-Vertrag noch aus ungerechtfertigter Bereicherung, wenn es die Hauptleistung (Operation) durch einen Arzt durchführen lässt, der nicht Beschäftiger des Krankenhauses ist, sondern ein niedergelassener Arzt.
I. Die Berufung gegen das Urteil des Sozialgerichts Chemnitz vom 16. April 2007 wird zurückgewiesen.
II. Die Klägerin trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens.
III. Die Revision wird zugelassen.
IV. Der Streitwert wird für das Klage- und Berufungsverfahren auf 1.548,31 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Vergütung ambulanter Operationen.

Das von der Klägerin betriebene Krankenhaus war ab 01.01.2004 aufgrund Mitteilung an Krankenkassenverbände, Kassenärztliche Vereinigung (KÄV) und Zulassungsausschuss zur Durchführung ambulanter Operationen, insbesondere nach Nr. 2447 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes für vertragsärztliche Leistungen (EBM) in der bis zum 31.03.2005 geltenden Fassung, zugelassen. Im August 2004 (03.08.2004, 05.08.2004, 25.08.2004 und 31.08.2004) wurden an diesem Krankenhaus bei vier Versicherten der beklagten Krankenkasse ambulant resezierende arthroskopische Operationen im Sinne der Nr. 2447 EBM durch einen niedergelassenen Vertragsarzt durchgeführt. Für diese Operationen stellte die Klägerin der Beklagten mit Schreiben vom 19.10.2004 insgesamt 2.535,24 EUR in Rechnung. Die Beklagte lehnte die Bezahlung mit der Begründung ab, ambulante Operationen, die durch niedergelassene Vertragsärzte am Krankenhaus durchgeführt würden, dürften nicht vom Krankenhaus der Krankenkasse gegenüber in Rechnung gestellt werden, sondern nur vom Vertragsarzt gegenüber der KÄV. Die Klägerin vertrat dagegen die Auffassung, das Krankenhaus sei berechtigt, sich zur Erfüllung seiner Aufgaben der Tätigkeit Dritter zu bedienen und mahnte mit Schreiben vom 16.12.2004 die Begleichung der Rechnungen für die vier ambulanten Operationen vom August 2004 an. Die Beklagte zahlte am 12.02.2005 für die bei diesen Operationen erbrachten Anästhesieleistungen insgesamt 991,95 EUR und hielt im Übrigen an ihrem Standpunkt fest.

Die Klägerin hat am 01.06.2005 beim Sozialgericht Chemnitz (SG) gegen die Beklagte Klage auf Zahlung des Differenzbetrages von 1.543,29 EUR nebst Zinsen erhoben. Sie hat vorgebracht, zwar habe sie Leistungen durch niedergelassene Ärzte im Rahmen von Kooperationsvereinbarungen erbringen lassen. Hierzu sei sie aber gemäß § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) berechtigt. Danach könnten die Drittleistungen krankenhausfremder Ärzte über die konsiliarärztliche Tätigkeit hinausgehen und auch eine operative Behandlung beinhalten. Weder in § 115b Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) noch im Vertrag nach § 115b Abs. 1 SGB V – Ambulantes Operieren und stationsersetzende Eingriffe im Krankenhaus – (AOP-Vertrag) fänden sich Regelungen, die Krankenhäusern im Bereich des ambulanten Operierens die Beauftragung Dritter verböten. Auch das Sächsische Krankenhausgesetz (SächsKHG) schränke den Abschluss von Kooperationsvereinbarungen nicht ein.

Die Beklagte hat erwidert, die Klägerin habe mangels eigener Leistungserbringung keinen Anspruch auf Vergütung der Operationsleistung. Eine konsiliarärztliche Tätigkeit, die von § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 KHEntgG erfasst wäre, liege nicht vor, wenn – wie hier – der krankenhausfremde Arzt die vom Krankenhaus geschuldete Hauptleistung erbracht habe. Die Erbringung von ambulanten Operationen durch Vertragsärzte im Krankenhaus, die dieses mangels eigener personeller Ausstattung nicht erbringen könne, unterlaufe den begrenzten Versorgungsauftrag des Krankenhauses, gefährde die freie Arztwahl, sei mit § 20 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (ÄrzteZV) nicht vereinbar und führte, wenn man dies doch zuließe, zu einer unzulässigen Verlagerung von Leistungen aus dem vertragsärztlichen in den

Krankenhausbereich mit der Folge, dass die Leistungen der eingesetzten Vertragsärzte über die budgetierte Gesamtvergütung hinaus zum Nachteil der Kostenträger abgerechnet würden.

