S 14 KR 305/17

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
SG Aachen (NRW)
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
14
1. Instanz
SG Aachen (NRW)
Aktenzeichen
S 14 KR 305/17
Datum
31.07.2018
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Die Klagen werden abgewiesen. Der Kläger trägt die Kosten des Verfahrens. Der Streitwert wird auf 13.795,19 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten im Kern darüber, ob die Beklagte dem Kläger im Rahmen ambulanter Operationen vorgenommener minimalinvasiver Thermokoagulationen bei Versicherten der Beklagten zu vergüten hat; hilfsweise begehrt der Kläger die Feststellung, dass die Beklagte unvermögend ist, die ambulante Leistung der gepulsten Thermokoagulation für Versicherte in der Städteregion B., hilfsweise der Stadt B. zu erbringen; höchst hilfsweise, dass sie dies behaupten kann.

Der Kläger ist Träger des M.-hospitals B., dass im Nordrhein – Westfälischen Krankenhausplan u.a. mit chirurgischen Betten ausgewiesen ist. Zugleich ist es für die Durchführung von ambulanten Operationen zugelassen.

In 53 von der Klägerin konkret bezeichneten Fällen wurde im M.-hospital B. durch einen Vertragsfacharzt für Neurochirurgie, mit dem der Kläger einen Kooperationsvertrag geschlossen hatte, im Jahr 2015 an bei der Beklagten gesetzlich Krankenversicherten zur Behandlung chronischer Rückenschmerzen die Leistung der Thermokoagulation als ambulante Operation erbracht.

Hierfür stellte der Kläger der Beklagten unter Ansatz des Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS) 5-041.5 insgesamt 13.795,19 EUR in Rechnung, die die Beklagte beglich.

Im Januar 2016 forderte die Beklagte indes die Vergütung zurück. Begründend führte sie aus, dass eine stichprobenartige Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) ergeben habe, dass die Abrechnung nach dem Vertrag über Ambulantes Operieren und sonstige stationsersetzende Eingriffe im Krankenhaus (AOP-Vertrag) nicht zulässig sei. Die Behandlungsmethose sei aus dem Katalog ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationsersetzender Eingriffe gemäß § 115b Sozialgesetzbuch Fünftes Buch–Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V) (AOP-Katalog) gestrichen worden. In dem der Klägerin vorgelegten MDK-Gutachten wurde eine Vergütungspflicht wechselnd mit den Begründungen verneint, bei der gepulsten Thermokoagulation handele es sich um ein neurochirurgisches Verfahren, das außerhalb des Versorgungsauftrages des Luisenhospitals liege, sie stelle eine neue Behandlungsmethode dar, die nicht für die vertragsärztliche Versorgung zugelassen und nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) abrechenbar sei.

Mit Schreiben vom 24.10.2016 rechnete die Beklagte ihren behaupteten Rückforderungsanspruch schließlich mit konkret bezeichneten unstreitigen Vergütungsansprüchen der Klägerin auf.

Diese Aktivforderungen verfolgt der Kläger mit der am 20.07.2017 erhobenen Klage. Er ist der Ansicht, ein Erstattungsanspruch der Beklagten für die Vergütung der Thermokoagulationen gegen den hätte aufgerechnet werden können, habe nicht bestanden. Diese Leistungen seien auf Grundlage AOP-Vertrages nach der OPS 5-041.5 zu vergüten. Die Thermokoagulation werde von dem für die Auslegung von Vergütungsregelungen entscheidenden Wortlaut "Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe von Nerven des Rumpfes" erfasst. Auch systematische und historische Auslegung wiesen auf eine Abrechnungsfähigkeit nach dem genannten OPS. Insbesondere spreche die Nichterwähnung des OPS 5-830.2 (Facettendenervation) im AOP-Katalog nicht dagegen, gerade weil sich dieser OPS nicht im relevanten Regelungsgefüge finde. Die ambulante Operation sei auch vom Versorgungsauftrag der Klägerin für Chirurgie erfasst. Es handele sich bei der Thermokoagulation auch nicht um eine von der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossene neue Behandlungsmethode.

Soweit die Klägerin hilfsweise die Feststellung begehre, dass die Beklagte unvermögend sei, die Thermokoagulation für Versicherte in der

Städteregion, jedenfalls in der Stadt B., zu erbringen, sei dies erforderlich und der Hilfsantrag deshalb zulässig, weil mit der Feststellung die Voraussetzungen des § 13 Abs. 3 Abs. 3, 3a SGB V klargestellt seien, die Leistungen privatärztlich bzw. aufgrund Genehmigungsfiktion als Sachleistung zu erbringen. im Falle der Sachleistungsoption folge das Feststellungsinteresse insofern aus der Klärung eigener Ansprüche gegenüber der Beklagten. Im Fall der privatärztlichen Leistungserbringung sei verlässlich zu klären, dass der Kläger durch den Hinweis auf die privatärztliche Leistungserbringungsoption mit Erstattung nicht ihrerseits eine Verletzung ihrer Verpflichtungen aus § 18 Abs. 8 des Bundesmantelvertrages-Ärzte (BMV-Ä) durch die Beklagte vorgehalten werde. In der Rechtsprechung für die vertragsärztliche Versorgung sei geklärt, dass Vorfragen, die Auswirkung auf Honorierung für mehrere Quartale hätten, eigenständiger Klärung – losgelöst von der Anfechtung eines konkreten Honorarbescheides – über eine Feststellungsklage zulässig seien.

Der Bevollmächtigte des Klägers beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, an den Kläger 13.795,19 EUR zuzüglich Zinsen i.H.v. 2 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz der europäischen Zentralbank für den Zeitraum seit dem 24.10.2016 zahlen, hilfsweise, festzustellen dass die Beklagte unvermögend im Sinne des § 13 Abs. 3 SGB V ist, die ambulante Leistung der Thermokoagulation an Wirbelsäulennerven für Einwohner in der Städteregion B., hilfsweise der Stadt B., zu erbringen, höchst hilfsweise, festzustellen, dass die Klägerin über die Beklagte behaupten kann, dass sie im Sinne des § 13 Abs. 3 SGB V unvermögend ist, die ambulante Leistung der Thermokoagulation an Wirbelsäulennerven für Einwohner in der Städteregion B., hilfsweise der Stadt B. zu erbringen.

Die Beklagte beantragt,

die Klagen abzuweisen.

Der Kläger sei nicht aktivlegitimiert, weil der Operateur kein Mitarbeiter des Klägers sei.

Da die erbrachte Leistung (Thermokoagulation von Wirbelsäulennerven) nicht im Abschnitt 1 des Anhanges zum AOP-Vertrag nach § 115 Buchst. b Abs. 2 SGB V genannt sei, sei die Klägerin nicht zur Erbringung der Leistung berechtigt. Der Bewertungsausschuss habe die maßgebliche OPS 5-830.2 aus dem Anhang 2 des EBM ersatzlos gestrichen. Damit sei die Erbringung dieser Leistung im Rahmen ambulanter Behandlung nicht mehr möglich gewesen. Die vorliegenden Gutachten des MDK bestätigten die Auffassung der Beklagten.

Eine Unterversorgung oder ein Unvermögen der Beklagten im Hinblick auf die Erbringung von Facettendenervationen im Raum B. gebe es nicht, wie ein Schreiben der Kassenvereinigung Nordrhein vom 21.07.2016 belege. (61)

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach – und Streitverhältnisses wird auf die Gerichtsakte sowie die Verwaltungsakte der Beklagten verwiesen.

Entscheidungsgründe:

A. Die Kammer konnte ohne mündliche Verhandlung entscheiden, da die Beteiligten hiermit ihr Einverständnis erklärt haben, § 124 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz (SGG).

B. Die von dem Kläger im Hauptantrag im Gleichordnungsverhältnis erhobene echte Leistungsklage ist zulässig aber unbegründet.

