

B 6 KA 23/99 R

Land
Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht
Bundessozialgericht
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
6
1. Instanz
SG Magdeburg (SAN)
Aktenzeichen
-

Datum
26.02.1997
2. Instanz
LSG Sachsen-Anhalt
Aktenzeichen
-

Datum
03.02.1999
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 6 KA 23/99 R

Datum
31.01.2001
Kategorie
Urteil

Die Revision der Beklagten gegen das Urteil des Landessozialgerichts Sachsen-Anhalt vom 3. Februar 1999 wird zurückgewiesen. Die Beklagte hat den Klägern auch die außergerichtliche Kosten des Revisionsverfahrens zu erstatten.

Gründe:

I

Die Beteiligten streiten über die Vergütung von Anästhesieleistungen, die die Kläger im Quartal III/1994 in den belegärztlichen Abteilungen eines Krankenhauses erbracht haben.

Die in Gemeinschaftspraxis tätigen Kläger sind im Bezirk der beklagten Kassenärztlichen Vereinigung (KÄV) als Fachärzte für Anästhesiologie zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Von Juli 1992 wurden sie von Belegärzten laufend zu Leistungen ihres Fachgebiets im Rahmen von Operationen beigezogen, die diese in der Klinik S. M. (Trägerin: Beigeladene zu 8.) durchführten.

Der Krankenhausplan 1992 und die Feststellungsbescheide zu den Krankenhausplänen 1993 und 1994 sahen für das S. M. eine ärztlich geleitete Funktionsabteilung für Anästhesie vor. Tatsächlich war diese Abteilung nur bis Ende 1991 mit angestellten Krankenhausärzten besetzt. Bis zur Aufnahme der Tätigkeit durch die Kläger nahmen dort nacheinander eine übergangsrechtlich zur Leistungserbringung berechnigte angestellte Internistin (die von August 1992 bis Juni 1994 in einem anderen Krankenhaus eine anästhesiologische Zusatzausbildung erhielt), eine im August 1990 neu eingestellte Anästhesistin (die Ende 1991 wieder ausschied) sowie - aushilfsweise - Fachärzte anderer Krankenhäuser Anästhesien vor. 1993 war das Krankenhaus mit 115 Betten ausgestattet, von denen 90 Belegbetten waren. Für die Erbringung der Anästhesien notwendige Pflegekräfte und Sachmittel stellte das Krankenhaus. In den Pflegesatzvereinbarungen des Jahres 1993 wurden Personalkosten für Anästhesisten im Funktionsdienst (Ansatz laut Krankenhausplan: 2,8 Vollzeitkräfte (VK) im Bereich Innere Medizin) nicht berücksichtigt, wohl aber solche für die vorgehaltenen nichtärztlichen Pflegekräfte.

Im Februar 1994 wurde im S. M. eine zusätzliche, räumlich von den sonstigen Krankenhauseinrichtungen getrennte Abteilung Frauenheilkunde mit 35 Betten, die keine Belegbetten waren, in Betrieb genommen. Gleichzeitig wurde für diese Abteilung ein Anästhesiedienst eingerichtet, der von angestellten Ärzten des Stifts geleitet wurde. Nach einer Anlage zur Pflegesatzvereinbarung für das Jahr 1994 entstand durch die Einrichtung der Abteilung ein zusätzlicher Bedarf von 4,8 VKn Gynäkologie und 2,7 VKn Anästhesiedienst; in der Pflegesatzvereinbarung wurde insoweit ein Bedarf von zusätzlich 7,3 VKn Ärzte berücksichtigt.

Nachdem die Beklagte zunächst die von den Klägern seit 1992 erbrachten anästhesiologischen Leistungen aus der Gesamtvergütung honoriert hatte, lehnte sie mit Bescheid vom 21. Februar 1995 und Widerspruchsbescheid vom 15. Juni 1995 die Vergütung der im Quartal III/1994 in den Belegabteilungen der Klinik vorgenommenen Anästhesien ab. Im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung würden Narkoseleistungen eines vom Belegarzt hinzugezogenen Anästhesisten wegen § 35 Abs 5 Bundesmantelvertrag-Ärzte (in der bis 31. Dezember 1994 geltenden Fassung (BMV-Ä)) und § 33 Abs 6 Arzt-/Ersatzkassenvertrag (EKV-Ä) nur vergütet, wenn das betreffende Fach im Krankenhaus nicht vertreten sei. Das S. M. habe demgegenüber ausweislich des Krankenhausplans eine hauptamtliche Anästhesie-Abteilung vorgehalten. Nach einem Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) vom 20. Juni 1989 müsse ein Belegkrankenhaus alle anästhesiologischen Leistungen bereitstellen, wenn dort eine entsprechende Abteilung bestehe; solche Leistungen seien dann bereits mit dem Pflegesatz abgegolten.

Das dagegen angerufene Sozialgericht (SG) hat die Beklagte unter Aufhebung ihrer Bescheide zur Abrechnung und Vergütung der

erbrachten Anästhesieleistungen verurteilt. § 35 Abs 5 BMV-Ä schließe den Vergütungsanspruch nicht aus. Danach dürfe ein Belegarzt einen Vertragsarzt für eine Mitbehandlung hinzuziehen, wenn das betreffende Fach am Krankenhaus nicht vertreten sei. 1994 hätten Krankenhausärzte die in den Belegabteilungen erforderlichen Anästhesien nicht erbringen können, wie auch in der Pflegesatzvereinbarung berücksichtigt worden sei (Urteil vom 26. Januar 1997).

