

B 6 KA 14/03 R

Land
Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht
Bundessozialgericht
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
6
1. Instanz
SG Karlsruhe (BWB)
Aktenzeichen
S 1 KA 3544/99
Datum
01.03.2000
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 5 KA 1991/00
Datum
04.12.2002
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 6 KA 14/03 R
Datum
08.09.2004
Kategorie
Urteil
Leitsätze

1. Veranlassen Vertragsärzte nach von ihnen in ihrer vertragsärztlichen Praxis durchgeführten Operationen ihre Patienten einen stationären Aufenthalt in einer Klinik zu nehmen sind die Operationen nicht der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung zuzurechnen.

2. Dem Vertragsarzt steht für Leistungen die er nicht gemäß den Bestimmungen des Vertragsarztrechts erbracht hat auch kein Vergütungsanspruch auf bereicherungsrechtlicher Grundlage zu (Fortführung der ständigen Rechtsprechung des BSG Abgrenzung zu BSG vom 4.3.2004 [B 3 KR 4/03 R](#) = BSGE ... = [SozR 4-2500 § 39 Nr 1](#)).

Die Revision der Kläger gegen das Urteil des Landessozialgerichts Baden-Württemberg vom 4. Dezember 2002 wird zurückgewiesen. Die Kläger haben der Beklagten ihre außergerichtlichen Kosten auch für das Revisionsverfahren als Gesamtschuldner zu erstatten. Im Übrigen sind Kosten nicht zu erstatten.

Gründe:

I

Die Beteiligten streiten über die Berichtigung von Honoraranforderungen.

Die Kläger sind als Orthopäden zur vertragsärztlichen Versorgung in P. zugelassen und in Gemeinschaftspraxis tätig. Sie führen in großer Zahl orthopädische Operationen wie arthroskopische und Kreuzbandoperationen durch. Sie operieren in den von ihnen angemieteten Operationsräumen einer orthopädischen Privatklinik, die sich in dem Stockwerk über der Praxis der Kläger befindet. Der Kläger zu 1. ist Mehrheitsseigner der GmbH, die die Privatklinik betreibt. Diese verfügt über acht Betten in einer Wachstation und über 20 Betten auf der Normalstation. Eine ärztliche Betreuung ist durchgängig sichergestellt.

In für die Patienten bestimmten Merkblättern zu verschiedenen Operationen wie Kreuzbandplastiken und Schulteroperationen empfahlen die Kläger den Aufenthalt in der Privatklinik nach der Operation. In den Merkblättern wurde darauf hingewiesen, dass keine Verträge mit den gesetzlichen Krankenkassen bestünden und dass die Kosten der Leistungen, die von der Privatklinik in Anspruch genommen würden, von den Patienten selbst getragen werden müssten. Im Quartal I/1998 betrug der allgemeine Tagessatz im Drei-Bett-Zimmer 395,00 DM.

Nachdem Krankenkassen die beklagte Kassenärztliche Vereinigung (KÄV) auf die Praxis der Kläger hingewiesen hatten, Versicherte der gesetzlichen Krankenkassen im Anschluss an ambulant durchgeführte Operationen in der Privatklinik aufzunehmen, setzte die Beklagte mit Bescheid vom 15. Juli 1998 von den Honoraranforderungen der Kläger für das Quartal I/1998 die von diesen erbrachten Operationsleistungen ab, da es sich nicht um ambulante Operationen, sondern um stationäre Behandlungen gehandelt habe. Mit ihrem Widerspruch machten die Kläger geltend, die Patienten seien auf ihren eigenen Wunsch in der Privatklinik untergebracht worden. In keinem Fall habe eine medizinische Notwendigkeit für einen stationären Aufenthalt bestanden. Mit Widerspruchsbescheid vom 18. August 1999 änderte die Beklagte den Bescheid vom 15. Juli 1998 und hob die Honorarberichtigung für diejenigen Leistungen auf, die die Kläger bei Patienten erbracht hatten, die nach ihrer ambulanten Operation am selben Tag nach Hause entlassen worden waren. Den weitergehenden Widerspruch wies die Beklagte zurück (verbleibende Honorarkürzung von 439.013 DM).

Das Sozialgericht (SG) hat die Klage abgewiesen (Urteil vom 1. März 2000). Die Kläger hätten keinen Vergütungsanspruch für die streitigen Leistungen, da es sich bei diesen nicht um ambulante Behandlungen gehandelt habe. Solche lägen nur dann vor, wenn der Patient behandelt werde, ohne dass er Unterkunft und Verpflegung erhalte, insbesondere also, wenn er nach der Operation und der Anästhesie wieder nach Hause entlassen werde.