I. Die Klage ist als (echte) Leistungsklage nach § 54 Abs. 5 SGG zulässig. Bei einer auf Zahlung der Vergütung für die Behandlung von Versicherten gerichteten Klage eines Krankenhausträgers gegen eine Krankenkasse geht es um einen so genannten Parteienstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt (vgl. entsprechend BSGE 116, 146 = SozR 4-2500 § 115b Nr 5, R. 8 m.w.N.; BSG Urteil vom 17. Dezember 2013 - B 1 KR 70/12 R -, Rn. 8, juris m. w. Nachw.; BSG, Urteil vom 14. Oktober 2014 - B 1 KR 33/13 R -, BSGE 117, 94-117, SozR 4-2500 § 137 Nr. 5, Rn. 9; BSG, Urteil vom 17. Juni 2000 - B 3 KR 33/99 R = BSGE 86,166; Urteil vom 23. Juli 2002 - B 3 KR 64/01 R-, juris). Ein Vorverfahren war mithin nicht durchzuführen, die Einhaltung einer Klagefrist nicht geboten.

II. Die Klage ist unbegründet. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Zahlung aus den konkret bezeichneten unstreitigen Hauptforderungen. Die Beklagte hat gegen diese wirksam mit ihrer Erstattungsforderung i.H.v. 13.795,19 EUR aus der Vergütung der Thermokoagulationen in 53 genau bezeichneten Behandlungsfällen, die das Krankenhaus des Klägers an bei der Beklagten gesetzlich Krankenversicherten im Jahr 2015 erbracht hat, aufgerechnet.

1. Die Aufrechnung ist nach den vom Bundessozialgerichtes (BSG) aufgestellten Maßstäben (vgl. BSG, Urteile vom 25. Oktober 2016 - B 1 KR 7/16 R - und B 1 KR 9/16 R-, juris) formal ordnungsgemäß erklärt. Die maßgebliche Erklärung der Beklagten vom 24.10.2016 lässt den Aufrechnungswillen deutlich erkennen; sie ist auch hinreichend bestimmt, da sie sowohl die Forderung der Beklagten als auch die Forderungen des Klägers aus den (unstreitigen) Behandlungsfällen gegen die aufgerechnet wurde, genau bezeichnet.

Nach der Rechtsprechung des BSG schließt das spezielle Prüfregime der Vergütung ambulanter Operationen nach § 115b SGB V die Anwendung des § 275 Abs 1c SGB V aus. (BSG, Urteil vom 01. Juli 2014 – B 1 KR 1/13 R –, BSGE 116, 146-153, SozR 4-2500 § 115b Nr 5, Rn. 23; kritisch: Köhler-Hohmann in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 3. Aufl. 2016, § 115b SGB V, Rn. 60). § 9 S. 2 der Vereinbarung über das Nähere zum Prüfverfahren nach § 275 Absatz 1c SGB V (PrüfvV) 2014 (gültig vom 01.01.2015 bis 31.12.2015) ist hiernach nicht anwendbar.

2. Die Aufrechnung war auch nicht gem. § 15 Abs. 4 S. 2 des zwischen der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen einerseits und verschiedenen Krankenkassen sowie Landesverbänden der Krankenkasse andererseits geschlossenen Vertrages nach § 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V (KVB) ausgeschlossen. Der zum 01.01.1997 in Kraft getretene (§19 Abs. 1) KBV ist zwar am 08.04.2003 gekündigt worden, die Vertragspartner haben sich aber darauf verständigt, den Vertrag bis zu einer Neuregelung weiter zu praktizieren. Ein neuer Vertrag ist bislang nicht zustande gekommen, so dass der gekündigte Vertrag weiter anzuwenden ist (vgl. Landessozialgericht für das Land Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 01. September 2011 – L 16 KR 212/08 –, Rn. 17, juris; Landessozialgericht für das Land Nordrhein-Westfalen, Urteil

vom 24. Mai 2012 – L 16 KR 8/09 –, Rn. 21, juris).

a) Nach § 15 Abs. 4 KVB können Beanstandungen rechnerischer oder sachlicher Art auch nach Bezahlung der Rechnung geltend gemacht werden (S. 1). Bei Beanstandungen rechnerischer Art sowie nach Rücknahme der Kostenzusage und falls eine Abrechnung auf vom Krankenhaus zu vertretenden und zutreffenden Angaben beruht, können überzahlte Beträge verrechnet werden (S. 2). Aus der selektiven Zulassung einer Verrechnung hat die stetige Rechtsprechung des Landessozialgerichts für das Land Nordrhein – Westfalen durch einen Umkehrschluss ein Aufrechnungsverbot für Erstattungsforderungen abgeleitet, die unter keine der 3. Varianten des § 15 Abs. 4 S. 2 KVB fällt, denen vielmehr eine Beanstandung sachlicher Art zugrunde liegt (grundlegend: Landessozialgericht für das Land Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 03. Juni 2003 – L 5 KR 205/02 –, Rn. 18 ff., juris; Landessozialgericht für das Land Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 06. Dezember 2016 – L 1 KR 358/15 –, Rn. 46, juris m.w.Nachw.; ausdrücklich offen gelassen: BSG, Urteil vom 21. März 2013 – B 3 KR 23/12 R –, SozR 4-5562 § 8 Nr 5, Rn. 12).

Zwar sind vorliegend die den Erstattungsforderungen der Beklagten zugrunde liegenden Einwände sachlicher Art, da sie die Berechtigung des Krankenhauses des Klägers zur Erbringung der abgerechneten Leistung (Thermokoagulation) als ambulante Operation bestreitet. Auch sind weder die Rücknahme einer Kostenzusage noch unzutreffende Angaben des Krankenhauses des Klägers ersichtlich.

b) Jedoch werden ambulante Operationen eines Krankenhauses (nach § 115b SGB V) vom KVB nicht erfasst. Nach § 1 Abs. 1 Hbs. 1 KVB bezieht sich der Vertrag nach § 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V ausdrücklich nur auf vor – und nach-, teil- sowie vollstationäre Krankenhausbehandlung und klammert insofern die ebenfalls von § 39 Abs. 1 S. 1 letzter Fall SGB V der Krankenhausbehandlung zugeordnete ambulante Leistungserbringung (vgl. Wahl in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 3. Aufl. 2016, § 39 SGB V, Rn. 39; Köhler-Hohmann in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 3. Aufl. 2016, § 115b SGB V, Rn. 60) aus. Dies wird durch § 2 Abs. 1 KVB bestätigt. Hiernach wird Krankenhausbehandlung im Sinne des § 1 ( ) durchgeführt, wenn sie ( ) nur mit den Mitteln eines Krankenhauses möglich ist, weil u.a. eine ambulante Operation nach § 115b SGB V nicht ausreicht. Zudem sieht § 115b Abs. 1 S. 2 SGB V für die ambulante Krankenhausbehandlung speziellere Regelungsermächtigungen vor, die § 112 Abs. 1 Nr. 1 SGB V vorgehen (Wahl in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 3. Aufl. 2016, § 112 SGB V, Rn. 21).

aa) Wenn aber die Erstattungsforderung als Gegenforderung/Aktivforderung nicht in den Regelungsbereich des KVB fällt, kann auch das Aufrechnungsverbot aus § 15 Abs. 4 S. 2 KVB keine Anwendung finden. Bezieht sich die selektive Erlaubnis einer Aufrechnung nur auf Aufrechnungen mit Gegenforderungen aus Vergütungsansprüchen aus Krankenhausbehandlung i.S.d. § 1 Abs. 1 Hbs. 1 KVB, kann auch der Umkehrschluss des Aufrechnungsverbotes nicht weiter reichen. Unerheblich ist, dass die Hauptforderung/Passivforderung aus einer Krankenhausbehandlung i.S.d. § 1 Abs. 1 KVB stammt.