Das Landessozialgericht (LSG) hat die dagegen gerichtete Berufung der Beklagten zurückgewiesen. Die Kläger hätten einen aus [§ 121 Abs 3 Satz 1](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) folgenden Vergütungsanspruch, da die erbrachten Anästhesieleistungen nicht durch den vom S. M. berechneten Pflegesatz abgegolten seien. Anästhesien - auch für Belegpatienten - gehörten grundsätzlich nicht zu den nach § 3 Abs 2 Satz 1 Bundespflegesatzverordnung (BpflV) erforderlichen "allgemeinen Krankenhausleistungen". Die Vergütung solcher Leistungen im Vertragsarztssystem hänge davon ab, ob das Krankenhaus tatsächlich über eine Anästhesieabteilung verfüge. Die Pflicht zur Erbringung allgemeiner Krankenhausleistungen sei durch die Leistungsfähigkeit des Krankenhauses begrenzt (§ 2 Abs 2 BpflV), was auch für das überwiegend als Belegkrankenhaus tätige S. M. gelten müsse. Daß nach den Krankenhausplänen in der Klinik seit 1992 durchgehend eine anästhesiologische Fachabteilung vorzuhalten gewesen sei, mache Anästhesien nicht schon zu allgemeinen Krankenhausleistungen. Vielmehr komme es nach Sinn und Zweck des § 3 Abs 2 BpflV auf das faktische Leistungsangebot des Krankenhauses an, dh, nur bereits bei der Pflegesatzfestlegung berücksichtigte Leistungen dürften nicht vertragsärztlich abgerechnet werden. Für das Gericht stehe fest, daß 1994 Belegärzte keine angestellten Anästhesisten der Klinik zu Operationen hätten heranziehen können. Mit den 1994 neu eingestellten Anästhesisten habe nur die Versorgung der Patienten in der neuen Abteilung Frauenheilkunde sichergestellt werden können und sollen. Allein die darauf entfallenden Arztkosten seien in die Pflegesätze eingegangen. Dieses ergebe sich aus dem Inhalt der Pflegesatzvereinbarung und deren Anlage, einer Erklärung der zu 1. beigeladenen AOK sowie den Ausführungen des zu 8. beigeladenen Krankenhausträgers. Aus § 35 Abs 5 BMV-Ä folge nichts anderes, da die Regelung - ebenso wie § 3 Abs 2 BpflV - nur das Ziel habe, eine Doppelberücksichtigung von Leistungen zu vermeiden. Entscheidend sei, ob Belegärzte die Möglichkeit gehabt hätten, die Leistungen durch am S. M. vertretene Ärzte ausführen zu lassen. Das sei für 1994 nicht der Fall gewesen (Urteil vom 3. Februar 1999).

Mit ihrer vom LSG zugelassenen Revision rügt die Beklagte, die Honorierung der von den Klägern erbrachten Leistungen sei mit dem Krankenhausfinanzierungsrecht, der BpflV und dem Vertragsarztrecht nicht vereinbar. Aus § 17 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) sowie aus § 2 Abs 2, § 3 Abs 2 und § 4 Abs 3 Nr 2 BpflV folge, daß die Pflegesätze so bemessen werden müßten, daß der Versorgungsauftrag des Krankenhauses erfüllt werden könne. Der Versorgungsauftrag ergebe sich aus den verbindlichen Vorgaben der Krankenhausplanung. Der Feststellungsbescheid zum Krankenhausplan 1994 für das S. M. sehe vor, daß dort eine ärztlich geleitete Funktionsabteilung für Anästhesie vorgehalten werde. Daher sei der Pflegesatz so zu bemessen gewesen, daß damit auch alle Anästhesieleistungen honoriert werden könnten. Eine nochmalige Vergütung dieser Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung führe dagegen zu einer unzulässigen Doppelhonorierung. Die Belegärzte hätten keine Vertragsärzte zur Erbringung von Anästhesien hinzuziehen dürfen, da für 1994 eine selbständige, ärztlich geleitete Funktionsabteilung für Anästhesie mit 2,7 VK-Ärztstellen vorgesehen gewesen sei. Eine KÄV müsse sich darauf verlassen können, daß die Vertragsparteien die Maßgaben der Krankenhausplanung im Rahmen der Pflegesatzvereinbarungen auch umsetzten. Es sei nicht statthaft, von diesen Maßgaben abzuweichen und den verbindlichen Versorgungsauftrag nur zum Teil zu erfüllen. Die Auffassung des LSG würde dazu führen, daß im Rahmen der Pflegesatzverhandlungen ohne weiteres vom im oa Sinne bestandskräftig festgelegten Versorgungsauftrag abgewichen werden könnte und einzelne Leistungen dann systemwidrig in der vertragsärztlichen Versorgung abgerechnet werden müßten. Die Kläger könnten im übrigen Vertrauensschutz bezüglich ihrer Honorierung in der Vergangenheit wegen der eindeutigen, abschließenden Regelungen der Bundesmantelverträge nicht beanspruchen.

Die Beklagte beantragt,
das Urteil des Landessozialgerichts Sachsen-Anhalt vom 3. Februar 1999 sowie das Urteil des Sozialgerichts Magdeburg vom 26. Februar 1997 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Kläger beantragen,
die Revision zurückzuweisen.

