

S 4 KR 495/06

Land
Hessen
Sozialgericht
SG Fulda (HES)
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung

4
1. Instanz
SG Fulda (HES)
Aktenzeichen
S 4 KR 495/06

Datum
19.01.2010
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen

-
Datum

-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

1. Die Behandlungsberechtigungen eines Krankenhauses werden durch den Versorgungsauftrag bestimmt, der für Plankrankenhäuser durch den Landes-Krankenhausplan i.V.m. den Bescheiden zu seiner Durchführung definiert wird. Budgetvereinbarungen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen können den so festgelegten Versorgungsauftrag nicht einschränken.

2. Der Umfang eines Versorgungsvertrages bestimmt sich nach von ihm umfassten medizinischen Disziplinen, deren Inhalt sich nach der jeweiligen Weiterbildungsordnung für Ärzte richtet. In diesem Rahmen ist ein Krankenhaus zur Leistungserbringung berechtigt.

3. Ein Krankenhaus kann im Rahmen seines Versorgungsauftrages grundsätzlich unbegrenzt Dritte zur Leistungserbringung heranziehen und ist nicht verpflichtet, nur bei ihm unmittelbar beschäftigte Ärzte oder Belegärzte zur Leistungserbringung einzusetzen.

1. Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin 4.982,78 EUR nebst Zinsen in Höhe von 8 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 8. Juni 2006 zu zahlen.

2. Die Beklagte trägt die Kosten des Rechtsstreits.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Pflicht der Beklagten zur Vergütung einer stationären Krankenhausbehandlung durch die Klägerin als Trägerin des Q-Krankenhauses.

Dieses Krankenhaus ist aufgrund des Bescheides des Hessischen Sozialministeriums vom 17. März 2005 (Aktenzeichen V 6.4 - 18 c 04 03 29) in den Krankenhausplan des Landes Hessen mit insgesamt 54 Planbetten aufgenommen. Hiernach verfügt das Q Krankenhaus unter Anderem über die Fachabteilung Chirurgie. In dem Hessischen Krankenhausrahmenplan 2005 – Besonderer Teil – sind unter Abschnitt 2.2.2. dem Q Krankenhaus 17 vollstationäre Chirurgie-Betten zugewiesen (StAnz. 2005, S. 3907 [3919]). Daher umfasst der Versorgungsauftrag des Q-Krankenhauses gemäß § 8 Abs. 1 Nr. 1 KHEntgG auch chirurgische Leistungen.

Aufgrund der auf dem 106. Deutschen Ärztetag 2003 verabschiedeten Muster-Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer wurde auch die Weiterbildungsordnung für Ärztinnen und Ärzte in Hessen (im Folgenden nur: Weiterbildungsordnung) mit Genehmigung durch das Hessische Sozialministerium vom Juli 2005 dahingehend geändert, dass die Eigenständigkeit der Orthopädie als Fachgebiet aufgegeben und diese in das Fachgebiet Chirurgie integriert wurde. Die Orthopädie sowie die Unfallchirurgie bezeichnen nunmehr eine Facharztkompetenz innerhalb der Chirurgie (vgl. Hessischen Krankenhausrahmenplan 2005 – Besonderer Teil – Abschnitt 1.4.8.; s. Weiterbildungsordnung vom 15. August 2005, HÄBl. Sonderheft 10/2005, S. 1 - 73).

Nach Abschnitt B 6. der Weiterbildungsordnung umfasst das Gebiet der Chirurgie "die Vorbeugung, Erkennung, konservative und operative Behandlung, Nachsorge und Rehabilitation von chirurgischen Erkrankungen, Verletzungen und Verletzungsfolgen sowie angeborenen und erworbenen Formveränderungen und Fehlbildungen der Gefäße, der inneren Organe einschließlich des Herzens, der Stütz- und Bewegungsorgane und der onkologischen Wiederherstellungs- und Transplantationschirurgie".

Die Klägerin verfügt selbst über keine angestellten Ärzte im Krankenhaus, sondern arbeitet ausschließlich mit Belegärzten. In der Fachabteilungschirurgie waren im Jahr 2005 zwei Belegärzte tätig, die Dres. B1 und B2.

In der Zeit vom 14. bis zum 19. November 2005 befand sich die bei der Beklagten versicherte Frau Y in stationärer Behandlung im Q-Krankenhaus, in deren Rahmen eine Bandscheibenoperationen durch den Neurochirurgen Dr. Z. durchgeführt wurde. Dieser Arzt ist nicht bei der Klägerin angestellt oder als Belegarzt im Q-Krankenhaus tätig, sondern erbrachte "als freiberuflich tätiger Arzt" aufgrund einer als "Kooperationsvertrag" mit dem Q-Krankenhaus bezeichneten Vereinbarung vom 22.11.2005 "im Teilgebiet Chirurgie der Wirbelsäule des Fachgebietes Chirurgie zwischen 150 und 200 Leistungen (DRG) pro Kalenderjahr" (vgl. § 1 Abs. 1 und § 2 des Kooperationsvertrages).

Die Klägerin rechnete ihre Leistungen gemäß DRG I49Z (Wirbelkörperfusion ohne äußerst schwere oder schwere CC) für die belegärztliche Versorgung ab.