Der gegenteiligen Auffassung des 16. Senats des Landessozialgerichts Nordrhein – Westfalen im Rahmen der Zurückweisung einer Nichtzulassungsbeschwerde mit Beschluss vom 30. Oktober 2017 (L 16 KR 780/16 NZB –, Rn. 6, 9, juris) folgt die Kammer nicht. Im dem der Entscheidung des 16. Senates zugrunde liegenden Fall rechnete die Krankenkasse eine – aus ihrer Sicht – ohne Rechtsgrund gezahlte Aufwandspauschale nach § 275 Abs. 1c S. 3 SGB V gegen einen unstreitigen Vergütungsanspruch aus einer Krankenhausbehandlung i.S. d. § 1 Abs. 1 KVB auf. Der 16. Senat sah es als auf der Hand liegend und unter Berücksichtigung von Sinn und Zweck des Aufrechnungsverbotes nicht als klärungsbedürftig an, dass § 15 Abs. 4 S. 2 KVB so auszulegen sei, dass es einzig darauf ankomme, dass das Krankenhaus einen Vergütungsanspruch geltend mache, so dass es auf den verrechneten Gegenanspruch nicht ankomme. Dass das Aufrechnungsverbot in einem solchen Fall, in dem es um die Aufrechnung gegen einen Vergütungsanspruch des klagenden Krankenhauses gehe, eingreife, sei durch die Rechtsprechung des LSG NRW geklärt, wobei konkrete Fundstellen in der Entscheidung nicht aufgezeigt worden sind.

Soweit der Kammer ersichtlich hatte das LSG NRW jedoch zuvor nicht dazu Stellung zu beziehen, ob das Aufrechnungsverbot auch dann eingreift, wenn die Aktiv-/Gegenforderung nicht unter die Regelungen des KVB fällt. Denn in den vorangegangenen Entscheidungen zum Aufrechnungsverbot zugrunde liegenden Fallgestaltungen war – soweit erkennbar - die umstrittene Gegenforderung eine Vergütungsforderung für eine Krankenhausbehandlung i.S.d. § 1 Abs. 1 KVB bzw. auf eine solche zurückzuführen. Jedenfalls findet sich keine Auseinandersetzung mit der als geklärt erachteten Fragestellung (vgl. Landessozialgericht für das Land Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 27. März 2003 – L 5 KR 141/01 –, juris; Urteil vom 03. Juni 2003 – L 5 KR 205/02 –, juris; Urteil vom 06. Mai 2004 – L 5 KR 197/03 –, juris; Beschluss vom 03. Juli 2008 – L 16 B 31/08 KR –,juris; Urteil vom 01. September 2011 – L 16 KR 212/08 –, juris; Urteil vom 24. Mai 2012 – L 16 KR 8/09 –,juris (nachfolgend: BSG, Urteil vom 21. März 2013 – B 3 KR 23/12 R –, SozR 4-5562 § 8 Nr 5, Rn. 12); Urteil vom 06. Dezember 2016 – L 1 KR 358/15 –,juris).

bb) Nach Auffassung der Kammer beachtet die Auslegung des 16. Senates (a.a.O.) nicht, dass § 15 Abs. 4 S. 2 KVB (wie etwa auch § 10 S. 1 PrüfVV vom 03.02.2016) hinsichtlich des ihm entnommenen Aufrechnungsverbotes an die Gegenforderung anknüpft, soweit der Senat darauf verweist, dass es einzig darauf ankomme, ob das Krankenhaus einen Vergütungsanspruch geltend mache; der die Hauptforderung darstellt.

Die streitige Gegenforderung kennzeichnet § 15 Abs. 4 S. 2 KVB als eine dem KVB unterfallende. Die "überzahlten Beträge" der Krankenkassen, also die Erstattungsforderungen sind im Rahmen der Aufrechnung gegen eine (unstreitige) Hauptforderung die Gegenforderung. Dass die Erstattungsforderungen solche sind, die aus der Vergütung einer dem Vertrag unterfallenden Krankenhausbehandlung i.S.d. § 1 Abs. 1 KVB resultieren, ergibt sich aus der Systematik: Die in § 15 Abs. 4 KVB angesprochenen Beanstandungen, die den überzahlten Beträgen zugrunde liegen, beruhen auf Rechnungen nach § 15 Abs. 1 KVB, die der Rechnungslegung nach § 14 KVB korrespondieren. Der Bezug des § 14 (Abs. 1, 2, 4) KVB auf die Krankenhausbehandlung, die es nach § 15 Abs. 1 KVB zu vergüten gilt, macht so deutlich, dass den Erstattungsforderungen i.S.d. § 15 Abs. 4 KVB Vergütungsabrechnungen für Krankenhausbehandlungen zugrunde liegen (müssen). Es unterliegt dabei ferner keinen Zweifeln, dass die Krankenhausbehandlungen jene sind, die nach § 1 Abs. 1 KVB Gegenstand des Normenvertrages (vgl. Becker, in: ders./Kingreen, SGB V, 5. Aufl. 2017, § 112, Rn. 14) sind. Ausdrücklich bestimmt § 1 Abs. 1 Hbs. 1 KVB, dass dieser Vertrag die allgemeinen Bedingungen einer Krankenhausbehandlung regelt, soweit sie gemäß § 39 Abs. 1 SGB V vor- und nachstationär, teilstationär sowie vollstationär erbracht wird.

Dem entsprechend hat das Bundessozialgericht deutlich gemacht hat, dass die Regelungen des Landesvertrages nach § 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V solche sind, die ausschließlich auf Vergütungsansprüche des Krankenhauses Anwendung finden und die Regelungen nicht für

anderweitige Ansprüche (etwa die Aufwandspauschale) gelten. Daher hatte das BSG Zinsregelungen des Landesvertrages für nicht anwendbar erklärt und auf den Zinssatz nach § 288 Abs. 1 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) verwiesen (BSG, Urteil vom 28. November 2013 – B 3 KR 4/13 R –, SozR 4-2500 § 275 Nr 16, Rn. 27).

Der seitens des 16. Senates des LSG NRW mit Beschluss vom 30. Oktober 2017 (L 16 KR 780/16 NZB –, Rn. 6, 9, juris) für seine Auffassung herangezogene Sinn und Zweck des Aufrechnungsverbotes (dazu näher: Urteil des Senats vom 24. Mai 2012 – L 16 KR 8/09 –, Rn. 26, juris) kann nicht über seinen durch die Systematik konturierten Wortlaut hinaus Bedeutung erlangen, zumal normenvertragliche (Abrechnungs)bestimmungen eng am Wortlaut, unterstützt durch systematische Erwägungen auszulegen sind (vgl. BSG SozR 4-2500 § 109 Nr. 19 Rn. 17 m.w.N.; BSGE 109, 236 = SozR 4-5560 § 17b Nr. 2, Rn. 27; BSG SozR 4-2500 § 109 Nr. 51 Rn. 13 m.w.N.; BSG SozR 4-5562 § 2 Nr. 1 Rn. 15).

3. Der Beklagten stand auch der fällige und durchsetzbare Gegenanspruch in Höhe des aufgerechneten Betrages von 13794,19 EUR zu, so dass eine Aufrechnungslage bestand.

a) Die von der Beklagten geltend gemachte Aufrechnungsforderung basiert auf einem öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch. Dieses aus den allgemeinen Grundsätzen des öffentlichen Rechts hergeleitete Rechtsinstitut setzt voraus, dass im Rahmen eines öffentlichen Rechtsverhältnisses Leistungen ohne rechtlichen Grund erbracht oder sonstige rechtsgrundlose Vermögensverschiebungen vorgenommen worden sind (BSG, Urteil vom 01. August 1991 – 6 RKa 9/89 –, BSGE 69, 158-166, SozR 3-1300 § 113 Nr. 1, Rn. 17 ff.). Ein öffentliches Rechtsverhältnis liegt hier zwischen den Beteiligten vor, da die Abrechnungsbeziehungen zwischen Krankenkasse und Krankenhaus nach den maßgeblichen §§ 107 ff. SGB V öffentlich-rechtlich geprägt sind (BSG SozR 3-2500 § 39 Nr. 4 m.w.N.).

