

L 5 KR 347/22 KH

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
LSG Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
5
1. Instanz
SG Aachen (NRW)
Aktenzeichen
S 13 KR 466/16
Datum
06.02.2018
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 5 KR 347/22 KH
Datum
10.10.2024
3. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Auf die Berufung der Klägerin wird das Urteil des Sozialgerichts Aachen vom 06.02.2018 geändert und die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin 4.553,06 Euro nebst Zinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 23.12.2016 zu zahlen. Im Übrigen wird die Klage abgewiesen.

Die Beklagte trägt die Kosten des Rechtsstreits in beiden Rechtszügen.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Der Streitwert für das Berufungsverfahren wird endgültig auf 4.553,06 Euro festgesetzt.

Tatbestand

Die Beteiligten streiten um die Erstattung von bereits gezahlten Vergütungen für eine stationäre Krankenhausbehandlung.

Das beklagte, zur Behandlung gesetzlich Versicherter zugelassene Krankenhaus beschäftigte von 2009 bis 2015 G. (im Folgenden: P) zunächst als Assistenzarzt und später als Facharzt. P hatte sich dort unter Vorlage einer Approbationsurkunde als Arzt beworben, die ihm durch das beigeladene Land erteilt worden war. Er hatte allerdings weder die ärztliche Prüfung noch eine Facharztprüfung abgelegt. Bei den im Approbationsverfahren vorgelegten Unterlagen hatte es sich um Fälschungen gehandelt. Nach Bekanntwerden der Täuschung nahm das beigeladene Land die Approbation des P bestandskräftig zurück (Bescheid vom 06.11.2015, zugestellt am 11.11.2015). Das Krankenhaus machte nach Anfechtung des Arbeitsvertrages gegenüber P die für seine Beschäftigung verauslagten Kosten und Beiträge geltend. P wurde u.a. wegen Körperverletzung in 336 Fällen zu einer Freiheitsstrafe verurteilt.

Die Klägerin verlangte daraufhin die vollständige Erstattung der Vergütung für die stationäre Behandlung der bei ihr krankenversicherten P. (im Folgenden: Versicherte). Die Versicherte war im Krankenhaus der Beklagten in der Zeit vom 15.07.2014 bis zum 25.07.2014 stationär behandelt worden. Die Aufnahme war zur Ileostomarückverlagerung und Versorgung einer parastomalen Hernie in der Chirurgischen Klinik II

der Beklagten nach abgeschlossener adjuvanter Chemotherapie erfolgt. Dementsprechend waren ausweislich der an die Klägerin übermittelten Daten nach [§ 301 SGB V](#) die OPS 5-465.1 (Rückverlagerung eines doppelläufigen Ileostomas) und 5-464.52 (Korrektur einer parastomalen Hernie, Ileum) kodiert worden. Der operative Eingriff war ausweislich des OP-Protokolls am 17.07.2014 durch P als Operateur durchgeführt worden.

Anhaltspunkte für eine interkurrente oder bereits bei Krankenhausaufnahme der Versicherten bestehende, weitere Erkrankung finden sich weder in den Verwaltungsakten der Klägerin noch in der Behandlungsdokumentation der Beklagten. Im Entlassungsbrief der Beklagten vom 08.08.2014 wird lediglich eine komplikationslos durchgeführte Operation beschrieben. Die Patientin sei postoperativ wieder auf die Normalstation verlegt worden. Der orale Kostaufbau sowie der Stuhlgang seien regelrecht verlaufen und die Schmerzmedikation habe reduziert werden können. Der zunächst bestehende Durchfall habe sich im Verlauf deutlich gebessert. Die Wunde habe sich allzeit reizlos und trocken gezeigt und sei primär geheilt. Die Patientin sei bei gutem Allgemeinzustand und subjektivem Wohlbefinden in die ambulante Betreuung entlassen worden.

Am 11.08.2014 hatte die Beklagte ausgehend von der DRG (Diagnosis Related Group) G07C (Appendektomie oder laparoskopische Adhäsiolektomie bei Peritonitis mit äußerst schweren oder schweren CC oder kleine Eingriffe an Dünn- und Dickdarm ohne äußerst schwere CC, Alter > 9 Jahre) einen Betrag von 4.553,06 Euro berechnet, den die Beklagte am 24.08.2014 gezahlt hatte.

Nach der rechtskräftigen strafrechtlichen Verurteilung des P am 12.07.2016 hat die Klägerin am 22.12.2016 bei dem Sozialgericht Aachen Klage erhoben, mit der sie die Erstattung der gezahlten Vergütung für die Behandlung der Versicherten begehrt hat. Die Zahlung sei ohne Rechtsgrund erfolgt, weil die Behandlung nicht durch einen Arzt erbracht worden sei.

Die Klägerin hat beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, der Klägerin 4.553,06 Euro nebst Zinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 25.08.2014 zu zahlen.

