

S 12 KR 166/10

Land
Hessen
Sozialgericht
SG Kassel (HES)
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
12
1. Instanz
SG Kassel (HES)
Aktenzeichen
S 12 KR 166/10
Datum
24.11.2010
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 1 KR 3/11
Datum
25.06.2012
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

Zur Nichtabrechenbarkeit vollstationär erbrachter Krankenhausleistungen durch das Krankenhaus, wenn die den Krankenhausaufenthalt als Hauptleistung bestimmende Operation durch einen niedergelassenen Vertragsarzt erbracht wird, der nicht zugleich Angestellter des Krankenhauses ist, aber - ohne selbst Belegarzt zu sein - ähnlich einem Belegarzt sowohl die Verordnung der Krankenhausbehandlung und damit die Einweisung als auch als sogenannter Aufnahmearzt die Aufnahme in das Krankenhaus verantwortet.
Die Klage wird abgewiesen.

Die Klägerin hat einschließlich der Kosten der Beklagten insgesamt die Kosten des Rechtsstreits zu tragen.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob die Beklagte verpflichtet ist, der Klägerin als Krankenhausträgerin aus Anlass der vollstationären Behandlung des Versicherten C. im Kreiskrankenhaus A-Stadt in der Zeit vom 9. Oktober 2006 bis 13. Oktober 2006 bei einer Rechnungsstellung vom 24. Oktober 2006 insgesamt 4.369,01 EUR zuzüglich Zinsen hieraus in Höhe von 5%-Punkten über dem Basiszinssatz der Europäischen Zentralbank seit dem 25. November 2006 zu zahlen, wobei die Beklagte einen Ausgleich der Rechnung u.a. mit der Begründung verweigert hatte, dass die vollstationäre Behandlung ihres o.a. Versicherten als Wirbelsäulenoperation nach der DRG-Fallpauschale I53Z (nach dem Fallpauschalenkatalog 2006: Andere Eingriffe an der Wirbelsäule ohne äußerst schwere Komplikationen oder Komorbiditäten, mit komplexem Eingriff) nicht vom Versorgungsauftrag des Krankenhauses und damit systemfremd erbracht worden und insoweit nicht abrechnungsfähig sei. Dies wiederum deshalb, weil die der Abrechnung zu Grunde liegende DRG in den Budgetverhandlungen, bezogen auf den streitigen Zeitraum, nicht vereinbart worden sei. Grund hierfür sei gewesen, dass - wie auch vorliegend erfolgt - die insoweit durchzuführende operative Behandlung eben nicht selbst vom Krankenhaus erbracht werde, sondern einem externen Arzt, hier durch den Neurochirurgen Dr. med. D., einem niedergelassenen Vertragsarzt, der seine Praxis im 2. Stock des Krankenhauses habe und im streitigen Zeitraum weder zugleich Belegarzt noch Angestellter des Krankenhauses gewesen sei.

Die Klägerin hat schließlich als Krankenhausträgerin am 2. Januar 2007 unter dem Aktenzeichen S [12 KR 6/07](#) Klage vor dem Sozialgericht in Kassel erhoben, mit der sie an dem von ihr geltend gemachten Anspruch auf Ausgleich der o.a. Kosten festhält.

Die Klägerin führt aus, sie sei nach § 7 Abs. 1 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) berechtigt, alle Leistungen abzurechnen, die sie im Rahmen des Versorgungsauftrages ihres Krankenhauses erbracht habe. Der Versorgungsauftrag ihres Krankenhauses ergebe sich aus den Festlegungen des Krankenhausplans. Das Krankenhaus sei in den Hessischen Krankenhausplan u.a. mit dem ärztlichen Fachgebiet "Chirurgie" aufgenommen. Einschränkungen durch den vom Hessischen Sozialministerium erteilten Aufnahmebescheid nach § 6 Abs. 1 i.V.m. § 8 Abs. 1 Satz 3 des Krankenhausgesetzes (KHG) oder durch ergänzende Vereinbarungen mit Verbänden der Krankenkassen nach § 109 Abs. 1 Satz 4 Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V) gebe es nicht. Damit sei die Klägerin berechtigt, zu Lasten der Beklagten alle Leistungen auf dem Gebiet der Chirurgie zu erbringen. Was unter "Chirurgie" falle, bestimme sich allein nach der Weiterbildungsordnung der jeweiligen Landesärztekammer. Nach der von der Landesärztekammer Hessen erlassenen Weiterbildungsordnung für Ärztinnen und Ärzte umfasse die Chirurgie die Erkennung und Behandlung von chirurgischen Erkrankungen, Verletzungen und Fehlbildungen mit den entsprechenden Untersuchungsverfahren sowie konservative und operative Behandlungsverfahren des Gebiets. Zur Chirurgie gehöre dabei auch die Durchführung der operativen Eingriffe des Gebietes einschließlich der zur Grundversorgung - nicht zu verwechseln mit den früheren Versorgungsstufen von Krankenhäusern - erforderlichen gefäßchirurgischen, thoraxchirurgischen, unfallchirurgischen und visceralchirurgischen Eingriffe. Die Unfallchirurgie decke auch die Behandlung des Stütz- und Bewegungssystems ab. Was die Klägerin hier sodann konkret gemacht habe, sei lediglich, für die Ausführung der Operation nicht auf einen

