

L 7 KA 123/08

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung

7

1. Instanz
SG Berlin (BRB)
Aktenzeichen
S 83 KA 424/06

Datum
12.11.2008

2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 7 KA 123/08

Datum
09.11.2011

3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

Leistungen einer in der Trägerschaft einer Hochschule befindlichen Fachambulanz nach § 311 Abs 2 SGB V sind seit dem 1. Januar 2003 nicht mehr durch die Kassenärztliche Vereinigung, sondern durch die Krankenkasse zu vergüten.

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 12. November 2008 wird zurückgewiesen. Die Klägerin trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens. Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt eine höhere Vergütung für von ihr im Jahre 2003 ambulant erbrachte Leistungen.

Die klagende C, eine Körperschaft des öffentlichen Rechts, ist Trägerin mehrerer Fachambulanzen mit Dispensareauftrag, welche ihren Teilnahmestatus an der vertragsärztlichen Versorgung aus [§ 311 Abs. 2](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) ableiten. Entsprechend einer Vereinbarung der Beklagten mit den B Krankenkassen(-verbänden) vom 19. Juni 1997 vergütete sie die ambulant erbrachten Leistungen dieser Fachambulanzen, auch der hier allein betroffenen Fachambulanz für pädiatrische Nephrologie (Arztnummer 72 75603), seit 1998 mit einer Pauschale von umgerechnet 40,65 Euro pro Behandlungsfall. Die Klägerin ist der Auffassung, diese Leistungen seien entsprechend einer Entscheidung der Schiedsstelle für die Festsetzung von Krankenhauspflegesätzen vom 13. Februar 2004 mit einem Pauschalbetrag von 55,96 Euro pro Behandlungsfall zu vergüten. Die Widersprüche der Klägerin gegen die Honorarbescheide der Beklagten für die Quartale I/03 bis IV/03 sowie die Klage blieben erfolglos (Widerspruchsbescheid vom 29. August 2006, Urteil vom 12. November 2008).

Das Sozialgericht hat seine Entscheidung auf [§ 120 Abs. 1](#) und 3 SGB V in der seit dem 01. Januar 2003 geltenden Fassung (neue Fassung - nF) sowie das Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) vom 26. Januar 2000 (Az: [B 6 KA 47/98 R](#), veröffentlicht in juris) gestützt. Der vom BSG in dieser Entscheidung aufgestellte Grundsatz, dass die Vergütung der von einer Hochschule getragenen Einrichtung nach [§ 311 SGB V](#) der Vergütung der Polikliniken folge, könne jedoch nicht auf die seit dem 01. Januar 2003 geltende Rechtslage übertragen werden. Zum einen habe das BSG lediglich über die Anwendung des Investitionskostenabschlags entschieden, zum anderen - und dies sei entscheidend - stehe der Übertragung die fehlende Beteiligung der Beklagten an der Entscheidungsfindung über die Höhe der Fallpauschalen entgegen. Denn unstreitig sei die Vergütung der Fachambulanz für pädiatrische Nephrologie aus der Gesamtvergütung zu zahlen. Vereinbarungen oder Beschlüsse nach [§ 120 Abs. 2](#) und 4 SGB V nF entfalteten im Verhältnis der Klägerin zur Beklagten keine Wirkung. Die Vergütung der Fachambulanz für pädiatrische Nephrologie erfolge daher in entsprechender Anwendung des [§ 120 Abs. 1](#) und 3 SGB V nF, für die nach wie vor die Vereinbarung der Beklagten mit den Krankenkassen(-verbänden) vom 19. Juni 1997 gelte. Gegen dieses ihr am 26. November 2008 zugestellte Urteil richtet sich die am 29. Dezember 2008 (Montag) eingelegte Berufung der Klägerin, zu deren Begründung sie ihr bisheriges Vorbringen zur Anwendbarkeit des Schiedsstellenspruchs vom 13. Februar 2004 wiederholt.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 12. November 2008 und die die Fachambulanz für pädiatrische Nephrologie (Arztnummer 72 75603) betreffenden Honorarbescheide der Beklagten für die Quartale I/03 bis IV/03 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 29. August 2006 zu ändern und die Beklagte zu verurteilen, weitere 18.356,69 Euro (auf der Grundlage einer Fallpauschale von 55,96 Euro) zu zahlen,

