

L 1 KR 341/11

Land
Hessen
Sozialgericht
Hessisches LSG
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
1
1. Instanz
SG Darmstadt (HES)
Aktenzeichen
S 10 KR 241/07
Datum
31.08.2011
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 1 KR 341/11
Datum
15.05.2014
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 1 KR 12/15 R
Datum
17.11.2015
Kategorie
Urteil

Auf die Berufung des Klägers wird das Urteil des Sozialgerichts Darmstadt vom 31. August 2011 aufgehoben.

Die Beklagte wird verurteilt, an den Kläger 8.165,91 Euro nebst Zinsen hieraus in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 6. September 2006 zu zahlen.

Die Beklagte trägt die Kosten beider Instanzen.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Der Streitwert wird auf 8.165,91 Euro festgesetzt.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Kosten für eine stationäre Krankenhausbehandlung des bei der Beklagten versicherten Patienten D., geb. 1930, in Höhe von insgesamt 8.165,91 EUR.

Der Kläger betreibt ein Kreiskrankenhaus, das im Krankenhausplan des Landes Hessen u.a. mit der medizinischen Fachabteilung Chirurgie zugelassen ist.

Der Patient D. wurde dort im Zeitraum vom 4. bis 9. Juli 2006 vollstationär zur Behandlung von Bandscheibenschäden durch eine dorsale Spondylodese des 1. Segments versorgt. Die Operation wurde von dem niedergelassenen Neurochirurgen Dr. E. durchgeführt, der zu diesem Zeitpunkt in keinem Anstellungsverhältnis zum Krankenhaus stand. Ab April 2006 führte er allerdings neurochirurgische Bandscheibenoperationen im Krankenhaus durch. Seit 2007 ist Dr. E. hierfür mit 13 Wochenstunden beim Kläger angestellt.

Zum Zeitpunkt der Behandlung waren die Budgetverhandlungen des Klägers mit den Krankenkassen für das Jahr 2006 noch nicht erfolgt, sie wurden erst im April 2007 abgeschlossen. Neurochirurgische Behandlungen sind in ihr nicht enthalten. In den Budgetverhandlungen für das Jahr 2007 war die Erbringung neurochirurgischer Leistungen Verhandlungsgegenstand. Bei einer Begehung des klägerischen Krankenhauses am 14.05.2007 verlangte der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) Verbesserungen in der prä- und postoperativen Behandlung der neurochirurgischen Patienten und hielt bei Erfüllung dieser Forderungen die vorhandenen Strukturen des klägerischen Krankenhauses für akzeptabel. In der Budgetvereinbarung für das Jahr 2007 wurden in Folge dessen neurochirurgische Behandlungen aufgenommen.

Der Kläger berechnete für die Behandlung des Patienten D. die DRG-Fallpauschale 109C und stellte der Beklagten am 05.08.2006 einen Gesamtbetrag von 8.165,91 EUR in Rechnung. Diese verweigerte mit Schreiben vom 31.08.2006 die Kostenübernahme mit der Begründung, dass in den Budgetverhandlungen bisher keine Leistungen für Bandscheibenoperationen vereinbart seien und daher bis zur abschließenden Klärung durch die Planungsgremien keine Kosten übernommen werden könnten.

Die am 11.07.2007 erhobene Klage auf Zahlung der in Rechnung gestellten Behandlungskosten wies das Sozialgericht Darmstadt mit Urteil vom 31.08.2011 ab. Es fehle an einer Leistungserbringung durch den Kläger, die Voraussetzung für den Vergütungsanspruch aus [§ 109 Abs. 4 Satz 3](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch Gesetzliche Krankenversicherung - (SGB V) i.V.m. § 7 Satz 1 Nr. 1 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) sowie dem nach [§ 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V](#) für das Land Hessen bestehenden Krankenhausbehandlungsvertrag sei. Aus [§ 107 Abs.](#)

[1 SGB V](#) folge, dass das Krankenhaus seine Leistungen durch eigenes Personal erbringen müsse. Werde die den Krankenhausaufenthalt als Hauptleistung bestimmende Operation durch einen niedergelassenen (Vertrags-)Arzt ähnlich einem Belegarzt erbracht, handele es sich nicht um eine Leistung des Krankenhauses.

Hiergegen wendet sich die Berufung des Klägers. Er hält diese Rechtsauslegung für unzutreffend. [§ 107 Abs. 1 SGB V](#) verlange nicht, dass das leistende Krankenhaus mit allen an der Leistungserbringung beteiligten Mitarbeitern einen Anstellungsvertrag geschlossen habe. Vielmehr seien auch andere Rechtsbeziehungen zulässig. Die materiellen Anforderungen - etwa dass jederzeit das ärztliche und weitere Personal verfügbar sein müsse - seien erfüllt. Dr. E. sei hierfür in die Arbeitsorganisation des Klägers eingebunden gewesen.