Im Rahmen des öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruchs gelten ähnliche Grund-sätze wie im bürgerlichen Recht der ungerechtfertigten Bereicherung (§§ 812 ff. BGB), dem der öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch zumindest insoweit vergleichbar ist, als beide Ansprüche als Ausdruck eines althergebrachten Rechtsgrundsatzes, dem Ausgleich einer rechtsgrundlosen Vermögensverschiebung dienen. Wenn auch im Zivilrecht nicht ausdrücklich geregelt ist, wann eine Bereicherung ungerechtfertigt ist, ist jedoch allgemein anerkannt, dass Leistungen zum Zwecke der Erfüllung einer Verbindlichkeit, die in Wirklichkeit nicht besteht, grundsätzlich zurückgefordert werden können (vgl. zum öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch bei Überzahlung von Krankenhausleistungen (BSG, Urteil vom 22. Juli 2004 – B 3 KR 21/03 R –, BSGE 93, 137-149, SozR 4-2500 § 137c Nr. 2, Rn. 16).

b) Die Beklagte hat dem Kläger Vergütung ambulanter Operationen in Gestalt von Thermokoagulationen ohne Rechtsgrund gezahlt, weil das Krankenhaus des Klägers die Leistungen (im Jahr 2015) nicht zulasten der Gesetzlichen Krankenversicherung erbringen durfte.

aa) Rechtsgrundlage des geltend gemachten Vergütungsanspruchs ist § 109 Abs. 4 S. 3 SGB V i.V.m. § 1 Abs. 3 S. 2 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG), § 115b Abs. 2 S. 4 SGB V und § 7 Abs. 1 S. 1 AOP-Vertrag. Nach § 109 Abs. 4 S. 1 SGB V wird das Plankrankenhaus i. S. d. § 109 Abs. 1 S. 3 SGB V zur Krankenhausbehandlung der Versicherten zugelassen. Krankenhausbehandlung wird u.a. 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 Nr. 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 Ersatzkassen-Gebührenordnung nach einem festen Punktwert außerhalb der budgetierten und pauschalierten Gesamtvergütungen vergütet (§ 7 Abs. 1 S 1 AOP-Vertrag) (BSG, Urteil vom 01. Juli 2014 – B 1 KR 1/13 R –, BSGE 116, 146-153, SozR 4-2500 § 115b Nr. 5, Rn. 9).

bb) Die seitens der Beklagten zunächst gerügte Aktivlegitimation ergibt sich aus einer Kooperation des Klägers im Sinne des § 115 b Abs. 1 S. 4 SGB V i.V.m. § 7 Abs. 4 S. 3 des AOP-Vertrages. Danach können Krankenhäuser die im AOP-Katalog durchführbaren Operationen und sonstigen stationsersetzenden Eingriffe auch auf der Grundlage einer vertraglichen Zusammenarbeit des Krankenhauses mit niedergelassenen Vertragsärzten ambulant im Krankenhaus erbringen. Einen entsprechenden Kooperationsvertrag hat der Beklagte mit dem in den streitigen Behandlungsfällen operierenden niedergelassenen Vertragsarzt, dem Facharzt für Neurochirurgie Dr. Patz geschlossen. Nach § 18 Ans. 2 S. 1, 3 des AOP-Vertrages sind die Leistungen deshalb durch das Krankenhaus in Rechnung zu stellen. Eine gesonderte Vergütung des Vertragsarztes erfolgt in diesem Fall weder durch die Krankenkasse noch durch die Kassenärztliche Vereinigung (Köhler-Hohmann in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 3. Aufl. 2016, § 115b SGB V, Rn. 37).

cc) Der Vergütungsanspruch umfasst die Leistungen, zu denen das sie erbringende Krankenhaus zugelassen ist, die dem Leistungskatalog des § 115b Abs. 1 S. 1 S. 1 Nr. 1 SGB V unterfallen, die das Krankenhaus sachlich und rechnerisch richtig abrechnet sowie die es wirtschaftlich und qualitätsgerecht erbracht hat (vgl. BSGE 116, 146 = SozR 4-2500 § 115b Nr. 5, Rn. 10; BSG, Urteil vom 31. Mai 2016 – B 1 KR 39/15 R –, SozR 4-2500 § 115b Nr 7, Rn. 8).

Die Thermokoagulation unterfiel im maßgeblichen Zeitraum (Jahr 2015) nicht dem Leistungskatalog des § 115b Abs. 1 S. 1 Nr. 1 SGB V.

(1) Der AOP- Katalog (Stand 19.01.2015) nach § 115b Abs. 1 S. 1 Nr. 1 SGB V i.V.m. § 3 Abs. 1 AOP-Vertrag (in der Fassung vom 08.04.2014) unterscheidet zunächst Leistungen innerhalb des Kapitels 31 Anhang 2 EBM (AOP – Katalog Abschnitt 1) und außerhalb (AOP – Katalog Abschnitt 2). Kapitel 31 EBM regelt die Gebührenordnungspositionen für ambulante Operationen, Anästhesien, prä –, postoperative und konservativ orthopädisch – chirurgische Leistungen. Anhang 2 zu Kapitel 31 EBM bestimmt die Zuordnung der operativen Prozeduren (OPS) zu den Leistungen des Kapitels 31 (und 36). Soweit der EBM mit Anhang 2 zu Kap. 31 keine Zuordnung trifft, legt Abschnitt 2 des AOP – Kataloges die OPS- Zuordnung fest. Abschnitt 3 des AOP – Kataloges erfasst einige wenige Leistungen, denen keine OPS zugeordnet werden,

wie z.B. Leistungen nach § 121a SGB V. Es werden hier ausschließlich EBM- Leistungen aufgeführt. Aufgrund inhaltlicher Differenzen in der Leistungsbeschreibung von EBM und OPS wird auf eine Zuordnung von OPS –Kodes dabei verzichtet. Für Operationen und Eingriffe des Abschnittes 3 gilt die Leistungsbeschreibung des EBM.

(2) Für die Auslegung vertraglicher Vergütungsbestimmungen ist nach der ständigen Rechtsprechung des BSG in erster Linie der Wortlaut der Regelungen maßgeblich (vgl. BSG, Urteil vom 11. Februar 2015 - B 6 KA 15/14 R - juris m.w.N.). Dies gründet sich zum einen darauf, dass das vertragliche Regelwerk (hier: AOP-Vertrag) dem Ausgleich der unterschiedlichen Interessen von Leistungserbringern und Krankenkassen dient und es vorrangig Aufgabe des Normgebers des AOP-Vertrages - also der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und des Spitzenverbandes der gesetzlichen Krankenversicherungen (vgl. § 115b Abs. 1 S. 1 SGB V) - ist, Unklarheiten zu beseitigen. Zum anderen folgt die primäre Bindung an den Wortlaut aus dem Gesamtkonzept des AOP-Vertrages als einer abschließenden Regelung (vgl. § 3 Abs. 1 AOP-Vertrag), die keine Ergänzung oder Lückenfüllung durch Rückgriff auf andere Leistungsverzeichnisse oder 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 allerdings 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 (BSG, a.a.O.; Landessozialgericht für das Land Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 28. September 2016 – L 11 KA 55/15 –, Rn. 26, juris).