angestellten Krankenhausarzt zurückzugreifen, sondern sich insoweit der Dienste des niedergelassenen Arztes Dr. med. D. als dienstvertraglich gebundenem Erfüllungsgehilfen zu bedienen. Wen die Klägerin mit der Ausführung der Operation im Rahmen ihrer Verpflichtung zur ärztlichen Behandlung im Sinne des § 2 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG vertraue, ob einen auf Grund eines Arbeitsvertrages angestellten Krankenhausarzt oder einen auf Grund eines Dienstvertrages verpflichteten niedergelassenen Arzt, obliege allein der unternehmerischen Entscheidung der Klägerin. Der Grund hierfür habe darin gelegen, dass Dr. med. D. eben Operationstechniken beherrschte, die ihre angestellten Krankenhausärzte nicht in gleichem Maße beherrschten. Dabei bestehe mit der Beklagten Übereinstimmung, dass Dr. med. D. weder als Belegarzt noch als Konsiliararzt tätig geworden sei. Ein Belegarzt sei nach § 18 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG und [§ 121 Abs. 2 SGB V](#) ein Arzt, der unter Inanspruchnahme der vom Krankenhaus bereitgestellten Dienste, Einrichtungen und Mittel vollstationär oder teilstationär eigene Patienten behandle, ohne hierfür vom Krankenhaus eine Vergütung zu erhalten. Dr. med. D. habe für seine Mitwirkung an der Behandlung des Versicherten C. eine Vergütung erhalten. Außerdem sei für das Vorliegen einer belegärztlichen Behandlung kennzeichnend, dass es einen gespaltenen Krankenhausaufnahmevertrag mit sich gegenseitig abschließenden Rechten und Pflichten des Belegarztes sowie des Krankenhauses gegenüber dem Patienten gebe. Vorliegend sei Leistungserbringer und auch vertraglicher Haftungsschuldner allein die Klägerin gewesen. Ein Konsiliararzt im eigentlichen Sinne sei ein Arzt, der auf einem anderen Fachgebiet die behandelnden Ärzte unterstütze, indem er die Patienten untersuche und Behandlungsvorschläge mache. Insoweit sei der Konsiliarius als beratender Arzt und das Konsilium als Beratung mehrerer Ärzte zur Abklärung eines Krankheitsfalls zu beschreiben.

Die Beklagte ist dem mit der Klage geltend gemachten Anspruch auch im Weiteren entgegengetreten. Die hier streitige Krankenhausleistung sei systemfremd erbracht worden. Sie sei nämlich nicht von einem Krankenhausarzt vorgenommen worden, sondern vom niedergelassenen Neurochirurgen Dr. med. D. ... Als Vertragsarzt habe Dr. med. D. jedoch gerade nicht als verantwortlicher Operateur im Krankenhaus tätig sein dürfen. Dem habe im hier streitigen Zeitraum nämlich noch § 20 der Zulassungsverordnung für Ärzte (Ärzte-ZV) entgegengestanden, wonach für eine Tätigkeit im Krankenhaus nur eine Belegarztztätigkeit oder eine Konsiliararztztätigkeit in Frage gekommen wäre. Dr. med. D. sei in der hier relevanten Funktion aber weder als das eine noch als das andere tätig geworden. Das Bundessozialgericht (BSG) verneine schließlich Erstattungsansprüche in der hier streitigen Form immer dann, wenn zwingende Gründe die Einhaltung von Leistungsvoraussetzungen in der Krankenversicherung erforderten, weil sonst die Funktionsfähigkeit des Systems der Leistungserbringung in Frage gestellt würde. Dabei gehe es vor allem - wie auch hier - um die Einhaltung von Vorschriften, die die Qualität der Leistungserbringung sicherten und deren Überprüfung erleichtern sollten. Damit sei davon auszugehen, dass im System der gesetzlichen Krankenversicherung alle Normen als System wirkten, die das System schützten. § 20 Ärzte-ZV schütze also nicht nur die Patienten des Vertragsarztes, sondern auch die Krankenkassen und letztlich damit auch deren Versicherte. Die Vorschrift wirke damit auch im Abrechnungsverhältnis zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern.