Im Urteil vom 4. Dezember 2002, mit dem das Landessozialgericht (LSG) die Berufung zurückgewiesen hat, ist zur Begründung ausgeführt, die Beklagte habe die Honoraranforderungen der Kläger zu Recht berichtigt. Die in den streitigen Fällen gegenüber den Patienten erbrachten Leistungen könnten nicht mehr der ambulanten Versorgung zugerechnet werden. Es handele sich vielmehr um stationäre Leistungen. Diese seien, wie sich aus verschiedenen Vorschriften ergebe, dadurch gekennzeichnet, dass den Patienten neben der medizinischen Versorgung Unterkunft und Verpflegung gewährt würden. Kein geeignetes Kriterium für die Abgrenzung von ambulanter zu stationärer Behandlung sei es, ob eine stationäre Aufnahme aus medizinischer Sicht erforderlich sei. Auch nicht notwendige stationäre Behandlungen blieben stationäre Behandlungen. Der vom Patienten mit der Klinik geschlossene Behandlungsvertrag über einen "stationären Aufenthalt" und gerade nicht über einen "normalen Hotelaufenthalt" belege, dass hier stationäre Leistungen erbracht worden seien. Es habe für die frisch operierten Patienten auch Sinn gemacht, im Anschluss an die Operation in der Klinik zu übernachten, um beim Auftreten von Komplikationen deren medizinischen Apparat in Anspruch nehmen zu können. Die Preise für eine Übernachtung im Drei-Bett-Zimmer von knapp 400 DM bzw. von 520 DM für ein Einzelzimmer sprächen ebenfalls dagegen, dass die Patienten nur übernachten wollten. Deren Höhe sei nur gerechtfertigt, wenn mit ihnen eine pflegerische und medizinische Betreuung mit abgegolten sei. Demgegenüber greife der von den Klägern erhobene Einwand, die Übernachtung in der Klinik sei ohne medizinische Indikation auf eigenen Wunsch der Patienten erfolgt, nicht durch. Zum einen hätten sie gegenüber den Patienten den Eindruck erweckt, die Übernachtung in der Klinik sei medizinisch sinnvoll. In den von ihnen herausgegebenen Merkblättern werde für den Regelfall empfohlen, nach der ambulanten Operation für ein bis drei Tage in der Klinik zu verbleiben. Dies vermittle den Eindruck, ein Patient handele medizinisch unvernünftig, wenn er nach der Operation nicht in der Klinik verbleibe. Darüber hinaus habe der Einwand der Kläger, die Aufenthalte in der Klinik seien medizinisch nicht notwendig gewesen, nicht bestätigt werden können. Entgegen der Aufforderung durch das Gericht hätten sie es unterlassen, in 50 Behandlungsfällen die OP-Berichte vorzulegen, die die Beklagte exemplarisch auf die medizinische Notwendigkeit hätte überprüfen sollen. Damit sei davon auszugehen, dass die betroffenen Patienten in den streitigen Fällen im Anschluss an die durchgeführten Operationen in der Klinik stationär aufgenommen worden seien.

Mit ihrer Revision rügen die Kläger eine Verletzung materiellen Rechts. Das LSG habe verkannt, dass der Vertragsarzt mit Inanspruchnahme seiner Leistung durch den Patienten einen Vergütungsanspruch erwerbe, sofern er eine nach dem Leistungsverzeichnis abrechnungsfähige Leistung erbracht habe. Das sei bei ihnen - den Klägern - mit der Durchführung der ambulanten Operationen der Fall gewesen. Daran habe sich nichts dadurch geändert, dass bestimmte Patienten im Anschluss daran in der Klinik übernachtet hätten. Es habe den Patienten völlig frei gestanden, nach der Abschlussuntersuchung nach Durchführung der ambulanten Operation sich zB nach Hause zu begeben, sich einer professionellen häuslichen Krankenpflege zu bedienen, sich in einem Hotel betreuen zu lassen oder als Selbstzahler in einer Privatklinik zu übernachten. Eine ambulante Operation verliere selbst dann nicht ihren Charakter als ambulante Leistung, wenn von vornherein wegen der Art der Erkrankung, dem Zustand des Patienten und der Art der Operation mit der Notwendigkeit einer stationären Behandlung zu rechnen sei und der Patient deshalb am selben Tage wegen der selben Erkrankung in stationäre Krankenhausbehandlung aufgenommen werden müsse. An dem Charakter der von ihnen durchgeführten ambulanten Operation als ambulante Leistungen ändere sich auch nichts für den Fall, dass es sich bei den Empfehlungen über die Vorteile einer Übernachtung in der Privatklinik um fehlerhafte Maßnahmen gehandelt habe. Schließlich sei die Schlussfolgerung des LSG nicht zu halten, es habe sich nicht erwiesen, dass die Aufenthalte in der Privatklinik nicht medizinisch notwendig gewesen seien. Dafür hatten sie, die Kläger, ohnehin nicht die Beweislast. Im Übrigen seien sie auf Grund ihrer Verschwiegenheitsverpflichtung weder berechtigt noch verpflichtet gewesen, die OP-Berichte vorzulegen.