Die Beklagte verweigerte in der Folge die Zahlung der geforderten Vergütung für die Behandlung der Versicherten X ebenso wie für verschiedene andere Bandscheibenoperationen, die im Q-Krankenhaus erfolgt sind. Bezüglich eines gleich gelagerten Falles führte die Beklagte in ihrem Schreiben vom 28. Oktober 2005 gegenüber der Beklagten aus, die Leistungen nach DRG I49Z gehörten nicht zum Leistungsspektrum eines Krankenhauses der Grundversorgung und entspreche nicht dem Versorgungsauftrag der Klägerin. Zudem sei diese Leistung nicht mit den Vertragsparteien auf Kassenseite in die Budgetberechnungen aufgenommen worden. Da auch keine Notfallbehandlung vorgelegen habe, sei die Vergütung durch die Beklagte ausgeschlossen.

In der Folge fand betreffend mehrere Behandlungsfälle, in denen Bandscheibenoperationen vorgenommen worden waren, eine Begutachtung durch den MDK statt. Betreffend die Versicherte X erkannte die Beklagte zwar die vorliegende Indikation für eine Bandscheibenoperationen an, wiederholte jedoch ihre zuvor dargestellten Einwände gegen ihre Vergütungspflicht und führt ergänzend aus, ein Belegarzt habe Leistungen, zu denen er gegenüber einem Krankenhaus vertraglich verpflichtet sei, nach § 18 KHEntG grundsätzlich persönlich zu erbringen. Dies sei betreffend die Versicherte X jedoch nicht erfolgt, so dass auch aus diesem Grund keine Vergütung erfolgen könne. Außerdem sei zu beachten, dass nach § 38 des Bundesmantelvertrages Ärzte eine belegärztliche Behandlung nur dann vorliege, wenn und soweit das Krankenhaus gemäß [§ 108 SGB V](#) zugelassen und der Vertragsarzt gemäß § 40 als Belegarzt des Krankenhauses anerkannt sei.

Mit ihrer am 7. Juni 2006 eingegangenen Klage machte die Klägerin ihre Vergütung für die Behandlung der Versicherten X geltend. Zur Begründung führt sie im Wesentlichen aus, nach Änderung der Weiterbildungsordnung im Jahr 2005 umfasse das Fachgebiet der Chirurgie auch die Behandlung von Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates. Damit sei die hier zu Grunde liegende Bandscheibenoperationen vom Versorgungsauftrag des Q-Krankenhauses umfasst. Folglich sei die Beklagte verpflichtet, die Kosten der notwendigen Krankenhausbehandlung gemäß [§ 109 Abs. 4 S. 3 SGB V](#) in Verbindung mit dem Vertrag über die allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung für das Land Hessen gemäß [§ 112 Abs. 2 S. 1 Nr. 1 SGB V](#) zu erstatten. Eine Pflegesatzvereinbarung sei hierzu nicht erforderlich gewesen, diese könne ohnehin den Versorgungsauftrag eines Plankrankenhauses nicht einschränken.

Soweit die Beklagte ausführe, dass ein Belegarzt zur persönlichen Erbringung seiner Leistungen gegenüber einem Krankenhaus verpflichtet sei, habe dies keinen Einfluss auf den vorliegenden Rechtsstreit. Denn § 18 KHEntG regle ausdrücklich nur das Verhältnis zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung und dem Belegarzt. Die in Streit stehenden Entgelte beinhalteten lediglich die Vergütung des Krankenhauses und nicht die des Belegarztes. Selbst wenn die Operationen nicht durch den Belegarzt erbracht worden seien, was nicht zutrefte, hätte dies keinen Einfluss auf die Vergütung der Krankenhausleistungen. § 2 KHEntG stelle klar, dass zu den Krankenhausleistungen nicht die Leistungen der Belegärzte zählten, sondern solche eines freiberuflich im Krankenhaus tätigen Arztes darstellten.

Das Krankenhausentgeltgesetz räume ausdrücklich die Möglichkeit ein, allgemeine Krankenhausleistungen auch von Dritten erbringen zu lassen. Ein Krankenhaus müsse keineswegs die notwendigen Versorgungsleistungen zwingend selbst vorhalten und erbringen, sondern eine sich die Leistung auf eigene Kosten auch bei Dritten zulässigerweise beschaffen.

Müsste die Leistungsfähigkeit ohne Dritte definiert werden, sei kein Krankenhaus mehr leistungsfähig im Sinne einer allgemeinen Krankenhausbehandlung. Denn dann müsste an sich jede Ausgliederung von Leistungen auf Dritte die Leistungsfähigkeit eines Krankenhauses in Frage stellen, was schon deshalb nicht zutreffend sein könne, weil § 2 Abs. 2 S. 2 Nr. 2 KHEntG die Ausgliederung von Krankenhausleistungen gerade unterstelle. Zudem führe dies zu dem absurden Ergebnis, dass Dritteleistungen immer nur dann eingekauft werden dürften, wenn bereits entsprechende Ressourcen ein Krankenhaus vorhanden seien.

Für eine Differenzierung zwischen vollständigen Leistungskomplexen wie etwa einer Operation und nur ergänzenden Leistungen im Hinblick auf die Zulässigkeit von Dritteleistungen, finde sich im Krankenhausentgeltgesetz keinerlei Stütze. Vielmehr sei die Möglichkeit der Inanspruchnahme von Leistungen Dritter unbegrenzt.

Dr. Z. sei in dem Streitgegenständlichen Fall von dem zuständigen Belegarzt als Facharzt mit der entsprechenden Kompetenz zur Leistungserbringung zur "Mit-/Weiterbehandlung" unter Benutzung des Überweisung-/Abrechnungsscheins "Muster 6 KV Hessen" herangezogen worden. Unabhängig davon habe das Q-Krankenhaus die mit einer entsprechenden Organisationshaftung verbundene Organisationshoheit. Aus diesem Grunde sei es rechtlich geboten, dass der vorgelegte Kooperationsvertrag nicht zwischen einem Belegarzt und Dr. Z., sondern zwischen dem Q-Krankenhaus und Letzterem abgeschlossen worden sei.

