

---

-

## Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht	Bundessozialgericht
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	3
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

### 1. Instanz

Aktenzeichen	-
Datum	12.02.1999

### 2. Instanz

Aktenzeichen	-
Datum	08.03.2001

### 3. Instanz

Datum	11.04.2002
-------	------------

Auf die Revision der KlÄgerin werden das Urteil des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen vom 8. MÄrz 2001 und das Urteil des Sozialgerichts Duisburg vom 12. Februar 1999 abgeÄndert. Die Beklagte wird verurteilt, der KlÄgerin 179,58 EUR zu zahlen. Die Beklagte und die Beigeladenen zu 8) und 9) haben als Gesamtschuldner der KlÄgerin die Kosten des Revisionsverfahrens, die Beklagte hat der KlÄgerin die Kosten in den Vorinstanzen zu erstatten.

GrÄnde:

I

Die KlÄgerin, eine rechtsfÄhige Anstalt des Äffentlichen Rechts, ist TrÄgerin einer UniversitÄtsklinik in Nordrhein-Westfalen und insoweit Rechtsnachfolgerin der UniversitÄt, deren Klinikbereich im Laufe des Gerichtsverfahrens rechtlich verselbststÄndigt worden ist. Die Klinik operierte noch unter der RechtsvorgÄngerin Versicherte der beklagten Ersatzkasse ambulant. Die Beklagte kÄrzte die dafÄr erstellten Rechnungen im 1. Halbjahr 1996 im Gesamtumfang von 351,22 DM (entspricht 179,58 EUR), und zwar die fÄr verschiedene Facharztgruppen in unterschiedlicher HÄhe in Rechnung gestellten

---

Ordinationsgebühren auf einheitlich 180 Punkte und einige der Konsultationsgebühren vollständig.

Das Sozialgericht (SG) hat die am 2. September 1996 erhobene Klage der Rechtsvorgängerin der Klägerin abgewiesen (Urteil vom 12. Februar 1999). Das Landessozialgericht (LSG) (Urteil vom 8. März 2001) hat die vom SG zugelassene Berufung zurückgewiesen, die Revision zugelassen und ausgeführt, Rechtsgrundlage des Vergütungsanspruchs sei der nach [Â§ 115b Abs 1 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch \(SGB V\)](#) zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung geschlossene und am 1. April 1993 in Kraft getretene Vertrag über ambulantes Operieren im Krankenhaus (im Folgenden: VAOK), der in Â§ 6 Abs 1 "eine Vergütung auf der Grundlage des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes für Ärztliche Leistungen (EBM-Ä) nach den für die Versicherten geltenden vertragsärztlichen Vergütungssätzen" vorsehe; von der in Â§ 6 Abs 3 VAOK vorgesehenen Möglichkeit einer speziellen Vereinbarung über sog. Komplexgebühren hätten die Vertragspartner bislang keinen Gebrauch gemacht. Der EBM-Ä in der hier maßgeblichen Fassung vom 1. Januar 1996 habe entgegen früheren Fassungen bei den Komplexgebühren zwischen verschiedenen Facharztgruppen differenziert, aber für "ermächtigte Krankenhausärzte" sowie "Institutionen mit Einzelleistungsabrechnung" unabhängig vom Fachgebiet eine Ordinationsgebühr von nur 180 Punkten und an Stelle der Ordinationsgebühr für "ermächtigte Krankenhausärzte" nur dann eine Konsultationsgebühr vorgesehen, wenn nicht mehr als telefonische Kontakte stattgefunden hätten. Bei Vertragsschluss im Jahre 1993 habe sich der Wille der vertragsschließenden Parteien noch nicht auf eine derartige Differenzierung zwischen verschiedenen Arztgruppen erstreckt, sodass vom Gericht eine Rückenschließung im Wege der Vertragsanpassung vorgenommen werden müsse. Die dabei erforderliche Interessenabwägung spreche dafür, die Komplexleistungen bei ambulanten Operationen mit der im EBM-Ä vorgesehenen Gebühr für "ermächtigte Krankenhausärzte" bzw. "Institutionen mit Einzelleistungsabrechnung" zu vergüten, weil die Leistungsbedingungen des Krankenhauses eher den Bedingungen der ermäßigten Krankenhausärzte als denen der niedergelassenen Ärzte entsprechen. Das ambulant operierende Krankenhaus habe zwar wie der niedergelassene Arzt auch die präoperativen Leistungen zu erbringen. Es solle dabei jedoch in der Regel eine 14-tägige Behandlungsdauer nicht überschreiten und nur den Eingriff sowie die sich unmittelbar anschließenden Leistungen erbringen; die weitere Behandlung übernehme dann ein niedergelassener Arzt. Hingegen führe ein ambulant operierender Vertragsarzt auch sämtliche Folgeleistungen aus, behandle den Patienten über einen längeren Zeitraum und könne die Ordinationsgebühr dennoch nur einmal im Quartal abrechnen.