Die Kläger beantragen sinngemäß, die Urteile des Landessozialgerichts Baden-Württemberg vom 4. Dezember 2002 und des Sozialgerichts Karlsruhe vom 1. März 2000 sowie den Bescheid der Beklagten vom 15. Juli 1998 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 18. August 1999 aufzuheben und die Beklagte zu verpflichten, die Leistungen zu vergüten, die sie - die Kläger - im Quartal I/1998 gegenüber denjenigen Patienten erbracht haben, die in der Liste Nr 2 unter Nr 1 bis 275 aufgeführt sind.

Die Beklagte beantragt, die Revision zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend. Aus den vom LSG festgestellten Tatsachen ergebe sich, dass die Kläger die Patienten in den streitigen Fällen nach der Operation stationär aufgenommen hätten. Damit entfalle ein Vergütungsanspruch für ambulante Operationen.

Die übrigen Beteiligten haben sich im Verfahren zur Sache nicht geäußert.

Alle Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung des Senats durch Urteil ohne mündliche Verhandlung ([§ 124 Abs 2](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG)) einverstanden erklärt.

II

Die Revision der Kläger ist nicht begründet. Zutreffend hat das LSG entschieden, dass die Beklagte ihre Honoraranforderung für das Quartal I/1998 zu Recht berichtigt hat.

Rechtsgrundlage für die sachlich-rechnerische Richtigstellung der Honoraranforderung durch die Beklagte sind § 45 Abs 2 Satz 1 Bundesmantelvertrag-Ärzte in der seit 1. Januar 1995 geltenden Fassung und § 34 Abs 4 Satz 2 Ersatzkassenvertrag-Ärzte in der seit 1. Juli 1994 geltenden Fassung, die auf der Grundlage von [§ 83 Abs 3](#) des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) (idF des Gesundheits-Reformgesetzes vom 20. Dezember 1988, [BGBl I 2477](#)) zunächst abgeschlossen, dann auf der Grundlage des [§ 83 Abs 1 SGB V](#) (idF des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) vom 21. Dezember 1992, [BGBl I 2266](#)) geändert wurden. Nach diesen im Wesentlichen gleich lautenden Vorschriften hat die KÄV die Aufgabe, die von den Vertragsärzten eingereichten Abrechnungen rechnerisch und gebührenordnungsmäßig zu prüfen und nötigenfalls richtig zu stellen, was auch im Wege nachgehender Richtigstellung erfolgen kann. Dabei kann die KÄV das Richtigstellungsverfahren von Amts wegen oder auf Antrag einer Krankenkasse durchführen (vgl. [BSGE 89, 90, 93 f](#) = [SozR 3-2500 § 82 Nr 3](#) S 6 zum ärztlichen Bereich; ebenso zuletzt - zum zahnärztlichen Bereich - BSG Urteil vom 28. April 2004 - [B 6 KA 19/03 R](#) -, zur Veröffentlichung in SozR vorgesehen).

Hiernach war die Beklagte berechtigt, die Honoraranforderung der Kläger für die von ihnen in den streitbefangenen Behandlungsfällen erbrachten Operationsleistungen sachlich-rechnerisch richtig zu stellen, weil es sich nicht um ambulante Leistungen handelte. Voraussetzung für die Vergütung von Leistungen durch die beklagte KÄV ist, dass die abgerechneten Leistungen der ambulanten

vertragsärztlichen Versorgung zuzurechnen sind. Ist das nicht der Fall, weil eine stationäre Leistung erbracht worden ist, scheidet ein Vergütungsanspruch gegen die KÄV aus.