Die Klägerin beantragt, die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin 4.982,78 EUR nebst Zinsen in Höhe von acht Prozentpunkten über den Basiszinssatz seit Rechtshängigkeit zu zahlen.

Die Beklagte beantragt, die Klage abzuweisen.

Zur Begründung bezieht sie sich auf die bereits dargestellten Einwände gegen die grundsätzliche Abrechnung der von der Klägerin erbrachten Leistungen und führt ergänzend zu der Frage, unter welchen Voraussetzungen und in welchem Umfang ein Krankenhaus bei der Leistungserbringung auf Dritte zurückgreifen könne, aus: nach § 7 KHEntG würden allgemeine Krankenhausleistungen vergütet. Diese seien in § 2 Abs. 2 S. 1 KHEntG näher definiert. Danach handele es sich dabei um solche Leistungen, die unter Berücksichtigung der

Leistungsfähigkeit des Krankenhauses im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung des Patienten notwendig seien. Leistungen könnten daher nur im Umfang der "vorhandenen" Leistungsfähigkeit erbracht werden. Die allgemeinen Krankenhausleistungen würden somit – innerhalb des gesetzlichen Versorgungsauftrages – begrenzt durch die individuelle Leistungsfähigkeit des einzelnen Krankenhauses. Diese wiederum werde bestimmt durch die vom einzelnen Krankenhaus vorbehaltene personelle und apparative Ausstattung. Bei der Erbringung von Krankenhausleistungen könne ein Krankenhaus nach § 2 Abs. 2 S. 2 Nr. 2 KHEntgG zwar grundsätzlich auch auf Dritte zurückgreifen. Unter Dritten bzw. Drittleistungen seien vom Grundsatz her personelle wie sächliche Leistungen zu verstehen, die vom Krankenhaus selbst nicht vorgehalten werden. Nach § 2 Abs. 2 S. 2 Nr. 2 KHEntgG gehörten Drittleistungen nur unter den zuvor im Gesetz genannten Voraussetzungen zu den allgemeinen Krankenhausleistungen, also nur unter dem Vorbehalt "bestehender" Leistungsfähigkeit. Dies bedeute, dass Krankenhäuser nur unter der Voraussetzung, dass sie für die betreffende Leistung bereits entsprechend leistungsfähig seien, Drittleistungen einkaufen könnten. Die Inanspruchnahme von Drittleistungen mit dem Ziel, mit diesen überhaupt erst für die jeweilige Leistung fähig zu werden, sei nicht zulässig. Die grundsätzliche Leistungsfähigkeit müsse somit bereits vor der Beschaffung der Drittleistung vorliegen und könne nicht erst ergänzend "hinzugekauft" werden. Daraus folge, dass als Drittleistungen nur bestimmte ergänzende Leistungen eingekauft werden könnten, nicht aber vollständige Leistungskomplexe.

Nach diesen Grundsätzen könnten wesentliche medizinische Elemente einer stationären Behandlung, wozu insbesondere der operative Eingriff zu rechnen sei, nicht als Drittleistungen vom Krankenhaus durch externe Ärzte eingekauft werden. Andernfalls dokumentierte das Krankenhaus, dass es zur Erbringung allgemeine Krankenhausleistungen von vornherein überhaupt nicht leistungsfähig sei. Sofern das Krankenhaus selbst nicht in der Lage sei, den operativen Eingriff mit eigenen personellen und apparativen Mitteln sicherzustellen, sei es insoweit von der Erbringung allgemeiner Krankenhausleistungen mangels eigener Leistungsfähigkeit ausgeschlossen. In diesem Fall dürfe es einen Patienten gar nicht erst aufnehmen oder müsse ihn in ein anderes und entsprechend leistungsfähigeres Krankenhaus verlegen. Ein Krankenhaus habe daher die ärztliche Behandlung und den operativen Eingriff somit entweder durch Angestellte oder Beamte der Krankenhausärzte oder durch Belegärzte sicherzustellen. Ausschließlich diese Arztgruppen mitten explizit auch im Krankenhausentgeltgesetz erwähnt.

Bei dem Neurochirurgen Dr. Z handele es sich um einen Honorararzt, der nicht Belegarzt des klägerischen Krankenhauses sei und ohne den die streitgegenständliche Operation nicht hätte durchgeführt werden können. Dr. Z stehe auch nicht in einer rechtlichen Beziehung zu den Belegärzten der Chirurgie des Q-Krankenhauses, sondern sei vertraglich allein mit der Klägerin verbunden.

Die hier zugrunde liegende Rechtsfrage war betreffend das Jahr 2006 Gegenstand der Pflegesatzverhandlungen zwischen der Klägerin und den Kostenträgern. Im Rahmen eines wegen fehlender Einigung durchgeführten Schiedsverfahrens hat Schiedsstelle für die Festsetzung der Krankenhauspflegesätze in Hessen in ihrer Sitzung vom 1. November 2007 einen Anspruch der Klägerin auf zusätzliche Leistungen zugesprochen (Sch. 14/2007 [2006]).

Im Hinblick auf die Leistungserbringung durch Dr. Z führt die Schiedsstelle aus, nach der geltenden Weiterbildungsordnung könnten Bandscheibenoperationen von Unfallchirurgen, Orthopäden wie auch von Neurochirurgen durchgeführt werden. Diese Operationen seien vom Versorgungsauftrag des klägerischen Krankenhauses gedeckt.