Nachdem das Sächsische Landessozialgericht mit Urteil vom 30. April 2008 in der Sache [L 1 KR 103/07](#) entschieden hatte, dass ein Krankenhaus hinsichtlich der Hauptleistung gegenüber einer Krankenkasse keinen Vergütungsanspruch habe, wenn es die Hauptleistung, hier eine ambulante Operation, durch einen Arzt durchführen lasse, der nicht Beschäftigter des Krankenhauses sei, sondern niedergelassener Arzt und gegen dieses Urteil seitens des Krankenhauses beim BSG unter dem Aktenzeichen [B 1 KR 13/08 R](#) Revision eingelegt worden war, ist schließlich im vorliegenden Rechtsstreit mit Beschluss vom 20. August 2008 auf übereinstimmenden Antrag der Beteiligten das Ruhen des Rechtsstreits angeordnet worden. Mit der Rücknahme der Revision ist der Rechtsstreit dann unter dem o.a. Aktenzeichen fortgeführt worden, wobei die Beteiligten wechselseitig an ihren jeweiligen Auffassungen festhalten.

Die Klägerin führt aus, die Entscheidung des Sächsischen Landessozialgerichts sei vorliegend nicht einschlägig, da es vorliegend um eine vollstationäre Krankenhausbehandlung im Sinne von [§ 107 Abs. 1 SGB V](#) gehe. Die Klägerin habe an Leistungen ärztliche Behandlung, Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln sowie Unterkunft und Verpflegung erbracht. Der Vertragsarzt Dr. med. D. habe als freiberuflicher Mitarbeiter der Klägerin die in den §§ 2 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG und [§ 39 Abs. 1 Satz 3](#) 1. Halbsatz SGB V beschriebenen Krankenhausleistungen zu erbringen gehabt, indem er gemeinsam mit anderen, bei der Klägerin angestellten Ärzten die ärztliche Behandlung durchgeführt habe. Wenn man der Beklagten folgen würde, bedeute dies, dass alle Krankenhäuser, die freiberufliche ärztliche Mitarbeiter einsetzen, ihre Leistungen nicht abrechnen dürften. Gerade in der heutigen Zeit des Ärztemangels in vielen Krankenhäusern würden aber Ärzte tätig, die dort nicht angestellt seien, sondern als freie Mitarbeiter tätig würden und ein frei ausgehandeltes Arzthonorar erhielten. Solche Honorarärzte würden sogar inzwischen professionell vermittelt. Sodann habe aber auch das Verwaltungsgericht Y. zwischenzeitlich mit Urteil vom 9. Februar 2010 in der Sache xxxxx die Frage zu entscheiden gehabt, ob ein zugelassenes Krankenhaus seinen Versorgungsauftrag auch unter dem Gesichtspunkt der Leistungsfähigkeit dann ausfülle, wenn es eine Bandscheibenoperation durch einen niedergelassenen Neurochirurgen durchführen lasse. Dies habe das Verwaltungsgericht Y. überzeugend dahingehend bejaht, dass ein Krankenhaus sehr wohl einen externen Operateur hinzuziehen dürfe und hierdurch seine Leistungspflicht nicht überschritten werde. Insoweit sehe sich die Klägerin durch das vorgenannte Urteil in ihrer Auffassung bestätigt, dass es vorliegend auch im hier streitigen Zeitraum erlaubt gewesen sei, die in § 2 Abs. 1 KHEntgG genannten Krankenhausleistungen auch mit Unterstützung durch freiberufliche Ärzte zu erbringen. Die Verantwortung der gesamten Behandlung habe bei der Klägerin gelegen, nicht beim Vertragsarzt Dr. med. D. ...

Die Klägerin beantragt,
die Beklagte zu verurteilen, der Klägerin aus Anlass der vollstationären Behandlung des Versicherten C. im Kreiskrankenhaus A-Stadt in der Zeit vom 9. Oktober 2006 bis 13. Oktober 2006 4.369,01 EUR zuzüglich Zinsen hieraus in Höhe von 5%-Punkten über dem Basiszinssatz der Europäischen Zentralbank seit dem 25. November 2006 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,
die Klage abzuweisen.