Sie halten das Urteil des LSG für zutreffend. Die Beklagte selbst gehe davon aus, daß im Rahmen der Pflegesatzvereinbarung 1994 lediglich Kosten für 2,7 VK ärztlicher Anästhesiedienst berücksichtigt worden seien. Hierdurch habe nur die Versorgung der Patientinnen der neu eingerichteten Abteilung Frauenheilkunde sichergestellt werden sollen und können, nicht aber die Versorgung des gesamten Krankenhauses mit Anästhesien. Da die Einrichtung einer ausreichend großen Anästhesieabteilung nicht zu den erforderlichen allgemeinen Krankenhausleistungen gehöre, seien die Anästhesieleistungen nicht mit dem Pflegesatz abgegolten. Eine Doppelbelastung der Krankenversicherungsträger durch ihre (der Kläger) Honorierung scheidet aus, weil der Pflegesatz für 1994 nicht so bemessen worden sei, daß er alle Abteilungen umfaßt habe.

Die Beigeladenen zu 1. bis 8. stellen keinen Antrag.

Die Beigeladenen zu 5. und 6. verweisen darauf, daß der vom LSG festgestellte Inhalt der Pflegesatzvereinbarung für das Jahr 1994 entscheidend sei.

Die Beigeladene zu 8. hält das LSG-Urteil für zutreffend. Grundlage für den Honoraranspruch der Kläger sei - unabhängig von krankenhaushrechtlichen Gesichtspunkten - allein [§ 121 Abs 3 Satz 1 SGB V](#). Die Rechtsprechung des BSG zu den Auswirkungen der Tätigkeit angestellter Krankenhausärzte, die mittels Ermächtigung einen quasi-belegärztlichen Status anstreben, sei auf den vorliegenden Fall nicht übertragbar, da die Kläger zugelassene Vertragsärzte außerhalb des Krankenhauses seien. KHG und BpflV könnten sich allenfalls indirekt auf die Ansprüche der Kläger auswirken. Daß Anästhesien durch den Pflegesatz mit abgegolten seien, könne - schon wegen der inhaltlichen Abweichungen der BpflV von 1973, die noch dem Urteil des BSG vom 20. Juni 1989 zugrunde gelegen habe - nicht zutreffen. Nach der BpflV gehörten belegärztliche Leistungen einschließlich insoweit veranlaßter Leistungen nicht mehr zu den allgemeinen Krankenhausleistungen. Krankenhausfinanzierungs- und Pflegesatzrecht hätten daher für 1994 eine Doppelfinanzierung definitiv ausgeschlossen (vgl § 2 Abs 1 Satz 2 BpflV), was auch beachtet worden sei. Die Feststellung des LSG, 1994 habe es angestellte Anästhesisten im Krankenhaus, die von den Belegärzten hätten herangezogen werden können, nicht gegeben, sei bindend; Verfahrensfehler habe die Beklagte insoweit nicht gerügt. Sie verkenne, daß ein Krankenhausplan keine Behandlungspflichten begründe, sondern nur die Bedarfsgerechtigkeit des vorhandenen bzw

angebotenen Leistungsspektrums eines Krankenhauses feststelle. In das Budget für 1994 hätten nur die "voraussichtlichen" Krankenhausleistungen aufgenommen werden dürfen; anästhesiologische Leistungen durch angestellte Krankenhausärzte für die Belegabteilungen seien gerade nicht erwartet worden. Aus § 4 Abs 3 Nr 2 Buchst f BPflV folge, daß bei der Pflegesatzfestlegung nur tatsächlich vorgenommene Kapazitätserweiterungen berücksichtigt werden dürften, die dem Krankenhausplan entsprächen. Es sei abwegig und darüber hinaus auch nicht genehmigungsfähig, im Budget zu Lasten der Krankenkassen auch die Kosten tatsächlich nicht vorgehaltener Kapazitäten zu erfassen. Die genannte Vorschrift bewirke keine imperative Planung. Das Budget des S. M. sei für 1994 genehmigt worden, was die Rechtmäßigkeit der in das Budget eingestellten Kosten dokumentiere. Die Abweichung der Beklagten für das Quartal III/1994 von ihrer langjährigen Abrechnungspraxis sei ferner treuwidrig, da sie den Klägern erst im November 1994 ihre geänderte Rechtsauffassung mitgeteilt habe.

II

Die zulässige Revision der Beklagten ist unbegründet. Zutreffend haben die Vorinstanzen deren Bescheide aufgehoben und sie verpflichtet, die von den Klägern eingereichten 670 Behandlungsscheine in der vertragsärztlichen Versorgung abzurechnen und die errechnete Vergütung an diese auszuzahlen.

Grundlage des Anspruchs der Kläger gegen die Beklagte auf Honorierung ihrer im Quartal III/1994 in der Klinik S. M. erbrachten Anästhesieleistungen ist [§ 121 Abs 3 Satz 1 iVm § 85 Abs 4 Satz 1 SGB V](#). Danach werden die belegärztlichen Leistungen aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung vergütet, die die beklagte KÄV unter die Vertragsärzte zu verteilen hat. Die Kläger sind zwar nicht selbst als Belegärzte tätig geworden. Sie stehen solchen aber hinsichtlich ihrer Vergütungsansprüche gleich, da sie belegärztlich angeordnete Dienstleistungen als Vertragsärzte erbracht haben.