Die Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Alle Leistungen, die die Beklagte bei der Versorgung der Versicherten abgerechnet habe, seien medizinisch indiziert und notwendig gewesen. Der Versicherten sei eine notwendige, angemessene und zur Linderung ihrer Erkrankung taugliche Behandlung zuteilgeworden. Sie habe keinerlei negative Nachwirkungen erlitten.

Mit Beschluss vom 16.08.2017 hat das Sozialgericht das Land NRW zum Verfahren gemäß [§ 75 Abs. 1 SGG](#) beigelegt, weil dessen berechnete Interessen durch die Entscheidung berührt werden könnten.

Der Beigeladene hat selbst keinen Antrag gestellt. Zum Zeitpunkt der Behandlung sei P im Besitz einer gültigen und echten Approbationsurkunde gewesen.

Mit Urteil vom 06.02.2018 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen. Die Klägerin könne den geltend gemachten Anspruch zunächst nicht aus dem Rechtsinstitut eines öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruchs herleiten, weil sie die streitige Vergütung nicht ohne Rechtsgrund erbracht habe. Denn der Vergütungsanspruch eines Krankenhauses werde nicht allein durch die Tätigkeit und die Leistung eines Arztes begründet, sondern er resultiere aus dem Zusammenwirken einer Vielzahl anderer Komponenten. Auch Schadensersatzansprüche bestünden nicht.

Gegen das ihr am 13.02.2018 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 12.03.2018 Berufung eingelegt.

Die Klägerin beantragt sinngemäß,

das Urteil des Sozialgerichts Aachen vom 06.02.2018 abzuändern und die Beklagte zu verurteilen, an sie 4.553,06 € nebst Zinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 25.08.2014 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hat zunächst die erstinstanzliche Entscheidung für zutreffend gehalten.

Die Beigeladene stellt keinen Antrag.

Mit Beschluss vom 27.10.2021 hat der Senat im Einvernehmen mit den Beteiligten das Ruhen des Verfahrens bis zu einer Entscheidung des BSG in dem Verfahren [B 1 KR 26/21 R](#) angeordnet, in dem ebenfalls ein Erstattungsanspruch eines Krankenhauses gegen die hiesige Beklagte wegen einer Behandlung, an der P beteiligt war, Gegenstand war. Nach Abschluss des Revisionsverfahrens hat der Senat das vorliegende Verfahren am 17.05.2022 fortgesetzt. Auf Aufforderung des Gerichts, für den vorliegend streitigen Behandlungsfall der Versicherten mitzuteilen, an welchen eigenständigen und abgrenzbaren Behandlungsabschnitten P nicht mitgewirkt habe, so dass ein Vergütungsanspruch entstanden sein könnte, hat die Beklagte keine solchen Leistungsteile benennen können.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichtsakte, der beigezogenen Verwaltungsakten der Beklagten, der Patientenakte der Klägerin, der Akte des Arbeitsgerichts Aachen in dem Verfahren 5 Ca 4152/15 d sowie der Akten des Amtsgerichts Düren in dem Verfahren [13 Ls-401 Js 552/15-29/16](#) Bezug genommen. Der Inhalt dieser Akten ist Gegenstand der Beratung gewesen.

Entscheidungsgründe

Der Senat kann gem. [§§ 153 Abs. 1](#) i.V.m. [124 Abs. 2 SGG](#) ohne mündliche Verhandlung entscheiden, weil sich alle Beteiligten zuvor hiermit einverstanden erklärt haben.

A. Die zulässige, insbesondere form- und fristgerecht i.S.d. [§ 151 SGG](#) eingelegte Berufung der Klägerin ist auch überwiegend begründet. Zu Unrecht hat das Sozialgericht die im Gleichordnungsverhältnis erhobene, zulässige allgemeine Leistungsklage gemäß [§ 54 Abs. 5 SGG](#) vollständig abgewiesen. Der Klägerin steht gegen die Beklagte zwar kein Schadensersatzanspruch, aber ein Erstattungsanspruch hinsichtlich der gezahlten Vergütung betreffend den Behandlungsfall der Versicherten i.H.v. 4.553,06 € zu (dazu unter I.). Lediglich, soweit die Klägerin bereits ab dem Tag nach Zahlung der Krankenhausvergütung (25.08.2014) und nicht erst ab dem Tag nach Rechtshängigkeit der Klage (23.12.2016) Zinsen geltend macht, war die Klage abzuweisen (dazu unter II.).