Der Argumentation der Antragsgegner des Schiedsstellenverfahrens verkenne die Bedeutung des Versorgungsauftrages für die Bestimmung der Leistungsfähigkeit eines Krankenhauses im Sinne des § 2 Abs. 2 KHEntgG. Diese Vorschrift definierte die Verpflichtung eines Krankenhauses, alle zur Versorgung der Patienten notwendige Leistungen zu erbringen. Diese Verflechtung gelte jedoch nur im Rahmen der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses, die somit die Verpflichtung des Krankenhauses auf eben seine Leistungsfähigkeit begrenze. Es bestehe kein Grund, die Leistungsfähigkeit im Sinne dieser Bestimmung noch unterhalb des Versorgungsauftrages auf eine bereits bestehende Leistungsfähigkeit einzuschränken. Dies liefe Sinn und Zweck des § 2 Abs. 2 KHEntgG zuwider, demzufolge es einem Krankenhaus gerade erlaubt sei, seine Leistungsfähigkeit, die sich aus dem Versorgungsauftrag ableitet, zu optimieren. Aus der Tatsache dass die streitgegenständlichen Bandscheibenoperationen vom Versorgungsauftrag des Q Krankenhauses gedeckt seien, folge deshalb, dass sich auch seine Leistungsfähigkeit darauf erstrecke.

Mit Bescheid vom 25. Juni 2008 hat das Regierungspräsidium Ü-Stadt die Schiedsstellenfestsetzung genehmigt. Zur Begründung wird ausgeführt, dass die Bandscheibenoperationen im Q-Krankenhaus als im Auftrag eines Belegarztes erfolgt zulässig seien und sie auch dem Versorgungsauftrag des Q-Krankenhauses unterfielen, da es nach dem Krankenhausplan auch für die Versorgung des Fachgebiet Chirurgie zugelassen sei, ohne dass sich aus dem Plan-Bescheid hierzu eine Einschränkung ergebe. Daher seien die Krankenkassen zur Vergütung der entsprechenden Behandlungen verpflichtet. Nach Mitteilung der Klägerin ist gegen die Genehmigung der Schiedsstellenfestsetzung Rechtsmittel eingelegt worden. Eine Entscheidung des zuständigen Verwaltungsgerichts ist bisher nicht zur Akte gelangt. Wegen des weiteren Vorbringens der Beteiligten im Einzelnen wird auf die eingereichten Schriftsätze nebst deren Anlagen verwiesen. Die Beteiligten haben mit Schreiben vom 6. Juli 2009 und 14. Juli 2009 ihr Einverständnis zur Entscheidung ohne mündliche Verhandlung erteilt.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Klage ist begründet. Die Klägerin hat gegen die Beklagte Anspruch auf Zahlung der geltend gemachten Vergütung aufgrund der im Q-Krankenhaus erbrachten stationären Behandlung der Versicherten X. Denn entscheidend für den klägerischen Anspruch ist, dass die streitgegenständliche Behandlung durch den Versorgungsauftrag des Q-Krankenhauses umfasst war (1.) und daher die Einwände der Klägerin, die sich nicht gegen den Versorgungsauftrag als solchen richten, rechtlich irrelevant sind (2.).

1. Rechtsgrundlage des klägerischen Vergütungsanspruchs ist [§ 109 Abs. 4 Satz 3](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung – (SGB V) i.V.m. dem Vertrag nach [§ 112 Abs. 2 S. 1 Nr. 1 SGB V](#) über die allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung zwischen der Hessischen Krankenhaushausgesellschaft und (neben anderen) der Beklagten. Dabei entsteht die Zahlungsverpflichtung einer gesetzlichen Krankenkasse unabhängig von einer Kostenzusage unmittelbar mit Inanspruchnahme der Leistung durch den bei ihr versicherten Patienten. Der Behandlungspflicht der zugelassenen Krankenhäuser i.S.d. [§ 109 Abs. 4 Satz 2 SGB V](#) steht sodann unmittelbar ein Vergütungsanspruch gegen die Krankenversicherung des behandelten Patienten gegenüber (vgl. BSG, [SozR 4-2500 § 109 Nr. 7](#) Rn. 16).

Dieser Vergütungsanspruch besteht indes nur für Behandlungen, die von dem Versorgungsauftrag des Krankenhauses umfasst sind. Darüber hinaus ist ein Krankenhaus nach [§ 109 Abs. 4 Satz 2 SGB V](#) nicht zu einer Krankenhausbehandlung verpflichtet und können Versicherte nach [§ 39 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) Leistungen in dem Krankenhaus nicht beanspruchen. Beide Vorschriften knüpfen daran an, dass die mit der Zulassung eines Krankenhauses nach [§ 108 SGB V](#) erlangte Befugnis zur Teilnahme an der Versorgung gesetzlich Krankenversicherter erst durch den Versorgungsauftrag im einzelnen konkretisiert und zugleich begrenzt wird. Diese Wirkungen kommen auch in [§ 107 Abs. 1 Nr. 2 SGB V](#) zum Ausdruck, wonach jedes Krankenhaus ausreichende, seinem Versorgungsauftrag entsprechende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten zur Verfügung haben muss. Außerhalb des Versorgungsauftrags kann ein Krankenhaus danach keine Vergütung für eine erbrachte Leistung beanspruchen (vgl. vgl. BSG, [SozR 4-2500 § 109 Nr. 7](#) Rn. 17). Solche Versorgungsaufträge bestehen einzelfallbezogen für jedes Krankenhaus und sind nicht generell festgelegt.