Mit Urteil vom 16.04.2007 hat das SG die Klage abgewiesen. Die Klägerin habe keinen Anspruch auf Vergütung der eigentlichen Operationsleistungen, da sie diese nicht erbracht habe. Ambulante Operationen eines Krankenhauses im Sinne von § 115b SGB V seien nur solche, die von einem angestellten Arzt des Krankenhauses durchgeführt würden. Dies folge aus dem Wortlaut und dem Sinn des § 115b Abs. 1 Satz 1 SGB V in Verbindung mit § 1 Abs. 1 AOP-Vertrag. Da es sich bei ambulanten Operationen um stationsersetzende Eingriffe handele, müsse es sich bei ihnen wie bei den sonstigen Krankenhausbehandlungen um Leistungen des Krankenhauses handeln. Damit werde § 2 Abs. 2 Satz 2 KHEntgG anwendbar. Darin werde nicht alles, was im Krankenhaus geschehe, zu dessen Leistung erklärt. Da das Krankenhaus nur im Rahmen seiner Leistungsfähigkeit arbeiten solle, sei es nicht berechtigt, über den Rahmen der eigenen Leistungsfähigkeit hinaus Leistungen einzukaufen und als eigene abzurechnen. § 2 Abs. 2 Satz 2 KHEntgG umfasse ausschließlich Hilfsleistungen Dritter; die Hauptleistungspflicht verbleibe beim Krankenhaus. Ausnahmen seien nur mit expliziter Zulassung möglich, nämlich bei den Belegärzten.

Die Klägerin verfolgt mit ihrer am 22.06.2007 eingelegten Berufung ihr Begehren weiter. Die Beklagte hat den selbständig eingeklagten Zinsanspruch bezüglich der Anästhesieleistungen für die Zeit vom 17.12.2004 bis 12.02.2005 anerkannt; die Klägerin hat dieses Teilanerkenntnis angenommen.

Die Klägerin macht geltend, mangels entgegenstehender Regelungen sei es ihr nicht verboten, sich bei der Erbringung ambulanter Operationsleistungen, für die sie zugelassen sei, der Hilfe Dritter zu bedienen. Das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz bestärke sie darin. Entgegen der Ansicht des SG sei der Anwendungsbereich des KHEntgG nicht eröffnet. Doch selbst wenn es sich anders verhielte, wären die Voraussetzungen des § 2 Abs. 2 KHEntgG erfüllt. Die Einbeziehung Dritter in die Behandlung sei erst dann problematisch, wenn das Leistungsspektrum des Krankenhauses erschöpft und eine wirtschaftlich sinnvolle Einbeziehung von Drittleistungen nicht mehr möglich sei. Sie – die Klägerin – sei aber grundsätzlich in der Lage, durch ihre chirurgische Abteilung die Eingriffe vornehmen zu lassen. Aus Gründen der Praktikabilität und aufgrund vorübergehenden Ärztemangels habe sie die Hilfe eines niedergelassenen Vertragsarztes in Anspruch genommen und diesen einzelne Operationen vornehmen lassen. Dass noch kein gemeinsames Budget von Krankenhäusern und Vertragsärzten habe gebildet werden können, dürfe nicht zulasten der Ärzte gehen, die zumindest nicht in verbotener Weise Kooperationsmöglichkeiten nutzten. In Anbetracht der Tatsache, dass ihr Handeln nicht verboten sei und die Leistungen von der Beklagten in jedem Fall hätten vergütet werden müssen, stelle sich zumindest die Frage nach dem Bestehen eines bereicherungsrechtlichen Anspruchs.

