

B 6 KA 30/07 R

Land
Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht
Bundessozialgericht
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
6
1. Instanz
SG Hannover (NSB)
Aktenzeichen
S 16 KA 146/02
Datum
08.09.2004
2. Instanz
LSG Niedersachsen-Bremen
Aktenzeichen
L 3 KA 268/04
Datum
23.05.2007
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 6 KA 30/07 R
Datum
28.01.2009
Kategorie
Urteil
Leitsätze

Die Vergütung der von Belegärzten erbrachten oder veranlassten Laborleistungen, die im Belegpflegesatz des Krankenhauses nicht berücksichtigt sind, darf in einem Honorarverteilungsmaßstab nicht ausgeschlossen werden.

Auf die Revision des Klägers werden die Urteile des Landessozialgerichts Niedersachsen-Bremen vom 23. Mai 2007 und des Sozialgerichts Hannover vom 8. September 2004 geändert. Der Richtigstellungsbescheid für das Quartal II/2001 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 26. März 2002 wird teilweise aufgehoben. Die Beklagte wird verurteilt, dem Kläger die abgesetzten Laborkostenpauschalen des vertraglich vereinbarten Anhangs zu Abschnitt O III EBM-Ä zu vergüten. Die Beklagte trägt die Kosten des Rechtsstreits in allen Rechtszügen, ausgenommen die außergerichtlichen Kosten der Beigeladenen.

Gründe:

I

1

Streitig ist die Vergütung von Laborleistungen eines Belegarztes.

2

Der Kläger ist seit 1999 als Facharzt für Urologie im Bezirk der beklagten Kassenärztlichen Vereinigung (KÄV) zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Sein Praxissitz befindet sich im Gebäude des Krankenhauses der Beigeladenen, in welchem er zugleich als Belegarzt tätig ist. Das der Allgemeinversorgung dienende Krankenhaus verfügt über ein eigenes Labor. Spezielle Laborleistungen - insbesondere aus den Bereichen Mikrobiologie und Serologie - lässt es jedoch auf der Grundlage eines im Jahr 1999 geschlossenen Vertrags von einer externen Laborarztpraxis durchführen.

3

Der Kläger brachte im - hier allein streitigen - Quartal II/2001 stationär-belegärztliche Leistungen für insgesamt 81 Patienten zur Abrechnung. Soweit im Rahmen der Behandlungen nicht vom Krankenhauslabor erbringbare Laboruntersuchungen des Abschnitts O III des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für vertragsärztliche Leistungen (EBM-Ä - in der bis zum 31.3.2005 geltenden Fassung (aF)) aus den Bereichen Serologie bzw Mikrobiologie/ Bakteriologie benötigt wurden, nahm der Kläger sie in seinem Praxislabor vor. Die Analysekosten (Nr 4480, 4507, 4690, 4722, 4724, 4734 EBM-Ä aF) machte er gegenüber der Beklagten auf einem Überweisungs-/Abrechnungsschein für Laboratoriumsuntersuchungen als Auftragsleistung (Muster 10 der Vordruckvereinbarung - Anlage 2 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) bzw zum Bundesmantelvertrag-Ärzte/Ersatzkassen (EKV-Ä)) unter Kennzeichnung des Feldes "bei belegärztlicher Behandlung" geltend. Auf dieselbe Weise brachte er auch einzelne Laborleistungen des Abschnitts O I/II EBM-Ä aF zum Ansatz. Die Beklagte schloss im Honorarbescheid für das Quartal II/2001 jedoch alle Laborleistungen von der Vergütung der belegärztlichen Behandlungen des Klägers aus.

4

Der Kläger machte mit seinem Widerspruch geltend, dass ihm eine Vergütung für die vom Krankenhauslabor nicht vorgehaltenen Laborleistungen zustehe, welche er persönlich erbracht habe. Hätte er damit einen Laborarzt beauftragt, hätte dieser die betreffenden

Leistungen abrechnen können; der Ausschluss ihrer Honorierung bei Belegärzten führe zu einer nicht nachvollziehbaren Benachteiligung dieser Gruppe. Die Beklagte wies den Widerspruch unter Berufung auf Abschnitt I Nr 2 Satz 2 der Anlage 2 ihres Honorarverteilungsmaßstabs (HVM) zurück. Nach dieser Regelung sind ua "die Leistungen der Anhänge zu Abschnitt O I/II und O III BMÄ/EGO" nicht als belegärztliche Leistungen berechnungsfähig (Widerspruchsbescheid vom 26.3.2002).

5

Klage und Berufung sind ohne Erfolg geblieben (Urteile des Sozialgerichts (SG) Hannover vom 8.9.2004 und des Landessozialgerichts (LSG) Niedersachsen-Bremen vom 23.5.2007 - Letzteres in juris dokumentiert). Im Berufungsurteil ist ausgeführt, Streitgegenstand sei die Richtigstellung aller Laborleistungen - auch der O I/II-Leistungen -, weil dem Klagevorbringen eine Beschränkung der Forderung auf O III-Leistungen nicht mit der erforderlichen Eindeutigkeit zu entnehmen sei. Die Richtigstellung sei rechtmäßig, da der Ausschluss einer Vergütung der von Belegärzten erbrachten Leistungen des Kapitels O EBM-Ä aF in Abschnitt I Nr 2 Satz 2 der Anlage 2 zum HVM der Beklagten wirksam sei. Diese Regelung beruhe auf der gesetzlichen Grundlage in [§ 85 Abs 4 Satz 1](#) und 2 SGB V. Die Beklagte habe den ihr eröffneten Gestaltungsspielraum nicht überschritten; die von ihr getroffene Sonderregelung zur Vergütung belegärztlicher Leistungen werde vielmehr in [§ 121 Abs 3 Satz 2 SGB V](#) zwingend vorgeschrieben. Danach seien die Besonderheiten der belegärztlichen Tätigkeit bei ihrer Vergütung zu berücksichtigen. Hierzu gehöre der Umstand, dass der nicht auf persönliche Leistungen des Belegarztes entfallende Kostenanteil bereits mit dem von den Krankenkassen an das Krankenhaus entrichteten "kleinen" Pflegesatz abgegolten sei. Das rechtfertige es, für die streitbefangenen Laborleistungen eine Vergütung völlig auszuschließen, zumal diese nach der zum 1.7.1999 in Kraft getretenen Laborreform keine ärztlichen Leistungen erfassten, sondern nur Laborsachkosten. Der Ausschluss der Laborleistungen von einer Vergütung stehe aus denselben Gründen auch nicht in Widerspruch zu [§ 87 Abs 2 Satz 1 SGB V](#). Die vom SG - und ihm folgend vom Kläger - angeführten Zweifel, dass nicht die Beklagte allein, sondern nur die Gesamtvertragspartner gemeinsam die Befugnis zum Erlass solcher Regelungen hätten, seien nicht berechtigt. Das in [§ 121 Abs 3 Satz 2 SGB V](#) enthaltene Gebot sei von allen mit der Vergütung belegärztlicher Leistungen befassten Körperschaften zu beachten. Solange - wie in Niedersachsen bis heute - entsprechende gesamtvertragliche Regelungen fehlten, bleibe die Kompetenz der KÄV bestehen, die Vergütung ihrer belegärztlich tätigen Mitglieder unter Umsetzung dieses Gebots durch Satzung zu regeln. Auf die Entscheidung des Bundessozialgerichts (BSG) vom 1.2.1995 ([SozR 3-2500 § 121 Nr 1](#)) könne sich der Kläger im Hinblick auf den abweichenden Sachverhalt nicht berufen.