Damit kommt der Abgrenzung von Leistungen, die der ambulanten Versorgung, und solchen, die der stationären zuzurechnen sind, entscheidende Bedeutung zu. Nach [§ 39 Abs 1 Satz 1 SGB V](#) wird die Krankenhausbehandlung vollstationär, teilstationär, vor- und nachstationär ([§ 115a SGB V](#)) sowie ambulant ([§ 115b SGB V](#)) erbracht. Sie umfasst im Rahmen des Versorgungsauftrags des Krankenhauses alle Leistungen, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung der Versicherten im Krankenhaus notwendig sind, insbesondere ärztliche Behandlung, Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Unterkunft und Verpflegung (Abs 1 Satz 3 aaO). Dabei dürfen die Krankenkassen gemäß [§ 108 SGB V](#) Krankenhausbehandlung nur durch zugelassene Krankenhäuser (Hochschulkliniken im Sinne des Hochschulbauförderungsgesetzes bzw Krankenhäuser, die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind (Plankrankenhäuser), oder Krankenhäuser, die einen Versorgungsvertrag mit den Verbänden der Krankenkassen abgeschlossen haben) erbringen. Nach den im maßgeblichen Zeitraum geltenden Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Verordnung von Krankenhauspflege (Krankenhauspflege-Richtlinien) vom 26. Februar 1982 (Beilage Nr 32/02 zum BAnz Nr 125) setzte die Verordnung von Krankenhauspflege durch den Vertragsarzt voraus, dass nach Art und Schwere der Krankheit die medizinische Versorgung gemeinsam mit der pflegerischen Betreuung nur mit den Mitteln eines Krankenhauses möglich ist, dh die ambulante vertragsärztliche Behandlung nicht ausreicht (Nr 1.2. aaO).

Die Abgrenzung, ob eine ambulante oder eine stationäre Behandlung erbracht worden ist, erweist sich gerade bei Operationen als schwierig, da diese entweder ambulant, teilstationär oder stationär durchgeführt werden können. Der 3. Senat des BSG hat im Urteil vom 4. März 2004 - [B 3 KR 4/03 R](#) (zur Veröffentlichung in BSGE und SozR 4 vorgesehen) im Einzelnen die in Betracht kommenden Abgrenzungsgesichtspunkte aufgezeigt. Danach sind zB weder die Durchführung einer Vollnarkose, die Inanspruchnahme eines Krankenhausbettes, die "Aufnahme" in das Krankenhaus oder die zeitweise Gewährung von Unterkunft und Verpflegung aussagekräftige Abgrenzungskriterien. Eine Definition, die die bestehenden Abgrenzungsschwierigkeiten von vollstationärer, teilstationärer und ambulanter Krankenhausbehandlung weitestgehend vermeide, könne nur vom Merkmal der Aufenthaltsdauer ausgehen. Danach liege eine stationäre Behandlung vor, wenn eine physische und organisatorische Eingliederung des Patienten in das spezifische Versorgungssystem des Krankenhauses gegeben sei, die sich zeitlich über mindestens einen Tag und eine Nacht erstrecke. Ein operativer Eingriff finde demgemäß nur "ambulant" iS des [§ 115b SGB V](#) statt, wenn der Patient weder die Nacht vor noch die Nacht nach dem Eingriff im Krankenhaus verbringe. Die Entscheidung zum Verbleib des Patienten über Nacht werde in der Regel zu Beginn der Behandlung vom Krankenhausarzt getroffen, könne aber im Einzelfall auch später erfolgen. So stelle sich eine Behandlung mit einem operativen Eingriff, nach dem der Patient wegen möglicher Komplikationen im nachoperativen Bereich ausnahmsweise nicht am gleichen Tag nach Hause entlassen werden könne und im Krankenhaus verbleiben müsse, als einheitliche vollstationäre Krankenhausbehandlung dar. Dementsprechend gingen auch die Vertragsparteien des Vertrages nach [§ 115b SGB V](#) zutreffend davon aus, dass die Vergütung der im Katalog aufgeführten ambulanten Operationen dann nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) bzw der Bundespflegesatzverordnung erfolge, wenn der Patient am selben Tage in unmittelbarem Zusammenhang mit einer ambulanten Operation "stationär aufgenommen" werde (BSG aaO).