Der Kläger beantragt,
das Urteil des Sozialgerichts Darmstadt vom 31. August 2011 - [S 10 KR 241/07](#) - aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, an den Kläger 8.165,91 EUR nebst Zinsen hieraus in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 6. September 2006 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,
die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die Rechtsauffassung des Sozialgerichts für zutreffend. Ergänzend stützt sie sich auf das vom Sozialgericht ebenfalls in Bezug genommene Urteil des Sächsischen Landessozialgerichts vom 30.04.2008 - [L 1 KR 103/07](#) sowie auf das Urteil des BSG vom 23.03.2011 - [B 6 KA 11/10 R](#). Auch das BSG gehe davon aus, dass die Hauptbehandlungsleistung nur von angestelltem Personal des Krankenhauses erbracht werden könne.

Wegen des weiteren Sach- und Streitstandes wird auf die Gerichtsakte Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Entscheidung konnte durch Urteil ohne mündliche Verhandlung ergehen, da sich die Beteiligten mit dieser Vorgehensweise einverstanden erklärt haben, [§ 124 Abs. 2 SGG](#).

Die Berufung ist als (echte) Leistungsklage gemäß [§ 54 Abs. 5 SGG](#) zulässig, da sich die Beteiligten im Gleichordnungsverhältnis und nicht in einem Über-Unterordnungsverhältnis gegenüberstehen. Die Vergütungsregelungen erfolgen daher nicht durch Verwaltungsakt (vgl. ständige Rechtsprechung, BSG, Urteile vom 17.05.2000 - [B 3 KR 33/99 R](#) - und vom 13.12.2011 - [B 3 KR 11/01 R](#)).

Die Berufung ist auch begründet.

1. Der Kläger hat einen Anspruch auf Vergütung der stationären neurochirurgischen Behandlung des Patienten D. aus [§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) i.V.m. § 7 Satz 1 Nr. 1 KHEntG sowie dem nach [§ 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V](#) zwischen der Hessischen Krankenhausgesellschaft e.V. und den Hessischen Landesverbänden der Krankenkassen geschlossenen Vertrag über die allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung (Krankenhausbehandlungsvertrag). Die Anspruchsvoraussetzungen sind erfüllt (a.). Der Vergütungsanspruch entfällt auch nicht dadurch, dass der operierende Arzt zum Zeitpunkt der Behandlung nicht in einem Angestelltenverhältnis zum Kläger stand (b.). Auch die Tatsache, dass die erst 2007 für das abgelaufene Kalenderjahr 2006 abgeschlossenen Budgetvereinbarungen keine neurochirurgischen Leistungen des Klägers vorsahen, führt nicht zu einem Ausschluss der Vergütung (c.).

a. Der Leistungsanspruch entsteht unmittelbar mit Inanspruchnahme einer Leistung durch den Versicherten (vgl. BSG, Urteile vom 18.09.2008 - [B 3 KR 15/07 R](#) - und vom 16.12.2008 - [B 1 KR 10/08 R](#)). Denn die mit einem Versorgungsvertrag gemäß [§ 109 Abs. 1 SGB V](#) zugelassenen Krankenhäuser sind gemäß [§ 109 Abs. 4 S. 2 SGB V](#) zur Behandlung der Versicherten verpflichtet. Dem steht unabhängig von einer schriftlichen Kostenzusage ein Vergütungsanspruch gegenüber, der seine Rechtsgrundlage in [§ 109 Abs. 4 S. 3 SGB V](#) i.V.m. § 7 S. 1 Nr. 1 KHEntG und der hier maßgeblichen Fallpauschalenvereinbarung 2006 zwischen den Bundesverbänden der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft sowie dem Krankenhausbehandlungsvertrag nach [§ 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V](#) für das Land Hessen hat. Voraussetzung des Vergütungsanspruchs ist mithin, dass die Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus durchgeführt wurde und gemäß [§ 39 Abs. 1 S. 2 SGB V](#) erforderlich war.