I. Das Bundessozialgericht hatte sich bereits in dem Revisionsverfahren [B 1 KR 26/21 R](#) mit der Vergütung stationärer Behandlungen zu befassen, an denen P mitgewirkt hatte. Hierzu hat es in seinem Urteil vom 26.04.2022 ausgeführt:

„1. Es besteht kein Schadensersatzanspruch der KK wegen einer eigenen schuldhaften Pflichtverletzung des Krankenhauses. Dieses durfte auf die Richtigkeit der behördlich erteilten Approbation vertrauen und war grundsätzlich nicht gehalten, die Qualifikation von P bei dessen Einstellung eigenständig zu überprüfen. Hinweise auf ein Überwachungsverschulden des Krankenhauses ergeben sich aus den Feststellungen des LSG nicht.

Ob ein Schadensersatzanspruch wegen einer Zurechnung des Verschuldens des P besteht, lässt der Senat offen. Der hier auf die Rückzahlung der Vergütung gerichtete Schadensersatzanspruch würde nicht weitergehen als ein Erstattungsanspruch. Bei der Ermittlung des normativen Schadens wären dieselben Fragen zu beantworten wie hinsichtlich des Umfangs des Erstattungsanspruchs.

2. Die KK hat einen Erstattungsanspruch gegen das Krankenhaus auf Rückzahlung der geleisteten Vergütung dem Grunde nach. Denn die KK hat die Vergütung ohne Rechtsgrund erbracht. Ein Rechtsgrund für die Vergütung (dazu a) fehlt hier, da nach den nicht mit durchgreifenden Verfahrensrügen angegriffenen und daher den Senat bindenden (§ 163 SGG) Feststellungen des LSG ein Nichtarzt stationäre Krankenhausleistungen, die dem Arztvorbehalt unterliegen, erbracht hat (dazu b), für die kein Vergütungsanspruch besteht (dazu c).

a) Zahlungen ohne Rechtsgrund begründen einen Erstattungsanspruch des Zahlenden gegenüber dem Zahlungsempfänger, sei es nach allgemeinen Grundsätzen des öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruchs, sei es nach § 69 Abs 1 Satz 3 SGB V iVm §§ 812 ff BGB (vgl BSG vom 16.7.2020 - [B 1 KR 15/19 R](#) - [BSGE 130, 299](#) = SozR 4-2500 § 275 Nr 32, RdNr 10 mwN).

aa) Rechtsgrundlage des von dem beklagten Krankenhaus wegen der stationären Behandlung der Versicherten geltend gemachten Vergütungsanspruchs ist § 109 Abs 4 Satz 3 SGB V iVm § 7 KHEntgG und § 17b KHG. Das Gesetz regelt in diesen Vorschriften die Höhe der Vergütung der zugelassenen Krankenhäuser bei stationärer Behandlung gesetzlich Krankenversicherter und setzt das Bestehen des Vergütungsanspruchs als Gegenleistung für die Erfüllung der Pflicht, erforderliche Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V zu gewähren (§ 109 Abs 4 Satz 2 SGB V), dem Grunde nach als Selbstverständlichkeit voraus. Der Anspruch wird durch Vereinbarungen auf Bundes- und Landesebene konkretisiert. Die Zahlungsverpflichtung der KK entsteht unabhängig von einer Kostenzusage unmittelbar mit Inanspruchnahme der Leistung durch die Versicherten kraft Gesetzes, wenn die Versorgung - wie hier - in einem zugelassenen Krankenhaus durchgeführt wird und im Sinne von § 39 Abs 1 Satz 2 SGB V erforderlich und wirtschaftlich ist (vgl BSG vom 19.3.2020 - [B 1 KR 20/19 R](#) - [BSGE 130, 73](#) = SozR 4-2500 § 12 Nr 18, RdNr 11 mwN).

Erforderlich ist die Krankenhausbehandlung grundsätzlich nur dann, wenn die Behandlung dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entspricht und notwendig ist. Der Anspruch auf Krankenbehandlung hat sich generell daran auszurichten, welche Behandlung unter Beachtung des Qualitätsgebots (§ 2 Abs 1 Satz 3 SGB V) und des umfassenden Grundsatzes der Wirtschaftlichkeit notwendig und ausreichend ist, um das angestrebte Behandlungsziel zu erreichen. Das Qualitätsgebot stellt im Rahmen der Erforderlichkeit auch Anforderungen an die strukturellen und prozeduralen Voraussetzungen der Leistungserbringung (vgl BSG vom 16.8.2021 - [B 1 KR 18/20 R](#) - SozR 4-2500 § 2 Nr 17 RdNr 9 mwN).