Die Klägerin beantragt, das Urteil des Sozialgerichts Chemnitz vom 16. April 2007 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin 1.543,29 EUR nebst Zinsen in Höhe von 2 % über dem Basiszinssatz für die Zeit ab 17. Dezember 2004 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Eine gesetzliche Beschränkung der Kooperation sei nicht erforderlich. Vielmehr müsse sich aus dem Gesetz eine Legitimation für das Krankenhaus ergeben, die Hauptleistung durch einen Dritten erbringen zu lassen und als eigene abrechnen zu dürfen. Dies sei nicht der Fall. Bei den ambulanten Operationen habe der Gesetzgeber die grundsätzliche Trennung der Bereiche der vertragsärztlichen Versorgung und der Krankenhausbehandlung beibehalten. In Übereinstimmung hiermit habe der AOP-Vertrag nur dort, wo niedergelassene Vertragsärzte in die Erbringung ambulanter Operationen am Krankenhaus einbezogen sein sollten, eine entsprechende Regelung getroffen. Im Umkehrschluss bedeute dies, dass niedergelassene Vertragsärzte über die explizit getroffenen Regelungen hinaus nicht beliebig in die Leistungserbringung des Krankenhauses einbezogen werden könnten.

In der mündlichen Verhandlung am 30.04.2008 hat die Beklagte den Zinsanspruch für die Anästhesieleistungen für die Zeit vom 17.12.2004 bis 12.02.2005 anerkannt. Die Klägerin hat dieses Anerkenntnis angenommen.

Dem Senat haben die Verwaltungsakte der Beklagten sowie die Gerichtsakten beider Rechtszüge vorgelegen. Hierauf und auf die in der Gerichtsakte enthaltenen Schriftsätze der Beteiligten sowie den übrigen Akteninhalt wird zur Ergänzung des Tatbestandes Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung der Klägerin ist, soweit der Rechtsstreit nicht durch das angenommene Teilanerkenntnis erledigt wurde, unbegründet. Zu Recht hat das SG insoweit die Klage abgewiesen. Denn der Klägerin steht der geltend gemachte Zahlungsanspruch gegen die Beklagte nicht zu.

Rechtsgrundlage des Vergütungsanspruchs von Krankenhäusern für ambulante Operationen ist § 7 Abs. 1 AOP-Vertrag (hier anwendbar in der ab 01.01.2004 gültigen Fassung). Danach werden die im Katalog nach § 3 AOP-Vertrag aufgeführten (Haupt-) Leistungen sowie die prä-, intra- und postoperativen Leistungen nach §§ 4, 5 und 6 AOP-Vertrag auf der Grundlage des EBM nach den für die Versicherten geltenden vertragsärztlichen Vergütungssätzen honoriert. Die Parteien des AOP-Vertrages haben damit nicht nur entsprechend ihrer Ermächtigung in § 115b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V überhaupt eine Rechtsgrundlage für die Vergütung ambulanter Operationen der Krankenhäuser geschaffen. Vielmehr sind sie mit § 7 Abs. 1 AOP-Vertrag auch der Vorgabe des § 115b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V nachgekommen, hinsichtlich ambulant durchführbarer Operationen und anderer stationsersetzender Eingriffe einheitliche Vergütungen für Krankenhäuser und Vertragsärzte vorzusehen. Dabei erfolgt die Vergütung der Krankenhäuser – abweichend von der vertragsärztlichen Versorgung – nicht durch die KÄV, sondern unmittelbar durch die Krankenkasse (§ 115b Abs. 2 Satz 4 SGB V).

Einen Vergütungsanspruch haben Krankenhäuser nur für ambulante Operationen, zu deren Erbringung sie zugelassen sind. Dass die Vergütungsansprüche nicht weiterreichen können als der Zulassungsstatus, ergibt sich aus § 1 Abs. 1 AOP-Vertrag und wird von § 115b Abs. 2 Satz 1 und 2 SGB V vorausgesetzt. Die Zulassung zur ambulanten Durchführung von Operationen erfordert zunächst, dass das Krankenhaus überhaupt zur Krankenhausbehandlung der Versicherten zugelassen ist. Denn das Zulassungserfordernis des § 108 SGB V gilt