Diesen für den Bereich der ambulanten Operationen im Krankenhaus ([§ 115b SGB V](#)) gewonnenen Kriterien schließt sich der erkennende Senat für die generelle Abgrenzung von ambulant und stationär erbrachten Operationen an.

Nach den aufgezeigten Maßstäben handelt es sich bei den hier streitigen Operationsleistungen der Kläger um solche, die der stationären Behandlung zuzurechnen sind. Nach den den Senat bindenden ([§ 163 SGG](#)) Feststellungen des LSG haben die Kläger den Patienten bei verschiedenen Operationsleistungen in Merkblättern angeraten, im Anschluss an die durchgeführte Operation einen Aufenthalt von ein bis drei Tagen in der Privatklinik zu nehmen. Damit haben die Kläger zwar keine Krankenhauspflege "verordnet", abgesehen davon, dass die Einweisung eines Patienten durch einen Vertragsarzt in ein Plan- oder gar in ein Nicht-Plankrankenhaus ohnehin nicht die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen auslöst (s [BSGE 82, 158](#), 161 = SozR 3-2500 § 39 Nr 5 S 26 f; zur Leistungspflicht bei Notfallbehandlungen in nicht zugelassenen Krankenhäusern s [BSGE 89, 39](#) = [SozR 3-2500 § 13 Nr 25](#)). Sie haben aber durch ihre Vorgehensweise - das Anbieten einer Unterbringung in der Klinik und das Anraten dieser Maßnahme - die Aufenthalte in der Privatklinik veranlasst, sodass sie ihrem Verantwortungsbereich zuzurechnen sind. Dem steht auch nicht entgegen, dass ihre vertragsärztliche Praxis rechtlich von der Privatklinik getrennt ist und nur in der Person des Klägers zur 1., der Mehrheitseigner des Rechtsträgers der Privatklinik ist, eine rechtliche Verbindung besteht. Nicht zu beanstanden ist weiterhin, dass das LSG diesen Aufenthalt nicht als bloße Hotelunterkunft, sondern als stationäre Behandlung gewertet hat. Zu Recht hat das Berufungsgericht darauf hingewiesen, dass neben der vertraglichen Ausgestaltung des Aufnahmevertrages, in dem von einem stationären Aufenthalt die Rede ist, weitere Indizien für die Annahme einer stationären Behandlung sprechen. So stand in der Klinik eine ärztliche Betreuung rund um die Uhr zur Verfügung. Auch der Preis von annähernd 400 DM für eine Übernachtung in einem Drei-Bett-Zimmer belegt, dass bei dem Aufenthalt in der Klinik die ärztliche und pflegerische Betreuung und nicht die bloße Übernachtung im Vordergrund gestanden hat.

Das Verhalten der Kläger führt im Ergebnis dazu, dass die Vorgaben der nach dem KHG durchzuführenden staatlichen Krankenhausbedarfsplanung unterlaufen werden. Danach müssen in ausreichendem Umfang Krankenhausbetten für die stationäre Behandlung vorgehalten werden, um eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern zu gewährleisten (§ 1 Abs 1 KHG). Die Krankenhausplanung kann insgesamt nur sachgerecht durchgeführt und ihren Zielen gerecht werden, wenn Leistungen, die typischerweise eine stationäre Behandlung erfordern, auch stationär erbracht und nicht über die Inanspruchnahme von Krankenhauspflege in nicht zugelassenen Kliniken in die ambulante Versorgung verlagert werden. Die Vorgehensweise der Kläger erschöpfte sich damit nicht in einem Verstoß gegen die Zuordnung von Leistungen zur vertragsärztlichen bzw stationären Versorgung der Versicherten. Sie waren vielmehr dadurch, dass sie ihren Patienten im Anschluss an die Operationen eine stationäre Betreuung im selben Haus in einer Privatklinik anbieten konnten, in der Lage, auch Operationen durchzuführen, die generell nur stationärer Behandlung zugänglich waren. Damit hatten sie die Möglichkeit, unzulässigerweise ihr operatives Angebot zu erweitern und zunächst zu Lasten der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung Leistungen zu erbringen, die an sich zur stationären Versorgung gehören, auch wenn dadurch bei den Krankenkassen keine Inanspruchnahme für stationäre Aufenthalte angefallen sein sollte.