Mit der Revision rügt die Klägerin die Verletzung von [Â§ 115b Abs 1 Satz 1 Nr 2 SGB V](#). Auch wenn es nicht zu einer Vereinbarung nach Â§ 6 Abs 3 VAOK gekommen sei, liege keine vertragliche Rücke vor. Beim ambulanten Operieren werde das Krankenhaus wie ein "Facharzt" tätig, biete dieselben Leistungen sowie Qualitätsstandards und müsse daher nach Â§ 6 Abs 1 VAOK auch gemäß den

---

für die Versicherten geltenden vertragsärztlichen Vergütungssätzen bezahlt werden. Die postoperativen Leistungen sollten zwar  $\hat{=}$  wie bei ambulanter Operation durch den niedergelassenen Arzt  $\hat{=}$  in der Regel vierzehn Tage nicht überschreiten, im Einzelfall sei das jedoch nicht ausgeschlossen. Auch das Krankenhaus erbringe sämtliche Nebenleistungen, die mit der Ordinationsgebühr abgegolten werden. Bei der Konsultationsgebühr sei ebenfalls die Gleichstellung mit den Vertragsärzten geboten.

Die unter Nr 2 beigefugte Krankenhausgesellschaft hat sich dem angeschlossen.

Die Klägerin beantragt sinngemäß,

die Urteile des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen vom 8. März 2001 und des Sozialgerichts Duisburg vom 12. Februar 1999 abzuändern sowie die Beklagte zu verurteilen, der Klägerin 179, 58 EUR zu zahlen.

Die Beklagte sowie die unter Nr 8) und 9) beigefugten Ersatzkassen-Verbände beantragen,

die Revision zurückzuweisen.

Die übrigen Beigefugten haben keine Anträge gestellt.

II

Die Revision ist begründet. Die Urteile der Vorinstanzen waren aufzuheben, der Klage war stattzugeben. Die Beklagte ist verpflichtet, die von der Klägerin im Zusammenhang mit ambulanten Operationen beanspruchten Ordinations- und Konsultationsgebühren in vollem Umfang zu bezahlen.

Rechtsgrundlage des Vergütungsanspruchs der Klägerin ist  $\hat{=}$  6 Abs 1 VAOK iVm dem EBM, B.I.2.1 (Ordinationsgebühr) bzw B.I.2.2 (Konsultationsgebühr). Nach  $\hat{=}$  6 Abs 1 Satz 1 VAOK sind den Krankenhäusern die ambulanten Operationen sowie die Leistungen nach den  $\hat{=}$  4 und 5 VAOK (prä- und postoperative Leistungen) "auf der Grundlage des EBM nach den für die Versicherten geltenden vertragsärztlichen Vergütungssätzen" zu honorieren. Damit ist eine Formulierung aufgegriffen worden, die der gesetzlichen Vorgabe von  [\$\hat{=}\$  115b Abs 1 Satz 1 Nr 2 SGB V](#) entspricht, der "einheitliche Vergütungen für Krankenhäuser und Vertragsärzte" zwingend vorschreibt. Vertragsärzte in diesem Sinne sind nur die niedergelassenen Ärzte, nicht aber die auf Grund einer Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung beteiligten Krankenhausärzte und Institutionen mit Einzelleistungsabrechnung; die letztere maßgebenden besonderen Vergütungsregelungen können deshalb nicht als Maßstab herangezogen werden.