Nach anerkannten Auslegungsgrundsätzen richtet sich die Wortlautinterpretation zunächst nach dem allgemeinen Sprachgebrauch eines Ausdrucks bzw. einer Wortverbindung. Haben Ausdrücke in der Fachsprache eine spezifische Bedeutung erhalten, geht der besondere Sprachgebrauch des Regelungswerkes vor (vgl. Larenz, Methodenlehre der Rechtswissenschaft – Lehrbuch, 3. Aufl. 1995, S. 141 ff.). Insoweit kann die Auslegung des Wortlautes – wie auch die o. a. Rechtsprechung des BSG anerkennt – häufig nicht ohne Blick auf das im Regelungs- bzw. Bedeutungszusammenhang verwandte Vokabular auskommen. Das Wortlautverständnis ist insofern vielmals nicht ohne systematische Auslegung denkbar (vgl. Larenz/Canaris, a.a.O., S. 145 f.; vgl. BSG, Urteil vom 06. Oktober 2011 – B 9 SB 7/10 R –, BSGE 109, 154-176, SozR 4-3250 § 145 Nr 2, Rn. 40; BSG, Beschluss vom 10. März 2015 – B 1 KR 82/14 B, Rn. 7, veröffentlicht bei JurionRS 2015, 13518; vgl. auch LSG NRW. a.a.O., Rn. 27). Dies relativiert die Besonderheiten der Auslegung vertraglicher gegenüber gesetzlichen Regelungen. Es lässt das klägerseitige Wortlautverständnis vorliegend endlich nicht als Ergebnis eines Auslegungsvorganges erscheinen, sondern bereits als Subsumtionsvorgang, in dem allein danach gefragt wird, ob der fragliche medizinische Vorgang unter die manigfaltigen Bedeutungsvarianten des auszulegenden Textes fassbar ist.

(3) Dem Wortlaut des im Abschnitt 1 des AOP-Kataloges aufgeführten OPS 5-041.5 kann nicht ohne weiteres entnommen werden, dass die (gepulste) Facettendenervierung umfasst wäre. Denn soweit die "Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe von Nerven: Neven Rumpf" umschlossen wird, wird gerade weder die Facettendenervierung noch ein medizinfachsprachliches Synonym, etwa das der Thermokoagulation, ausdrücklich erwähnt.

Gegen eine Erfassung der Facettendenervierierung durch den Wortlaut spricht vielmehr, dass nach der Darstellung des Klägers durch seinen Bevollmächtigten in der Klageschrift selbst, an der die Kammer keinen Anlass hat zu zweifeln, nicht notwendig eine Destruktion von erkranktem Gewebe im Wortsinne erfolgt, während eine Exzison, unter der man in der Chirurgie das Entfernen eines Gewebes oder Gewebeteils aus therapeutischen oder diagnostischen Gründen versteht, offensichtlich ausscheidet. Die Thermokoagulation wurde durch den Kläger bei Patienten eingesetzt, die unter chronischen Rückenschmerzen litten. Diese wurden durch Verschleiß der Bandscheiben und/oder Wirbelgelenke verursacht, die zu Nervenreizungen und hiermit zu einem mechanisch verursachten Schmerz führten. Durch minimalinvasive Verödung der schmerzleitenden Nervenfasern (Facettendenervierung) wurde dieser Schmerz gelindert oder beseitigt (vgl. auch SG Schwerin, Urteil vom 28. November 2012 – S 3 KA 40/10 –, Rn. 26, juris). Eine regelwidrige, krankhafte Veränderung des Nervengewebes selbst lag damit jedenfalls nicht notwendig vor (und ist für die konkret in Streit stehenden Abrechnungsfälle auch nicht nachgewiesen worden).

Dies wird durch die Veränderung der für den vorliegenden Fall zeitlich maßgeblichen OPS Version 2015 zu 5-041 "Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe von Nerven" zum Jahr 2016 bestätigt. Ab dem OPS 2016 hat das den OPS entwickelnde und fortschreibende Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (vgl. § 301 Abs. 2 SGB V) das Wort "erkranktem" auf Vorschlag des MDK-Nordrhein in runde Klammern gesetzt. Dies bedeutet nach den Hinweisen zu verwendeten Begriffen und Symbolen für die Benutzung der OPS Version 2016, dass das in Klammern gesetzte Wort lediglich eine ergänzende Prozedurenbezeichnung oder Erläuterung enthält (https://www.dimdi.de/static/de/klassi/ops/kodesuche/onlinefassungen/opshtml2016/zusatz-04-hinweise-zur-benutzung.htm). Die Angabe kann vorliegen, aber auch fehlen, ohne dass die Verschlüsselung dadurch beeinflusst wird (vgl. auch Ziffer 34504 EBM, nach der obligater Inhalt u.a. eine Intervention in bzw. an Nerven, Ganglien, Malignomen, Gelenkskörper(n) und/oder Gelenkfacette(n) ist). Dem Änderungsvorschlag lag die Problembeschreibung zu Grunde, dass eine korrekte Abbildung der Handgelenksdenervierung nach Wilhelm bei fortgeschrittener Handgelenksarthrose zuvor gerade nicht korrekt, also wortlautgemäß im OPS-System möglich war, da die Nerven vor dem Eingriff nicht erkrankt seien aber mangels Alternative mit dem OPS 5-041.4 "Exzison und Destruktion von erkranktem Gewebe von Nerven: Hand" abgebildet würden (https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/ops/vorschlaege/vorschlaege2016/021-handgelenksdenervierung-kreuzer.pdf, aufgerufen am 29.12.2017). Schon aus diesem Grund ließ sich die Facettendenervierung im Jahr 2015 nicht "korrekt" unter den Wortlaut der OPS 5-041.5 fassen.

Schon weil die hier streitgegenständlichen Abrechnungsfälle gerade im Jahr 2015 liegen, ist es insofern nicht überzeugend, wenn der Kläger den dargestellten Wortlaut- bzw. Zeichenwandel der OPS 5-041 zum Jahr 2016 für sein Wortlautverständnis streiten lassen will. Die Argumentation zeigt allerdings gerade, dass die klägerische Ansicht, der maßgebliche Wortlaut der OPS-5041.5 führe zu dem eindeutigen Ergebnis, dass die Thermokoagulation erfasst sei, nicht zutreffend ist und die spezifische Wortlautbedeutung hier nicht ohne systematische bzw. historische Erwägungen erfasst werden kann.

(4) Für die "Facettendenervation" bestand aber das Problem der Kodierung nach dem OPS wie bei der Handgelenksdenervierung ohnehin nicht. Sie war und ist im OPS 5-830.2 "Operation an der Wirbelsäule" (OPS 5-83) eigens abgebildet. Es handelt sich also im Sprachgebrauch der OPS nicht um eine "Operation am Nervensystem; Operation an Nerven und Nervenganglien", wie im Falle der OPS 5-041.5, sondern um

eine "Operation am Bewegungsapparat." Nach dem Wortverständnis des OPS Kataloges liegt der Facettendenervation die Indikation eines "erkrankten Knochen bzw. Gelenkgewebes der Wirbelsäule" (OPS 5-830) zugrunde.

Dass der OPS 5-830.2 (Facettendenervation) gerade nicht in den abschließend vereinbarten Leistungen in der Anlage zum AOP-Vertrag enthalten ist, schließt es entgegen der Auffassung des Klägers nicht aus, ihn zum Verständnis des im AOP-Katalog enthaltenen OPS 5-041.5 heranzuziehen. Der AOP-Katalog wie der EBM (u.a.) im Anhang 2 zu Kapitel 31 adaptieren das Wortverständnis des OPS. Durch die selektive Aufnahme von OPS werden dabei andere OPS gerade ausgeschlossen. So greift auch der Kläger selbst zur Begründung seiner Auffassung auf (Angaben des) OPS zurück, die sich nicht im AOP-Katalog finden, führt er beispielsweise an, dass die Präambel zu OPS 5-04 (allein) Operationen an intraspinalen Anteilen von Rückenmarksnerven (OPS 5-035.6 f.) von den nachfolgenden Prozeduren ausschließe und die Präambel zu den OPS 5-01 bis 5-05 ausdrücklich vorsehe, dass minimalinvasive Techniken zusätzlich zu kodieren seien.