für sämtliche Formen der Krankenhausbehandlung im Sinne des § 39 Abs. 1 Satz 1 SGB V, zu denen auch die ambulanten Operationen nach § 115b SGB V gehören. Sodann ist jedes Krankenhaus, mit dem gemäß § 109 Abs. 1 SGB V ein echter oder fingierter Versorgungsvertrag besteht und das deswegen nach § 109 Abs. 4 Satz 1 SGB V zur Krankenhausbehandlung der Versicherten zugelassen ist, nach § 115b Abs. 2 Satz 1 SGB V zur ambulanten Durchführung der im Katalog des AOP-Vertrages aufgeführten Leistungen zugelassen. Hierzu bedarf es einer Mitteilung des Krankenhauses an die Landesverbände der Krankenkassen, die Verbände der Ersatzkassen, die KÄV und den Zulassungsausschuss (§ 115b Abs. 2 Satz 2 SGB V). In dem Umfang der in der Mitteilung angegebenen Leistungen wird die Zulassung wirksam (vgl. Bundessozialgericht [BSG], Urteil vom 09.06.1999 - B 6 KA 25/98 R - SozR 3-2500 § 116 Nr. 19 S. 94 f.). Schließlich ist die Zulassung beschränkt auf die Leistungsbereiche, in denen das Krankenhaus stationäre Krankenhausbehandlung erbringen darf und erbringt. Diese in § 1 Abs. 1 Satz 1 AOP-Vertrag enthaltene Einschränkung auf den Versorgungsauftrag des Krankenhauses ist mit höherrangigem Recht vereinbar (Schulz/Mertens, MedR 2006, 191 ff.). Dies ergibt sich schon daraus, dass das Zulassungserfordernis des § 108 SGB V auch für ambulante Formen der Krankenhausbehandlung gilt und der Zulassungsstatus eines Krankenhauses durch seinen Versorgungsauftrag beschränkt ist (§ 109 Abs. 4 Satz 2 SGB V).

Diese Voraussetzungen sind im vorliegenden Fall erfüllt. Das Krankenhaus der Klägerin ist in den Krankenhausplan des Freistaates Sachsen (6. Fortschreibung vom 20.11.2001, Sächsisches Amtsblatt, Sonderdruck Nr. 1/2002 vom 21.02.2002) aufgenommen. Daher besteht mit der Klägerin gemäß § 109 Abs. 1 Satz 2 SGB V ein Versorgungsvertrag, kraft dessen ihr Krankenhaus nach § 109 Abs. 4 Satz 1 SGB V zur Krankenhausbehandlung der Versicherten zugelassen ist. Das Krankenhaus der Klägerin hat den Krankenkassenverbänden, der KÄV und dem Zulassungsausschuss mitgeteilt, ambulante Operationen nach Nr. 2447 EBM durchzuführen. Es hat damit seinen Versorgungsauftrag nicht überschritten, da es ausweislich des Krankenhausplanes, der bei Plankrankenhäusern in erster Linie den Versorgungsauftrag bestimmt (vgl. § 8 Abs. 1 Satz 4 Nr. 1 KHEntgG, § 4 Nr. 1 Bundespflegesatzverordnung [BPflV]), über eine chirurgische Abteilung verfügt (Sächsisches Amtsblatt, Sonderdruck Nr. 1/2002 vom 21.02.2002, S. 17).

Dennoch kann die Klägerin für die hier streitigen Leistungen nach Nr. 2447 EBM keine Vergütung verlangen. Denn § 7 Abs. 1 AOP-Vertrag räumt dem Krankenhaus nur einen Anspruch auf Vergütung derjenigen Leistungen ein, die durch seine Krankenhausärzte erbracht worden sind, nicht aber auf Vergütung derjenigen Leistungen, die es sich von niedergelassenen Vertragsärzten beschafft hat. Dies ist zwar in § 7 Abs. 1 AOP-Vertrag nicht ausdrücklich bestimmt, ergibt sich aber aus dem Gesamtzusammenhang des AOP-Vertrages und entspricht dem Sinn und Zweck des Gesetzes.