Mit Wirkung vom 1. Januar 1993 hat der Gesetzgeber die Voraussetzungen dafür geschaffen, bisher nur vollstationär zulässige Operationen auch ambulant durchzuführen, soweit der medizinische Fortschritt das gestattet; Ziel war dabei in

---

erster Linie die Kostensenkung ([BT-Drucks 12/3608, S 103](#)). Nach [Â§ 115b Abs 1 Satz 1 Nr 1](#) und 2 SGB V idF des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) vom 21. Dezember 1992 ([BGBl I, 2266](#)) sollen die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam, die Deutsche Krankenhausgesellschaft oder die Bundesverbände der Krankenhausträger gemeinsam sowie die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen einen Katalog ambulant durchführbarer Operationen sowie "einheitliche Vergütungen für Krankenhäuser und Vertragsärzte" vereinbaren. Die Leistungen werden unmittelbar (also nicht über die Kassenärztliche Vereinigung) von den Krankenkassen vergütet ([Â§ 115b Abs 2 Satz 4 SGB V](#)).

Der nach diesen Vorgaben geschlossene und nach seinem Â§ 19 am 1. April 1994 in Kraft getretene Rahmenvertrag, den Klägerin und Beklagte als Verbandsangehörige gegen sich gelten lassen, hat in Â§ 3 VAOK (mit Anlage) einen Katalog ambulant durchführbarer Operationsleistungen aufgestellt, der aus den im EBM-Ä in der jeweils gültigen Fassung aufgeführten ambulanten Operationen und ambulanten Anästhesien besteht; die Â§ 4 und 5 VAOK sehen darüber hinaus prä- und postoperative Leistungen vor.

Der EBM-Ä, auf den Â§ 6 Abs 1 VAOK verweist, wird nach [Â§ 87 Abs 1 Satz 1 SGB V](#) von den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen als Bestandteil der Bundesmantelverträge vereinbart und mit Hilfe eines Bewertungsausschusses als ein einheitlicher Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen festgelegt; nach [Â§ 87 Abs 2 Satz 1 SGB V](#) bestimmt der EBM-Ä den Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander. Der bei Abschluss des VAOK im April 1994 gültige EBM-Ä ging auf eine Verbesserung durch die EBM-Reform 1987 zurück (vgl zum Folgenden: Käppler/Hess, Käppler Kommentar zum EBM, Stand 1. Oktober 2001, Grundlagen und Ziele des EBM, Ziffer 8). Er gab für die einzelnen Leistungen eine Punktbewertung, ohne nach der Zugehörigkeit eines Arztes zu einer Facharztgruppe (oder einem Krankenhaus bzw einer sonstigen Institution) zu differenzieren. Außerdem fand durch eine ständig zunehmende Zahl von Vergütungspositionen eine fortschreitende Zergliederung statt; bestimmte Grundleistungen und kleine Sonderleistungen wurden von den Ärzten einer Fachgruppe nahezu in allen Behandlungsfällen abgerechnet.

Die am 1. Januar 1996 in Kraft getretene, auf [Â§ 87 Abs 2a SGB V](#) idF des GSG beruhende Neustrukturierung des EBM-Ä fasste zahllose bisherige Einzelleistungen zu einer sog Ordinationsgebühr (vgl EBM-Ä, B.I.2.1) zusammen, die aber für einzelne Facharztgruppen mit 60 bis 555 Punkten unterschiedlich bewertet wurde; außerdem wurde eine Auffanggruppe der "Ermächtigten Krankenhausärzte, nicht genannten Arztgruppen und Institutionen mit Einzelleistungsabrechnung" eingeführt, für die die Ordinationsgebühr mit 180 Punkten bewertet wurde. Bei der ebenfalls neu eingeführten sog Konsultationsgebühr (EBM-Ä, B.I.2.2) wurden für zahlreiche, einzeln aufgeführte Facharztgruppen 50 Punkte angesetzt; für die nicht aufgeführten Facharztgruppen, wozu ausdrücklich auch "ermächtigte Krankenhausärzte" gezählt wurden, sollte diese Gebühr nur abgerechnet werden können, wenn die gesamte Behandlung ausschließlich aus Auftragsleistungen oder nur aus einem einzigen Telefonkontakt

---

zwischen Arzt und Patient bestanden hatte.