Zwischen den Parteien ist unstreitig, dass die Behandlung des bei der Beklagten versicherten Patienten D. erforderlich war und er im Krankenhaus des Klägers die in Rechnung gestellte medizinisch indizierte Leistung erhalten hat.

b. Entgegen dem Sozialgericht Darmstadt führt die - ebenfalls unstreitige - Tatsache, dass der die Operation durchführende Arzt Dr. E. zu diesem Zeitpunkt nicht in einem Arbeitsverhältnis zum Kläger stand, nicht zum Ausschluss der Vergütung. Ein entsprechender Ausschlussgrund müsste im Gesetz vorgesehen sein. Denn die Struktur des Leistungserbringungsrechts der Krankenhäuser, insbesondere der [§ 109 SGB V](#), geht zunächst von der Verpflichtung und zugleich der Berechtigung zur Leistungserbringung von Krankenhäusern im Rahmen ihres Versorgungsvertrages aus (vgl. BSG, Urteil vom 24.07.2003 - [B 3 KR 28/02 R](#), [SozR 4-5565 § 14 Nr. 3](#), Rn. 15). Dem Recht zur Leistungserbringung folgt dann bereits aus dem Gesetz auch der Anspruch auf Vergütung. Seine Beschränkungen müssen daher ebenfalls gesetzlich vorgesehen sein. Ohne eine solche Beschränkung bleibt es bei dem Grundsatz, dass erlaubt ist, was nicht verboten wurde (vgl. Wagoner/Haag, MedR 2009, 72).

Ob [§ 109 SGB V](#) und die Vorschriften des KHEntG in der zum Zeitpunkt der Leistungserbringung geltenden Fassung dahingehend zu verstehen sind, dass das Krankenhaus nur eigene Angestellte und nicht etwa Honorarkräfte einsetzen dürfe, wird unterschiedlich beurteilt. Ebenso wie das SG Darmstadt vertritt das SG Kassel (Urteile vom 24.11.2010 - [S 12 KR 166/10](#); [S 12 KR 103/10](#), [S 12 KR 167/10](#), veröffentlicht in: KHR 2010, 207; [S 12 KR 168/10](#)), die Auffassung, dass das Krankenhaus nur dann einen Vergütungsanspruch habe, wenn es die Leistung durch eigene Angestellte erbringe. Denn abrechenbare Leistungen des Krankenhauses seien nur solche gemäß § 2 Abs. 1 S. 1 KHEntG. Die Berufungen gegen diese Entscheidungen zum LSG ([L 1 KR 1/11](#), [L 1 KR 2/11](#), [L 1 KR 4/11](#), [L 1 KR 5/11](#)) wurden zurückgenommen. Auf der anderen Seite bejaht das SG Fulda einen Vergütungsanspruch auch dann, wenn der behandelnde Arzt nicht Angestellter des Krankenhauses ist (Urteil vom 19.01.2010 - [S 4 KR 495/06](#), veröffentlicht in: KHR 2010, 203).

Der Senat ist der Überzeugung, dass § 2 Abs. 1 S. 1 KHEntg nicht eine bestimmte Art der Rechtsbeziehung zwischen behandelndem Arzt und leistungserbringendem Krankenhaus verlangt.

Die Möglichkeit des Krankenhauses, Leistungen Dritter im Rahmen des § 2 Abs. 2 S. 2 Nr. 2 KHEntg abzurechnen, erlaubt nicht den Umkehrschluss, dass Leistungen nach § 2 Abs. 1 S. 1 KHEntg nur von Angestellten des Krankenhauses erbracht werden dürfen. Die Regelung ermöglicht für bestimmte Leistungskonstellationen die Abrechnung. Sie hat aber keinen abschließenden Charakter dergestalt, dass "Dritte" nicht für ein Krankenhaus bei dessen Leistungserbringung tätig sein dürfen, wenn das Krankenhaus diese Leistungserbringung "schlicht" als eigene Leistung abrechnet.

Auch aus der Existenz des Belegarztsystems, das ein eigenständiges Abrechnungsverfahren umfasst, lässt sich nicht auf eine Beschränkung der Leistungserbringung des Krankenhauses nur durch eigenes Personal im Rahmen des [§ 109 Abs. 4 S. 1 SGB V](#) schließen. Schon von seinem Regelungsansatz her, kann dem Belegarztsystem kein solcher Exklusionscharakter zukommen. Denn es ist eine Kooperation zwischen Leistungen, die dem Vertragsarztsystem zugerechnet werden, und diese ergänzenden Leistungen des Krankenhauses. Für die eigentliche stationäre Leistungserbringung können sich hieraus keine Ableitungen ergeben. Unerheblich ist insoweit auch, ob etwa das ärztliche Standesrecht oder das Vertragsarztrecht den Ärzten eine Tätigkeit in einem Krankenhaus gegen Honorar versagt. Auch wenn dies der Fall wäre, würde sich daraus gleichwohl keine Beschränkung des Leistungsanspruchs des Krankenhauses ergeben. Denn hierfür müsste [§ 109 Abs. 4 S. 1 SGB V](#) i.V.m. § 2 Abs. 1 S. 1 KHEntg eine weitere, ungeschriebene Leistungsvoraussetzung entnommen werden, nämlich die Rechtmäßigkeit aller Beschaffungsmaßnahmen des Krankenhauses für die konkrete Leistungserbringung. Hierfür bestehen aber keinerlei normative Anhaltspunkte.