bb) Der Verstoß gegen das Qualitätsgebot in Gestalt von Mindestanforderungen während einzelner Abschnitte einer Krankenhausbehandlung schließt grundsätzlich auch die Vergütung anderer, nicht eigenständig abgrenzbarer Behandlungsabschnitte (dazu 3.) aus, die für sich genommen dem Qualitätsgebot entsprechen. Eine hiernach dem Qualitätsgebot nicht entsprechende Krankenhausbehandlung ist insgesamt unwirtschaftlich und damit nicht zu vergüten (vgl BSG vom 19.4.2016 - [B 1 KR 28/15 R](#) - SozR 4-2500 § 137 Nr 7 RdNr 13 ff, dort zu den Folgen der Nichtbeachtung der vom Gemeinsamen Bundesausschuss aufgestellten Mindestqualitätsanforderungen beim Bauchaortenaneurysma; vgl zum Vergütungsanspruch bei Nichterfüllung von Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität nach § 137 Abs 1 Satz 3 Nr 2 SGB V BSG vom 16.8.2021 - [B 1 KR 18/20 R](#) - SozR 4-2500 § 2 Nr 17 RdNr 11 ff und zum Qualitätsgebot Bockholdt in Hauck/Noftz SGB V, § 109 RdNr 165 ff, Stand 2022; zu Leistungen außerhalb des Versorgungsvertrages BSG vom 23.6.2015 - [B 1 KR 20/14 R](#) - [BSGE 119, 141](#) = SozR 4-2500 § 108 Nr 4, RdNr 8 ff und zum Vergütungsanspruch bei Verstößen gegen Mengenvorgaben des GBA nach § 136b Abs 5 Satz 2 SGB V). Die Mitwirkung eines Nichtarztes bei operativen Eingriffen stellt außerhalb des ärztlich angeleiteten und überwachten Einsatzes von Pflege-, Funktions- und medizinisch-technischem Personal sowie von zu ihrer ärztlichen und nicht-ärztlichen Ausbildung hinzugezogenen Personen einen Verstoß gegen die für Krankenhausbehandlungen geltenden Mindestanforderungen dar. Denn der in § 15 Abs 1 Satz 1 SGB V geregelte Arztvorbehalt ist wesentlicher Bestandteil des Qualitätsgebots und legt für alle Bereiche des SGB V die Mindestanforderungen für ärztliches Behandeln fest.

Nach § 15 Abs 1 Satz 1 SGB V ist die Erbringung ärztlicher Leistungen den Ärzten und Zahnärzten vorbehalten. "Arzt" im Sinne dieser Regelung ist nur der approbierte Heilbehandler. Bei diesen ist in generalisierender Betrachtungsweise davon auszugehen, dass sie aufgrund ihrer langjährigen theoretischen und praktischen Ausbildung und der Ablegung staatlicher Prüfungen den Anforderungen entsprechen, die für eine effektive, den Wirtschaftlichkeitsmaximen der GKV entsprechende Krankenbehandlung erforderlich sind (stRspr; vgl BSG vom 11.10.1994 - [1 RK 26/92](#) - juris RdNr 20; BSG vom 13.12.2016 - [B 1 KR 4/16 R](#) - juris RdNr 15 f; BSG vom 18.12.2018 - [B 1 KR 34/17 R](#) - SozR 4-2500 § 28 Nr 9 RdNr 14; BSG vom 17.12.2020 - [B 1 KR 19/20 R](#) - SozR 4-2500 § 15 Nr 3 RdNr 11 f).

Wer den ärztlichen Beruf ausüben will, bedarf nach § 2 Abs 1 BÄO der Approbation. Die für die Approbation erforderlichen Voraussetzungen des öffentlich-rechtlichen Berufsrechts dienen dazu, alle Patienten vor fachlich oder persönlich ungeeigneten Behandlern zu schützen und möglichen, sich daraus für die Gesundheit der Patienten und die finanziellen Mittel der Kostenträger ergebenden Gefahren vorzubeugen. Die GKV prüft dies nicht eigenständig, sondern knüpft an die Approbation als Ergebnis des Prüfungsvorgangs der zuständigen Landesbehörden an. Die KKn sind weder befugt, diese Grundqualifikation erneut zu überprüfen noch die Approbation durch eine eigene berufsrechtliche Bewertung zu ersetzen (vgl BSG vom 13.12.2016 - [B 1 KR 4/16 R](#) - juris RdNr 15). Die Approbation ist notwendige Voraussetzung für die Ausübung des Arztberufs. Mit ihr werden ua die fachliche Befähigung zur Ausübung eines akademischen Heilberufs, die berufsrechtliche Würdigkeit und die gesundheitliche Eignung belegt. Sie spricht im Sinne einer widerlegbaren Vermutung dafür, dass der Betreffende über die durch das Bestehen der ärztlichen Prüfung nachzuweisende medizinische Mindestqualifikation verfügt. Sie fingiert diese aber nicht. Fehlt

es an der durch ein Studium der Medizin im Sinne des § 3 Abs 1 Satz 1 Nr 4 BÄO und durch die bestandene ärztliche Prüfung nachgewiesenen medizinischen Grundqualifikation, verletzt dies den Arztvorbehalt. Denn soweit es um die fachliche Befähigung geht, setzt [§ 15 Abs 1 Satz 1 SGB V](#) ebenso wie die BÄO voraus, dass diese Befähigung tatsächlich erworben wurde und durch eine tatsächlich abgelegte und erfolgreich bestandene Prüfung nachgewiesen ist (ähnlich Remmert/Schütz in Orlowski/Remmert, GKV-Kommentar SGB V, § 15 RdNr 14, Stand 4/2021; Freudenberg in jurisPK-SGB V, 4. Aufl, Stand 15.6.2020, § 15 RdNr 19).