hilfsweise,

die in der Anlage zum Schriftsatz vom 25. Februar 2011 aufgeführten Krankenkassen beizuladen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend. [§ 120 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) nF sei auf die Vergütung der Einrichtungen nach [§ 311 Abs. 2 SGB V](#) nicht anzuwenden. Die Leistungen seien nach wie vor aus der Gesamtvergütung zu honorieren. Aus diesem Grunde seien bei der Änderung des [§ 120 Abs. 2 SGB V](#) die Gesamtvergütungen auch nicht um den Leistungsanteil der Einrichtungen nach [§ 311 Abs. 2 SGB V](#) bereinigt worden, sondern nur um den Leistungsanteil der gemäß [§ 117 Abs. 1 SGB V](#) ermächtigten Hochschulambulanzen sowie der psychotherapeutischen Ambulanzen gemäß [§ 117 Abs. 2 SGB V](#).

Wegen des Sach- und Streitstandes im Einzelnen sowie wegen des weiteren Vorbringens der Beteiligten wird auf die Gerichtsakte sowie die beigezogene Verwaltungsakte, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung war, verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung ist unbegründet. Im Ergebnis zu Recht hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen. Einem Anspruch auf Vergütung steht entgegen, dass Leistungen von als Hochschulambulanz geführten Einrichtungen nach [§ 311 Abs. 2 SGB V](#) nicht von der Beklagten, sondern durch die Krankenkassen zu vergüten sind.

I) Nach der durch das Fallpauschalengesetz vom 23. April 2002 ([BGBl. I 1412](#)) mit Wirkung zum 01. Januar 2003 vorgenommenen Änderung von [§ 120 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) werden außer den schon bisher erfassten Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen und der sozialpädiatrischen Zentren auch die Leistungen der Hochschulambulanzen unmittelbar von der Krankenkasse vergütet. Unter dem Begriff "Hochschulambulanzen" werden nach dem ebenfalls durch das Fallpauschalengesetz mit Wirkung zum 01. Januar 2003 geänderten [§ 117 Abs. 1 SGB V](#) die Ambulanzen, Institute und Abteilungen der Hochschulkliniken zusammengefasst. Zu den Hochschulambulanzen in diesem Sinne zählen auch die von einer Hochschule getragenen Einrichtungen nach [§ 311 Abs. 2 SGB V](#).

1) Durch die Rechtssprechung des BSG (Urteile vom 26. Januar 2000, Az. [B 6 KA 47/98 R](#) und [B 6 KA 43/98 R](#), veröffentlicht in juris) ist geklärt, dass von Hochschulen getragene Fachambulanzen nach [§ 311 Abs. 2 SGB V](#) (im folgenden: Fachambulanzen) Polikliniken im Sinne von [§ 117 Abs. 1](#) und [§ 120 SGB V](#) in der bis zum 31. Dezember 2002 geltenden Fassung (alte Fassung – aF) sind. Denn es ist kein Grund dafür ersichtlich, die ambulanten Leistungen von Kliniken, die rechtlich Bestandteil von Hochschulkliniken sind, vergütungsrechtlich je nach der Form des Zugangs der betroffenen Einrichtung zur ambulanten vertragsärztlichen Versorgung differenziert zu behandeln. Dass Leistungen einer Fachambulanz unter Umständen vor und nach dem Übergang in die Trägerschaft einer Hochschulklinik (nicht nur) der medizinischen Forschung und Lehre dien(t)en, ist unerheblich. Denn wenn Hochschulkliniken nicht auf die Erbringung von Leistungen zum Zwecke der Forschung und Lehre beschränkt sind, dürfen in ihnen auch Leistungen der allgemeinen Krankenversicherung angeboten werden (vgl. BSG a. a. O.).

2) Die zum 01. Januar 2003 in Kraft getretenen Neuregelungen innerhalb von [§ 120 SGB V](#) durch das Fallpauschalengesetz haben an dieser rechtlichen Zuordnung nichts geändert.

a) Dies gilt zunächst, soweit der in [§ 117 Abs. 1](#) und [§ 120 Abs. 1](#) und 3 SGB V aF enthaltene Begriff der Poliklinik (= poliklinische Institutsambulanz der Hochschulen) durch den umfassenderen Begriff der Hochschulambulanz ersetzt und der Anwendungsbereich von [§ 120 Abs. 2 SGB V](#) auf alle Hochschulambulanzen in diesem Sinne erweitert wurde. Denn damit sollte lediglich dem Umstand Rechnung getragen werden, dass Forschung und Lehre nicht nur in den poliklinischen Institutsambulanzen der Hochschulen, sondern "auch in den übrigen, meist spezialisierten Instituten, Ambulanzen und Abteilungen der Hochschulkliniken Forschung und Lehre betrieben" werde (Bericht des Ausschusses für Gesundheit vom 13. Dezember 2001, [BT-Drs. 14/7862, S. 4](#)). Es finden sich jedoch in der gesamten Gesetzesbegründung keinerlei Hinweise dafür, dass die Begriffsänderung auch den Zweck verfolgte, von Hochschulen getragene Fachambulanzen von der Anwendung von [§ 117 Abs. 1](#) bzw. [§ 120 Abs. 2 bis 4 SGB V](#) nF auszuschließen.