6

Aus dem Umstand, dass dem Kläger für die Laboruntersuchungen tatsächlich Sachkosten entstanden seien, könne ihm ein Erstattungsanspruch gegen die Beklagte allenfalls dann erwachsen, wenn die betreffenden Sachkosten ausnahmsweise nicht mit dem "kleinen Pflegesatz" nach [§ 13 Abs 2 Satz 2 Bundespflegesatzverordnung \(BpflV\)](#) abgegolten seien. Hier sei aber nicht ersichtlich, dass die Kosten für mikrobiologische Laboranalysen aus dem für das Jahr 2001 maßgeblichen Pflegesatz für die urologische Belegabteilung ausgeklammert worden seien; mithin sei davon auszugehen, dass diese über den Pflegesatz vergütet würden. Unerheblich sei, dass solche Leistungen vom Krankenhauslabor seit jeher nicht erbracht, sondern von außerhalb bezogen worden seien, denn dadurch werde die Leistungsfähigkeit des Krankenhauses im pflegesatzrechtlichen Sinne nicht eingeschränkt. Schon vor Inkrafttreten der Laborreform seien gemäß dem damals geltenden HVM die bei belegärztlicher Tätigkeit erbrachten Laborleistungen von der Beklagten lediglich im Umfang von 60 % der Punktzahlen des EBM-Ä aF vergütet worden. Nach den strukturellen Veränderungen der Laborreform sei es konsequent, wenn nunmehr bei Belegärzten die Leistungen nach Nr 3450 bis 3456 EBM-Ä aF voll und die Sachkosten überhaupt nicht mehr honoriert würden. Dies gelte auch für externe Laborärzte, die bei belegärztlichen Behandlungen hinzugezogen würden. Soweit die Beklagte dies - möglicherweise auch im Verhältnis zu dem von der beigeladenen Krankenhausträgerin beauftragten Labor - anders praktiziere, könne der Kläger hieraus nichts für sich herleiten, denn es bestehe kein Anspruch auf Gleichbehandlung im Unrecht. Der Kläger könne sich auch nicht auf Vertrauensschutz berufen; eine der Konstellationen, für die das BSG dies anerkannt habe, liege nicht vor.

7

Mit seiner Revision rügt der Kläger eine Verletzung von [§ 72 Abs 2](#), [§ 87 Abs 1 Satz 1](#) und [§ 121 Abs 3 Satz 2 SGB V](#), von [§ 41 Abs 2 BMV-Ä](#) bzw [§ 33 Abs 2 EKV-Ä](#) sowie einen Verstoß des LSG gegen Auslegungs- und Beweislastgrundsätze. Der im HVM der Beklagten normierte Ausschluss jeglicher Honorierung von Laborleistungen bei belegärztlicher Leistungserbringung widerspreche sowohl dem Gebot angemessener Vergütung ärztlicher Leistungen gemäß [§ 72 Abs 2 SGB V](#) als auch dem in [§ 87 Abs 1 SGB V](#) enthaltenen Verbot, von den Leistungsbewertungen im EBM-Ä ohne gesetzliche Grundlage abzuweichen. Eine solche Grundlage stelle insbesondere [§ 121 Abs 3 SGB V](#) nicht dar. Aus der Anordnung in Satz 1 (aaO), dass belegärztliche Leistungen aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung zu vergüten seien, ergebe sich zugleich, dass die Beklagte einen kompletten Ausschluss der Vergütung der hier in Rede stehenden belegärztlichen Leistungen nicht normieren dürfe. Dies hätte - wie das BSG bereits im Urteil vom 1.2.1995 ([SozR 3-2500 § 121 Nr 1 S 3](#)) entschieden habe - nur "gesamtvertraglich durch die gemeinsame Selbstverwaltung" erfolgen können, doch existiere in Niedersachsen eine solche Regelung nicht. Unzutreffend sei die Auffassung des LSG, die KÄV sei zum Erlass entsprechender Bestimmungen in ihrem HVM berechtigt, solange eine - prinzipiell vorrangige - gesamtvertragliche Vereinbarung nicht bestehe. Die Regelung im HVM der Beklagten führe zu einer Benachteiligung der Belegärzte und zerstöre den Gleichlauf der vertragsärztlichen Vergütung hinsichtlich ambulanter und belegärztlicher Tätigkeiten.

8

Nach Ansicht des Klägers hat das LSG zu Unrecht angenommen, es sei im Rahmen der Bestimmung des Abgeltungsumfangs des "kleinen Pflegesatzes" gemäß [§ 2 Abs 2 Satz 1 BpflV](#) unerheblich, ob in dem konkreten Krankenhaus mikrobiologische Laborleistungen tatsächlich erbracht würden. Vielmehr sei davon auszugehen, dass der von den Krankenkassen entrichtete "kleine Pflegesatz" Laborleistungen, die das Krankenhaus selbst nicht erbringen könne, nicht umfasse. Außerdem habe das Berufungsgericht auf der Grundlage seiner Annahmen, in dem für das Krankenhaus der Beigeladenen vereinbarten "kleinen Pflegesatz" seien alle pflegesatzfähigen allgemeinen Krankenhausleistungen tatsächlich berücksichtigt worden und hierzu gehörten im Falle der urologischen Belegstation auch die mikrobiologischen Laborleistungen, eine fehlerhafte Beweislastentscheidung getroffen. Bei lebensnaher Betrachtung spreche alles dafür, dass bei den Pflegesatzverhandlungen die mikrobiologischen Laborleistungen nicht in den urologischen Belegabteilungspflegesatz einbezogen worden seien.

9

Der Kläger beantragt, die Urteile des Landessozialgerichts Niedersachsen-Bremen vom 23.5.2007 und des Sozialgerichts Hannover vom 8.9.2004 aufzuheben und die Beklagte unter teilweiser Aufhebung des Honorarbescheids für das Quartal II/2001 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 26.3.2002 zu verurteilen, ihm - dem Kläger - die im Quartal II/2001 im Rahmen belegärztlicher Tätigkeit erbrachten und abgerechneten Laborleistungen nach Abschnitt O III EBM-Ä aF zu vergüten.

10

Die Beklagte beantragt, die Revision zurückzuweisen.

11

Sie hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend. Entscheidend sei nicht die Rechtmäßigkeit der Ausschlussregelung in Anlage 2 ihres HVM, sondern die Frage, ob die richtiggestellten Laborleistungen bereits aufgrund Berücksichtigung in dem für das Krankenhaus vereinbarten Pflegesatz vergütet worden seien. Die Darlegung, dass vorliegend ausnahmsweise von einer Vergütung über den Pflegesatz nicht ausgegangen werden könne, obliege dem Kläger; dies sei ihm nicht gelungen.