Die Beklagte sieht sich weiterhin in ihrer Argumentation durch das o.a. Urteil des Sächsischen Landessozialgerichts, dem zwischenzeitlich auch das Sozialgericht Düsseldorf mit Urteil vom 2. September 2010 in der Sache S 8 KR 278/09 WA gefolgt sei, gestützt. Danach ergebe sich im SGB V der allgemeine Grundsatz, dass das Krankenhaus die Leistungen der Krankenhausbehandlung im Sinne des [§ 39 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#), die es auf Kosten der gesetzlichen Krankenkasse erbringen dürfe, durch eigenes Personal durchführen lassen müsse, also durch Personen, die in der Arbeitsorganisation des Krankenhauses derart eingegliedert seien, dass sie für die Behandlung jederzeit verfügbar seien. Dies sei im hier zur Entscheidung stehenden Fall nicht gegeben gewesen. Die Behandlung des o.a. Versicherten sei nicht von einem Krankenhausarzt, sondern von einem niedergelassenen Neurochirurgen durchgeführt worden. Die Behandlung sei damit auch mit der weiteren Rechtsprechung des BSG (Urteil vom 28. Februar 2007, [B 3 KR 17/06 R](#)), wonach Dritte ihren Vergütungsanspruch nur gegen das

Krankenhaus richten könnten, sofern es sich um Leistungen handele, die im Verhältnis zu der vom Krankenhaus zu erbringenden Hauptleistung lediglich ergänzende oder unterstützende Funktionen hätten, nicht abrechenbar gewesen. Dies auch nicht auf der Grundlage des von der Klägerin in Bezug genommenen Urteils des Verwaltungsgerichts Y ... Dort hieße es nämlich nur, dass ein Belegarzt einen weiteren Arzt, mit dem das Krankenhaus eine Kooperationsvereinbarung getroffen habe, konsiliarisch hinzuziehen könne. Dies bejahe das Gericht, da dessen Tätigkeit dann als eine vom Krankenhaus veranlasste Leistung "Dritter" nach § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 KHEntgG anzusehen sei. Mit dem vorliegenden Sachverhalt sei der vom Verwaltungsgericht Y. entschiedene danach schon aus diesem Grunde nicht vergleichbar. Hier sei nämlich Dr. med. D. nicht von einem weiteren Belegarzt konsiliarisch hinzugezogen worden, sondern er habe die Operation eigenverantwortlich und weisungsfrei durchgeführt.

Wegen der weiteren Einzelheiten, insbesondere wegen des jeweiligen weiteren Vorbringens der Beteiligten, wird Bezug genommen auf den Inhalt der Gerichtsakte insgesamt; ebenso wird Bezug genommen auf die von den Beteiligten jeweils wechselseitig vorgelegten weiteren Unterlagen, deren jeweiliger, den vorliegenden Rechtsstreit betreffender Inhalt gleichfalls Gegenstand der mündlichen Verhandlung war, wobei Dr. med. D. ausweislich der beigezogenen Krankengeschichte und des in dieser enthaltenen Operationsberichts nicht nur der verantwortliche Operateur, sondern - wie auch in gleichgelagerten Rechtsstreiten der Klägerin gegen andere Krankenkassen - gleichzeitig auch der die Verordnung von Krankenhausbehandlung ausstellende, also einweisende Arzt war, die Verordnung, der diagnostisch eine Spinalkanalstenose L4/5 zugrunde lag, dabei ausdrücklich als "Belegarztbehandlung" zur Operation gekennzeichnet war und der an den Hausarzt gerichtete Krankenhausentlassungsbericht mit dem Briefkopf der Klägerin auch ausdrücklich und allein von Dr. med. D. unterschrieben war; weiterhin wird dieser Bericht u.a. damit eingeleitet, dass sich der Versicherte in der Zeit vom xxx bis yyy in "meiner stationären Behandlung" befand.

Entscheidungsgründe:

Die Klage ist nach der ständigen Rechtsprechung der Kammer, die sich an die höchstrichterliche Rechtsprechung anlehnt, im Gleichordnungsverhältnis als allgemeine (echte) Leistungsklage (vgl. hierzu BSG in [SozR 3 - 2500 § 39 Nr. 4](#), BSG, Urteil vom 17. Mai 2000, [B 3 KR 33/99 R](#) und zuletzt BSG, Urteil vom 13. Dezember 2001, [B 3 KR 11/01 R](#)) zulässig. Im Übrigen ergibt sich die Zuständigkeit der Sozialgerichte für Streitigkeiten aus dem Abrechnungsverhältnis zwischen Krankenhaus und Krankenkasse (vgl. BSG, Urteile vom 17. Mai 2000 und 13. Dezember 2001 wie vor) insoweit aber auch ausdrücklich aus [§ 51 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG), der u.a. auch Streitigkeiten zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen in Angelegenheiten des SGB V der Sozialgerichtsbarkeit zuweist.