Der Arztvorbehalt des [§ 15 Abs 1 Satz 1 SGB V](#) soll Gefahren vorbeugen, die sich aus der mangelnden Befähigung eines Heilbehandlers für die Gesundheit der Versicherten und die finanziellen Mittel der KKn ergeben können. Insofern enthält [§ 15 Abs 1 SGB V](#) eine spezifische Ausprägung des Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsgebotes im Sinne der [§ 2 Abs 1 Satz 3, § 12 Abs 1 SGB V](#) (Remmert/Schütz in Orlowski/Remmert, GKV-Kommentar SGB V, § 15 RdNr 11 f, Stand 4/2021). Die zwingende materielle Anforderung des Rechts der GKV, ein Studium der Medizin im Sinne des § 3 Abs 1 Satz 1 Nr 4 BÄO absolviert und die ärztliche Prüfung bestanden zu haben, besteht unabhängig vom Approbationsrecht und seinen Möglichkeiten, eine Statusentscheidung für die Vergangenheit zurückzunehmen. Ob und in welchem Umfang anderes zu gelten hat, wenn nicht über die Qualifikation getäuscht wurde, sondern aus anderen Gründen nachträglich Streit darüber entsteht, ob die Voraussetzungen für die Statusentscheidung überhaupt bestanden haben oder später weggefallen sind, kann der Senat hier offenlassen (vgl zur vorläufigen Berufsausübung trotz Approbationsrücknahme bei Gleichwertigkeits- und Facharztprüfung OVG Hamburg vom 8.10.2021 - [3 Bs 217/21](#)).

Der in [§ 15 SGB V](#) und damit in den Gemeinsamen Vorschriften des Dritten Kapitels des SGB V (Leistungen der Krankenversicherung) geregelte Arztvorbehalt umfasst auch die Krankenhausbehandlung ([§ 27 Abs 1 Satz 2 Nr 5 SGB V](#)). [§ 15 Abs 1 SGB V](#) erfasst nach seinem Wortlaut die ärztliche und die zahnärztliche Behandlung, sodass der Arztvorbehalt für jede ärztliche Behandlung gilt, sei sie ambulant oder stationär, akut oder rehabilitativ (Remmert/Schütz in Orlowski/Remmert, GKV-Kommentar SGB V, § 15 RdNr 20, Stand 4/2021; Freudenberg in jurisPK-SGB V, 4. Aufl, Stand 15.6.2020, [§ 15 SGB V](#) RdNr 15; Noftz in Hauck/Noftz SGB V, § 15 RdNr 8, Stand 2018; Hauck in Peters, Handbuch der Krankenversicherung, [§ 15 SGB V](#) RdNr 9a, Stand 2019).

b) Nach den nicht mit durchgreifenden Verfahrensrügen angegriffenen Feststellungen des LSG erfüllte P nicht den Arztvorbehalt des [§ 15 Abs 1 Satz 1 SGB V](#). Er hatte mangels Ablegung der ärztlichen Prüfung zu keinem Zeitpunkt die Grundqualifikation als Arzt erlangt. Die Rücknahme der Approbationsentscheidung nach § 5 Abs 1 BÄO beseitigte rückwirkend die mit der Approbation verbundene berufsrechtliche Stellung und die Qualifikation als Arzt (hM; vgl dazu Schiwy, Deutsches Arztrecht, 170. EL, Stand 2/2022, § 5 BOÄ, Ziff. 1; Schirmer/Dochow in Wenzel, Medizinrecht, 4. Aufl 2020, Kap 10 RdNr 26; Wollersheim in Clausen/Schroeder-Printzen, Medizinrecht, 3. Aufl 2020, § 6 RdNr 13; Janda, Medizinrecht, 4. Aufl 2019, S 100; Rehborn in Laufs/Kern/Rehborn, Arztrecht, 5. Aufl 2019, § 8 RdNr 29; Schelling in Spickhoff, Medizinrecht, 3. Aufl 2018, BÄO § 5 RdNr 1; Haage in Narr/Hübner, Ärztliches Berufsrecht, 2. Aufl 2018, Teil B II 2 RdNr 1; aA lediglich Wartjen, MedR 2018, 728, 729).

c) Sofern P an den Behandlungen der Versicherten mitgewirkt hat, besteht insgesamt kein Vergütungsanspruch. Nach der Rechtsprechung des Senats setzt der Vergütungsanspruch voraus, dass Leistungen insgesamt unter Beachtung der einschlägigen Qualitätsvorgaben erbracht werden. Verstöße führen dazu, dass die Leistung insgesamt nicht zu vergüten ist.