Die konkreten Behandlungsberechtigungen eines Krankenhauses werden durch den ihm erteilten Versorgungsauftrag bestimmt. Dies richtet sich nach der Art der Beteiligung an der Krankenhausversorgung. Für Plankrankenhäuser ([§ 108 Nr. 2 SGB V](#)) – wie hier das Krankenhaus der Klägerin – sind primär der Krankenhausplan i.V.m. den Bescheiden zu seiner Durchführung sowie sekundär gegebenenfalls ergänzende Vereinbarungen nach [§ 109 Abs. 1 Satz 4 SGB V](#) beachtlich (vgl. BSG, [SozR 4-2500 § 109 Nr. 7](#) Rn. 19). Davon ausgehend ist hier der Hessische Krankenhausrahmenplan – Besonderer Teil (StAnz. 2005, S. 3907 ff.) – i.V.m. dem Feststellungsbescheid des Hessischen Sozialministeriums vom 17. März 2005 maßgebend, wonach für das Q-Krankenhaus der Klägerin u.a. die Disziplin der Chirurgie mit 17 vollstationären Betten ausgewiesen ist.

Unter Berücksichtigung der Weiterbildungsordnung, die zur fachlichen Zuordnung der streitigen Operation heranzuziehen ist (vgl. LSG NW, Urteil vom 26.6.2008 – [L 5 KR 19/07](#) – juris Rn. 28; s.a. Abschnitt 2.5 des Hessischen Krankenhausrahmenplans 2009 Allgemeiner Teil –, StAnz. 2008, S. 943 [947]), fällt die bei der Versicherten durchgeführte Operation in Hessen in den Fachbereich Chirurgie, nachdem die Eigenständigkeit des Fachbereichs Orthopädie zugunsten einer Einbeziehung in die Chirurgie aufgegeben worden ist. Denn zur Chirurgie gehört nach der Weiterbildungsordnung auch die operative Behandlung, Nachsorge und Rehabilitation von chirurgischen Erkrankungen, Verletzungen und Verletzungsfolgen der Stütz- und Bewegungsorgane. Da die Wirbelsäule einschließlich der Bandscheiben zu den Stützorganen des Menschen zählt, gehört deren operative Behandlung zur Chirurgie.

Diese grundsätzlichen Erwägungen, die auf der gefestigten Rechtsprechung des BSG beruhen, sind von der Beklagten auch nicht in Zweifel gezogen worden. Zwar hat sie vor dem Klageverfahren pauschal behauptet, die Bandscheibenoperation gehöre nicht zum Leistungsspektrum eines Krankenhauses der Grundversorgung und sei nicht im Versorgungsauftrag des klägerischen Krankenhauses umfasst. Doch hat sie dies im Klageverfahren nicht aufrecht erhalten oder gar weiter ausgeführt. Dieses Argument greift zudem angesichts der vorstehenden Darlegungen nicht durch.

2. Infolge dessen können die Einwände der Beklagten den Vergütungsanspruch der Klägerin nicht in Frage stellen.

a) Soweit die Klägerin geltend macht, die streitgegenständliche Krankenhausleistung sei nicht Gegenstand der Budgetverhandlungen für das Jahr 2005 gewesen, so kommt dem gegenüber dem Versorgungsauftrag des Q-Krankenhauses für die Disziplin der Chirurgie keine Relevanz zu.

Zu den Budget-Vereinbarungen betreffend die Vergütung nach der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) hat das BSG ausgeführt, dass die Ermächtigungen der Pflegesatzparteien zu Einschränkungen, die vom Versorgungsauftrag an sich abgedeckte Behandlungen betreffen, weder in den §§ 17, 18 BpflV noch an anderer Stelle des Pflegesatzrechts vorgesehen (BSG [SozR 4-5565 § 14 Nr. 3](#) Rn. 14 ff.). Dies gilt uneingeschränkt auch für Vergütungen nach dem DRG-System auf der Basis des Krankenhausentgeltgesetzes. Denn die in der Entscheidung des BSG herausgestellten Prinzipien, dass ein nach [§ 109 Abs. 4 Satz 2 SGB V](#) zugelassenes Krankenhaus "im Rahmen seines Versorgungsauftrags" zur Krankenhausbehandlung der Versicherten verpflichtet sei und daraus folge, dass eine Krankenkasse die notwendige Krankenhausbehandlung eines Versicherten dem Krankenhausträger zu vergüten habe, wenn sich die Behandlung "im Rahmen des Versorgungsauftrags" des Krankenhauses bewegt habe (ebd., Rn. 12), gelten ebenso bei Anwendung des Krankenhausentgeltgesetzes. Die seitens des BSG zur Bestätigung herangezogene Vorschrift des § 14 Abs. 1 Satz 2 BpflV, wonach Fallpauschalen und Sonderentgelte mit Ausnahmen für die Behandlung von Notfallpatienten "nur im Rahmen des Versorgungsauftrags" berechnet werden dürften, findet sich entsprechend in § 8 Abs. 1 KHEntgG. Auch das Krankenhausentgeltgesetz enthält insoweit keine weitergehende Vorschrift einer Ermächtigung zur Einschränkung des Versorgungsauftrages, wie er durch den Krankenhausplan sowie die hierauf aufbauenden Bescheiden definiert wird.