Belegärzte sind gemäß [§ 121 Abs 2 SGB V](#) niedergelassene und andere nicht am Krankenhaus angestellte Ärzte, 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. Gleiches war und ist krankenhausrrechtlich in § 2 Abs 3 Satz 1 BPflV in der bis 31. Dezember 1994 geltenden Fassung (aF), § 23 Abs 1 BPflV (idF durch Art 1 der Verordnung zur Neuordnung der Pflegesatzstruktur vom 26. September 1994 ([BGBl I, 2750](#)) in Kraft getreten am 1. Januar 1995 (nF)) normiert. Die belegärztliche Tätigkeit stellt regelmäßig eine Fortsetzung der ambulanten vertragsärztlichen Tätigkeit dar ([BSGE 79, 239, 248 = SozR 3-2500 § 87 Nr 14 S 56](#)), weil das Schwergewicht der Gesamttätigkeit des Arztes bei der ambulanten Tätigkeit verbleibt (vgl § 33 Abs 2 BMV-Ä vom 28. September 1990 (DÄ 1990, C-1915); § 31 Abs 2 EKV-Ä vom 7. Juni 1994, (DÄ 1994, A-1967), gültig ab 1. Juli 1994, sowie bereits [BSGE 26, 164, 167 ff = SozR Nr 10 zu § 368f RVO](#)). Daher gelten für die belegärztliche Tätigkeit grundsätzlich die sich aus dem Vertragsarztrecht ergebenden Rechte und Pflichten (vgl [BSGE 79, 239, 248 = SozR 3-2500 § 87 Nr 14 S 56](#)).

Zu den nach den Grundsätzen des Vertragsarztrechts zu honorierenden belegärztlichen Leistungen gehören nicht nur die unmittelbar von den Belegärzten selbst erbrachten Leistungen. [§ 121 Abs 3 Satz 3 Nr 1](#) und 2 SGB V rechnet der belegärztlichen Tätigkeit - wortgleich mit § 2 Abs 3 Satz 2 Nr 2 und 3 BPflV aF (ebenso: § 23 Abs 1 Satz 2 Nr 2 und 3 BPflV nF) - auch den ärztlichen Bereitschaftsdienst für Belegpatienten zu, ferner die vom Belegarzt veranlaßten Leistungen nachgeordneter Ärzte des Krankenhauses, die bei der Behandlung seiner Belegpatienten in demselben Fachgebiet wie der Belegarzt tätig werden. Gleiches hat der Senat für belegärztlich angeordnete Massagen und krankengymnastische Behandlungen, die von Hilfspersonal des Krankenhauses ausgeführt werden, angenommen ([BSG, Urteil vom 9. Mai 1990 - 6 RKA 1/89 = USK 9086](#)). Für die Inanspruchnahme von Ärzten des Krankenhauses und/oder von sonstigen Personen, Mitteln oder Einrichtungen des Krankenhauses, die der Belegarzt selbst berechnen kann, hat er dem Krankenhausträger dann die im Pflegesatzzeitraum entstehenden nicht pflegesatzfähigen Kosten zu erstatten (§ 11 Abs 1, 2 und 4 BPflV aF). Zur belegärztlichen Tätigkeit zählen darüber hinaus gemäß § 2 Abs 3 Satz 2 Nr 4 BPflV aF auch die von dem Belegarzt "veranlaßten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses" (ebenso § 23 Abs 1 Satz 2 Nr 4 BPflV nF). Aber auch die vom Belegarzt veranlaßte Tätigkeit niedergelassener Vertragsärzte anderer Fachrichtungen ist der belegärztlichen Tätigkeit zuzuordnen (vgl Hess in [Kasseler Kommentar, § 121 SGB V RdNr 5](#); Hencke in [Peters, Handbuch der Krankenversicherung](#), Bd 3, § 121 SGB V RdNr 9). Ein solches Tätigwerden des niedergelassenen Vertragsarztes in einem Belegkrankenhaus auf Veranlassung des Belegarztes ist nämlich grundsätzlich statthaft und vergütungsfähig. Dies ergibt sich aus § 35 Abs 5 BMV-Ä, § 33 Abs 6 EKV-Ä (jeweils in der oa, im Quartal III/1994 geltenden Fassung). Danach darf ein Belegarzt für eine Auftragsleistung, eine Konsiliaruntersuchung oder eine Mitbehandlung einen Kassen-/Vertragsarzt hinzuziehen, wenn das betreffende Fach an dem Krankenhaus nicht vertreten ist. Gemäß § 35 Abs 6 BMV-Ä, § 33 Abs 7 EKV-Ä rechnen solche zugezogenen Vertragsärzte ihre Leistungen gegenüber der KÄV auf einem besonderen, vom behandelnden Belegarzt ausgestelltten und mit dem Vermerk "stationär" versehenen bzw im Feld "bei belegärztlicher Behandlung" angekreuzten Überweisungsschein ab.

Der Vergütungsanspruch der Kläger ist auf der Grundlage der Feststellungen des LSG nach den vorgenannten Vorschriften dem Grunde nach entstanden und fällig. Sie haben die Leistungen im Rahmen belegärztlicher Tätigkeit erbracht und Honorar dafür von der Beklagten angefordert, ohne daß Regelungen über einen (gemäß [§ 121 Abs 3 Satz 2 SGB V](#) möglichen (vgl [BSG SozR 3-2500 § 121 Nr 1 S 4 ff](#))) Ausschluß der Vergütungsfähigkeit für anästhesiologische Begleitleistungen vorhanden sind.