Nach dem Recht der gesetzlichen Krankenversicherung sind Leistungen des Krankenhauses grundsätzlich nur die Leistungen, die dieses durch eigenes Personal erbringt, nicht aber die Leistungen selbständiger Dritter. Denn Krankenhäuser sind, wie die Legaldefinition des § 107 Abs. 1 SGB V deutlich macht, Einrichtungen, in denen personelle und sächliche Mittel zur Verwirklichung besonderer Zwecke organisatorisch zusammengefasst sind. Sie müssen über ausreichende, ihrem Versorgungsauftrag entsprechende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen (§ 107 Abs. 1 Nr. 2 SGB V), wozu insbesondere jederzeit verfügbares ärztliches, Pflege-, Funktions- und medizinisch-technisches Personal gehört (§ 107 Abs. 1 Nr. 3 SGB V). Hieraus ergibt sich der allgemeine Grundsatz, dass das Krankenhaus die Leistungen der Krankenhausbehandlung im Sinne des § 39 Abs. 1 Satz 1 SGB V, die es auf Kosten der gesetzlichen Krankenversicherung erbringen darf, durch eigenes Personal durchführen lassen muss, also durch Personen, die in die Arbeitsorganisation des Krankenhauses derart eingegliedert sind, dass sie für die Behandlung jederzeit verfügbar sind. Dem entspricht die Erbringung von einzelnen Behandlungsleistungen durch selbständige Dritte nicht. Nicht die Beschaffung der einzelnen Leistungen einer Krankenhausbehandlung, sondern deren Erbringung in ihrer eigenen Betriebsorganisation als Komplexleistung ist die Aufgabe eines Krankenhauses. Andernfalls liefe das Zulassungssystem, das das Gesetz bei den Krankenhäusern vorsieht, leer. Denn dann könnten weder Leistungsfähigkeit noch Wirtschaftlichkeit oder Bedarfsgerechtigkeit des Krankenhauses (zu diesen Zulassungsvoraussetzungen siehe § 109 Abs. 3 Satz 1 SGB V einerseits und § 109 Abs. 1 Satz 2 SGB V in Verbindung mit § 8 Abs. 1 Satz 3, § 6 Abs. 1, § 1 Abs. 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz andererseits) anhand seiner eigenen personellen und sächlichen Ressourcen beurteilt werden.

Eine Ausnahme von diesem allgemeinen Grundsatz sieht lediglich § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 KHEntgG vor. Nach dieser Bestimmung, die gemäß § 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V für Vergütungsansprüche gegen die Krankenkassen maßgeblich ist, gehören zu den Leistungen des Krankenhauses auch die von ihm veranlassten Leistungen Dritter. § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 KHEntgG – sowie die textgleiche Vorschrift des § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 BPflV – ist, wie die Klägerin im Berufungsverfahren richtig erkannt hat, auf die Vergütung ambulanter Operationen nicht anwendbar (§ 1 Abs. 1 und 3 KHEntgG, § 1 Abs. 1 und 3 BPlfV). Die Bestimmung macht aber deutlich, dass Krankenhäuser Leistungen nicht ohne weiteres durch Dritte erbringen lassen dürfen. Die Bestimmung des § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 KHEntgG bewirkt, dass die allgemeinen Krankenhausleistungen nur zwischen Krankenkasse und Krankenhaus abzurechnen sind, selbst wenn das Krankenhaus in bestimmtem Rahmen Dritte hinzuzieht. Diese Dritten erbringen – rechtlich gesehen – ihre Leistung nicht gegenüber dem versicherten Patienten bzw. dessen Krankenkasse, sondern gegenüber dem Krankenhaus. Dementsprechend kann ein Vergütungsanspruch des Dritten nur gegen das Krankenhaus und nicht gegen den Patienten oder dessen Kostenträger entstehen. Dies gilt allerdings – wie das BSG unlängst entschieden hat – nur, soweit es sich um Leistungen handelt, die im Verhältnis zu der vom Krankenhaus zu erbringenden Hauptbehandlungsleistung lediglich ergänzende oder unterstützende Funktion haben. Dagegen gilt dies nicht, wenn die Verantwortung für die Gesamtbehandlung vollständig beim Dritten liegt (BSG, Urteil vom 28.02.2007 - B 3 KR 17/06 R - SozR 4-2500 § 39 Nr. 8 Rn. 22). Damit stoßen die Versuche, die konsiliarärztliche Tätigkeit auf die Erbringung sämtlicher diagnostischer und therapeutischer Leistungen auszudehnen (so Schirmer, Vertragsarztrecht kompakt, 2006, S. 292), bei der stationären Krankenhausbehandlung in § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 KHEntgG (sowie § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 BPflV) sehr schnell an ihre Grenzen. Nach dieser Bestimmung wäre es der Klägerin nicht möglich, die durch einen Dritten (hier: niedergelassenen Vertragsarzt) erbrachte Hauptleistung (hier: Operation) gegenüber der Krankenkasse abzurechnen.