12

Die Beigeladene schließt sich den Ausführungen des Klägers an, stellt aber keinen Antrag.

II

13

Die Revision des Klägers ist begründet. Die im HVM der Beklagten getroffene Regelung, alle von einem Belegarzt erbrachten Laborleistungen von einer Honorierung aus der Gesamtvergütung auszuschließen, ist mit höherrangigem Recht nicht vereinbar. Die Beklagte ist vielmehr verpflichtet, dem Kläger die Kostenanteile der von ihm durchgeführten Laboranalysen des Abschnitts O III EBM-Ä aF zu vergüten.

14

Streitgegenstand des Revisionsverfahrens sind ausschließlich die in dem angefochtenen Honorarbescheid von der Beklagten richtiggestellten Laborleistungen des Abschnitts O III EBM-Ä aF. Der Kläger hat in der mündlichen Verhandlung seinen ursprünglich auch die Leistungen des Abschnitts O I/II EBM-Ä aF umfassenden Antrag auf Anregung des Senats entsprechend eingegrenzt. Dies stellt keine Klageänderung dar und ist mithin auch im Revisionsverfahren statthaft ([§ 168 Satz 1](#) iVm [§ 99 Abs 3 Nr 2 SGG](#)). Das im Berufungsverfahren geltend gemachte Begehren, die Beklagte zur Vergütung auch von Laborkosten des Abschnitts O I/II EBM-Ä aF zu verurteilen, war unzulässig. Insoweit ist der Honorarbescheid in Bestandskraft erwachsen und damit auch für den Kläger bindend geworden ([§ 77 SGG](#), vgl BSG [SozR 4-1500 § 92 Nr 2](#) RdNr 7), denn dieser hatte seine Klage entgegen der Ansicht des LSG ursprünglich ausdrücklich auf die Richtigstellung von Leistungen des Abschnitts O III EBM-Ä aF beschränkt.

15

Die Rechtsgrundlage für den Anspruch des Klägers gegen die Beklagte auf Honorierung seiner belegärztlichen Leistungen ergibt sich aus [§ 121 Abs 3 Satz 1](#) iVm [§ 85 Abs 4 Satz 1 bis 3 SGB V](#) (idF des GKV-Gesundheitsreformgesetzes 2000 vom 22.12.1999, [BGBl I 2626](#)). Danach sind belegärztliche Leistungen trotz ihrer Erbringung im Rahmen einer stationären Krankenhausbehandlung ([§ 39 SGB V](#) sowie [§ 38 BMV-Ä](#), [§ 30 EKV-Ä](#)) aus den zur Finanzierung der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung vereinbarten Gesamtvergütungen zu honorieren. Die von den Krankenkassen an die KÄV gezahlten Gesamtvergütungen sind von dieser unter die Vertragsärzte zu verteilen; hierbei sind allerdings gemäß [§ 121 Abs 3 Satz 2 SGB V](#) die Besonderheiten der belegärztlichen Tätigkeit zu berücksichtigen (vgl hierzu und zum Nachfolgenden ausführlich BSG [SozR 4-2500 § 121 Nr 1](#) RdNr 5 ff).

16

Die vom Kläger im Rahmen belegärztlicher Behandlungen erbrachten Laborleistungen nach Abschnitt O III EBM-Ä aF (genauer: die hierfür nach dem vertraglich vereinbarten Anhang zu Abschnitt O III zu erstattenden Kostenbeträge - die Kurzform wird hierfür synonym verwendet) dürfen bei der Verteilung der Gesamtvergütungen nicht von einer Honorierung ausgeschlossen werden.

17

1. Was sich als belegärztliche Leistung iS von [§ 121 Abs 3 Satz 1 SGB V](#) darstellt, erschließt sich aus den Regelungen der BpflV (vom 26.9.1994, [BGBl I 2750](#), hier maßgeblich idF von Art 2 DRG-Systemzuschlags-Gesetz vom 27.4.2001, [BGBl I 772](#)). Diese unterscheiden zwischen Krankenhausleistungen, welche dem spezifisch krankenhausrrechtlichen Vergütungsregime der Pflegesätze bzw Fallpauschalen und Sonderentgelte unterfallen, und den über die KÄV zu vergütenden belegärztlichen Leistungen; zugleich enthalten sie die Abgrenzungsbestimmungen zwischen diesen beiden Vergütungssystemen. Gemäß [§ 1 Abs 1 BpflV](#) in der bis zum 31.12.2003 geltenden Fassung (aF), grundlegend geändert zum 1.1.2004 durch das Fallpauschalengesetz vom 23.4.2002, [BGBl I 1412](#)) waren die vollstationären und teilstationären Leistungen der Krankenhäuser nach dieser Verordnung zu vergüten. Die Krankenhausleistungen iS des [§ 1 Abs 1 BpflV](#) aF waren in [§ 2 Abs 1](#) und [2 BpflV](#) aF definiert. Sie umfassten im Einzelnen aufgeführte Leistungen wie ärztliche Behandlung, Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Unterkunft und Verpflegung, wobei zusätzlich zwischen allgemeinen Krankenhausleistungen und Wahlleistungen unterschieden wurde ([§ 2 Abs 1 Satz 1 letzter Halbsatz BpflV](#) aF). In [§ 2 Abs 1 Satz 2 BpflV](#) aF war bestimmt, dass - unter anderem - die Leistungen der Belegärzte ([§ 23 BpflV](#) aF) nicht zu den nach dem krankenhausrrechtlichen Vergütungssystem über

tagesgleiche Pflegesätze, Fallpauschalen oder Sonderentgelte zu vergütenden Krankenhausleistungen gehörten (ebenso nunmehr die im Wesentlichen inhaltsgleichen Bestimmungen in § 1 Abs 1, § 2 Abs 1 und 2 sowie § 18 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) - verkündet als Art 5 des Fallpauschalengesetzes, aaO, zuletzt geändert durch Art 19 GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) vom 26.3.2007, [BGBl I 378](#)).