Die Auswirkungen der Mitwirkung eines Nichtarztes auf die Krankenhausbehandlung lassen sich nicht quantifizieren. Denn bei der mit der Fallpauschalenvergütung abgegoltenen Krankenhausbehandlung handelt es sich um eine komplexe Gesamtleistung, bestehend insbesondere aus ärztlicher Behandlung, Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, die für die Versorgung im Krankenhaus notwendig sind, sowie Unterkunft und Verpflegung (BSG vom 28.2.2007 - [B 3 KR 15/06 R - SozR 4-2500 § 39 Nr 9](#) RdNr 11). Ein einzelner Mangel einer Mindestqualitätsanforderung infiziert daher im Regelfall gleichsam die gesamte Behandlung. Unerheblich ist, ob am Behandlungsgeschehen noch andere Personen, insbesondere andere Ärzte mitgewirkt haben, welchen kalkulatorischen Anteil die ärztliche Leistung im Rahmen der durchschnittlichen Vergütung nach dem DRG-System hat, welcher Anteil sich im konkreten Fall aus der Abrechnung des vom Nichtarzt zu verantwortenden OPS-Kodes ergibt oder ob die unter Verstoß gegen das Qualitätsgebot erfolgte Leistung im Einzelfall lösrelevant war.

Ist P an einer Operation selbst beteiligt gewesen, ist es gleichwohl grundsätzlich ausgeschlossen, dass unter Nichtkodierung der Prozedur eine andere, geringer vergütete Fallpauschale für die Dauer der stationären Behandlung berechnet wird (zu den Ausnahmen vgl 3.). Unerheblich ist auch, ob die von P erbrachten Leistungen für sich genommen medizinisch mangelfrei waren. Denn erst die Anerkennung einer Forderung durch die Rechtsordnung, hier die Beachtung des Arztvorbehalts, verleiht dieser den wirtschaftlichen Wert (vgl BVerfG vom 5.5.2021 - [2 BvR 2023/20](#) - RdNr 18, juris; Wiegand, NZS 2021, 982).

Dem Krankenhaus steht für die erbrachten Leistungen, die unter Verstoß gegen das Leistungserbringerrecht der GKV bewirkt wurden, auch kein Vergütungsanspruch auf bereicherungsrechtlicher Grundlage zu. Der Anwendung von bereicherungsrechtlichen Vorschriften stehen öffentlich-rechtliche Wertungszusammenhänge entgegen (stRspr; vgl BSG vom 12.8.2021 - [B 3 KR 8/20 R](#) - SozR 4-2500 § 33 Nr 56 RdNr 20; BSG vom 20.4.2016 - [B 3 KR 23/15 R](#) - SozR 4-2500 § 124 Nr 4 RdNr 32 mwN; BSG vom 17.11.2015 - [B 1 KR 12/15 R](#) - [BSGE 120, 69](#) = SozR 4-2500 § 109 Nr 50, RdNr 23 mwN).

3. Der Vergütungsanspruch ist nur dann nicht insgesamt ausgeschlossen, wenn der Nichtarzt an einem eigenständigen und abgrenzbaren Behandlungsabschnitt nicht mitgewirkt hat. Denn der Ausschluss des Vergütungsanspruchs dient allein der Einhaltung des Qualitätsgebots und soll keine darüber hinausgehende Sanktion des Leistungserbringers bewirken. Der Ausschluss des Vergütungsanspruchs erstreckt sich daher nicht auf Leistungsteile der Krankenhausbehandlung, die vom Rechtsverstoß nicht erfasst sein können. Wurden eigenständige und abgrenzbare Krankenhausleistungen erbracht, die nicht in Beziehung zum Verstoß gegen das Qualitätsgebot stehen, besteht hierfür ein Vergütungsanspruch.

a) Eine Krankenhausleistung ist in diesem Sinne eigenständig, wenn für sie unabhängig von der Behandlung, an der der Nichtarzt rechtswidrig mitgewirkt hat, eine eigenständige Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit bestand. Eine Krankenhausleistung ist in diesem Sinne abgrenzbar, wenn die ohne Rechtsverstoß erfolgte Behandlung ihrerseits abrechenbar ist und nicht Vor-, Mit- oder Folgebehandlung der unter Rechtsverstoß erfolgten Behandlung ist. Die unter dem Rechtsverstoß erfolgte Leistung und die mit ihr in unmittelbarem Zusammenhang stehende Behandlung muss vollständig hinweggedacht werden können, ohne dass die Notwendigkeit einer stationären Behandlung und ihre Abrechenbarkeit entfielen.