Eine Leistungserbringung durch Dritte lässt der AOP-Vertrag nicht zu. Ihm ist vielmehr zu entnehmen, dass Krankenhäuser nur für ambulante Operationen und sonstige stationsersetzende Eingriffe, die durch Krankenhausärzte durchgeführt werden, Vergütungsansprüche erwerben. Zu den vergütungsfähigen Leistungen zählt § 7 Abs. 1 AOP-Vertrag neben den in den Katalog zu § 3 AOP-Vertrag aufgeführten Hauptleistungen auch prä-, intra- und postoperative Leistungen nach §§ 4 bis 6 AOP-Vertrag. Bei den letztgenannten Leistungen macht es sich erforderlich, den Leistungsbereich des Krankenhauses genauer von der vertragsärztlichen Versorgung abzugrenzen. Daher lassen die Bestimmungen der §§ 4 bis 6 AOP-Vertrag Rückschlüsse auf die hier streitige Erbringung der Hauptleistung zu. In diesen Bestimmungen wird der den "Eingriff nach § 115b SGB V" – also die Hauptleistung – durchführende Arzt als "Krankenhausarzt" bezeichnet (§ 4 Abs. 3 bis 5, § 6 AOP-Vertrag) und dem niedergelassenen Vertragsarzt gegenübergestellt. Mit dieser Gegenüberstellung legt der AOP-Vertrag den Schluss nahe, dass die Vertragsärzte, soweit sie im Zusammenhang mit ambulanten Operationen Leistungen erbringen, vertragsärztlich und nicht

als Krankenhausarzt tätig werden. Folglich darf das Krankenhaus, um einen Vergütungsanspruch erwerben zu können, die Hauptleistung nicht durch einen niedergelassenen Vertragsarzt durchführen lassen, sondern muss hierzu seine eigenen Ärzte heranziehen. Hierfür spricht auch die Vorschrift des § 7 Abs. 3 Satz 2 AOP-Vertrag, die die separate Abrechenbarkeit anästhesiologischer Leistungen/Narkosen ausnahmsweise dann gestattet, wenn die Hauptleistung ("Leistung nach § 115b SGB V") durch einen belegärztlich tätigen Vertragsarzt erfolgt und das Krankenhaus nur die Anästhesieleistung erbringt, die Behandlung ansonsten aber die Beteiligung sowohl eines Operateurs als auch eines Anästhesisten des Krankenhauses verlangt, also in der letztgenannten Alternative fordert, dass beide Ärzte Krankenhausärzte sind. Auch nach § 7 Abs. 3 Satz 2 AOP-Vertrag muss die Hauptleistung grundsätzlich durch einen Krankenhausarzt erbracht werden; nur für den Fall, dass die Hauptleistung durch einen Belegarzt erbracht wird, ist die von einem Krankenhausarzt durchgeführte Anästhesie gegenüber der Krankenkasse abrechenbar, nicht aber die Hauptleistung selbst. Diese Sonderregelung lässt sich nicht verallgemeinern (Gurgel, Das Krankenhaus, 2006, 40, 42). Eine Verallgemeinerung würde den von der Klägerin geltend gemachten Anspruch freilich auch nicht stützen. Denn eine ambulante Operation durch einen Belegarzt führt nicht zu Vergütungsansprüchen des Krankenhauses; vielmehr hat der Belegarzt diese ambulante Leistung – nicht anders als die stationären Leistungen im Rahmen seiner belegärztlichen Tätigkeit (§ 121 Abs. 3 SGB V) – gegenüber seiner KÄV abzurechnen (Rau in: Orlowski u.a., GKV-Kommentar, § 115b SGB V Rn. 32, Stand Mai 2007).