b) Entsprechendes gilt für den erweiterten Anwendungsbereich von [§ 120 Abs. 2 SGB V](#). Die darin enthaltene Vergütungsbestimmung, die von der Regel, dass vertragsärztliche Leistungen durch die Kassenärztliche Vereinigung zu vergüten sind, abweicht, wird durch den Entwurf des Fallpauschalengesetzes (BT-Drs. 14/6893, S. 3) auf Polikliniken und aufgrund der Empfehlung des Bundestagsausschusses für Gesundheit ([BT-Drs. 14/7824, S. 5](#)) auf Hochschulambulanzen erweitert. Hintergrund war die Überlegung, dass die im Rahmen von Forschung und Lehre von den Hochschulkliniken erbrachten Leistungen nicht mehr aus der Gesamtvergütung für Vertragsärzte vergütet werden sollten. Diese Änderung wurde für geboten gehalten, um die Gesamtvergütung von solchen Leistungen zu entlasten, die nicht aus Gründen der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung erbracht werden. Es sollte des Weiteren vermieden werden, dass die Vergütung der Hochschulambulanzen durch die innerärztliche Honorarverteilung betroffen wird. Das durch [§ 120 Abs. 2 Satz 2 SGB V](#) den Trägern der Hochschulkliniken eingeräumte Recht, selbst über die Vergütung der im Rahmen von Forschung und Lehre erbrachten Leistungen mit den Krankenkassen zu verhandeln, soll gewährleisten, dass die besonderen Umstände der Leistungserbringung bei der Höhe der Vergütung berücksichtigt werden ([BT-Drs. 14/6893, S. 30](#); [BT-Drs. 14/7862, S. 5](#)). Auch insoweit finden sich in der Gesetzesbegründung keinerlei Anhaltspunkte dafür, dass Leistungen, die von Fachambulanzen erbracht werden, dem geänderten Anwendungsbereich von [§ 120 Abs. 2 SGB V](#) nicht mehr unterfallen sollen. Vielmehr war dem Gesetzgeber zum Zeitpunkt der Verabschiedung des Fallpauschalengesetzes die o.g. Rechtssprechung des BSG aus dem Jahre 2000 bekannt. Wenn demgegenüber nach der Gesetzesbegründung ([BT-Drs. 14/6893, S. 30](#)) gerade die "im Rahmen von Forschung und Lehre an den Polikliniken erbrachten Leistungen" aus der Gesamtvergütung herausgenommen werden sollten, dürfte insoweit wohl versehentlich verkannt worden sein, dass – wie bereits erwähnt – ambulante Leistungen der Hochschulkliniken innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung gerade nicht auf die Zwecke von Forschung und Lehre beschränkt sind (BSG a.a.O.). Hätte der Gesetzgeber von dieser Rechtslage abweichen wollen, hätte er dies im Gesetzeswortlaut ausdrücklich geregelt.

3) Allerdings diene die kraft Gesetzes erfolgte Zulassung der Fachambulanzen mit Dispensaireauftrag gerade der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung, wie sich aus [§ 311 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) (in der bis zum 31. Dezember 2003 geltenden Fassung) sowie den Begründungen zur erstmaligen Aufnahme dieser Bestandschutzregelung in das SGB V ([BT-Drs. 11/7817, S. 148](#)) und zur Aufhebung der

zunächst bis Ende 1995 geltenden Befristung dieser Regelungen durch das Gesundheitsstrukturgesetz ([BT-Drs. 12/3608, S. 127, BT-Drs. 12/3937, S. 18](#)) zu entnehmen ist. Dies steht allerdings nur auf den ersten Blick im Widerspruch dazu, [§ 120 Abs. 2 SGB V](#) nF auch auf Leistungen einer Fachambulanz in Trägerschaft einer Hochschule anzuwenden. Denn der Anwendungsbereich von [§ 120 Abs. 2 SGB V](#) nF ist nach dem Wortlaut dieser Vorschrift – abweichend von der Gesetzesbegründung – nicht auf Leistungen außerhalb des Sicherstellungsauftrages der Kassenärztlichen Vereinigungen begrenzt.