18

Nach dem in den genannten Abgrenzungsregelungen in Bezug genommenen § 23 Abs 1 BpflV aF, der in Satz 1 die Vorschrift des [§ 121 Abs 2 SGB V](#) nahezu wörtlich wiederholt, sind Belegärzte im Sinne dieser Verordnung nicht am Krankenhaus angestellte Vertragsärzte, die berechtigt sind, ihre Patienten (Belegpatienten) im Krankenhaus unter Inanspruchnahme der hierfür bereitgestellten Dienste, Einrichtungen und Mittel stationär oder teilstationär zu behandeln, ohne hierfür vom Krankenhaus eine Vergütung zu erhalten. In § 23 Abs 1 Satz 2 BpflV aF werden darüber hinaus die "Leistungen des Belegarztes" näher definiert. Gemäß Nr 1 (aaO) fallen hierunter alle persönlichen - ärztlichen - Leistungen des Belegarztes, soweit sie gegenüber einem seiner Belegpatienten erbracht werden (vgl Tusch/Quaas, BpflV, 5. Aufl 2001, Erläuterungen zu § 23 Abs 1 Satz 2 Nr 1). Zu den belegärztlichen Leistungen gehören gemäß Nr 2 (aaO) aber auch die Aufwendungen für den von angestellten Ärzten des Krankenhauses sichergestellten Bereitschaftsdienst für Belegpatienten (einschließlich der von diesen ggf erbrachten Leistungen), dessen Kosten nicht pflegesatzfähig und vom Belegarzt dem Krankenhausträger zu erstatten sind (§ 24 Abs 1 Satz 1 BpflV aF). Leistungen des Belegarztes sind darüber hinaus die vom Belegarzt veranlassten Leistungen nachgeordneter Ärzte des Krankenhauses, die bei der Behandlung seiner Belegpatienten in demselben Fachgebiet wie der Belegarzt tätig werden (§ 23 Abs 1 Satz 2 Nr 3 BpflV aF), sowie die von diesem veranlassten Leistungen von Ärzten oder ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses (Nr 4 aaO). Alle diese Leistungen sind bei der Kalkulation der besonderen Pflegesätze für Belegpatienten auszuklammern (§ 23 Abs 2 Satz 1 iVm § 13 Abs 2 Satz 2, § 7 Abs 2 Satz 2 Nr 3 BpflV aF) und - soweit Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung betroffen sind - nach den Regelungen des vertragsärztlichen Vergütungsregimes zu honorieren (s hierzu auch Vreden, KH 1992, 409, 410; zur Vergütung belegärztlicher Behandlungen von Privatpatienten vgl § 6a Abs 1 Satz 2 Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)). Mithin ist durch das Krankenhausfinanzierungsrecht vorgegeben, dass Doppelzahlungen für Leistungen der Belegärzte iS von § 23 Abs 1 Satz 2 BpflV aF nicht über einen völligen Ausschluss der vertragsärztlichen oder privatärztlichen Vergütung des Belegarztes, sondern durch deren - ggf reduzierte - Honorierung innerhalb dieser Systeme bei gleichzeitiger - entsprechend angepasster - Verminderung der Krankenhausentgelte (Belegpflegesätze bzw nunmehr Fallpauschalen und Zusatzentgelte gemäß § 18 Abs 2 KHEntgG) zu vermeiden sind (BSG [SozR 3-2500 § 121 Nr 3 S 14](#); BSG [SozR 4-2500 § 121 Nr 1 RdNr 13](#)).

19

Trotz dieser Abgrenzungen verbleiben gewisse Gestaltungsmöglichkeiten, ärztliche Leistungen im Rahmen von belegärztlicher Behandlung entweder dem krankenhaushausrechtlichen oder dem vertragsärztlichen Vergütungsregime zu unterstellen. Das betrifft nach der Neugestaltung der BpflV zum 1.1.1995 und den damit ab 1.1.1996 verbundenen Änderungen der Pflegesatzermittlung (vgl Art 1 § 28 Abs 1 und 4 der Verordnung zur Neuordnung des Pflegesatzrechts vom 26.9.1994, [BGBl I 2750](#)) insbesondere Laborleistungen. Diese können vom Krankenhaus dem Belegarzt zur Verfügung gestellt werden (§ 23 Abs 1 Satz 1 BpflV aF bzw [§ 121 Abs 2 SGB V](#)), und zwar entweder über die Einrichtung des krankeneigenen Labors oder ggf auch als Dienst - dh Bezug über externe, vom Krankenhaus beauftragte Laborarztpraxen. Sie sind dann auch in dem nunmehr gemäß § 23 Abs 2 Satz 1 iVm § 13 Abs 2 Satz 2 BpflV aF eigenständig zu kalkulierenden - anders als früher nicht mehr nur mit Hilfe eines prozentualen Abschlags aus dem Hauptabteilungspflegesatz abgeleiteten - Belegpflegesatz anteilig zu berücksichtigen (Tusch/Quaas, aaO, Erläuterungen zu § 23 Abs 2 BpflV; Uleer/Miebach/Patt, Abrechnung von Arzt- und Krankenhausleistungen, 2. Aufl 2000, § 23 BpflV Anm 4; s auch BSG [SozR 3-2500 § 121 Nr 3 S 13](#)). Die für seine belegärztliche Behandlung erforderlichen Laborleistungen können aber auch vom Belegarzt (soweit er über die entsprechende Qualifikation und die erforderlichen Apparate in seiner Praxis verfügt) selbst erbracht oder von ihm gemäß § 23 Abs 1 Satz 2 Nr 4 BpflV aF durch Überweisung bei einer vertragsärztlichen Laborarztpraxis außerhalb des Krankenhauses veranlasst werden; in diesem Fall sind sie nicht in den Belegpflegesatz einzustellen, sondern über das vertragsärztliche Vergütungsregime abzurechnen (vgl Tusch/Quaas, aaO, Erläuterungen zu § 23 Abs 1 Satz 2 Nr 4 BpflV; zur vergleichbaren Situation bei Lokalanästhesien s Vreden KH 1992, 409, 410).

20

Aus der Wechselwirkung zwischen dem Abgeltungsumfang der jeweils für die Dauer eines Jahres für alle Nutzer einer Belegstation einheitlich zu vereinbarenden Pflegesätze für Belegstationen (§ 3 Abs 1 Satz 1, § 13 Abs 2 Satz 2, § 14 Abs 1 Satz 1, § 17 Abs 2 und § 23 Abs 2 Satz 1 BpflV aF) und dem komplementär hierzu ausgestalteten Anwendungsbereich des vertragsärztlichen Vergütungsregimes folgt zugleich, dass für die Zuordnung solcher Leistungen nicht ausschließlich die tatsächliche Handhabung und Entscheidung des Belegarztes im jeweiligen Einzelfall maßgeblich sein kann. Der Zweck der gesetzlichen Vorgabe, sowohl die Doppelabrechnung einer Leistung innerhalb beider Vergütungssysteme als auch den Ausfall jeglicher Vergütung infolge der Nichtberücksichtigung in beiden Vergütungskreisen zu vermeiden, könnte nicht erreicht werden, wenn der einzelne Belegarzt nach individuellen Vorlieben stets neu definieren könnte, ob er eine Leistung über die Dienste und Einrichtungen des Krankenhauses, als eigene oder als extern veranlasste Belegarztleistung erbringt. Das gilt insbesondere auch dann, wenn - wie hier - die Belegstation eines Krankenhauses von mehreren Belegärzten betreut wird, die möglicherweise unterschiedliche persönliche Qualifikationen zur Erbringung von Laborleistungen aufweisen. In einem einheitlich für alle Patienten des Krankenhauses festzulegenden Belegpflegesatz können solche individuellen Umstände nicht abgebildet werden. Maßgeblich für die Zuordnung einer Laborleistung zu den "persönlichen Leistungen" eines Belegarztes iS von § 23 Abs 1 Satz 2 Nr 1 BpflV aF und damit zum vertragsärztlichen Vergütungsregime kann mithin nicht die tatsächliche, unter Beachtung einschlägiger Fachgebietsgrenzen und Qualitätssicherungsregeln im Einzelfall vorgenommene Erbringung der Leistung durch den Belegarzt sein, sondern allein der Umstand, ob das Krankenhaus entsprechend seiner Organisation die konkrete Leistung über seine zentralen Einrichtungen oder Dienste zur Verfügung hält und dementsprechend die hierfür anfallenden Aufwendungen in den Belegpflegesatz mit einstellt oder nicht (vgl BSG, Urteil vom 20.6.1989 - [6 RKa 15/88](#) - USK 89159, juris RdNr 15; BSG [SozR 3-2500 § 121 Nr 3 S 13 f](#); ebenso Vreden KH 1992, 409, 410; zur notwendigen Pauschalierung bei der Abgrenzung der Vergütungsregime s auch BGH [NJW 2002, 2948](#), 2949). Dem entspricht es, dass sich der Kläger in § 4 Abs 3 Satz 2 seines Belegarztvertrages gegenüber dem Krankenhaus verpflichtet hat, "die mit der stationären Behandlung zusammenhängenden Leistungen, soweit möglich, ausschließlich im Krankenhaus mit dessen Geräten und Einrichtungen zu bewirken".