Die in der Klinik S. M. tätigen Belegärzte durften die Kläger im streitigen Quartal III/1994 vertragsarztrechtlich nach § 35 Abs 5 BMV-Ä, § 33 Abs 6 EKV-Ä auch für Auftragsleistungen bzw Mitbehandlungen hinzuziehen, da das Fachgebiet der Anästhesiologie in dieser Vorschriften in den belegärztlichen Abteilungen dieses Krankenhauses seinerzeit (tatsächlich) "nicht vertreten" war. Nach den den Senat bindenden ([§ 163 SGG](#)) Feststellungen des LSG gab es 1994 im S. M. keine angestellten Anästhesieärzte, die von den Belegärzten zu Operationen hätten herangezogen werden können. Durch die für dieses Jahr vorgesehenen 2,7 VK-Stellen für Anästhesisten konnte und sollte nämlich nur die Versorgung der Patientinnen der neu eingerichteten, räumlich getrennt vom übrigen Krankenhausgebäude liegenden Abteilung Frauenheilkunde sichergestellt werden. Entsprechend sind bei der Pflegesatzvereinbarung für das Jahr 1994 nur die Personalkosten für diese zweckgebundenen neu eingestellten Anästhesisten berücksichtigt worden. Dieses hat das LSG beanstandungsfrei mit ausführlicher Begründung dem Inhalt der Pflegesatzvereinbarung 1994, der Anlage zu dieser Vereinbarung sowie den entsprechenden Erklärungen der zu 1. beigeladenen AOK und des zu 8. beigeladenen Krankenhausträgers entnommen. Für die Belegabteilungen konnte das S. M. demgegenüber - wie schon seit Mitte 1992 - aufgrund der dort eingetretenen personellen Sondersituation (Pensionierung des Chirurgen, externe anästhesiologische Zusatzausbildung der Internistin, Ausscheiden einer im August 1990 neu eingestellten Anästhesistin) vorübergehend selbst keine fachärztlich verantworteten Anästhesieleistungen bereitstellen und ließ diese mit Ausnahme der Kosten für

medizinisches Hilfspersonal auch in den Pflegesatzvereinbarungen unberücksichtigt. Die Beklagte hat diese für den Anspruch auf vertragsärztliche Vergütung erheblichen Tatsachenfeststellungen nicht mit zulässigen und begründeten Revisionsrügen angegriffen.

Entgegen der Auffassung der Beklagten war die anästhesiologische Tätigkeit der Kläger nicht durch Regelungen des Krankenhausfinanzierungs- bzw Pflegesatzrechts dem Bereich der stationären Versorgung zuzuordnen und damit über den Pflegesatz abzugelten, so daß die Beklagte als Schuldnerin des Honoraranspruchs der Kläger ausschiede. Bei den streitigen Anästhesien handelt es sich bereits nicht um von dem Krankenhaus S. M. "veranlaßte Leistungen Dritter" iS von § 2 Abs 2 Satz 2 Nr 2 BPflV aF, denn dafür wäre erforderlich, daß das Krankenhaus durch sein Tätigwerden unmittelbar die Leistungen der Kläger angefordert hätte. Nach den bindenden Feststellungen des LSG hat nicht das S. M. die Kläger im Quartal III/1994 zu den Anästhesieleistungen herangezogen. Die Mitwirkung erfolgte vielmehr auf Initiative der jeweiligen Belegärzte hin.

Auch aus weiteren Gesichtspunkten des Krankenhausfinanzierungs- bzw Pflegesatzrechts ergibt sich, daß es sich bei den von den Klägern erbrachten Leistungen im Rechtssinne nicht um ihren Vergütungsanspruch gegen die Beklagte ausschließende "Krankenhausleistungen" (§ 1 Abs 1 BPflV aF) handelte. Solche Leistungen definiert § 2 Abs 1 Satz 1 Halbsatz 2 BPflV aF als "allgemeine Krankenhausleistungen" und "Wahlleistungen". Nach § 2 Abs 2 BPflV aF sind allgemeine Krankenhausleistungen solche Leistungen, "die unter Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses für eine nach Art und Schwere der Erkrankung des Patienten medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung notwendig sind"; dazu gehören zB auch die "vom Krankenhaus veranlaßten Leistungen Dritter" (Abs 2 Satz 2 Nr 2 aaO). Nur die derart für die Versorgung des Patienten erforderlichen allgemeinen Krankenhausleistungen werden mit den Pflegesätzen vergütet und abgegolten (§ 3 Abs 2 Satz 1 BPflV aF). Die Leistungen der Belegärzte zählt § 2 Abs 1 Satz 2 BPflV 1993 dagegen ausdrücklich nicht zu den Krankenhausleistungen. Sie gehören nach § 13 Abs 3 Nr 5 BPflV aF ebenfalls nicht zu den Selbstkosten eines Krankenhauses, so daß sie nicht pflegesatzfähig iS von §§ 5 ff BPflV aF sind. Für Patienten mit belegärztlichen Leistungen (§ 2 Abs 3 BPflV aF) ist nur der Rechnungsbetrag für allgemeine Krankenhausleistungen um 5% zu ermäßigen (Belegarztabschlag gemäß § 8 Satz 1 Nr 1 BPflV aF, sog "kleiner Pflegesatz"). Hiermit wird dem Umstand Rechnung getragen, daß die belegärztliche Tätigkeit gesondert als vertragsärztliche Tätigkeit vergütet wird und daher diese ärztlichen Leistungen nicht zusätzlich im Rahmen des (auch die Leistungen aller Krankenhausärzte umfassenden) Pflegesatzes honoriert werden können. Daß bei der Inanspruchnahme belegärztlicher Leistungen überhaupt Kosten für stationäre Leistungen aufzubringen sind, wird durch die vertragsärztliche Vergütung nicht in Frage gestellt, da der krankenversicherte Patient - bis auf die Behandlung durch Krankenhausärzte - im übrigen Einrichtungen und Hilfspersonal des Krankenhauses in vollem Umfang nutzt. So sind zB von angestellten Krankenhausärzten in Belegabteilungen erbrachte Röntgen-, Labor- oder Anästhesieleistungen als allgemeine Krankenhausleistungen mit dem kleinen Pflegesatz abgegolten (so für Anästhesien zu § 3 Abs 2 BPflV 1973: [BSGE 44, 244](#), 251 = [SozR 7323 § 3 Nr 1 S 8](#); [BSGE 52, 187, 192](#) = [SozR 7323 § 3 Nr 5 S 21](#); s weiter Hencke, aaO, [§ 121 SGB V RdNr 10](#)).