Zwei weitere Überlegungen sprechen für die vom Senat gefundene Lösung: Zum einen bestünde für die Zeit ab dem 01. Januar 2003 keine Rechtsgrundlage mehr für eine Vergütung von Leistungen einer in Trägerschaft einer Hochschule stehenden Fachambulanz nach Pauschalen je Behandlungsfall. Bis zum 31. Dezember 2002 ermöglichte [§ 120 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) Vergütungen der in Polikliniken erbrachten Leistungen durch die Beklagte auf der Grundlage einer Pauschale (je Behandlungsfall). Nach dem ab dem 01. Januar 2003 geltenden Recht besteht für die Beklagte keine Möglichkeit mehr, Leistungen einer Fachambulanz, die in der Trägerschaft einer Hochschule steht, nach Pauschalen zu vergüten. Zwar sieht [§ 120 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) nF nunmehr die Möglichkeit der pauschalierten Vergütung auch für Leistungen der Hochschulambulanz vor, diese Leistungen sind jedoch nach [§ 120 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) nF nur von den Krankenkassen und nicht mehr von der Beklagten zu vergüten. Folgte man daher der Rechtsauffassung der Beklagten, müsste sie Leistungen einer in Trägerschaft einer Hochschule stehenden Fachambulanz seit dem 01. Januar 2003 nach den allgemeinen Regelungen, d.h. im Rahmen der Honorarverteilung nach [§ 85 Abs. 4 SGB V](#), vergüten.

Zum anderen sprechen auch rein praktische Gründe für die Vergütung aller von Hochschulambulanzen erbrachten Leistungen durch die Krankenkassen. Schon das BSG hat in seinen o. g. Entscheidungen vom 26. Januar 2000 (jeweils Rdnr. 30) im Hinblick auf die Investitionsförderung nach dem Hochschulbauförderungsgesetz erhebliche Schwierigkeiten gesehen, den räumlich-gegenständlichen Bereich der Fachambulanz von der Hochschule im Übrigen abzugrenzen. Inwieweit im Bereich der Klägerin eine solche räumliche, gegenständliche, organisatorische und inhaltliche Trennung zwischen den Leistungen der Fachambulanz einerseits und den sonstigen ambulanten Leistungen der Klinik, der sie angegliedert ist, vorgenommen wurde, ist nicht bekannt. Im Falle einer fehlenden räumlichen, gegenständlichen und organisatorischen Trennung dieser beiden Bereiche bestünden aufgrund der Möglichkeiten, ambulante Leistungen einerseits gegenüber den Krankenkassen und andererseits gegenüber der Beklagten abzurechnen, nicht unerhebliche Missbrauchsmöglichkeiten. Solche sind ausgeschlossen, wenn sowohl die Leistungen einer Hochschulambulanz nach [§ 117 Abs. 1 SGB V](#) als auch die Leistungen einer Fachambulanz gegenüber denselben Kostenträgern abzurechnen sind.

II) Der Senat konnte auch ohne die von der Klägerin beantragte Beiladung der betroffenen Krankenkassen entscheiden.

1) Ein Fall der notwendigen Beiladung liegt nicht vor.

Sind an dem streitigen Rechtsverhältnis Dritte derart beteiligt, dass die Entscheidung auch ihnen gegenüber nur einheitlich ergehen kann oder ergibt sich im Verfahren, dass bei der Ablehnung des Anspruchs ein anderer Versicherungsträger, ein Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende, ein Träger der Sozialhilfe oder in Angelegenheiten des sozialen Entschädigungsrechts ein Land als leistungspflichtig in Betracht kommt, so sind sie beizuladen ([§ 75 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz - SGG](#)) und können ggf. auch verurteilt werden ([§ 75 Abs. 5 SGG](#)).