21

2. Nach diesen Grundsätzen ist für die Bestimmung des anwendbaren Vergütungsregimes maßgeblich, ob die streitigen Leistungen nach Abschnitt O III EBM-Ä aF in dem für das Krankenhaus der Beigeladenen im Jahr 2001 maßgeblichen Pflegesatz für die urologische Belegstation mit einkalkuliert wurden. Auf der Grundlage der vom Berufungsgericht getroffenen tatsächlichen Feststellungen (§ 163 SGG) ergibt sich, dass dies nicht der Fall war. Deshalb sind diese Laborleistungen im Rahmen des vertragsärztlichen Vergütungssystems zu honorieren. Die gegenteilige Bewertung des LSG beruht auf einem unzutreffenden Verständnis der Regelungen über den Abgeltungsumfang der besonderen Pflegesätze für Belegabteilungen und ist deshalb für die Entscheidung des Senats nicht maßgeblich.

22

Das LSG hat den Verwaltungsleiter des Krankenhauses zur Einbeziehung von Laborleistungen in den Belegpflegesatz befragt. Dieser hat ausgeführt, nach seiner Kenntnis bestehe keine Vereinbarung darüber, dass bestimmte Leistungen in den Belegabteilungspflegesätzen nicht enthalten seien. Es sei allerdings bislang gängige Praxis gewesen, dass die Honorare für die von den Belegabteilungen benötigten Laborleistungen von der KÄV vergütet worden seien, während die für die Hauptabteilung erbrachten Laborleistungen von den Krankenkassen insgesamt über die Pflegesätze abgegolten würden (vgl Niederschrift über den Erörterungstermin vom 15.6.2005).

23

Aus diesen Angaben hat das LSG den Schluss gezogen, die mikrobiologischen Laborleistungen seien auch vorliegend im Belegpflegesatz enthalten gewesen, denn dies sei grundsätzlich der Fall, und für eine im Einzelfall abweichende Vereinbarung sei nichts ersichtlich. Mit dieser Bewertung hat das Berufungsgericht jedoch die Regelungen zum Abgeltungsumfang der besonderen Pflegesätze für Belegabteilungen verkannt. Zwar trifft zu, dass über die Pflegesätze für hauptamtlich geführte Abteilungen sämtliche pflegesatzfähigen allgemeinen Krankenhausleistungen iS von § 2 Abs 2, § 7 Abs 1 BPflV aF vergütet wurden, auch soweit das Krankenhaus solche Leistungen im Einzelfall nicht selbst erbrachte, sondern - wie hier ua hinsichtlich mikrobiologischer Leistungen - von einer externen Laborarztpraxis bezog (§ 2 Abs 2 Satz 2 Nr 2 BPflV aF). Die Annahme des LSG, in Bezug auf Belegabteilungen habe dasselbe zu gelten mit der Folge, dass das Krankenhaus im Grundsatz gehalten sei, solche Leistungen auch für Belegabteilungen auf eigene Rechnung extern zu beziehen und in den Belegpflegesatz einzurechnen, ist jedoch mit den Regelungen der BPflV aF nicht vereinbar. Vielmehr gehen diese Bestimmungen - wie oben bereits dargelegt - grundsätzlich davon aus, dass die in einer Belegstation benötigten ärztlichen Leistungen nicht über den Belegpflegesatz abgerechnet werden. Die insbesondere für technikgeprägte ärztliche Leistungen wie Laboruntersuchungen oder auch für die Anwendung bildgebender Verfahren bestehende Gestaltungsmöglichkeit, diese auch als Dienst oder über eine Einrichtung des Krankenhauses bereitzustellen, führt nicht zu einer Verpflichtung des Krankenhauses, dies so zu organisieren. Sie verändert auch nicht die gesetzliche Abgrenzung der belegärztlichen Leistungen im Verhältnis zu den Krankenhausleistungen. Für die vom LSG geforderte, hier aber vermisse "besondere Vereinbarung" über einen ausnahmsweise festgelegten Ausschluss bestimmter ärztlicher Leistungen aus den Belegabteilungspflegesätzen ist mithin nach der im Quartal II/2001 geltenden Rechtslage kein Raum.

24

Auf der Grundlage der vom LSG getroffenen tatsächlichen Feststellungen und der Vorgaben der BPflV ist vielmehr davon auszugehen, dass Aufwendungen für die hier streitbefangenen Laboruntersuchungen für Belegpatienten im Krankenhaus der Beigeladenen nicht im Belegpflegesatz für dessen urologische Station enthalten waren. Das LSG hat festgestellt, dass im krankenhauseigenen Labor mikrobiologische Leistungen seit jeher nicht erbracht und jedenfalls seit 1999 von einer externen Laborarztpraxis bezogen wurden. Der dem zugrunde liegende Vertrag enthält in § 1 Nr 9 die Bestimmung, dass Laborleistungen für Belegärzte nicht in der vereinbarten Pauschalregelung enthalten sind, sondern "im Rahmen der kassenärztlichen () Tätigkeit gesondert angefordert und nach der gültigen Abrechnungsmethodik vom Auftragnehmer abgerechnet" werden. Dass dies tatsächlich so praktiziert wurde - dass also die mikrobiologischen Laborleistungen für Belegpatienten nicht über das Krankenhaus im Rahmen der Pauschalvereinbarung sichergestellt, sondern vom Belegarzt gesondert angefordert und der Laborarztpraxis unmittelbar von der KÄV vergütet wurden -, hat auch der Verwaltungsleiter des beigeladenen Krankenhauses gegenüber dem LSG bestätigt. Dementsprechend hat das Berufungsgericht auf der Grundlage seiner - unzutreffenden - Rechtsansicht sogar der Beklagten vorgehalten, dieser Laborarztpraxis in der Vergangenheit zu Unrecht Leistungen für Belegpatienten vergütet zu haben (vgl Urteilsdruck S 14, 2. Absatz am Ende). Unter diesen Umständen spricht nichts für die Annahme, in dem für die Belegabteilung Urologie für 2001 vereinbarten Pflegesatz von 355,23 DM seien auch mikrobiologische Laborleistungen nach Abschnitt O III EBM-Ä aF mit einkalkuliert, die über das Krankenhaus - unter Einschaltung externer Leistungserbringer - bezogen wurden.