Die Kläger können von der beklagten KÄV eine Vergütung der von ihnen erbrachten Operationsleistungen auch nicht aus anderen rechtlichen Gesichtspunkten, etwa auf Grund entsprechender Anwendung der Vorschriften über die Herausgabe einer ungerechtfertigten Bereicherung ([§§ 812 ff](#), [§ 818 Abs 2](#) des Bürgerlichen Gesetzbuches), beanspruchen. Dem steht entgegen, dass die Leistungen unter

Verstoß gegen vertragsarztrechtliche Bestimmungen erbracht worden sind. Nach der ständigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) zum Vertragsarztrecht und zum Leistungsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung haben Bestimmungen, die die Vergütung ärztlicher oder sonstiger Leistungen von der Erfüllung bestimmter formaler oder inhaltlicher Voraussetzungen abhängig machen, innerhalb dieses Systems die Funktion, zu gewährleisten, dass sich die Leistungserbringung nach den für die vertragsärztliche Versorgung geltenden gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen vollzieht. Das wird dadurch erreicht, dass dem Vertragsarzt oder dem sonstigen Leistungserbringer für Leistungen, die unter Verstoß gegen derartige Vorschriften bewirkt werden, auch dann keine Vergütung zusteht, wenn diese Leistungen im Übrigen ordnungsgemäß erbracht worden sind (zum Vertragsarztrecht: BSG Urteil vom 4. Mai 1994, [BSGE 74, 154](#), 158 = [SozR 3-2500 § 85 Nr 6](#) S 35 f, mwN aus der älteren Rechtsprechung; Urteil vom 10. Mai 1995 - [6/14a RKA 3/93](#) - USK 95122; Urteil vom 10. Mai 1995, [SozR 3-5525 § 32 Nr 1](#) S 3 f; Urteil vom 21. Juni 1995, [BSGE 76, 153](#), 155 f = [SozR 3-2500 § 95 Nr 5](#) S 22 f; Urteil vom 13. November 1996, [BSGE 79, 239](#), 249 f = [SozR 3-2500 § 87 Nr 14](#) S 57 f; Urteil vom 18. Dezember 1996, [BSGE 80, 1](#), 3 f = [SozR 3-5545 § 19 Nr 2](#) S 8 f; Urteil vom 28. Januar 1998 = [SozR 3-1500 § 97 Nr 3](#) S 7; Urteil vom 26. Januar 2000 - [B 6 KA 59/98 R](#) - USK 2000-97; zum Leistungsrecht: BSG Urteil vom 28. März 2000, [BSGE 86, 66](#), 76 = [SozR 3-2500 § 13 Nr 21](#) S 97 f). Denn die Bestimmungen des Leistungserbringungsrechts über die Erfüllung bestimmter formaler oder inhaltlicher Voraussetzungen der Leistungserbringung könnten ihre Steuerungsfunktion nicht erfüllen, wenn der Vertragsarzt oder der mit ihm zusammenarbeitende nichtärztliche Leistungserbringer die rechtswidrig bewirkten Leistungen über einen Wertersatzanspruch aus ungerechtfertigter Bereicherung im Ergebnis dennoch vergütet bekäme (so schon [BSGE 74, 154](#), 158 = [SozR 3-2500 § 85 Nr 6](#) S 35 f). An dieser Rechtsprechung ist festzuhalten. Ihr steht das bereits angesprochene Urteil des BSG vom 4. März 2004 - [B 3 KR 4/03 R](#) - nicht entgegen. In jenem Verfahren, in dem die Krankenkasse einen Anspruch des Krankenhauses in Höhe der Kosten für eine ambulante Operation anerkannt hatte, ist ein Bereicherungsanspruch des Krankenhausträgers bejaht worden, weil lediglich die Art und Höhe der Abrechnung der Leistung, nicht aber die grundsätzliche Berechtigung zur Abrechnung streitig war. Es ging nur darum, ob die erbrachte Krankenhausleistung als stationäre Behandlung nach [§ 109 SGB V](#) einzustufen und deshalb pflegesatzrechtlich zu vergüten oder als ambulante Operation nach [§ 115b SGB V](#) anzusehen war.

Nach alledem hatte die Beklagte die streitigen Operationsleistungen nicht zu vergüten.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 Abs 1](#) und 4, [§ 194 SGG](#) in der bis zum 1. Januar 2002 geltenden und hier noch anzuwendenden Fassung (vgl BSG [SozR 3-2500 § 116 Nr 24](#) S 115 ff).

Rechtskraft

Aus

Login

BRD

Saved

2004-12-08