Beispiele dafür können sein: Leistungen bei einer interkurrenten Erkrankung oder bei einer bereits bei stationärer Aufnahme bestehenden anderen Erkrankung, die aus sich heraus Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit begründet hat. Voraussetzung ist ferner, dass der Nichtarzt an der Behandlung dieser Erkrankungen nicht beteiligt war, insbesondere weil sie eine Verlegung in eine andere Abteilung mit sich brachten. Indiz hierfür kann die Notwendigkeit einer separaten Aufklärung und Einwilligung des Versicherten sein.

Maßstab für den Umfang des Vergütungsausschlusses ist die stationäre Behandlung als solche. Der Vergütungsanspruch für die eigenständigen und abgrenzbaren Krankenhausleistungen ist gesondert zu ermitteln, als handelte es sich um eigenständige Behandlungsfälle. Im Falle der interkurrenten Erkrankung ist jedoch weiterhin von der Hauptdiagnose auszugehen, die Ursache der stationären Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit war.“

Der Senat schließt sich dieser Rechtsprechung nach eigener Prüfung an. Unter Zugrundelegung dieser Maßstäbe war im vorliegenden Behandlungsfall die vollständige Vergütung zu erstatten. Zweifel daran, dass P im vorliegenden Behandlungsfall der Versicherten als Operateur die kodierte Operation durchgeführt hat, bestehen vorliegend nicht. Der Vergütungsanspruch des Krankenhauses wäre daher nach der Rechtsprechung des BSG nur dann nicht insgesamt ausgeschlossen, wenn P an einem eigenständigen und abgrenzbaren Behandlungsabschnitt nicht mitgewirkt hätte. Dies ist vorliegend zu verneinen.

Die vorliegend streitige Krankenhausbehandlung der Versicherten erfolgte nach dem Inhalt der Patientenakte zur Ileostomarückverlagerung und Versorgung einer parastomalen Hernie in der Chirurgischen Klinik II der Beklagten nach abgeschlossener adjuvanter Chemotherapie. Dementsprechend wurden ausweislich der an die Klägerin übermittelten Daten nach [§ 301 SGB V](#) die OPS 5-465.1 (Rückverlagerung eines doppelläufigen Ileostomas) und 5-464.52 (Korrektur einer parastomalen Hernie, Ileum) kodiert. Entsprechend wurde die DRG G07C (Appendektomie oder laparoskopische Adhäsiolyse bei Peritonitis mit äußerst schweren oder schweren CC oder kleine Eingriffe an Dünn- und Dickdarm ohne äußerst schwere CC, Alter > 9 Jahre) angesteuert.

Weder in den Patientenakten noch in den Verwaltungsakten der Klägerin finden sich Hinweise darauf, dass bei der Patientin eine weitere, eigenständige Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit bestanden hätte und dass eine weitere Behandlung ohne Mitwirkung des Nichtarztes erfolgt wäre, die gesondert abrechenbar gewesen wäre. Die allein dokumentierten Behandlungen stehen vielmehr sämtlich im Zusammenhang mit der durch den Nichtarzt durchgeführten Operation (das OP-Protokoll weist P als Operateur aus), letztere kann nicht hinweggedacht werden, ohne dass die Notwendigkeit der stationären Behandlung und ihre Abrechenbarkeit insgesamt entfallen wäre. Insbesondere finden sich in den Patientenakten auch keine Anhaltspunkte für eine interkurrente oder bereits bei Krankenhausaufnahme bestehende, weitere Erkrankung. Dafür spricht auch der Entlassungsbrief der Beklagten vom 08.08.2014: Beschrieben wird eine komplikationslos durchgeführte Operation. Die Patientin sei postoperativ wieder auf die Normalstation verlegt worden. Der orale Kostenaufbau sowie der Stuhlgang seien regelrecht verlaufen und die Schmerzmedikation habe reduziert werden können. Der zunächst bestehende Durchfall habe sich im Verlauf deutlich gebessert. Die Wunde habe sich allzeit reizlos und trocken gezeigt und sei primär geheilt. Die Patientin sei bei gutem Allgemeinzustand und subjektivem Wohlbefinden in die ambulante Betreuung entlassen worden. Anhaltspunkte für weitere, behandlungsbedürftige Erkrankungen finden sich darin nicht. Sie werden auch von den Beteiligten nicht vorgetragen.

Insgesamt spricht daher nichts dafür, dass Teile des geltend gemachten Erstattungsanspruchs i.H.v. 4.553,06 Euro unberechtigt wären.

II. Der Abweisung unterlag die Klage lediglich, soweit die Klägerin Zinsen für den Zeitraum vom 25.08.2014 bis einschließlich 22.12.2016 begehrt hat.