Das LSG hat auf Grund der Neufassung des EBM-Ä in Bezug auf den VAOK eine Regelungsänderung oder einen Wegfall der Geschäftsgrundlage angenommen und im Wege der Vertragsanpassung die Krankenkassen nicht den niedergelassenen Vertragsärzten, sondern den ermächtigten Krankenhausärzten gleichgestellt. Dadurch ist das LSG – wie die Beklagte – zu dem Ergebnis gekommen, dass bei ambulanten Operationen durch Krankenkassen eine Ordinationsgebühr nur noch in Höhe von 180 Punkten und eine Konsultationsgebühr nur noch in besonderen Konstellationen liquidiert werden kann, die in den vorliegenden Fällen nicht gegeben gewesen seien.

Es kann offen bleiben, ob durch die Neuregelung der Gebühren im EBM-Ä eine Vertragsänderung entstanden ist, die durch interessengerechte Auslegung geschlossen werden muss, oder ob es sich in § 6 Abs 1 Satz 1 VAOK um eine dynamische Verweisung auf den jeweils geltenden EBM-Ä handelt. Denn die Regelungsänderung wäre wie bei einer dynamischen Verweisung in der Form zu schließen, dass die Ordinations- und Konsultationsgebühren nach der im EBM-Ä für die jeweilige Facharztgruppe vorgesehenen Punktzahl abzurechnen sind. Dies folgt freilich nicht schon daraus, dass das Krankenhaus nach § 13 VAOK bei den Operationen Facharztstandard schuldet; denn dieser wird auch von den ermächtigten Krankenhausärzten gefordert. Die ermächtigten Krankenhausärzte sind aber keine Vertragsärzte, deren Vergütung für die Krankenkassen maßgebend sein soll.

Die in § 6 Abs 1 Satz 1 VAOK in Bezug genommenen Vertragsärzte umfassen nach dem Sprachgebrauch des SGB V nur die niedergelassenen "zugelassenen Ärzte"; der Begriff "Vertragsarzt" ist allein für diese Gruppe reserviert (vgl. die §§ 95 Abs 2, 2a, 3, 5, 6, 7, 9 sowie 95a und 95b SGB V). Hingegen sind ermächtigte Ärzte und ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen (wie Institutionen mit Einzelleistungsabrechnung) nicht selbst Vertragsärzte, sondern nehmen nur an der vertragsärztlichen Versorgung teil (§ 95 Abs 1 und 4, 116, 117 SGB V). Der Begriff "ermächtigter Krankenhausarzt" findet sich in § 116 SGB V, nach dem Krankenhausärzte mit abgeschlossener Weiterbildung mit Zustimmung des Krankenhausträgers vom Zulassungsausschuss zur Teilnahme an der vertraglichen Versorgung der Versicherten "ermächtigt" werden können. Unter Institutionen mit Einzelleistungsabrechnung sind die in den §§ 117 bis 119 SGB V aufgeführten Institutionen zu verstehen (vgl. zu diesen Hess in Kasseler Komm Bd 1, Stand März 2001 § 120 SGB V RdNr 2 ff), die zur ambulanten Behandlung ermächtigt werden können und nach § 120 Abs 1 SGB V ihre Leistungen über die Kassenärztliche Vereinigung vergütet bekommen. Wenn § 6 VAOK zur Umsetzung des Einheitlichkeitsgebotes des § 115b SGB V auf die vertragsärztlichen Vergütungssätze verweist, spricht der Wortlaut somit dafür, dass die für Vertragsärzte, dh niedergelassene "zugelassene Ärzte", geltenden Vorschriften Maßstab für die Vergütung des Krankenhauses sein sollen.