Nach alledem erwirbt das Krankenhaus keinen Vergütungsanspruch gegen die Krankenkasse, wenn es ambulante Operationen durch niedergelassene Vertragsärzte unter Nutzung seiner Einrichtungen erbringen lässt (so auch Dahm, ZMGR 2006, 161, 166 ff.). Stünde es – wie von Klägerseite behauptet – dem Krankenhaus frei, durch wen es ambulante Operationen erbringen lässt, und könnte es demnach jede geeignete Person oder Einrichtung damit beauftragen, liefen die Steuerungswirkungen leer, die im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung jede Zulassung zur Leistungserbringung hat. In diesem Falle hätte der Gesetzgeber auf die in § 115b Abs. 2 Satz 2 SGB V vorgesehene Mitteilung an die Zulassungsausschüsse verzichten können, da dann der Umfang, in dem die Krankenhäuser ambulante Operationen und sonstige stationsersetzende Eingriffe erbringen, kaum vorhersehbar ist. Eine tragfähige Grundlage für eine Berücksichtigung dieser von den Krankenhäusern erbrachten ambulanten Leistungen im Rahmen einer Bedarfsprüfung (so aber BSG, Urteil vom 09.06.1999 - B 6 KA 25/98 R - SozR 3-2500 § 116 Nr. 19 S. 92 ff.) entfiele.

Ein Anspruch des Krankenhauses auf Vergütung der durch einen niedergelassenen Vertragsarzt erbrachten ambulanten Operationsleistungen ist auch deshalb ausgeschlossen, weil dies auf eine Umgehung der vertragsärztlichen Pflichten hinausliefe. Ein Vertragsarzt ist im Umfang seiner Zulassung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung nicht nur berechtigt, sondern auch verpflichtet (§ 95 Abs. 4 Satz 1 SGB V). Der Inhalt der Teilnahmeverpflichtung wird vor allem durch § 73 Abs. 2 SGB V konkretisiert, wonach die vertragsärztliche Versorgung unter anderem die ärztliche Behandlung umfasst, die wiederum mit einem entsprechenden umfassenden Leistungsanspruch des Versicherten korrespondiert (§ 27 Abs. 1 SGB V). Gegenstand der vertragsärztlichen Versorgung sind auch ambulante Operationen (BSG, Urteil vom 14.03.2001 - B 6 KA 36/00 R - SozR 3-2500 § 81 Nr. 7 S. 35 f.). Für Leistungen, die Gegenstand der vertragsärztlichen Versorgung sind und die ein Vertragsarzt im Rahmen seines Zulassungsstatus erbringt, steht diesem ein Anspruch auf Teilhabe an der Verteilung der Gesamtvergütung zu, die von der Krankenkasse mit befreiender Wirkung für die gesamte vertragsärztliche Versorgung an die KÄV entrichtet wird (§ 85 Abs. 1 und 4 SGB V). Das auf diese Weise durch den Vertragsarzt für ambulante Operationen zu erlangende Honorar mag im Jahr 2004 aufgrund der damals noch im vertragsärztlichen Bereich geltenden Budgetierung (vgl. § 7 Abs. 1, § 22 AOP-Vertrag in der Fassung vom 17.08.2006) trotz der Vorgabe des § 115b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V niedriger gewesen sein als im Krankenhausbereich. Dies berechtigt den Vertragsarzt jedoch nicht, die ambulante Operationsleistung außerhalb des Systems der vertragsärztlichen Versorgung zu erbringen (vgl. BSG, Urteil vom 14.03.2001 - B 6 KA 36/00 R - SozR 3-2500 § 81 Nr. 7 S. 33). Vielmehr muss ein Vertragsarzt, der befähigt und befugt ist, ambulante Operationen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung zu erbringen, diese auch gegenüber der KÄV abrechnen. Aus einer Vereinbarung, die auf die Umgehung dieser Pflicht hinausläuft, kann das Krankenhaus gegenüber der Krankenkasse keine Ansprüche herleiten.