25

Entsprechendes lässt sich entgegen der Ansicht des LSG auch nicht dem Umstand entnehmen, dass im Rahmen der Kalkulation aller Pflegesätze für das Krankenhaus der Beigeladenen im Jahr 2001 gemäß Formblatt K 4 der Anlage 1 zur BPflV aF für "Untersuchungen in fremden Instituten" 272.660 DM berücksichtigt wurden. Hieraus ergibt sich nicht, dass ein Teil dieses Betrags bei der Bemessung des besonderen Belegpflegesatzes der urologischen Abteilung zur Abgeltung der vom Krankenhaus unter Beauftragung eines externen Labors als Dienst erbrachten mikrobiologischen Untersuchungen (dh im Widerspruch zu der tatsächlich von dem externen Labor und der Beklagten praktizierten Abrechnungsweise) eingerechnet wurden. Vielmehr wurden ausweislich des Formblatts K 7 bei der Kalkulation des urologischen Belegpflegesatzes lediglich 15.585 DM als anteiliger "Medizinischer Bedarf" eingestellt, wobei diese Position gemäß Formblatt K 4 für das gesamte Krankenhaus 2.758.462 DM betrug und zusätzlich zu den genannten 272.660 DM Fremduntersuchungskosten noch zahlreiche weitere Aufwendungen - für Arzneimittel, Blutkonserven, Verbands-, Heil- und Hilfsmittel, ärztliches und pflegerisches Verbrauchsmaterial, Narkosebedarf usw - umfasste. Schon die Größenordnung der genannten Beträge spricht dafür, dass bei der Festlegung des urologischen Belegpflegesatzes Kostenanteile für die Erbringung von speziellen Laborleistungen durch das externe Labor keine Berücksichtigung fanden. Somit ist festzuhalten, dass die vom Kläger persönlich erbrachten Laborleistungen des Abschnitts O III EBM-Ä aF im Jahr 2001 nicht über den Belegpflegesatz für die urologische Abteilung des Krankenhauses abgegolten waren. Sie sind damit grundsätzlich nach den Regelungen des vertragsärztlichen Vergütungsregimes zu honorieren.

26

3. Etwas anderes ergibt sich nicht aus dem Umstand, dass die Laborleistungen nach Abschnitt O III EBM-Ä aF seit der am 1.7.1999 in Kraft

getretenen Laborreform im vertragsärztlichen Bereich nunmehr als Sachkostenpauschale vergütet werden. Diese Leistungen bleiben ungeachtet der aus spezifisch vertragsarztrechtlichen Gründen vorgenommenen Aufspaltung in einen ärztlichen Honoraranteil (Nr 3450 bis 3456 EBM-Ä aF) und einen Sachkostenanteil (Nr 3901 bis 4826 im vertraglich vereinbarten Anhang zu Abschnitt O III EBM-Ä aF) im Sinne der Abgrenzungsregelung des § 23 Abs 1 Satz 2 Nr 1 BpflV aF weiterhin in ihrer Gesamtheit persönliche ärztliche Leistungen des die Untersuchung durchführenden Arztes.

27

Die Reform der Honorierung von Laborleistungen im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung erfolgte, um Anreize für eine wirtschaftliche Erbringung dieser Leistungen zu schaffen (vgl BSG [SozR 4-2500 § 87 Nr 9](#) RdNr 9, 12, 18 f; [BSGE 97, 170 = SozR 4-2500 § 87 Nr 13](#), jeweils RdNr 18, 21; s auch BSG [SozR 4-2500 § 87 Nr 15](#) RdNr 16). Hierzu war der Normgeber des EBM-Ä - der Bewertungsausschuss gemäß [§ 87 Abs 1](#) und 3 SGB V - gesetzlich ermächtigt; für eine Änderung der in § 2 Abs 1 Satz 2 und § 23 Abs 1 BpflV aF vorgegebenen Abgrenzung zwischen der Vergütung von Krankenhausleistungen über Pflegesätze einerseits und von Leistungen der Belegärzte über die vertragsärztliche Gesamtvergütung andererseits fehlte ihm hingegen die Befugnis.

28

Außerdem ist zu berücksichtigen, dass die Abgrenzung der bestehenden unterschiedlichen Vergütungsregime für ärztliche und sonstige allgemeine Krankenhausleistungen im Falle belegärztlicher Krankenhausbehandlung nur einheitlich für Patienten der gesetzlichen Krankenversicherung, für Privatversicherte und für Selbstzahler getroffen werden kann. Die Pflegesätze für allgemeine Krankenhausleistungen - und dazu gehören auch die gesondert festzulegenden Pflegesätze für die Behandlung von Belegpatienten - sind für alle Benutzer eines Krankenhauses einheitlich zu berechnen (§ 14 Abs 1 Satz 1 BpflV aF, § 17 Abs 1 Satz 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz bzw § 8 Abs 1 Satz 1 KHEntgG). Mit diesem "Eckpfeiler des Krankenhausrechts" (so Tuschen/Quaas, aaO, Erläuterungen zu § 14 Abs 1 Satz 1 BpflV) wird dem Gebot der Gleichbehandlung von Selbstzahlern bzw Privatversicherten und Sozialversicherten bei der stationären Krankenhausbehandlung Rechnung getragen (vgl BGH [NJW 1999, 868](#), 870; BGH [NJW 2002, 2948](#), 2949). Auf der Grundlage einheitlicher Belegpflegesätze und einer identischen Abgrenzung der belegärztlichen von den übrigen allgemeinen Krankenhausleistungen (§ 2 Abs 1 Satz 2 iVm § 23 Abs 1 BpflV aF) ordnet zu diesem Zweck § 6a Abs 1 Satz 2 GOÄ an, dass die nach dieser Verordnung berechneten Gebühren der privatärztlich tätigen Belegärzte um 15 % zu mindern sind; daneben darf der Arzt gesonderte Kosten grundsätzlich nicht mehr berechnen (§ 6a Abs 2 iVm § 4 Abs 3 GOÄ). Die den Leistungen in Abschnitt O III EBM-Ä aF entsprechenden Laborleistungen des Abschnitts M der Anlage zur GOÄ werden aber weiterhin einheitlich als ärztliche Leistung (Arztlohn inklusive Kostenanteil) vergütet. Soweit daher Laborleistungen für Belegpatienten nicht über Einrichtungen oder Dienste des Krankenhauses erbracht werden und deshalb gemäß § 23 Abs 1 Satz 2 Nr 1 oder 4 BpflV aF gesondert über den privatärztlich oder vertragsärztlich tätigen Belegarzt zu vergüten sind, gilt dies auch hinsichtlich des für die Laboranalysen anfallenden Kostenanteils. Die in der BpflV vorgegebene Abgrenzungs- und Zuordnungsregelung hat sich weder für Privatversicherte oder Selbstzahler noch für gesetzlich Krankenversicherte verändert; sie ist mithin auch für die vertragsärztliche Vergütung belegärztlicher Leistungen weiterhin maßgeblich, selbst wenn dort aus Gründen der Leistungssteuerung die Labor-Sachkosten nunmehr separat ausgewiesen sind.