1.) Eine Rechtsgrundlage für Zahlung von Zinsen bereits ab dem Tag nach Zahlung der Krankenhausvergütung, also ab dem 25.08.2014, ist

nicht ersichtlich. Die Forderung war rückwirkend betrachtet zwar fällig, weil sie ohne Rechtsgrund gezahlt wurde (s.o.). Es fehlte jedoch zu diesem Zeitpunkt an einer gem. [§ 286 Abs. 1 BGB](#), der gemäß [§ 69 Abs. 1 S. 3 SGB V](#) auch auf Erstattungsansprüche einer Krankenkasse gegenüber einem Krankenhaus Anwendung findet, erforderlichen Mahnung.

2.) Auch für eine Zinszahlung bereits ab Kenntnis von der fehlenden Approbation, die bei der Beklagten jedenfalls ab dem 06.11.2015 vorlag, ist eine Anspruchsgrundlage nicht ersichtlich. An diesem Tag wurde die Approbation durch die Bezirksregierung Köln zurückgenommen, am selben Tag erfolgte auch die fristlose Kündigung des P durch die Beklagte. Insbesondere ist [§ 819 BGB](#) vorliegend nicht anwendbar, weil für dessen Tatbestand nicht die Kenntnis der Tatsachen, sondern auch die Kenntnis vom fehlenden Rechtsgrund und den sich daraus ergebenden Rechtsfolgen erforderlich ist (vgl. dazu nur Buck-Heeb in Erman, BGB, 17. Auflage 2023, § 819 Rn. 1a). Über den fehlenden Rechtsgrund streiten die Beteiligten aber gerade vorliegend.

3.) Damit kommt eine Verzinsung des Erstattungsanspruchs erst ab Tag nach ([§ 187 Abs. 1 BGB](#)) Klageerhebung (d.h. 23.12.2016) in Betracht. Denn mangels vorausgegangener Mahnung bzw. Geltendmachung eines Erstattungsanspruchs durch die Klägerin trat Verzug gemäß [§ 69 Abs. 1 S. 3 SGB V](#) i.V.m. [§ 286 Abs. 1 BGB](#) erst mit Klageerhebung ein. Auch auf [§ 291 S. 1 BGB](#), der Zinsen ab Eintritt der Rechtshängigkeit gewährt, kann eine frühere Verzinsung nicht gestützt werden. Ist Rechtshängigkeit eingetreten, beginnt der Lauf des Zinsanspruchs in entsprechender Anwendung von [§ 187 Abs. 1 BGB](#) erst mit dem folgenden Tag (vgl. dazu nur BSG, Urteil vom 09.04.2019 - [B 1 KR 5/19 R](#) Rn. 39).

4.) Der Anspruch ist daher ab dem 23.12.2016 mit 2 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz zu verzinsen. Die Höhe der Zinsen ergibt sich bereits aus dem klägerseitigen Antrag und darüber hinaus auch aus einer ergänzenden Vertragsauslegung des § 15 Sicherungsvertrages NRW (vgl. dazu LSG NRW, Urteil vom 26.02.2009 - [L 16 KR 119/08](#) Rn. 25; bestätigt durch BSG, Urteil vom 08.09.2009 - [B 1 KR 8/09 R](#) Rn. 16 ff.). Dass nicht lediglich Zinsen i.H.v. 2 Prozent, sondern i.H.v. 2 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz begehrt werden, ergibt sich zwar nicht unmittelbar aus dem Antrag der Klägerin in ihrer Berufungsschrift. Der Antrag war jedoch entsprechend auszulegen. Für das hiesige Verständnis sprechen zum einen der erstinstanzliche Antrag, in dem ausdrücklich „2 Prozentpunkte über dem jeweiligen Basiszinssatz“ beantragt wurden, von dem ein gewolltes Abweichen nicht ersichtlich ist, und zum anderen auch der Wortlaut des zweitinstanzlichen Antrages. In diesem werden wörtlich „2 Prozentpunkte“, nicht aber „2 Prozent“ Zinsen gefordert. Die Formulierung spricht daher dafür, dass der Zusatz „über dem jeweiligen Basiszinssatz“ lediglich ungewollt vergessen wurde.

B. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs. 1 S. 1 SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 1 VwGO](#).

C. Die Revision war nicht zuzulassen, weil Zulassungsgründe i.S.d. [§ 160 Abs. 2 SGG](#) nicht vorliegen. Das BSG hat die hier maßgeblichen Rechtsfragen in seinem Urteil vom 26.04.2022 - [B 1 KR 26/21 R](#) geklärt. Von dieser Entscheidung weicht der Senat nicht ab. Die sich im vorliegenden Fall ergebenden Fragestellungen beruhen allein auf einer Subsumtion des tatsächlichen Geschehensablaufs unter die vom BSG aufgestellten Maßstäbe.

D. Die Streitwertfestsetzung für das Berufungsverfahren beruht auf [§ 197a Abs. 1 S. 1 SGG](#) i.V.m. [§§ 63 Abs. 2 S. 1](#), [52 Abs. 1](#) und [3](#), [47 Abs. 1](#) und [2 GKG](#).

Rechtskraft
Aus
Saved
2024-10-18