Soweit in der Präambel Satz 3 zu den OPS 5-01 bis 5-05 vorgesehen war/ist, dass die Anwendung minimalinvasiver Technik, sofern nicht als eigener Kode angegeben, zusätzlich zu kodieren ist, lässt sich aber hieraus für die Ansicht des Kläger nichts herleiten. Die Thermokoagulation als minimalinvasive Technik hat keinen eigenen Kode in den OPS 5-01 bis 5-05. Sie ist aber auch nicht in den von Satz 3 der Präambel zu den OPS 5-01 bis 5-05 für diesen Fall in Bezug genommenen OPS für minimalinvasive Verfahren unter 5-986 ausdrücklich aufgeführt.

Dass gewisse Operationen, die der OPS- Katalog als Operationen an Nerven und Nervenganglien qualifiziert, die an anderer Stelle im OPS-Katalog aufgeführt sind, von den OPS 5-04 in dessen Präambel ausdrücklich ausgeschlossen werden, lässt nicht den Umkehrschluss zu, dass vom OPS Katalog als "Operationen an der Wirbelsäule" kategorisierte Eingriffe wie die Facettendenervation von den OPS 5-04 erfasst werden.

Begründet der Kläger sein Wortlautverständnis systematisch weiter dadurch, dass kein anderer OPS aus Abschnitt 1 des AOP-Kataloges für die Abrechnung der Thermokoagulation/ Facettendenervation in Betracht kommt, liegt darin aus Sicht der Kammer ein Zirkelschluss, weil die Argumentation bereits das Ergebnis voraussetzt, dass die Facettendenervierung als ambulante Operation im Krankenhaus abrechenbar ist.

(5) Durch Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 S. 1 SGB V in seiner 290. Sitzung zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes mit Wirkung zum 01.04.2013 wurde der OPS-Kode 5-830.2 ("Inzision von erkranktem Knochen – und Gelenksgewebe der Wirbelsäule: Facettendenervation") aus dem Kapitel 31 Anhang 2 des EBM gestrichen. Daraufhin wurde er auch aus dem Abschnitt 1 des AOP-Kataloges entfernt, ohne in Abschnitt 2 des AOP Kataloges aufgenommen zu werden. Im Anhang zum AOP-Katalog 2013 heißt es ausdrücklich: "Gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 S. 1 SGB V ( ) mit Wirkung zum 01.04.2013 wird der OPS-Kodes 5-830.2 aus dem Anhang zwei des EBM gestrichen. Ab diesem Zeitpunkt ist der OPS – Kode aus Abschnitt 1 des AOP – Kataloges nicht mehr gemäß § 115b SGB V abrechenbar ( )".

Die Streichung aus Kapitel 31 Anhang 2 des EBM erfolgte ausweislich der entscheidungserheblichen Gründe des Bewertungsausschusses u.a. um, die Voraussetzung einer Vergütung u.a. der minimalinvasiven Facettendenervation nach dem EBM an die Änderung der Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V (ABK-RL) (ambulante spezialärztliche Versorgung) durch den Gemeinsamen Bundesausschuss vom 19.05.2011 sowohl inhaltlich als auch in Bezug auf die dort von den Ärzten geforderten Qualifikationen anzupassen. Dafür wurden die Gebührenpositionen 34503 und 34504 eingeführt. Kernpunkt derer ist, dass CT/MRT-gestützte interventionelle schmerztherapeutische Leistungen (vgl. § 116 b Abs. 1 S. 2 Nr. 3 a) SGB V) nur noch von Fachärzten mit der Zusatz – Weiterbildung "Spezielle Schmerztherapie" erbracht werden dürfen oder eine Überweisung durch einen Vertragsarzt mit der Genehmigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie vorliegen muss. Zudem darf die Leistung nicht solitär erbracht werden, sondern ausschließlich im Rahmen eines multimodalen Schmerztherapiekonzeptes (siehe Präambel zu Ziffer 34.5 EBM) (vgl. hierzu SG Aachen, Urteil vom 30.05.2018 – S 1 KR 399/17 – nicht veröffentlicht; Klinger-Schindler, Kommentar für die ambulante Abrechnung – ambulantes Operieren, 2. Aufl. 2015, S. 36). Die Gebührenpositionen 34503 und 34504 EBM wurden indes nicht in Abschnitt 3 des AOP-Katalogs (2015) eingefügt.

(6) Sofern der AOP-Katalog eine Abrechnung der Leistung als ambulante Operation über die OPS 5-041.5 gestatten würde, ohne dass der Präambel 34.5 EBM entsprechende Voraussetzungen statuiert oder in Bezug genommen werden, fielen sowohl die Voraussetzungen für eine Vergütung an sich als auch die Höhe der Vergütung der Facettendenervation für eine ambulante Operation im Krankenhaus einerseits und eine ambulante vertragsärztliche Operation andererseits (außerhalb der spezialfachärztlichen Versorgung) auseinander.

Gemäß Abschnitt 1 des AOP-Kataloges erfolgt die Zuordnung der jeweils zutreffenden EBM- Leistung nach gültigem Anhang 2 des EBM. Die weniger strengeren inhaltlichen Vorgaben für eine Abrechnung aufgrund des AOP-Kataloges würden hiernach auch noch mit einer höheren Vergütung nach EBM 31242 einhergehen, deren Berechnung nach der Präambel 31.2.1 Nr. 1,3 für die vertragsärztliche Leistungserbringung zudem eine offen-chirurgische Durchführung voraussetzte und eine minimalinvasive Technik nicht erfasste (Dies war der 2. Grund für die Streichung des OPS-Kodes 5-830.2 aus dem EBM; vgl. die Entscheidungserheblichen Gründe des Beschlusses in der 290. Sitzung; vgl. Landessozialgericht für das Land Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 28. September 2016 – L 11 KA 55/15 –, Rn. 25 ff., juris).

Das Verständnis des Klägers vom AOP-Katalog steht folglich nicht mehr auf dem Boden der Ermächtigungsgrundlage nach § 115 b Abs. 1 S. 1 Nr. 2 SGB V, die einheitliche Vergütungen für Krankenhäuser und Vertragsärzte für vom AOP-Katalog umfasste Operationen und sonstige stationsersetzender Eingriffe vorsieht. Zielsetzung des Gesetzgebers bei der Schaffung des § 115 b SGB V war es dabei, zwischen Krankenhäusern und Vertragsärzten bei den Katalogleistungen gleiche Wettbewerbsbedingungen bei ambulanten Operationen zu schaffen (vgl. BSG, Urteil vom 11. April 2002 – B 3 KR 25/01 R –, SozR 3-2500 § 115b Nr 2, Rn. 20; Becker, in: ders./Kingreen, SGB V, 5. Aufl. 2017 § 115 b, Rn. 16).

(7) Tatsächlich verfügt der mit dem Krankenhaus der Beklagten kooperierende Operateur Dr. Q. auch nicht über die formale fachliche Qualifikation zur Durchführung der Thermokoagulation zu Lasten der GKV.

Nach den § 6 Abs. 2 S. 1, 4 Abs. 1c, Abs. 2 der von den Partnern der Bundesmantelverträge (§ 82 Abs. 1 SGB V) beschlossenen Vereinbarung

von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten (Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie) kann ein Denervationsverfahren nur von Fachärzten mit operativen Weiterbildungsinhalten und der Zusatz – Weiterbildung "spezielle Schmerztherapie" durchgeführt werden (s. auch (5)). Ein Vertragsarzt, der diese fachliche Anforderung nicht erfüllt, darf die entsprechenden Leistungen weder erbringen noch abrechnen (§ 135 Abs. 2 S. 1 SGB V).