Dafür, daß die Kläger in Wirklichkeit von dem Krankenhaus zuzurechnenden, nur scheinbar als "Belegärzte" tätigen Ärzten für Anästhesieleistungen herangezogen wurden und ihre Tätigkeit daher ebenfalls als Krankenhausleistung qualifiziert werden müßte, ist nichts ersichtlich. Anders als noch § 3 Abs 2 BPflV 1973, wonach von einem Belegarzt erbrachte und berechnete ärztliche Leistungen bei der Bemessung des Anteils der ärztlichen Leistungen im allgemeinen Pflegesatz "zu berücksichtigen" waren, schließt § 2 Abs 1 Satz 2 BPflV aF die Berücksichtigung belegärztlicher Leistungen bei den allgemeinen Krankenhausleistungen generell aus. Im zu entscheidenden Fall kann daher offen bleiben, ob angesichts der Neuregelungen des Gesundheits-Reformgesetzes ((GRG), vom 20. Dezember 1988 ([BGBl I 2477](#))) und des GSG von Belegärzten im Krankenhaus erbrachte Leistungen kraft besonderer Vereinbarung gleichwohl als pflegesatzmäßig abzugeltende Krankenhausleistungen deklariert werden könnten (die Zulässigkeit unter Geltung des § 3 Abs 2 BPflV 1973 erwägend: [BSGE 52, 187, 193](#) = [SozR 7323 § 3 Nr 5 S 22 f mwN](#); dafür: Hencke, aaO, [§ 121 SGB V RdNr 10](#)).

Entgegen der Auffassung der Beklagten sind die Ansprüche der Kläger auch nicht als Folge vorliegender Rechtsprechung des Senats ausgeschlossen. Zwar hat der Senat zur BPflV 1973 entschieden, daß die in einem Belegkrankenhaus von einem Belegarzt erbrachten Leistungen nicht als belegärztliche Leistungen im Rechtssinne anzusehen und zu vergüten sind, wenn der Belegarzt auf die mögliche Inanspruchnahme der im Krankenhaus vorhandenen, entsprechend qualifizierten Abteilungsärzte verzichtet und statt dessen die ärztlichen Verrichtungen selbst vornimmt ([BSGE 52, 181, 182 ff](#) = [SozR 7323 § 3 Nr 4 S 12 ff](#); [BSG USK 89159](#)). Grund dafür ist, daß eine ärztliche Tätigkeit, die im Schnittbereich von ambulanter und stationärer Versorgung ausgeübt wird, nicht zu einer Kumulation von Vergütungsansprüchen aus der ambulanten wie aus der stationären Versorgung führen darf. Sind ärztliche Leistungen bereits mit dem Pflegesatz abgegolten, weil es sich um allgemeine Krankenhausleistungen handelt, so löst die Erbringung entsprechender, im Krankenhaus vorgehaltener Leistungen durch einen Belegarzt (oder - wie hier - durch einen auf seine Veranlassung hin tätig gewordenen niedergelassenen Vertragsarzt) keine gesonderten Vergütungsansprüche aus; denn die Krankenversicherungsträger müssen es nicht hinnehmen, daß Leistungen aus dem Kreis der mit dem Pflegesatz abgegoltenen allgemeinen Krankenhausleistungen beliebig wieder herausgenommen werden (vgl [BSG ebenda](#)). Dieser Grundsatz gilt allerdings nur, wenn in einem Belegkrankenhaus auch tatsächlich eine entsprechende Fachabteilung (hier: für Anästhesie) besteht, deren Leistungen als allgemeine Krankenhausleistungen mit dem Pflegesatz abgegolten sind. Da im vorliegenden Fall nach den bereits zitierten Feststellungen des LSG im streitigen Quartal III/1994 für den Belegbettenbereich des S. M. wegen einer besonderen Personalsituation keine eigenen Anästhesieärzte zur Verfügung standen und die Personalkosten für solche Ärzte bei der Pflegesatzfestsetzung unberücksichtigt geblieben waren, bestand - wie die Vorinstanzen zu Recht entschieden haben - kein Grund für die Annahme einer doppelten Vergütung der Anästhesieleistungen.