Erfüllt die Klägerin demnach die vertraglichen Voraussetzungen für einen Anspruch auf Vergütung der durch einen niedergelassenen Vertragsarzt erbrachten Operationsleistungen nach Nr. 2447 EBM nicht, so spielt es auch keine Rolle, ob ihr die von ihr genutzte Möglichkeit der Kooperation mit einem niedergelassenen Vertragsarzt durch die ÄrzteZV oder das SächsKHG erlaubt ist oder nicht.

Schließlich kann die Klägerin für die hier streitigen vier Leistungen nach Nr. 2447 EBM auch nicht Wertersatz aus ungerechtfertigter Bereicherung beanspruchen. Einem Leistungserbringer steht für Leistungen, die unter Verstoß gegen Bestimmungen des Leistungserbringerrechts erbracht wurden, ein Vergütungsanspruch auf bereicherungsrechtlicher Grundlage nicht zu, selbst wenn die Leistungen im Übrigen ordnungsgemäß erbracht worden und für den Versicherten geeignet und nützlich sind (siehe nur BSG, Urteil vom 17.03.2005 - B 3 KR 2/05 R - BSGE 94, 213, 220 = SozR 4-5570 § 30 Nr. 1; Urteil vom 08.09.2004 - B 6 KA 14/03 R - SozR 4-2500 § 39 Nr. 3 Rn. 14; Urteil vom 28.03.2000 - B 1 KR 21/99 R - BSGE 86, 66, 76 = SozR 3-2500 § 13 Nr. 21; Urteil vom 04.05.1994 - 6 RKa 40/93 - BSGE 74, 154, 158 = SozR 3-2500 § 85 Nr. 6). Nur soweit bestimmte Vorschriften reine Ordnungsfunktion haben, besteht kein Grund, dem Leistungserbringer trotz der Entlastung der Krankenkasse eine Entschädigung zu versagen (BSG, Urteil vom 24.01.2008 - B 3 KR 17/07 R - juris Rn. 29; Urteil vom 28.02.2007 - B 3 KR 15/06 R - SozR 4-2500 § 39 Nr. 7 Rn. 17; Urteil vom 04.03.2004 - B 3 KR 4/03 R - BSGE 92, 223 = SozR 4-2500 § 39 Nr. 1, jeweils Rn. 27). Eine solche bloße Ordnungsfunktion hat der Grundsatz, dass die Krankenhausbehandlung vom zugelassenen Leistungserbringer durch eigenes Personal zu erbringen ist, nicht. Eine Condictio indebiti (§ 812 Abs. 1 Satz 1 Bürgerliches Gesetzbuch) hätte zur Folge, dass eine krankenversicherungsrechtlich untersagte Art der Leistungserbringung schon allein durch die Zweckbestimmung des leistenden Krankenhauses wirtschaftlich doch ganz oder teilweise zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erzwungen werden könnte.

Die Revision ist wegen grundsätzlicher Bedeutung (§ 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG) zuzulassen.

Die Festsetzung des Streitwerts beruht auf § 197a Abs. 1 SGG in Verbindung mit § 52 Abs. 3 Gerichtskostengesetz (GKG). Die geltend gemachten Zinsen für die von der Beklagten bereits vor Klageerhebung vergüteten Anästhesieleistungen (2 % über dem Basiszinssatz aus 991,95 EUR für die Zeit vom 17.12.2004 bis zum 12.02.2005) sind, da insoweit der Hauptanspruch nicht streitig war, bei der Streitwertberechnung zu berücksichtigen (43 Abs. 2 GKG). Da dies vom SG nicht beachtet worden war, hat der Senat den Streitwert auch für das Klageverfahren abgeändert (§ 63 Abs. 3 GKG) und um 5,02 EUR erhöht.
Rechtskraft
Aus
Login

FSS
Saved
2008-07-15