In einem Verfahren beim Sozialgericht Aachen (S 1 KR 399/17) hat der Arzt Ende Februar 2018 entsprechend ausdrücklich mitgeteilt, keine Berechtigung zur Erbringung als eigene ambulante Leistung zu haben (siehe Urteil der 1. Kammer des vom 30.05.2018, S. 7).

C. I. Die hilfsweise erhobene Feststellungsklage ist bereits unzulässig.

Gemäß § 55 Nr. 1 SGG kann mit einer Klage die Feststellung des Bestehens oder Nichtbestehens eines Rechtsverhältnisses begehrt werden.

Ein Rechtsverhältnis ist die Rechtsbeziehung zwischen mehreren Personen oder zwischen Personen und Sachen, die sich aus der Anwendung einer Rechtsnorm auf das Verhältnis von mehreren Personen zueinander oder auf das Verhältnis einer Person zu einer Sache ergeben.

Der Kläger begehrt mit der Feststellung, dass die Beklagte unvermögend im Sinne des § 13 Abs. 3 (S. 1 Alt. 1) SGB V sei. Damit ist ein zwischen der Beklagten und ihren Versicherten (nicht der Einwohner in der Städteregion bzw. Stadt B.) bestehendes Rechtsverhältnis adressiert. Denn nach § 13 Abs. 3 S. 1 SGB V kann ein Versicherter für eine selbstbeschaffte Leistung die Erstattung von Kosten verlangen, wenn die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen kann oder sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat und dadurch dem Versicherten für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden sind.

1. Gegenstand der Feststellungsklage kann zwar auch ein Rechtsverhältnis zwischen dem Beklagten und einem Dritten sein, wenn der Rechtsbereich des Klägers durch dieses Rechtsverhältnis (mittelbar) betroffen ist (BSG, Urteil vom 22. Juni 1983 – 12 RK 35/82 –, SozR 1500 § 55 Nr 22, Rn. 6; Senger in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGG, 1. Aufl. 2017, § 55 SGG, Rn. 31, 34; Breitkreuz in: Breitkreuz/Fichte, SGG, 2. Aufl. 2014, § 55, Rn. 12: "eine der Klagebefugnis vergleichbare Betroffenheit"; Keller, in: Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer/Schmidt, SGG, 12. Aufl. 2017, § 55, Rn. 6). Eine Betroffenheit des Rechtsbereiches des Klägers durch den Kostenerstattungsanspruch des Versicherten gegen die Beklagte liegt jedoch nicht vor. Es ist – entgegen der Andeutungen in der Klagebegründung – nicht zutreffend, dass dem Krankenhaus im Falle des Unvermögens nach § 13 Abs. 3 S. 1 Alt. 1 SGB V ein andernfalls nicht bestehender Vergütungsanspruch gegen die Krankenkasse zusteht, der Versicherte einen Sachleistungsanspruch erhält; schon deshalb geht auch der Verweis auf § 18 Abs. 8 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) in Leere. Einen solchen Vergütungsanspruch trotz fehlender Befugnis zur Behandlung zu Lasten der GKV erkennt das BSG (im stationären Bereich) lediglich für Notfallbehandlungen an (vgl. etwa: BSG, Urteil vom 23. Juni 2015 – B 1 KR 20/14 R –, BSGE 119, 141-150, SozR 4-2500 § 108 Nr 4, Rn. 13). Der Verweis des Bevollmächtigen des Klägers auf das Urteil des BSG vom 11. Juli 2017 – B 1 KR 26/16 R (–, BSGE (vorgesehen), SozR 4-2500 § 13 Nr 36) trägt in diesem Zusammenhang nichts bei. Das BSG sah aufgrund der Genehmigungsfiktion nach § 13 Abs. 3a SGB V einen Sachleistungsanspruch der Versicherten auf eine bariatrische Operation gegenüber der Krankenkasse. Bereits ein Zusammenhang der Fallgestaltung mit der Kostenerstattungsvoraussetzung des Unvermögens i. S. d. § 13 Abs. 3 S. 1 Alt. 1 SGB V besteht offensichtlich nicht.

2. Die begehrte Feststellung des Unvermögens der Beklagten i. S. d. § 13 Abs. 3 (S. 1 Alt. 1) SGB V, die ambulante Leistung der Thermokoagulation an Wirbelsäulennerven für Versicherte in der Städteregion B., hilfsweise der Stadt B., zu erbringen, betrifft zudem nicht das Bestehen eines Rechtsverhältnisses, sondern die Klärung eines Elementes eines (zukünftigen) Rechtsverhältnisses.

Das festgestellt begehrte Unvermögen i. S. d. § 13 Abs. 3 S. 1 Alt. 1 SGB V ist nämlich nur eine von mehreren Voraussetzungen für das Bestehen eines Rechtsverhältnisses nach § 13 Abs. 3 S. 1 SGB V (vgl. zu den Voraussetzungen im Einzelnen: Kingreen, Becker/Kingreen, SGB V, 5. Aufl. 2017, § 13, Rn. 20 ff.; Helbig in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 3. Aufl. 2016, § 13 SGB V, Rn. 39 ff.).

Eine solche sog. Elementenfeststellungsklage ist grundsätzlich nicht zulässig (BSG, Urteil vom 13. März 2001 – B 3 P 10/00 R –, SozR 3-3300 § 38 Nr 2, SozR 3-3300 § 43a Nr 2, SozR 3-3300 § 36 Nr 2, Rn. 37) und kommt nach der Rechtsprechung des BSG im Einzelfall nur in Betracht, wenn sicher anzunehmen ist, dass durch sie der Streit der Beteiligten insgesamt bereinigt wird (BSG, Urteil vom 26. März 2014 – B 10 EG 2/13 R –, Rn. 9, juris) und sie daher aus Gründen der Prozessökonomie geboten ist (Breitkreuz in: Breitkreuz/Fichte, SGG, 2. Aufl. 2014, § 55, Rn. 6 m.w.Nachw.). Hiervon kann vorliegend nicht ausgegangen werden. So bleibt im Verhältnis zwischen Versichertem und Krankenkasse in jedem Einzelfall die Notwenigkeit der Leistung und ihre Unaufschiebbarkeit zu beurteilen, ferner die nach ständiger Rechtsprechung für beide Regelungsalternativen des § 13 Abs. 3 SGB V erforderliche strenge Kausalität zwischen dem die Haftung der Krankenkasse begründenden Umstand und dem Nachteil (Kostenlast) des Versicherten (vgl. u. a. BSG, Urteil vom 10. Februar 1993 – 1 RK 31/92 –, SozR 3-2200 § 182 Nr 15, Rn. 16 ff.; BSG, Beschluss vom 15. April 1997 – 1 BK 31/96 –, SozR 3-2500 § 13 Nr 15; BSG, Urteil vom 14. Dezember 2006 – B 1 KR 8/06 R –, BSGE 98, 26-33, SozR 4-2500 § 13 Nr 12, Rn. 19).

Der Verweis des Kläger – Bevollmächtigten auf Rechtsprechung für die vertragsärztliche Versorgung (BSG, Urteil vom 11. Mai 2011 – B 6 KA 2/10 R –, SozR 4-2500 § 87 Nr 25, Rn. 14), wonach Vorfragen, die Auswirkungen auf die Honorierung für mehrere Quartale haben, eigenständiger Klärung – losgelöst von der Anfechtung eines konkreten Honorarbescheides – per Feststellungsklage zugänglich sind, führt nicht weiter. Denn vorliegend ist einerseits die Frage des Vergütungsanspruches gerade bereits im Rahmen des Hauptantrages – bezogen auf konkrete Behandlungsfälle – zu klären gewesen. Andererseits ist eine Tatbestandsvoraussetzung für einen Erstattungsanspruch der Versicherten keine Vorfrage für ein Vergütungsanspruch des Klägers gegen die Beklagte.