Eine solche Kompetenz der Beteiligten der Budgetverhandlungen könnte auch keinesfalls hingenommen werden. Denn hierdurch entstünde die Gefahr, dass es durch die Budgetvereinbarungen zu einer Änderung des Umfangs der landesweiten oder regionalen Krankenhausversorgung kommt, die im Ergebnis die notwendige Versorgung der Bevölkerung nicht mehr gewährleisten würde. "Die Gewährleistung der bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung durch leistungsfähige Krankenhäuser" ist nach § 3 HKHG "eine öffentliche Aufgabe des Landes, der Landkreise und der kreisfreien Städte", die das in § 1 HKHG definierte Ziel einer patienten- und bedarfsgerechten stationären Versorgung der Bevölkerung durch ein flächendeckendes gegliedertes System qualitativ leistungsfähiger und eigenverantwortlich wirtschaftender Krankenhäuser" erreichen müssen. Zur Verwirklichung dieses Ziels ist gemäß § 17 Abs. 1 HKHG für das Land Hessen ein Krankenhausplan aufzustellen, auf dessen Grundlage die bedarfsgerechte Krankenhausversorgung der Bevölkerung sicherzustellen ist.

Würde man in Form der Ermächtigung zum Abschluss von Budgetvereinbarungen den Vertragsparteien eine auch nur mittelbare Einflussnahme auf den Versorgungsauftrag zugestehen, bliebe die Erfüllung der öffentlichen Aufgabe nach § 3 HKHG von dem Einverständnis Dritter abhängig, während gleichzeitig die Krankenhausplanung nach § 17 HKHG in ihrer Funktion beeinträchtigt wäre. Dem kann nicht entgegen gehalten werden, dass etwaige Rechte aus dem SGB V als Bundesrecht dem hessischen Krankenhausrecht gemäß [§ 31 GG](#) vorgehe. Denn die im HKHG formulierten Ziele sind keine landesrechtliche Besonderheit, sondern ergeben sich unmittelbar aus der Schutzpflicht des Staates aus [Art. 2 Abs. 2 GG](#) i.V.m. dem Sozialstaatsprinzip.

Nach alledem kommt es auf den Abschluss einer Budgetvereinbarung unter Einschluss der hier streitgegenständlichen Art von Operationen nicht an.

b) Soweit die Beklagte der Auffassung ist, das Q-Krankenhaus habe die Bandscheibenoperation außerhalb seiner Leistungsfähigkeit erbracht, greift dies ebenfalls nicht durch. Denn es ist bereits nicht nachvollziehbar, welchen Leistungsfähigkeitsbegriff sie hier zugrunde legt, und vor allem fehlt es an einem Beleg, dass diesem Leistungsfähigkeitsbegriff in irgendeiner Form die Qualität eines (normativen) Rechtsbegriffs mit dem von der Beklagten erstrebten Ziel zukommen könnte. Denn sie will den Leistungsfähigkeitsbegriff (auch hier) dazu nutzen, die dem klägerischen Q-Krankenhaus erteilten Versorgungsauftrag, wie er zuvor dargestellt worden ist, praeter legem einzuschränken. Dies setzte jedoch, parallel zu den Ausführungen unter a) betreffend die Budgetvereinbarungen, voraus, dass die mit dem Versorgungsauftrag verbundene Kompetenz zur Erbringung sämtlicher Leistungen des Fachgebiets Chirurgie unter dem Vorbehalt weiterer Bedingungen stünde. Dies ist jedoch nicht der Fall. Wie dargelegt, ergibt sich die mit der im Bescheid des Hessischen Sozialministeriums vom 17. März 2005 festgestellten Disziplin Chirurgie, über die das Q-Krankenhaus hiernach verfügt, aus den dieser Fachbezeichnung zugehörigen Facharztbezeichnungen der Weiterbildungsordnung. Weitere Bedingungen müssen nicht hinzutreten, um die Behandlungspflicht eines Plankrankenhauses in diesem Bereich zu begründen und gleichzeitig – als dessen Kehrseite – die Vergütungspflicht einer Krankenkasse für entsprechende Behandlungen auszulösen. Es gibt nur einen rechtlich für die Vergütungspflicht einer Krankenkasse relevanten Leistungsmaßstab, nämlich den des Umfangs des Versorgungsauftrages.

Faktisch macht die Beklagte mit ihrem Argument fehlender Leistungsfähigkeit – ohne dies freilich *expressis verbis* zu formulieren – geltend, dass das Q-Krankenhaus aufgrund fehlender fachlicher Kapazitäten gar nicht in den Krankenhausplan mit der Fachabteilung Chirurgie in dem durch die Weiterbildungsordnung definierten Umfang hätte aufgenommen werden dürfen. Damit greift die Beklagte inzident den hessischen Krankenhausplan sowie den Bescheid des Hessischen Sozialministeriums vom 17. März 2005 an. Beides kann jedoch im vorliegenden Abrechnungsstreit nicht zum Gegenstand richterlicher Prüfung gemacht werden. Zwar hat das BSG die Frage, ob in einem Abrechnungsverfahren Einwände gegen einen erteilten Versorgungsauftrag im Hinblick auf dessen Status begründende Wirkungen schon dem Grunde nach ausgeschlossen sind, offen gelassen (s. BSG [SozR 4-5565 § 14 Nr 3](#) Rn. 24). Diese Frage ist jedoch zu verneinen und zwar aus den seitens des BSG an der zitierten Stelle genannten Gründen. Hinzu kommt der Umstand, dass der Bescheid vom 17. März 2005 zwischenzeitlich in Bestandskraft erwachsen ist und somit Bindungswirkung entfaltet.

c) Kein anderes Ergebnis folgt aus der Argumentationslinie der Beklagten, die Klägerin hätte die streitgegenständliche Operation nicht durch den bei ihr weder angestellten noch als Belegarzt verpflichteten Dr. Z erbringen lassen dürfen, ohne dadurch ihren Vergütungsanspruch zu verlieren.