a) Ein Fall der nur einheitlich möglichen Entscheidung ([§ 75 Abs. 2, 1. Alt. SGG](#)) liegt nicht vor. Eine einheitliche Entscheidung ist aus Rechtsgründen notwendig, wenn die gerichtliche Entscheidung im Abweisungs- oder im Stattgabefall unmittelbar und zwangsläufig Rechte des Beizuladenden gestaltet, bestätigt oder feststellt, verändert oder aufhebt (ständige Rechtsprechung des BSG, zuletzt Urteil vom 26. Mai 2011, Az.: [B 14 AS 54/10 R](#), veröffentlicht in Juris, m. w. N.). Im hiesigen Fall werden durch die Entscheidung des Senats die Rechte derjenigen Krankenkassen, deren Versicherte die Leistungen erhalten haben, um deren Vergütung vorliegend gestritten wird, nicht unmittelbar gestaltet. Denn Streitgegenstand des hiesigen Verfahrens ist nur die Frage, ob die Beklagte zur Zahlung der Differenz zwischen den beiden o. g. Fallpauschalen und somit eines Betrages von 15,31 EUR je Fall verpflichtet ist. Ob in gerade dieser Höhe ein Vergütungsanspruch der Klägerin gegen die o.g. Krankenkassen besteht, hat der Senat hingegen nicht entschieden. Vielmehr hat er im Rahmen der von der Klägerin erhobenen Zahlungsklage nur über die Vorfrage entschieden, dass nicht die beklagte Kassenärztliche Vereinigung, sondern die Krankenkassen Schuldner derjenigen Vergütungsforderungen sind, die eine Hochschule aufgrund von Leistungen durch eine Fachambulanz in ihrer Trägerschaft geltend macht. Identische Vorfragen führen jedoch nicht zur Identität des Streitgegenstandes (BSGE 83, 278).

b) Auch ein Fall von [§ 75 Abs. 2, 2. Alt. SGG](#) ist nicht gegeben. Die o.g. Krankenkassen sind schon kein "anderer" Versicherungsträger als die hier beklagte Kassenärztliche Vereinigung, da diese nicht zu den in dieser Tatbestandsalternative aufgeführten Leistungsträgern zählt. Im übrigen kann der Senat anhand der ihm von den Beteiligten mitgeteilten oder anderweitig bekannten Tatsachen nicht beurteilen, ob der Klägerin gegenüber den von ihr benannten Krankenkassen ein Zahlungsanspruch in der streitigen Höhe von 15,31 EUR je Fall zustehen kann. Weil ihm die maßgeblichen Vergütungsvereinbarungen zwischen der Klägerin und den Krankenkassen nicht vorliegen, kann er nicht prüfen, - ob eine mit den Regelungen des Bundesmantelvertrages übereinstimmende Definition des Behandlungs- bzw. ärztlichen Falles besteht, - ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen und in welcher Höhe Abschläge je Behandlungs- bzw. ärztlichen Falles vereinbart wurden, - ob die Fälligkeit des Zahlungsanspruchs je Behandlungs- bzw. ärztlichem Fall ggf. von weiteren, auch formalen Voraussetzungen (z. B. Rechnungslegung in einer bestimmten Form) abhängt. Hinweise auf die Entscheidungserheblichkeit dieser Umstände entnimmt der Senat der o. g. Vereinbarung vom 19. Juni 1997 und dem o. g. Schiedsstellenspruch vom 13. Februar 2004.

2) Auch eine grundsätzlich im Ermessen des Gerichts stehende einfache Beiladung ([§ 75 Abs. 1 Satz 1 SGG](#)) war nicht geboten. Denn auch wenn die von der Klägerin benannten Krankenkassen beigelegt worden wären, hätte sich die Rechtsposition der Klägerin nicht verbessert. In materielle Rechtskraft erwächst nur die Entscheidung des Senats, dass der Klägerin gegenüber der Beklagten kein Anspruch auf Zahlung von (weiteren) 15,31 EUR je Fall in den Quartalen I/03 bis IV/03 zusteht. Hinsichtlich der für die Klägerin und die Krankenkassen primär bedeutenden (Vor-)Frage, wer dem Grunde nach Schuldnerin der geltend gemachten Vergütungsforderung ist, tritt keine rechtlich erheblich Bindungswirkung ein. Ob letztere aufgrund eines zusätzlichen Antrags, festzustellen, dass die jeweiligen Krankenkassen zur Vergütung der 2003 durch die o.g. Fachambulanz erbrachten Leistungen dem Grunde nach verpflichtet seien, hätte erreicht werden können, kann offen bleiben, da die Klägerin einen solchen (Zwischenfeststellungs-) Antrag nicht gestellt hat.

III) Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs. 1 SGG](#) i.V.m. [§§ 154 Abs. 1](#) und 2 Verwaltungsgerichtsordnung.

Die Revision wird gemäß [§ 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG](#) wegen grundsätzlicher Bedeutung zugelassen.

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2012-02-13