

S 8 KR 309/12

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

SG Konstanz (BWB)

Sachgebiet

Krankenversicherung

Abteilung

8

1. Instanz

SG Konstanz (BWB)

Aktenzeichen

S 8 KR 309/12

Datum

14.08.2012

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

-

Datum

-

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin 6.092,90 EUR zuzüglich Zinsen aus 3.031,45 EUR seit 12.09.2011 und aus 3.061,45 EUR seit 27.11.2011 in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz zu zahlen.

Die Beklagte trägt die Kosten des Verfahrens.

Tatbestand:

Streitig ist ein Anspruch auf Erstattung von Krankenhausbehandlungskosten in Höhe von 6.092,90 EUR nebst Zinsen.

Die Klägerin ist Trägerin des Krankenhauses S. Das Krankenhaus ist in den Krankenhausplan 2010 zum 01.01.2011 aufgenommen worden. Es wurde der Klägerin darüber ein bestandskräftiger Feststellungsbescheid vom Regierungspräsidium F. vom 13.01.2011 erteilt. Als Fachgebiete zur vollstationären Versorgung wurden in dem Bescheid die Innere Medizin und die Chirurgie mit insgesamt 55 Betten zugelassen. Im Übrigen wurde in dem Bescheid auf die Grundsätze der neuen Krankenhausplanung des Landeskrankenhausplans 2010 verwiesen.

Am 21.07.2011 wurde die bei der Beklagten krankenversicherte E. S. vom Rettungsdienst im Rahmen eines Notarzteinsatzes in das Krankenhaus der Klägerin nach einem Schlaganfall eingeliefert. Frau S. befand sich vom 21.07. bis 05.08.2011 vollstationär in dem Krankenhaus. Dort wurden u.a. eine CT-Untersuchung, eine Echokardiographie, eine Dopplersonographie und eine Abdomensonographie durchgeführt. Es schloss sich dann eine Behandlung auf der Intensivstation an.

Unter dem 11.08.2011 stellte die Klägerin für die Behandlung von Frau S. der Beklagten eine Rechnung in Höhe von 3.031,45 EUR nach DRG B70F (Apoplexie ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, ohne andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, ohne intrakranielle Blutung, ohne systemische Thrombolyse, mehr als ein Belegungstag).

Mit Schreiben vom 18.11.2011 lehnte die Beklagte die Abrechnung der Klägerin ab, da die Klägerin keinen Versorgungsauftrag für die Behandlung der Erkrankungsbilder von Frau S. gehabt hätte. Bei der Einlieferung durch den hauseigenen Notarzt habe bereits festgestanden, dass Frau S. einen Hirninfarkt erlitten hätte. Es hätte daher eine direkte Einweisung bzw. sofortige Verlegung in eine Stroke-Unit-Einheit erfolgen müssen.

Darauf erwiderte die Klägerin (Schreiben vom 22.11.2011), dass Frau S. entsprechend der Leitlinien der Schlaganfalltherapie behandelt worden sei. Ihre Chefarztin habe hierfür auch die entsprechende Expertise. Eine Verlegung der Klägerin sei aus medizinischen Gründen nicht erforderlich gewesen. Es gebe zwar eine Empfehlung, Schlaganfallpatienten in Baden-Württemberg in einer lokalen Stroke-Unit zu behandeln. Dies sei jedoch kein Gesetz.

Am 03.10.2011 wurde ebenfalls die bei der Beklagten krankenversicherte I. S. vom Rettungsdienst in das Krankenhaus der Klägerin nach einem Schlaganfall eingeliefert. Frau S. befand sich vom 03.10. bis 13.10.2011 vollstationär in dem Krankenhaus. Dort wurden eine Schlaganfallkrankheit, paroxysmales Vorhofflimmern und Diabetes mellitus diagnostiziert (Kurzarztbrief vom 14.10.2011). Unter dem 26.10.2011 stellte die Klägerin für die Behandlung Frau S. der Beklagten eine Rechnung in Höhe von 3.061,45 EUR nach DRG B70F. Die Beklagte lehnte die Abrechnung auf elektronischem Wege ebenfalls ab, da die Klägerin keinen Versorgungsauftrag für die Behandlung der Erkrankungsbilder gehabt hätte.