Für diese Auffassung kann sich die Beklagte insbesondere nicht auf die von ihr zitierte Entscheidung des Sächsischen LSG berufen. Denn die darin enthaltenen Feststellungen sind nicht auf die vorliegenden Fälle übertragbar, weil es um die Durchführung ambulanter Operationen ging. Unter diesem Blickwinkel ist es auch in der Literatur kritisiert worden (s. etwa Theilmann/Hiller, PKR 2008, 109 f.; Weimer, PKR 2008, 95 ff.; Steinhilper, MedR 2009, S. 116 f.). Zudem führt das LSG (Urteil vom 30.4.2008 - [L 1 KR 103/07](#) – juris Rn. 21) aus: "Eine Ausnahme von diesem allgemeinen Grundsatz sieht lediglich § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 KHEntG vor. Nach dieser Bestimmung, die gemäß [§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) für Vergütungsansprüche gegen die Krankenkassen maßgeblich ist, gehören zu den Leistungen des Krankenhauses auch die von ihm veranlassten Leistungen Dritter. § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 KHEntG – sowie die textgleiche Vorschrift des § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 BPfIV – ist, wie die Klägerin im Berufungsverfahren richtig erkannt hat, auf die Vergütung ambulanter Operationen nicht anwendbar (§ 1 Abs. 1 und 3 KHEntG, § 1 Abs. 1 und 3 BPfIV)." Folglich hat das Gericht für seinen Streitgegenstand ambulanter Operationen argumentiert und keine Aussage zu stationären Leistungen getroffen.

Nach § 2 Abs. 2 Nr. 3 KHEntG gehören zu den allgemeinen Krankenhausleistungen auch die vom Krankenhaus veranlassten Leistungen Dritter. Dabei wird der Begriff der in Frage kommenden Dritten gesetzlich nicht eingeschränkt. Nach dem Wortlaut der Norm steht es somit einem Krankenhaus frei, beliebige Dritte zur Behandlung von Patienten heranzuziehen. Dies gilt nach § 2 Abs. 2 S. 2 KHEntG nur unter den Voraussetzungen des Satzes 1 der Vorschrift, also für solche Leistungen, die unter Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung des Patienten notwendig sind.

Die streitgegenständliche Bandscheibenoperation für die Versicherte der Beklagten medizinisch zweckmäßige und ausreichende war, wird seitens der Beklagten nicht in Abrede gestellt. Es bleibt daher nur die Frage offen, in welcher Weise die Leistungsfähigkeit des Q-Krankenhauses denn berücksichtigt werden soll. Der Gesetzgeber gibt im Gesetzestext keinerlei Auskunft darüber, wie er diese Berücksichtigungspflicht verstanden wissen will. Doch findet sich hierzu in den Gesetzesmaterialien kein Anhaltspunkt dafür, dass hieraus eine Einschränkung der Vergütungspflicht einer Krankenkasse abgeleitet werden könnte.

Nach der Gesetzesbegründung zu § 2 KHEntG ([BT-Drs. 14/6893, S. 38](#) f.) wird mit der Vorschrift § 2 BPfIV übernommen. Zu dessen Sinn und Zweck hat der Ordnungsgeber in der Begründung (BR-Drs. 381/94, S. 27) ausgeführt:

"Die Behandlung sog. interkurrenter Erkrankungen, d.h. solche Erkrankungen, die zwar nicht Anlaß für die Krankenhausaufnahme aber gleichwohl behandlungsbedürftig sind, gehörte im Rahmen der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses zu den allgemeinen Krankenhausleistungen. Dies gilt nicht für eine grundsätzlich ambulant zu erbringende Versorgung, soweit eine entsprechende Behandlung aufschiebbar ist diese derzeitige Regelung wird mit der zunehmenden Einführung von Fallpauschalen und Sonderentgelten, deren Höhe auf der Landesebene vereinbart wird, problematisch. Andererseits ist eine generelle, justiziable Abgrenzung interkurrenter Erkrankungen bei der Vielzahl möglicher Fallgestaltungen schwierig. Satz 3 nimmt deshalb zunächst nur eine zusätzliche Dialysebehandlung, die nicht vom Krankenhaus erbracht wird, aus den allgemeinen Krankenhausleistungen heraus. Demgegenüber ist eine durch das Krankenhaus selbst erbrachte Dialyse (...) berechenbar. (...) auch diese Regelung trägt dazu bei, die Entgelte von Kosten interkurrenter Erkrankungen zu entlasten."

Diese Begründung belegt, dass die Vorschrift zentral auf die Vergütung der Behandlungen von Erkrankungen zugeschnitten ist, die nicht der eigentliche Anlaß für die Aufnahme des Patienten in das Krankenhaus waren. Damit nicht verbunden ist die Absicht des Gesetzgebers, die Vergütung für Leistungen des Krankenhauses, die es zur Behandlung der zur stationären Aufnahme führenden Erkrankung erbringt, durch Bindung an einen abstrakten Leistungsfähigkeitsbegriff einzuschränken. Hier zeigt sich erneut das allein entscheidende Kriterium des Versorgungsauftrages: Wird ein Versicherter zur Behandlung einer speziellen Erkrankung in ein Plankrankenhaus aufgenommen und unterfällt diese Behandlung dem Versorgungsauftrag, so liegt entsprechende Leistungsfähigkeit vor, ohne dass aus § 2 Abs. 2 KHEntG

Behandlungs- oder Vergütungseinschränkungen hergeleitet werden könnten. Aus der Voraussetzung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses kann auch an dieser Stelle keine Einschränkung des Versorgungsauftrages und der von ihm abhängigen Vergütungspflicht der Beklagten hergeleitet werden.