29

Im Übrigen gilt auch für die vertragsärztliche Versorgung, dass die mit der Laborkostenpauschale honorierte eigentliche laboratoriumsmedizinische Analyse - der dritte Teilschritt einer laboratoriumsmedizinischen Untersuchung (vgl § 25 Abs 1 Satz 2 Nr 3 BMV-Ä, § 28 Abs 1 Satz 2 Nr 3 EKV-Ä) - jedenfalls bei Leistungen des Abschnitts O III EBM-Ä aF nicht von Dritten beziehbar ist, sondern von dem entsprechend qualifizierten Arzt nach den Regeln der persönlichen Leistungserbringung selbst erbracht werden muss (§ 25 Abs 2 Nr 2 BMV-Ä bzw § 28 Abs 2 Nr 2 EKV-Ä). Ein Belegarzt, der eine Analyse nach Abschnitt O III EBM-Ä aF selbst vornimmt, erbringt demnach weiterhin eine persönliche ärztliche Leistung im Sinne von § 23 Abs 1 Satz 2 Nr 1 BpflV aF.

30

4. Die Eigenschaft der vom Kläger in seinem Praxislabor vorgenommenen Laboranalysen nach Abschnitt O III EBM-Ä aF als persönliche ärztliche Leistung in dem genannten Sinne ist auch nicht etwa dadurch entfallen, dass er sie fälschlicherweise auf einem Überweisungsschein nach Muster 10 der Vordruckvereinbarung zur Abrechnung gebracht hat. In Wirklichkeit lag eine Überweisung gemäß den bundesmantelvertraglichen Vorschriften nicht vor. Eine solche erfordert die Beauftragung eines anderen - grundsätzlich einer anderen Arztgruppe angehörenden - Vertragsarztes (§ 24 Abs 1, 3 und 4 BMV-Ä bzw § 27 Abs 1, 3 und 4 EKV-Ä); eine "Überweisung an sich selbst" ist nicht statthaft. Allein die Verwendung eines unzutreffenden Abrechnungsformulars führt jedoch nicht automatisch zum Wegfall der Vergütungsfähigkeit der auf diese Weise für die Beklagte erkennbar geltend gemachten Leistungen im Rahmen der belegärztlichen Versorgung.

31

5. Ein völliger Ausschluss der genannten, über den für das Krankenhaus maßgeblichen urologischen Belegpflegesatz nicht abgedeckten Laborleistungen von der vertragsärztlichen Honorierung des Klägers kann nicht auf Bestimmungen des HVM der Beklagten gestützt werden. Die dort enthaltene Ausschlussregelung ist mit höherrangigem Recht nicht vereinbar und somit nichtig.

32

In § 5 dieses HVM (vom 31.5.1997, hier anzuwenden in der Fassung des 13. Nachtrags vom 18.11.2000) wurde hinsichtlich der Vergütung belegärztlicher Leistungen auf die detaillierten Regelungen in Anlage 2 zum HVM verwiesen. In Abschnitt I Nr 2 Satz 2 der Anlage 2 zum HVM war festgelegt, dass sämtliche Laborkosten der Abschnitte O I/II und O III EBM-Ä aF als belegärztliche Leistungen nicht berechnungsfähig sind. Hingegen waren nach Abschnitt II Nr 3 (aaO) zahlreiche andere Leistungen ua der Zytologie und Histologie bei Erbringung durch Belegärzte mit 60 % der Punktzahlen des EBM-Ä zu vergüten. In Nr 4 bis 6 (aaO) war für Leistungen der Strahlendiagnostik (Kapitel Q - ohne Leistungen der Computertomographie (CT)) eine Vergütung in Höhe von 50 %, für CT-Leistungen in Höhe von 20 % und für

Leistungen der Strahlentherapie in Höhe von 30 % der Punktzahlen des EBM-Ä aF vorgesehen, "sofern das Honorar nicht im übrigen stationären Bereich, zB durch den Pflegesatz, abgegolten ist (sogenannte gemischte Krankenhäuser)". Diese Regelung blieb - mit geringen Modifikationen - bis zum Quartal I/2005 maßgeblich. Nach dem ab dem Quartal II/2005 für die Beklagte geltenden Honorarverteilungsvertrag (dort Nr 3 Buchst e des Anhangs zu Anlage 1) ist dagegen nunmehr eine Vergütung der von Belegärzten abgerechneten, einen gewissen Mindestbetrag übersteigenden Laborkosten des vertraglich vereinbarten Anhangs zu Kapitel 32 EBM-Ä (in der ab 1.4.2005 geltenden Fassung) in Höhe von 60 % der dort ausgewiesenen Vergütungssätze vorgesehen, sofern diese Leistungen in einem Belegkrankenhaus erbracht worden sind; die Abrechnung der in einem gemischten Krankenhaus erbrachten Laborleistungen ist jedoch ausgeschlossen.

33

Gemäß dem hier noch einschlägigen HVM (idF vom 18.11.2000) iVm dem EBM-Ä aF konnten Belegärzte überhaupt keine Vergütung für von ihnen persönlich durchgeführte oder veranlasste Laborleistungen beanspruchen. Die Ansicht des LSG, nach dieser Regelung erhielten Belegärzte die Leistungen nach Nr 3450 bis 3456 EBM-Ä aF (Laborgrundgebühr, Wirtschaftlichkeitsbonus und Grundpauschale für Auftragsleistungen des Kapitels O EBM-Ä aF) voll vergütet und nur die Erstattung der Sachkosten nach Nr 3500 ff EBM-Ä aF sei ausgeschlossen (Urteilsumdruck S 14 oben), trifft nicht zu. Sie lässt außer Acht, dass die Leistungen nach Nr 3450 bis 3456 EBM-Ä aF ausschließlich "je kurativ-ambulantem Behandlungsfall" zum Ansatz gebracht werden durften. Hierunter fällt eine stationäre belegärztliche Behandlung nicht (vgl Köhler/Hess, Kölner Kommentar zum EBM, Stand Juni 2004, Anm 1 zu Nr 3450); diese löst vielmehr einen eigenständigen Behandlungsfall im Bereich der stationären Versorgung aus (§ 21 Abs 1 Satz 5 iVm § 38 BMV-Ä bzw § 25 Abs 1 Satz 5 iVm § 30 EKV-Ä). Entsprechend der genannten tatbestandlichen Voraussetzung hat der Kläger konsequenterweise Leistungen nach Nr 3450 bis 3456 EBM-Ä aF in seiner belegärztlichen Honorarabrechnung nicht geltend gemacht.