3. Das zur Feststellung begehrte Element eines Anspruches eines Versicherten gegen den Beklagten betrifft nach dem Klagebegehren zudem allein zukünftige Vorgänge. Für einen solchen Fall ist eine Feststellungsklage nur möglich, wenn die maßgeblichen tatsächlichen Grundlagen schon gelegt sind (vgl. BSG, Urteil vom 29. Januar 2004 – B 4 RA 29/03 R –, BSGE 92, 113-138, SozR 4-2600 § 46 Nr 1, Rn. 29; Keller, in: Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer/Schmidt, SGG, 12. Aufl. 2017, § 55, Rn. 8b m.w.Nachw.).

Auch dies ist vorliegend nicht der Fall. Ein Unvermögen im Sinne des § 13 Abs. 3 S. 1 Alt. 1 SGB V verlangt die Unaufschiebbarkeit einer Leistung, die die Unfähigkeit einer rechtzeitigen Erbringung durch die Krankenkasse bedingt. Die Unaufschiebbarkeit entfällt dabei nur,

wenn es dem Versicherten unzumutbar gewesen ist, die Entscheidung der Krankenkasse abzuwarten. Der Versicherte muss grundsätzlich zunächst Kontakt mit der Krankenkasse aufnehmen, damit diese die objektive Verfügbarkeit prüfen und dem Versicherten mitteilen kann. An einer Unaufschiebbarkeit fehlt es demgegenüber, wenn die Krankenkasse vor der Inanspruchnahme der Leistung nicht mit dem Leistungsbegehren des Versicherten befasst worden ist, obwohl dies möglich und zumutbar gewesen wäre (st. Rspr., u.a. BSG, Urteil vom 02. November 2007 – B 1 KR 14/07 R –, BSGE 99, 180-189, SozR 4-2500 § 13 Nr 15, Rn. 24 m.w.Nachw.; Helbig in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 3. Aufl. 2016, § 13 SGB V, Rn. 43). Die Thermogoagulation ist ersichtlich auch keine Leistung, bei der es in der Situation deren Indikation (per se) zeitlich keine Möglichkeit mehr gäbe, die objektive Verfügbarkeit der Leistung durch die Krankenkasse prüfen zu lassen. Dies wird nicht einmal klägerseitig behauptet.

II. Ob die Beklagte tatsächlich unvermögend wäre, die Thermokoagulation als ambulante Leistung für Versicherte der Städteregion/ Stadt B. zu erbringen, ist danach nicht zu entscheiden. Den darauf bezogenen Beweisanträgen des Klägers ist folglich nicht nachzukommen.

Dagegen spricht indes die Auskunft der Kassenärztlichen Vereinigung vom 15.05.2018, in der vertragsärztliche Praxen in der Städteregion B. und Umgebung aufgezeigt worden sind, die die Ziffern 34503 und 34504 EBM abrechnen und die keine größeren Wartezeiten mitgeteilt hätten.

Ungeachtet dessen schiede allerdings ein Anspruch der Versicherten der Beklagten auf Kostenerstattung nach § 13 Abs. 3 S. 1 SGB V für eine ambulante Thermokoagulation im Krankenhaus der Beklagten durch den Operateur Dr. Patz ohnehin aus, da aufgrund dessen fehlender formeller Qualifikation (siehe A. II. 3. b) cc) (7)) der erforderliche Primärleistungsanspruch (vgl. Helbig in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 3. Aufl. 2016, § 13 SGB V, Rn. 39) nicht gegeben wäre (vgl. SG Aachen, Urteil vom 30.05.2018 - S 1 KR 399/17, S. 6 f., nicht veröffentlicht unter Hinweis auf BSG, Urteil vom 02. September 2014 – B 1 KR 65/12 R –, juris).

D. Auch hinsichtlich des Begehrens, dass höchst hilfsweise festgestellt werde, dass der Kläger über die Beklagte behaupten könne, dass diese im Sinne des § 13 Abs. 3 SGB V unvermögend sei, die ambulante Leistung der Thermokoagulation an Wirbelsäulennerven für Einwohner (bzw. Versicherte) in der Städteregion B., hilfsweise der Stadt B., zu erbringen, mangelt es bereits an der Zulässigkeit.

Eine Klagebefugnis für diesen Antrag ist nicht zu erkennen. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts ist zur Vermeidung von Popularklagen auch bei der Feststellungsklage der Rechtsgedanke des § 54 Abs. 1 Satz 2 SGG heranzuziehen nach dem bei einer zulässigen Rechtsverfolgung "eigene" Rechte betroffen sein müssen (BSG, Urteil vom 27. Oktober 2009 – B 1 KR 4/09 R –, BSGE 105, 1-10, SozR 4-2500 § 125 Nr 5, Rn. 14; Senger in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGG, 1. Aufl. 2017, § 55 SGG, Rn. 22, m.w.Nachw. auch zur Gegenauffassung in der Literatur). Dies ist nur zu verneinen, wenn dem Betroffenen das geltend gemachte Recht unter keinem rechtlichen Gesichtspunkt zustehen kann, die Möglichkeit einer Verletzung seiner subjektiven Rechte also nicht gegeben ist (sog. Möglichkeitstheorie, vgl. BSG, Urteil vom 27. Oktober 2009 – B 1 KR 4/09 R m.w.Nachw.).

Im vorliegenden Fall wird allerdings nicht ersichtlich, dass die Verneinung der begehrten Feststellung (eigene) Rechte des Klägers verletzen könnte. Weder ist klägerseitig eine die Feststellung der begehrten Rechtsbeziehung vermittelnde Norm mitgeteilt worden noch sonst erkennbar.

Über die Begründetheit ist auch insoweit nicht zu befinden.

E. Die Kostenentscheidung beruht auf § 197 a SGG i. V. m. § 154 Abs. 1 Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO). Hiernach trägt der unterliegende Teil die Kosten des Verfahrens.

F. Die Streitwertfestsetzung richtet sich nach § 197 a Abs. 1 Satz 1 Halbsatz 1 SGG i.V.m. § 63 Abs. 2 Satz 1, § 52 Abs. 3 Gerichtskostengesetz (GKG). Danach ist in Verfahren vor einem Gericht der Sozialgerichtsbarkeit, in dem der Kläger – wie hier - nicht zum kostenprivilegierten Personenkreis des § 183 SGG gehört, gemäß § 197 a SGG das GKG anzuwenden. Für die Höhe der Streitwertfestsetzung ist § 52 Abs. 1 bis 3 GKG maßgebend. Betrifft der Antrag des Klägers eine bezifferte Geldleistung – wie hier der Klageantrag zu 1) (Hauptantrag) - oder einen hierauf gerichteten Verwaltungsakt, ist deren Höhe maßgebend (§ 52 Abs. 3 GKG); vorliegend 13.795,19 EUR.

Der Streitwert wird durch die hilfsweisen Klageanträge nicht erhöht. Nach § 45 Abs. 1 S. 2 GKG wird ein hilfsweise geltend gemachter Anspruch mit dem Hauptanspruch zusammengerechnet, soweit eine Entscheidung über ihn ergeht. Betreffen Haupt – und Hilfsantrag denselben Gegenstand, ist nur der Wert des höheren Anspruches maßgebend (§ 45 Abs. 1 S. 3 GKG). Erforderlich für eine Entscheidung im Sinne des § 45 Abs. 1 S. 2 GKG ist eine Stattgabe oder Abweisung des Hilfsantrages als unbegründet. Demgegenüber wird der Streitwert durch eine Klageabweisung als unzulässig – wie sie vorliegend erfolgt - nicht erhöht (Kurpat, in Schneider/Volpert/Fölsch, NK-GK, 1. Aufl. 2014, § 45, Rn. 12; vgl. BGH, Beschluss vom 31. Juli 2001 – XI ZR 217/01 –, Rn. 4, juris).
Rechtskraft
Aus
Login
NRW
Saved
2018-08-20