Fehl geht vor allem die Auffassung der Beklagten, die Heranziehung Dritter sei nur insoweit zulässig, als ein Krankenhaus auch ohne die Heranziehung Dritter bereits leistungsfähig sei. Dies würde die entsprechende Heranziehung auf Fälle beschränken, in denen etwa Apparate oder Personal, das die Klägerin regelmäßig zu verfügen hat, ausnahmsweise ausfällt. Die Heranziehung Dritter würde damit auf Ausnahmesituationen (Krankheit/Streik etc.) beschränkt, wofür sich allerdings aus dem Gesetz keinerlei Anhaltspunkt ergibt. Vor allem wäre damit das System des Outsourcing faktisch ausgeschlossen, wofür es rechtlich keine Grundlage gibt (vgl. nur BVerfG [2. Kammer des Ersten Senats], [NJW 2004, S. 3172](#) [3173]).

So weit der Versorgungsauftrag des Q-Krankenhauses also reichte, war die Klägerin unbeschränkt berechtigt, Dritte und damit auch Dr. Z zur Erbringung von Leistungen heranziehen.

Darüber hinaus kommt es nicht darauf an, in welcher zivilrechtlichen Beziehung die Klägerin zu Dr. Z oder dieser zu den Belegärzten des klägerischen Krankenhauses der Abteilung Chirurgie bei der hier vorliegenden Behandlung gestanden hat. Denn der Gesetzgeber des Krankenhausentgeltgesetzes hat hierfür keinerlei Vorgaben gemacht. Ob der Ausgangspunkt der Beklagten, § 18 KHEntG verlange die grundsätzlich persönliche Erbringung der Leistungen eines Belegarztes, zutreffend ist, braucht hier nicht weiter entschieden zu werden. Hieran bestehen schon deshalb Zweifel, weil § 18 Abs. 1 Nr. 4 KHEntG die Heranziehung externer Ärzte ausdrücklich ermöglicht. Jedoch ist aus dieser Vorschrift nichts abzuleiten, was die Zuordnung sonstiger Drittleistungen gem. § 2 Abs. 2 Nr. 2 KHEntG zu den zu vergütenden allgemeinen Krankenhausleistungen ausschließen könnte. Nach alledem brauchte nicht mehr darauf eingegangen zu werden, welchen Charakter die Verträge zwischen der Klägerin und ihren Belegärzten einerseits und deren Verhältnis zu Dr. Z andererseits oder welchen Inhalt die vertragliche Beziehungen zwischen der Klägerin und Dr. Z haben.

Letztlich erweist sich jedoch auch diese Frage als nicht streitentscheidend. Denn die Klägerin macht gegenüber der Beklagten allein die DRG-Fallpauschale für belegärztliche Versorgung geltend nach den Bewertungsrelationen bei belegärztlicher Versorgung, wie sie für das Jahr 2005 in der Anlage 1 zur Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2005 (Fallpauschalenvereinbarung 2005 - FPV 2005) vom 16. September 2004 niedergelegt sind. Dies hat der Klägervorteiler im Erörterungstermin vom 17. Januar 2008 unwidersprochen bestätigt.

Auch deshalb kommt es letztlich auf die Frage, in welcher konkreten Rechtsbeziehung Dr. Z zu der Klägerin und ihren Belegärzten bei Durchführung der streitgegenständlichen Operation gestanden hat, nicht an. Für dessen Leistung hat die Klägerin nämlich gar keine Vergütung gegenüber der Beklagten geltend gemacht. Folglich ist es für die hierzu treffende Entscheidung auch nicht von Bedeutung, ob eine belegärztliche Versorgung nach § 38 des Bundesmantelvertrages Ärzte vorliegt.

Die Kammer sieht somit in Übereinstimmung mit dem Schiedsspruch Sch. 14/2007 [2006] und dem Bescheid des Regierungspräsidiums Ü-Stadt vom 25. Juni 2008 keinen durchgreifenden Einwand der Beklagten, der dem Vergütungsanspruch der Klägerin entgegen gehalten werden könnten.

3. Somit erweist sich die Klage als in der Hauptsache vollumfänglich begründet; die Beklagte hat die Vergütung nach DRG I49Z in der geltend gemachten und von der Beklagten nicht in Zweifel gezogenen Höhe zu zahlen. Da auch im sozialgerichtlichen Verfahren, jedenfalls soweit es einen Rechtsstreit zwischen Leistungserbringer und Krankenkasse betrifft, Prozesszinsen in entsprechender Anwendung von [§ 291 i.V.m. § 288 BGB](#) gefordert werden können (vgl. nur [BSGE 95, 141](#) [157]) und weder Klägerin noch Beklagte Verbraucher im Sinne des [§ 13 BGB](#) sind, besteht ein Zinsanspruch in Höhe von acht Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 8. Juni 2006 als dem Tag nach Eingang der Klage bei Gericht als dem nach [§ 94 SGG](#) maßgebenden Zeitpunkt (vgl. BGH, [NJW-RR 1990, 518](#) [519]).

4. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs 1 Satz 1 SGG](#) iVm [§ 154 Abs. 1](#) Verwaltungsgerichtsordnung.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2011-02-08