34

Ein völliger Ausschluss der Vergütung für einen gesamten Leistungsbereich ist mit den gesetzlichen Vorgaben in [§ 121 Abs 3 Satz 1](#) und 2 iVm [§ 85 Abs 4 Satz 1 bis 3 SGB V](#) nur dann vereinbar, wenn Besonderheiten der belegärztlichen Tätigkeit dies rechtfertigen, dh sofern sachlich rechtfertigende Gründe vorhanden sind. Eine Rechtfertigung kann insbesondere darin liegen, dass die entsprechenden Leistungen durch das Krankenhaus zur Verfügung gestellt ([§ 121 Abs 2 SGB V](#)) und deshalb bereits über den Pflegesatz vergütet werden (Ausschluss der Doppelvergütung, vgl [BSGE 52, 181](#), 183 = [SozR 7323 § 3 Nr 4](#) S 13; BSG USK 89159 = juris RdNr 14; BSG USK 9086 = juris RdNr 14; BSG [SozR 3-2500 § 121 Nr 1](#) S 4; Nr 3 S 12 f; BSG [SozR 4-2500 § 121 Nr 1](#) RdNr 13; s hierzu auch Wenner, GesR 2007, 337, 343). Das ist hier jedoch - wie bereits eingehend dargestellt - nicht der Fall. Allein der Umstand, dass es sich bei dem Krankenhaus der Beigeladenen um ein sogenanntes "gemischtes Krankenhaus" handelt, in dem sowohl hauptamtlich geführte Abteilungen als auch Belegabteilungen bestehen, genügt hierfür nicht. Denn bei gemischten Krankenhäusern kann nicht stets davon ausgegangen werden, dass sämtliche im Rahmen belegärztlicher Behandlung anfallende Laborleistungen über Einrichtungen oder Dienste des Krankenhauses zur Verfügung gestellt werden und deshalb im besonderen Belegpflegesatz mit einkalkuliert sind (s oben unter 1.).

35

Ein darüber hinausgehender eigenständiger Gestaltungsspielraum zum völligen Ausschluss der Honorierung notwendiger belegärztlicher Leistungen von der Vergütung ohne rechtfertigenden Grund steht weder den Gesamtvertragspartnern noch - solange und soweit gesamtvertragliche Regelungen iS von § 41 Abs 2 BMV-Ä bzw § 33 Abs 2 EKV-Ä nicht existieren - der KÄV bei Erlass ihres HVM zur Verfügung. Vielmehr ist insoweit zu beachten, dass sowohl die Gesamtvertragspartner als auch die KÄV an die höherrangigen Vorgaben des [§ 121 Abs 3 SGB V](#) und der BpflV gebunden sind und keine der dortigen Abgrenzung der Vergütungsregime widersprechende Regelung treffen dürfen (zu den ab 1.4.2007 zu beachtenden weitergehenden Vorgaben zur Gewährleistung einer angemessenen Vergütung gemäß [§ 121 Abs 4 SGB V](#) idF des GKV-WStG s Wenner, aaO, S 343 f). Eine aus Sicht der Krankenkassen und/oder der überwiegend nicht belegärztlich tätigen Vertragsärzte möglicherweise vorteilhafte anderweitige Gestaltung, welche dazu führt, dass notwendige belegärztliche Leistungen weder über den Belegpflegesatz noch über die vertragsärztliche Vergütung honoriert werden, ist damit nicht vereinbar.

36

6. Die Nichtigkeit des generellen Vergütungsausschlusses für belegärztliche Laborleistungen in Abschnitt I Nr 2 Satz 2 der Anlage 2 des HVM hat in der hier vorliegenden Konstellation nicht zur Folge, dass die Beklagte lediglich zu einer erneuten Entscheidung über den Honoraranspruch des Klägers unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senats verurteilt werden kann. Diese ist vielmehr verpflichtet, dem Kläger für die im Rahmen belegärztlicher Behandlungen von ihm persönlich erbrachten Laborleistungen des Abschnitts O III EBM-Ä aF Sachkosten in voller Höhe zu gewähren.

37

Grundsätzlich ist es allerdings im Falle der Nichtigkeit einer für den Vergütungsanspruch des Vertragsarztes einschlägigen untergesetzlichen Norm erforderlich, dass die Gerichte dem Gestaltungsspielraum und Gestaltungsvorrang des Normgebers Rechnung tragen. Dieser muss Gelegenheit erhalten, eine rechtmäßige Norm zu schaffen und dabei unter mehreren in Frage kommenden Regelungsmöglichkeiten die ihm am zweckmäßigsten erscheinende auszuwählen (vgl BSG [SozR 4-2500 § 75 Nr 4](#) RdNr 21; BSG [SozR 4-2500 § 85 Nr 42](#) RdNr 51 f, zur Veröffentlichung auch in BSGE vorgesehen; BSG, Urteil vom 17.9.2008 - [B 6 KA 46/07 R](#), [SozR 4-2500 § 75 Nr 8](#) RdNr 28 ff). Deshalb kommt in einer solchen Situation regelmäßig nur eine Verpflichtung der KÄV zu erneuter Bescheidung der Honoraransprüche des Arztes in Frage ([§ 131 Abs 2 Satz 2](#) und 3 iVm Abs 3 SGG; s hierzu auch Senatsurteil vom 10.12.2008 - [B 6 KA 45/07 R](#), RdNr 30 f, zur Veröffentlichung in SozR 4 vorgesehen).

38

Eine Auswahlmöglichkeit unter mehreren rechtmäßigen Gestaltungsvarianten steht der Beklagten hier jedoch nicht offen. Denn der Kläger beansprucht die Erstattung von Sachkostenpauschalen, deren Höhe im vertraglich vereinbarten Anhang zu Abschnitt O III EBM-Ä aF

eindeutig in DM bzw Euro festgelegt ist. Hinsichtlich dieser Sachkosten, von denen feststeht, dass sie nicht in irgendeiner Form über die Vergütung der Krankenhausleistungen gemäß [§ 39 SGB V](#) iVm § 23 Abs 2 Satz 1 BpflV aF mit abgedeckt werden, sind schlechterdings keine Gesichtspunkte denkbar, die es rechtfertigen könnten, dass sie aufgrund von Besonderheiten der belegärztlichen Tätigkeit ([§ 121 Abs 3 Satz 2 SGB V](#)) in anderer - niedrigerer - Höhe zu erstatten sein könnten als bei Erbringung im Rahmen ambulanter vertragsärztlicher Tätigkeit in spezialisierten Laborarztpraxen oder im Eigenlabor von Facharztpraxen. Unter diesen Umständen ist die Beklagte unmittelbar zur Zahlung dieser Sachkostenpauschalen zu verurteilen ([§ 170 Abs 2 Satz 1](#) iVm [§ 54 Abs 4 SGG](#)).

39

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs 1 Satz 1 Halbsatz 3 SGG](#) iVm einer entsprechenden Anwendung von [§ 154 Abs 1](#), [§ 162 Abs 3](#) Verwaltungsgerichtsordnung. Eine Erstattung außergerichtlicher Kosten der Beigeladenen ist nicht veranlasst, weil diese im Verfahren keine Anträge gestellt hat (vgl. [BSGE 96, 257](#) = SozR 4-1300 § 63 Nr 3, jeweils RdNr 16).

Rechtskraft

Aus

Login

BRD

Saved

2009-09-02