Am 08.02.2012 hat die Klägerin vor dem Sozialgericht Konstanz Klage erhoben und verlangt die Erstattung der Krankenhausbehandlungskosten. Sie führt an, dass die Versorgung des Schlaganfalls dem Fachgebiet der Inneren Medizin zuzuordnen sei. Da der Feststellungsbescheid vom 13.01.2011 ihr Planbetten im Gebiet der Inneren Medizin zuweise, gehöre die Versorgung des akuten Schlaganfalls mit zum Versorgungsauftrag. Der Bescheid vom 13.01.2011 enthalte kein Verbot für die Versorgung von akuten Schlaganfallpatienten. Der Schlaganfallkonzeption Baden-Württemberg lasse sich schließlich nicht entnehmen, dass ausschließlich Krankenhäuser mit einer Ausweisung als Schlaganfalleinheit zur Versorgung des akuten Schlaganfalls zugelassen seien. Es handele sich dabei vielmehr um ein Konzept zur Verbesserung der Versorgungssituation, nicht um eine mit Ausschließlichkeitwirkung versehene planerische Entscheidung. Deshalb "sollen" auch nur alle Patienten nach der Konzeption in Schlaganfalleinrichtungen eingewiesen werden. Außerdem müsse sie sich das Verhalten des zuweisenden Notarztes nicht zurechnen lassen. Die Klägerin habe sich wegen der Nichtzahlung der Rechnung nach 30 Tagen nach § 19 Abs. 1 des Landesvertrages nach § 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 Sozialgesetzbuch (SGB) V i.V.m. [§ 188 Abs. 1](#) Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) in Verzug befunden. Damit stünden ihr auch Verzugszinsen zu.

Die Klägerin beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin 6.092,90 EUR zuzüglich Zinsen aus 3.031,45 EUR seit 12.09.2011 und aus 3.061,45 EUR seit 27.11.2011 in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Die Beklagte erwidert auf die Klage, dass die stationäre Behandlung von Schlaganfallpatienten durch die aktuelle Schlaganfallkonzeption Baden-Württemberg vom 21.03.2011 verbindlich geregelt werde. Die Konzeption sei fester Bestandteil des Krankenhausplanes und schränke den Versorgungsauftrag der Krankenhäuser ohne ausgewiesene Schlaganfalleinheit ein. Alle Schlaganfallpatienten seien nach der Konzeption über eine Schlaganfalleinheit im Rahmen eines dreistufigen Systems zu versorgen. Solche Schlaganfallstationen würden im Landkreis K. in S. und K. existieren. Nur dort sei eine adäquate Diagnostik und Versorgung auf dem qualitativen Niveau der Schlaganfallkonzeption möglich. Der Versorgungsauftrag des Krankenhauses S. werde über die Vorgaben im Landeskrankenhausplan zu den medizinischen Fachplanungen verbindlich begrenzt. Für die Versicherten bestehe ein Anspruch auf eine optimale Versorgung. Der Klägerin fehle die personelle und apparative Ausstattung für Schlaganfallpatienten. Einen stationären Vergütungsanspruch habe die Klägerin danach nicht. Allenfalls hätte bei rechtzeitiger Weiterleitung ein Vergütungsanspruch der Klägerin im Rahmen der Erst-Notfallversorgung als Aufnahmeuntersuchung in Betracht kommen können. Auch sei wertend zu berücksichtigen, dass das Fehlverhalten des einweisenden Notarztes, der ein Angestellter der Klägerin sei, eine Verantwortung des Krankenhausträgers begründen könne.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf die im Gerichtsverfahren gewechselten Schriftsätze und die Niederschrift über die mündliche Verhandlung am 14.08.2012 Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Klage der Klägerin ist begründet. Die Klägerin hat einen Anspruch auf Zahlung des Rechnungsbetrags in Höhe von 6.092,90 EUR nebst Zinsen in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz aus 3.031,45 EUR seit 12.09.2011 und aus 3.061,45 EUR seit 27.11.2011.

Die Klage ist als Leistungsklage nach [§ 54 Abs. 5](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) zulässig, weil es sich um einen Parteienstreit im Gleichordnungsverhältnis handelt, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt. Ein Vorverfahren war mithin nicht durchzuführen und die Einhaltung einer Klagefrist nicht geboten (BSG [SozR 3-2500 § 39 Nr 4](#); [BSGE 86, 166](#); stRspr).