Dem steht nicht entgegen, dass der Arbeitsausschuss des Bewertungsausschusses

---

in seinem Interpretationsbeschluss Nr 43 vom 29. September 1999 mit Wirkung vom 1. Oktober 1999 ausgesprochen hat, dass "Krankenhäuser, die unter den Vorgaben des [Â§ 115b SGB V](#) ambulante Operationen als vertragsärztliche Leistungen durchföhren, hinsichtlich der Ordinationsgeböhre Nr 1 â€œ den Institutionen mit Einzelleistungsabrechnung zugeordnet (werden) â€œ Ordinationsgeböhre 180 Punkte" (vgl Källner Kommentar zum EBM, Stand April 2000, Anm B I 1, S 138.1). Dem Arbeitsausschuss fehlt wie dem Bewertungsausschuss die Befugnis zu einer Entscheidung, die nicht die Vergöhre der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und ärztlich geleiteten Einrichtungen betrifft ([Â§ 82 Abs 2](#), [87 Abs 1 SGB V](#)), sondern allein die Frage, wie bestimmte Krankenhausleistungen außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung zu vergöhren sind.

Dass die ambulant operierenden Krankenhäuser in jeder Hinsicht bei der Vergöhre mit den niedergelassenen Ärzten gleichgestellt werden sollten, ergibt sich letztlich entscheidend aus der Zielsetzung des Gesetzgebers, gleiche Wettbewerbsbedingungen bei ambulanten Operationen zu schaffen. Durch die Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Operationen sollte diesen die Möglichkeit gegeben werden, kostenaufwändige stationäre Behandlungen zu vermeiden; andererseits sollte die Zulassung der ambulanten Operationen nicht zu einer Benachteiligung der niedergelassenen Ärzte führen, die ambulante Operationen ebenfalls durchföhren und diese nach dem EBM-Ä abrechnen. Die gesetzliche Vorgabe einheitlicher Vergöhren sollte bewirken, dass es für die Kostenträger ohne Bedeutung ist, ob eine bestimmte ambulante Operation in der Arztpraxis oder im Krankenhaus durchgeführt wird. Damit entfällt auch jeder Anreiz auf dieser Seite, direkt oder indirekt auf die freie Arztwahl des Versicherten Einfluss zu nehmen. Müsste die Klägerin die von ihr durchgeführten Operationen zu geringeren Entgelten durchföhren als niedergelassene Ärzte, wäre die Möglichkeit nicht auszuschließen, dass dies auf Dauer auch zu Lasten der niedergelassenen Ärzte ginge. Die Vergöhre muss deshalb der Höhe nach grundsätzlich der vergleichbaren Facharztpraxis entsprechen; Abweichungen infolge unterschiedlicher Punktbewertungen bei fester Punktzahl im Krankenhausbereich und schwankendem Punktwert im vertragsärztlichen Bereich sind nur hinzunehmen, soweit sie systembedingt unvermeidbar sind. Wegen dieser bindenden Gesetzesvorgabe kann dahinstehen, ob â€œ wie das LSG gemeint hat â€œ die Umstände der Leistungserbringung zwischen Krankenhaus und Arztpraxis tatsächlich unterschiedlich sind und ob dies verfahrensfehlerfrei festgestellt worden ist.

Die Kostenentscheidung folgt aus [Â§ 193 Abs 1 und Abs 4 Satz 2](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) aF, da das Verfahren vor dem 1. Januar 2002 rechtshängig geworden ist. [Â§ 197a SGG](#), der durch das 6. SGG-ÄndG vom 17. August 2001 ([BGBl I 2141](#)) eingeföhrt worden ist und statt der Anwendung der [Â§ 184 bis 195 SGG](#) nF die Kostenvorschriften der Verwaltungsgerichtsordnung vorsieht, wenn â€œ wie hier â€œ keine Personen iS von [Â§ 183 SGG](#) nF beteiligt sind, ist erst auf nach dem 1. Januar 2002 rechtshängig gewordene Verfahren anzuwenden, wie aus [Art 17 Abs 1 Satz 2](#) des 6. SGG-ÄndG abzuleiten ist. Diese Übergangsvorschrift betrifft zwar ausdrücklich nur die Frage der



---

Gerichtsgebühren; sie muss aber sinngemäß auch für die außergerichtliche Kostenerstattung angewendet werden, um angesichts des mit der Neuregelung verbundenen Systemwechsels den erforderlichen Vertrauensschutz zu gewährleisten (so auch BSG vom 30. Januar 2002 – [B 6 KA 12/01 R](#) – zur Veröffentlichung vorgesehen).

Erstellt am: 19.08.2003

Zuletzt verändert am: 20.12.2024