Nichts anderes ergibt sich aus dem von der Beklagten mit der Revision vorgetragene Gesichtspunkt, das S. M. sei krankenhaushausrechtlich verpflichtet gewesen, eigene Fachärzte für Anästhesie im Rahmen der stationären Versorgung vorzuhalten. Die dazu angeführte Rechtsprechung des Senats ist auf den hier zu entscheidenden Fall schon deshalb nicht ohne weiteres übertragbar, weil es darin überwiegend um die Frage des Anspruchs auf eine Ermächtigung für in Krankenhäusern mit Belegabteilungen angestellte Ärzte ging. Der Senat hat bei § 3 Abs 2 Satz 1 BPflV 1973 die Zugehörigkeit einer Leistung zu den allgemeinen Krankenhausleistungen allerdings nur bejaht, wenn das Krankenhaus verpflichtet war, diese Leistung im Rahmen der medizinischen Standardversorgung als allgemeine Krankenhausleistung durch eigene angestellte Ärzte (zB in einer Anästhesieabteilung) oder durch externe Konsiliarärzte bzw Untersuchungsstellen bereitzustellen (vgl [BSGE 44, 244, 249 f](#) = [SozR 7323 § 3 Nr 1 S 6 f](#); [E 52, 181, 182](#) = [SozR 7323 § 3 Nr 4 S 12](#); [BSG USK 89159](#)). Da aber auch die Pflicht zur Erbringung allgemeiner Krankenhausleistungen nicht uneingeschränkt gilt, sondern durch die Leistungsfähigkeit des Krankenhauses eingeschränkt ist (so [BSGE 52, 187, 190](#) = [SozR 7323 § 3 Nr 5 S 20](#); vgl § 2 Abs 2 Satz 1 BPflV aF), hat der Senat ein "reines Belegkrankenhaus ohne angestellte Ärzte" nicht für verpflichtet gehalten, selbst anästhesiologische Leistungen bereitzustellen bzw zu erbringen (so [BSGE 52, 187, 190, 191](#) = [SozR aaO](#)).

Es kann dahinstehen, ob diese Grundsätze uneingeschränkt noch unter der Geltung der später in Kraft getretenen BPfIV und insbesondere dann Anwendung finden können - wie das LSG angenommen hat -, wenn wie hier beim S. M. im Quartal III/1994 ein ganz überwiegend als Belegkrankenhaus geführtes Krankenhaus betroffen ist (90 Belegbetten von zunächst 115, dann 150 Betten). Denn Rechtsänderungen haben inzwischen eine gewisse Lockerung bei der Bereitstellung allgemeiner Krankenhausleistungen bewirkt und vor allem die Erbringung ambulanter Leistungen im Krankenhausbereich begünstigt (vgl zB auch §§ 115a, 115b SGB V). Bereits mit dem GRG verfolgte der Gesetzgeber ab 1989 das Ziel, die Steuerungsmängel und Koordinierungsprobleme, die durch weitgehende Abschottung zwischen ambulantem und stationärem Sektor zur einer unwirtschaftlichen und vielfach nicht patientengerechten Versorgung geführt haben, durch eine bessere Verzahnung beider Versorgungsbereiche abzubauen (Begründung des Regierungsentwurf zum Entwurf des GRG, [BT-Drucks 11/2237](#), Allgemeiner Teil II. 5., S 140 und V.3. a, aa S 151). In diesem Zusammenhang hat der Gesetzentwurf das Belegarztwesen als "eine der wichtigen Nahtstellen zwischen ambulanter und stationärer Behandlung" hervorgehoben (ebenda, S 203 zu § 130 des Entwurfs). Die Entscheidung darüber, ob die ärztliche Versorgung im Krankenhaus hauptamtlich oder belegärztlich durchgeführt werden soll, sollte danach regelmäßig in den Bereich der inneren Struktur des Krankenhauses fallen und daher grundsätzlich der Organisationsfreiheit und der in § 1 Abs 1 KHG (anzuwenden idF vom 21. Dezember 1992 ([BGBl I, 2266](#))) besonders betonten wirtschaftlichen Eigenverantwortlichkeit des Krankenhausträgers unterliegen (so Begründung des Regierungsentwurfs aaO, [BT-Drucks 11/2237, S 203](#) zu § 130 Abs 2 des Entwurfs; vgl Tuschen in Maaßen/Schermer/Wiegand/Zipperer, SGB V-GKV-Kommentar, § 121 RdNr 3; Jung in von Maydell (Hrsg), GK-SGB V, § 121 RdNr 2; Hencke in Peters, aaO, § 121 RdNr 2). Wenn es in der Gesetzesbegründung zu [§ 121 SGB V](#) weiter heißt, die Krankenhausträger müßten sich die Frage stellen, ob die stationäre Versorgung bei gleicher oder besserer Qualität nicht kostengünstiger in Belegabteilungen gewährleistet werden könne (ebenda), kommt darin zum Ausdruck, daß den Krankenhäusern gerade eine größere Wahlmöglichkeit eingeräumt werden sollte, von der Anstellung eigener Ärzte abzusehen und statt dessen Leistungen belegärztlich erbringen zu lassen. Wie in anderen Schnittbereichen von ambulanter und stationärer Versorgung auch, muß in diesem Zusammenhang lediglich gewährleistet sein, daß Krankenhausträger keine ungerechtfertigten, nicht durch sachlich anzuerkennende Gründe bedingten Leistungsverschiebungen zu Lasten der vertragsärztlichen Gesamtvergütung herbeiführen. So hat der Senat bereits wiederholt entschieden, daß stationäre Behandlungsformen nicht durch die willkürliche bzw rechtsmißbräuchliche Schaffung eines vermeintlichen Bedarfs für die Ermächtigung von ansonsten planmäßig zur Krankenhausbehandlung eingesetzten Ärzten abgelöst werden dürfen (vgl [BSGE 52, 181](#), 187 = [SozR 7323 § 3 Nr 4](#) S 17 sowie [BSGE 79, 159](#), 164 = [SozR 3-5520 § 31 Nr 5](#) S 10; BSG [SozR 3-5520 § 31 Nr 8](#) S 31; BSG [SozR 3-2500 § 116 Nr 19](#) S 95 f mwN). Ebenso wäre es zB nicht unbedenklich, nur einzelne Teile des ärztlichen Leistungsspektrums eines bestimmten Fachgebiets aus Kostengründen zielgerichtet aus dem stationären Bereich herauszulösen und dem ambulanten Sektor zu übertragen. Für ein solches Vorgehen ist jedoch nichts ersichtlich, wenn ein Krankenhaus - wie hier - von einer ihm gesetzlich ausdrücklich eingeräumten Option Gebrauch macht (oder nicht Gebrauch macht, vgl BSG [SozR 3-2500 § 116 Nr 19](#) S 96 (ambulantes Operieren)) und keine Anhaltspunkte dafür bestehen, daß die Vorteile stationärer und ambulanter Versorgung systemwidrig miteinander kumuliert bzw Beschränkungen eines Systems durch ein Ausweichen auf das andere System umgangen werden sollen. Wenn - wie das LSG festgestellt hat - dem Umstand, daß im S. M. vorübergehend in einer Umbruchsituation Anästhesisten tatsächlich nicht vorhanden waren, durch einen bei den Kosten für fachärztliches Personal entsprechend verminderten Pflegesatz entsprochen worden ist, war eine solche ungerechtfertigte Verlagerung von Vergütungslasten in den Bereich der vertragsärztlichen Versorgung durch die Beigeladene zu 8. nicht zu besorgen.