Rechtsgrundlage des geltend gemachten Vergütungsanspruchs ist [§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) i.V.m. der Pflegesatzvereinbarung der Beteiligten sowie dem Vertrag nach [§ 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#) über die "Allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung", der zwischen der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft - deren Mitglied die Klägerin ist - und den Landesverbänden der Krankenkassen in Baden-Württemberg mit verbindlicher Wirkung auch für die Beklagte ([§ 109 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#)) abgeschlossen worden ist. Gemäß [§ 109 Abs. 4 S. 2 SGB V](#) sind zugelassene Krankenhäuser im Rahmen ihres Versorgungsauftrags zur Krankenhausbehandlung der Versicherten verpflichtet. Die Behandlungspflicht löst einen Vergütungsanspruch des Leistungserbringers gegenüber den gesetzlichen Krankenversicherungsträgern aus, der unabhängig von der Kostenzusage unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten entsteht (BSG, Urteil vom 07.07.2005, Az. B [3 KR 40/05 R](#)).

Dieser Vergütungsanspruch besteht indes nur für Behandlungen, die von dem Versorgungsauftrag des Krankenhauses gedeckt sind. Über dessen Rahmen hinaus ist das 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 (BSG, Urteil vom 24.01.2008, Az. B [3 KR 17/07 R](#)).

Der konkrete Versorgungsauftrag richtet sich nach der Art der Beteiligung an der Krankenhausversorgung. Für - wie im Fall der Klägerin - Plankrankenhäuser ([§ 108 Nr 2 SGB V](#)) sind primär der Krankenhausplan in Verbindung mit den Bescheiden zu seiner Durchführung sowie sekundär ggf. ergänzende Vereinbarungen nach [§ 109 Abs. 1 Satz 4 SGB V](#) beachtlich (BSG, Urteil vom 24.01.2008, [a.a.O.](#)).

Das SGB V verleiht damit der Planaufnahme eine weitgehende Bedeutung, indem es in [§ 109 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) das in den Krankenhausplan aufgenommene Krankenhaus so stellt, wie wenn es einen Versorgungsvertrag abgeschlossen hätte, und ihm den Status eines zur Versorgung der Versicherten zugelassenen Krankenhauses verschafft. Ein Versorgungsvertrag wird nach [§ 109 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) nur soweit fingiert, wie der Versorgungsauftrag reicht, der sich aus den Festlegungen des Krankenhausplanes ergibt. Ein Abschluss echter Versorgungsverträge ist bei Plankrankenhäusern daneben nur möglich für Teile, die nicht im Krankenhausplan enthalten sind (vgl. Wahl in:

jurisPK, 2. Aufl. 2012, [§ 109 SGB V](#) Rn. 34 f m.w.N.).

Im vorliegenden Fall wurden der Klägerin nach dem Landeskrankenhausplan 2010 und dem Feststellungsbescheid des Regierungspräsidiums F. vom 13.01.2011 (weiterhin) 55 Planbetten in der Chirurgie und der Inneren Medizin allgemein zugewiesen. Bei der näheren Festlegung des Versorgungsauftrags, d.h. was konkret zur Chirurgie und der Inneren Medizin gehört, beschränkt sich der Krankenhausplan auf die Zuweisung von Fachgebieten entsprechend der Weiterbildungsordnung für Ärzte in der von der Landesärztekammer erlassenen aktuellen Fassung (Krankenhausplan 2010 Baden-Württemberg, S. 8 Nr. 5). Für die Beurteilung, ob eine streitige Behandlung in einer bestimmten Abteilung durchgeführt werden kann, ist also grundsätzlich die Weiterbildungsordnung für Ärzte der entsprechenden Ärztekammer maßgebend (vgl. hierzu auch LSG NRW, Urteil vom 26.06.2008; Az. [L 5 KR 19/07](#) m.w.N.).

Unter Berücksichtigung der Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer Baden-Württemberg vom 01.04.2011 (WBO), die somit hier bei der fachlichen Zuordnung der streitigen Behandlungen heranzuziehen ist (vgl. hierzu auch BSG [SozR 4-5565 § 14 Nr. 3](#)), unterfällt die bei den Versicherten durchgeführte Krankenhausbehandlung dem Fachbereich der Inneren Medizin. Zwar führt die WBO die Behandlung eines Schlaganfalls nicht ausdrücklich auf. Das Gebiet der Inneren Medizin umfasst jedoch nach der WBO u.a. allgemein die Behandlung der Gesundheitsstörungen und Erkrankungen des Gefäßsystems (vgl. S. 71). Der Facharzt für Innere Medizin soll Kenntnisse in der Behandlung von Gefäßkrankheiten einschließlich der Arterien besitzen (WBO, S. 73). Da es sich bei einem Schlaganfall, Apoplexie, vorrangig um eine arterielle Durchblutungsstörung des Gehirns handelt (vgl. Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 256. Aufl. 1990, S. 104), stellt seine Versorgung eine Behandlung einer Gefäßkrankheit im Sinne der WBO dar, so dass es vom Fachbereich der Inneren Medizin miterfasst wird. Die Zugehörigkeit der Schlaganfallbehandlung zur Inneren Medizin wird von der Beklagten im Übrigen nicht in Frage gestellt.