Die Klage ist sodann jedoch nicht begründet. Die Beklagte ist nicht verpflichtet, der Klägerin die aus Anlass der o.a. stationären Behandlung ihres Versicherten im Krankenhaus der Klägerin entstandenen streitigen Behandlungskosten zu zahlen, da auch zur Überzeugung der Kammer mit den o.a. ausführlich dargelegten, rechtlich überzeugenden Ausführungen der Beklagten im hier streitigen Zeitraum, auf den die Kammer allein abstellt, die auch nach Auffassung der Kammer den streitigen Krankenhausaufenthalt als Hauptleistung bestimmende Operation durch Dr. med. D. nicht mehr als gegenüber der Beklagten abrechenbare Krankenhauskomplexleistung im o.a. Sinne gewertet werden kann. Ob der streitige Anspruch bei alledem zusätzlich daran scheitert, dass die Leistung als solche bereits nicht vom Umfang des Versorgungsvertrages der Klägerin erfasst war, bleibt dahingestellt. Zumindest ansonsten macht sich die Kammer letztlich auf der weiteren Grundlage der vom Sächsischen Landessozialgericht mit Urteil vom 30. April 2008 in der Sache [L 1 KR 103/07](#) aufgezeigten rechtlichen Grundsätze, die mit der Beklagten auch auf vollstationäre Krankenhausbehandlungen anzuwenden sind, sowie im Nachgang zum Urteil des BSG vom 28. Februar 2007 in der Sache [B 3 KR 17/06 R](#), das die Herleitungen im Urteil des Sächsischen Landessozialgerichts nach Auffassung der Kammer ausdrücklich stützt, bei alledem jedenfalls die Ausführungen der Beklagten vollinhaltlich zu Eigen, nimmt vollinhaltlich auf diese Ausführungen Bezug und sieht danach analog [§ 136 Abs. 3 SGG](#) von einer weiteren Darstellung der Entscheidungsgründe ab. Der gegenteiligen Auffassung des Sozialgerichts Fulda im Urteil vom 19. Januar 2010, [S 4 KR 495/06](#) (nicht veröffentlicht, Berufung anhängig beim Hessischen Landessozialgericht unter dem Az. [L 1 KR 77/10](#)) vermochte die Kammer insoweit nicht zu folgen, nachdem dieser eine von der vorgenannten Rechtsprechung, auch des BSG, abweichende Auffassung der Leistungen Dritter im Sinne des § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 KHEntgG zugrunde liegt, die die Kammer mit den Ausführungen der Beklagten zumindest bezogen auf das Jahr der hier streitigen Leistungserbringung, also das Jahr 2006, nicht zu teilen vermag. Dies deshalb, weil es sich bei Leistungen herangezogener Dritter nach § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 KHEntgG als Bestandteil der allgemeinen Krankenhausleistungen und mit den Entgelten für diese abgegolten eben nur handelt, selbst wenn sie als solche auch stationär und dabei gleichfalls durch Ärzte erbracht werden können, wenn diese Leistungen im Verhältnis zu der vom Krankenhaus zu erbringenden Hauptbehandlungsleistung allein ergänzende oder unterstützende Funktion haben und die Gesamtverantwortung hier dann zwar formal auch bei der Klägerin gelegen haben mag, ausweislich der beigezogenen Krankengeschichte im Hinblick auf den tatsächlichen Geschehensablauf und die Einbindung des Dr. med. D. in diesen von Anbeginn an dann tatsächlich bei letzterem. Insoweit sprechen also nicht nur die durch ihn selbst erfolgten Kennzeichnungen seiner Einweisungen als "Belegarztverordnungen" für sich.

Der Klage war somit insgesamt abzuweisen, wobei es auf die Frage des Vorliegens von vollstationärer Krankenhausbehandlungsnotwendigkeit i.S.v. [§ 39 SGB V](#) im gesamten streitigen Behandlungszeitraum als weiterer unabdingbarer Voraussetzung für den streitigen Vergütungsanspruch selbst nicht mehr ankam.

Die Kostenentscheidung folgt sodann aus den [§§ 197a, 183](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) i.V.m. [§ 154](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).

Der gesonderten Entscheidung über eine Zulassung der Berufung bedurfte es nicht; Berufungsausschlussgründe, die eine solche Entscheidung erforderlich gemacht hätten, liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2012-07-18