Der Beklagten kann nach den obigen Darlegungen schließlich nicht gefolgt werden, soweit sie sich auf weitere Gesichtspunkte des Krankenhausfinanzierungsrechts stützt und daraus Schlußfolgerungen für das Vergütungsrecht zieht. Es kann dahinstehen, ob der Versorgungsauftrag des S. M. auf der Grundlage des Krankenhausplanes und des Feststellungsbescheides des Landes Sachsen-Anhalt die Existenz einer auch die Belegabteilungen mitumfassenden anästhesiologisch-ärztlichen Funktionseinheit verbindlich vorsah. Festlegungen in einem Krankenhausplan iS von § 6 KHG in Verbindung mit dem Feststellungsbescheid nach § 8 Abs 1 KHG sind jedenfalls nicht geeignet, bestimmte Honorierungsmodalitäten für die im Krankenhaus auf belegärztliche Anordnung hin erbrachten Leistungen eines externen Vertragsarztes zu begründen. Mit der Aufnahme eines Krankenhauses in einen Krankenhausplan wird nur allgemein die Bedarfsgerechtigkeit seines Leistungsspektrums in bezug auf die öffentliche Förderung von Investitionskosten festgestellt und im Hinblick auf [§ 108 Nr 2 SGB V](#) die Grundlage für die Zulassung zur Leistungserbringung in der gesetzlichen Krankenversicherung geschaffen (vgl [BVerwGE 62, 86](#), 94, 100 = Buchholz 451.74 § 8 KHG Nr 2; [BVerwGE 83, 363](#), 387; Vollmer/Graeve, KHG, Stand Juli 1994, Bd I/1, § 8 Anm 308.12; Quaas, NZS 1993, 102, 104 f). Auch durften in das die allgemeinen Krankenhausleistungen umfassende, nach § 18 Abs 5 KHG aufsichtsbehördlich genehmigte Budget des Jahres 1994 gemäß § 4 Abs 4 Satz 1 BPfIV aF nur die "voraussichtlichen Krankenhausleistungen" im Pflegesatzzeitraum aufgenommen werden. Diese Prognose ist nach den Feststellungen des LSG zwischen den Pflegesatzparteien so umgesetzt worden, daß gerade keine anästhesiologische Leistungen durch angestellte Krankenhausärzte in den Belegabteilungen des S. M. erbracht werden sollten, was auch zu einer entsprechenden Verminderung der Pflegesatzhöhe führte. Anhaltspunkte dafür, daß von den Pflegesatzparteien irreal, nicht auf die tatsächliche Situation aufbauende finanzielle Festlegungen getroffen wurden, sind nicht ersichtlich. So hat auch die Beklagte nicht geltend gemacht, das Vorgehen des Krankenhausträgers und der Krankenkassen habe darauf abgezielt, zusätzliche finanzielle Zuwendungen aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung für nur scheinbar nicht vorgehaltene und krankenhausextern belegärztlich abgerechnete Leistungen zu erlangen; sie stützt sich vielmehr primär auf das allgemeine Erfordernis einer der Rechtsklarheit dienenden Abgrenzbarkeit der Versorgungsbereiche. Auch aus § 4 Abs 3 Nr 2 Buchst f BPfIV aF ist in bezug auf den Anspruch der Kläger auf vertragsärztliche Vergütung nichts herzuleiten, da diese Vorschrift nur eine Regelung für Kapazitätserweiterungen trifft, nicht aber bestimmt, daß ein Budget zwangsläufig auch die Kosten für tatsächlich nicht vorgehaltene Krankenhauseinrichtungen mit erfassen müßte. Selbst wenn bei alledem Vorgaben des Krankenhausrechts nicht vollständig eingehalten worden sein sollten, müßte dieses in erster Linie zu Konsequenzen im Bereich des Krankenhausfinanzierungsrechts führen, könnte nicht aber auch Auswirkungen auf die Honorierung belegärztlich veranlaßter Leistungen aus der Gesamtvergütung haben. Denn steht - wie hier - fest, daß das von Planungsvorgaben abweichende Fehlen einer Anästhesieabteilung des Krankenhauses bei der Bemessung der Pflegesatzhöhe durch eine entsprechende Verminderung des Finanzierungsvolumens berücksichtigt wurde, war ausgeschlossen, daß für die Honorierung der im S. M. erbrachten Anästhesieleistungen ungerechtfertigt auf die vertragsärztliche Gesamtvergütung zugegriffen werden konnte.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 Abs 1 und 4 SGG](#).

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2003-08-28