Ein Ausschluss der Schlaganfallbehandlung aus dem Versorgungsauftrag der Klägerin im Bereich der Inneren Medizin ergibt sich zudem weder aus dem Krankenhausplan, dem Feststellungsbescheid noch aus ergänzenden Vereinbarungen der Vertragspartner auf Landesebene.

In dem Feststellungsbescheid vom 13.01.2011 wird der Versorgungsauftrag der Klägerin in Bezug auf das Behandlungsgebiet der Inneren Medizin nicht beschränkt. Es wird darin lediglich auf die Grundsätze der neuen Krankenhausplanung des Krankenhausplans 2010 verwiesen. Unter 5.5 des Krankenhausplans (S. 10) wird zwar dann im Hinblick auf die Fachplanung der Schlaganfallversorgung ausgeführt, dass eine Schlaganfallkonzeption in Baden-Württemberg mit einer Versorgungsstruktur in Form von Schlaganfallzentren, -schwerpunkten und -stationen erarbeitet und diese Schlaganfalleinheiten im Krankenhausplan ausgewiesen worden seien. Ein ausdrücklicher Ausschluss von Krankenhäusern, die keine Schlaganfalleinheit betreiben, aus der Schlaganfallversorgung, lässt sich dem Krankenhausplan freilich nicht entnehmen. Gleiches folgt aus der Schlaganfallkonzeption Baden-Württemberg, auf die der Plan Bezug nimmt. Danach "sollen" zwar alle Schlaganfallpatienten notfallmäßig in die nächstgelegene Schlaganfalleinheit eingewiesen werden (S. 4). Ein Zwang zur Einlieferung in solche Einheiten, ein entfallene Behandlungsverpflichtung der übrigen Krankenhäuser und ein dementsprechender Wegfall des Vergütungsanspruch lässt sich daraus aber nicht eindeutig ableiten.

Für die notwendige Rechtssicherheit und Rechtsklarheit der Klägerin wäre aber ein eindeutiger Ausschluss erforderlich gewesen. Nur dann lässt sich für den Empfänger eines Feststellungsbescheids, mit dem er in den Krankenhausplan mit Betten der Inneren Medizin allgemein aufgenommen wurde, der eingeschränkte Versorgungsauftrag ableiten. Durch die Aufnahme des Krankenhauses in den Krankenhausplan wird nämlich grundsätzlich seine Leistungsfähigkeit in gesamten Bereich der Inneren Medizin bestätigt. Dass möglicherweise die Festlegungen des Krankenhausplanes in der Regel zu wenig aussagekräftig ist, um den genauen Inhalt des Versorgungsauftrags des Krankenhauses zu bestimmen und dies in der Praxis zu dem Ergebnis führt, dass die Plankrankenhäuser ihren Versorgungsauftrag in erheblichem Umfang selbst bestimmen können (vgl. Wahl in: jurisPK, 2. Aufl. 2012, [§ 109 SGB V](#) Rn. 118), mag zwar auch im Hinblick auf das Ziel einer bestmöglichen Versorgung der Patienten unbefriedigend sein, kann aber durch eine plankonkretisierende Vereinbarung nach [§ 109 Abs. 1 Satz 5 SGB V](#) vermieden werden. Eine solche Vereinbarung liegt im Fall der Klägerin jedoch nicht vor. Auch eine (klare) Einschränkung im Feststellungsbescheid bzw. im Krankenhausplan, gegen die die Klägerin dann ggf. auch (verwaltungs-)gerichtlich vorgehen könnte, liegt nicht vor.

Die Klägerin hat sich damit bei der Behandlung der Versicherten in der Abteilung Innere Medizin innerhalb des ihr übertragenen Versorgungsauftrags bewegt. Fehler in der Höhe der beiden Rechnungsbeträge sind weder ersichtlich noch vorgetragen.

Der Zinsanspruch der Klägerin resultiert aus § 19 Abs. 3 des Vertrages nach [§ 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#) über die "Allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung".

Die Kostenentscheidung zu Lasten der Beklagten beruht auf [§ 197a Abs. 1 SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 2](#) Verwaltungsgerichtsordnung, da weder sie noch die Klägerin zu den in [§ 183 SGG](#) genannten Personen gehören.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2013-02-05