Daher können im Ergebnis Leistungen i.S.d. [§ 109 Abs. 4 S. 1 SGB V](#) auch von nicht angestellten Ärzten erbracht werden.

Diese Rechtsauffassung steht im Einklang damit, dass der Gesetzgeber in der seit dem 01.01.2013 geltenden Fassung des § 2 Abs. 1 S. 1 KHEntg ausdrücklich regelt, dass das Krankenhaus seine Leistungen auch durch nicht fest angestellte Ärztinnen und Ärzte erbringen kann. Der Gesetzgeber wollte hiermit die Auseinandersetzungen um diese Frage beenden und hierzu ausdrücklich gesetzlich verankern, was seiner Auffassung nach auch zuvor die zutreffende Lösung und zudem weit verbreitete Praxis war (vgl. Beschlussempfehlung und Bericht des Gesundheitsausschusses zum PsychEntg, BT Drs. 17/9992 S. 26). Zwar kann nach der neuen Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts der Gesetzgeber jedenfalls entgegen höchstrichterlicher Auslegung keine rückwirkende Klarstellung einer umstrittenen Rechtsfrage durch Gesetz vornehmen (BVerfG, Beschluss vom 17.12.2013 – [1 BvL 5/08](#); zustimmend Hey, JZ 2014, 500; ablehnend Lepsius, [JZ 2014, 488](#)). Um eine solche Konstellation handelt es sich hier aber nicht. Die Ergänzung des § 2 Abs. 1 S. 1 KHEntg vom 01.01.2013 wirkt zeitlich nicht zurück. Zudem liegt auch keine höchstrichterliche Entscheidung der Streitfrage vor. Gleichwohl bestärkt es die vom Senat gefundene Auslegung, dass sie im Einklang mit der Auffassung des Gesetzgebers zum 01.01.2013 steht.

c. Dass im Jahr 2007 nachträglich für das Kalenderjahr 2006 Budgetvereinbarungen zwischen dem Kläger und den Krankenkassen getroffen wurden, vermag den Vergütungsanspruch nicht auszuschließen.

Zwar sah die Budgetvereinbarung neurochirurgische Behandlungen wie die streitgegenständliche nicht vor. Allein das Fehlen bestimmter Leistungen in Budgetvereinbarungen führt aber noch nicht dazu, dass es dem Krankenhaus verboten wäre, eine solche Leistung zu erbringen. Denn es ist zweifelhaft, ob und mit welcher Wirkung solche Vereinbarungen den Versorgungsauftrag des Krankenhauses einschränken können (vgl. SG Fulda, Urteil vom 19.01.2010 – [S 4 KR 495/06](#), Rn. 36 ff.). Dies kann hier aber offen bleiben. Denn die Zulässigkeit der Leistungserbringung selbst steht nicht in Frage. Das Krankenhaus durfte also die konkrete Behandlung des Patienten D. vornehmen.

Eine Budgetvereinbarung über ein bestimmtes Leistungsspektrum enthält aber auch nicht automatisch eine Vereinbarung darüber, dass andere Leistungen nicht vergütet werden. Ob in einer Budgetvereinbarung ein Vergütungsausschluss konkludent vereinbart ist, wenn bestimmte im Vorjahr vereinbarte Leistungen von den Vertragspartnern aus den Budgetvereinbarungen gestrichen werden (vgl. LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 30.04.2009 – [L 9 KR 149/08](#)), kann hier offen bleiben. Jedenfalls für die ersten Budgetverhandlungen im Rahmen der Umstellung der Krankenhausvergütung auf das DRG-System kann aus dem schlichten Fehlen bestimmter Leistungen nicht geschlossen werden, dass die Vertragspartner einvernehmlich diese Leistungen bzw. ihre Vergütung ausschließen wollten.

Da also die Vergütung der erbrachten Leistung weder gesetzlich durch eine Beschränkung auf die Leistungserbringung durch eigenes Personal noch vertraglich durch die im Jahr 2007 abgeschlossene Budgetvereinbarung für 2006 ausgeschlossen ist, besteht ein Vergütungsanspruch.

Entgegen der Auffassung des Beklagten ist die dem Urteil des BSG vom 23.03.2011 zugrundeliegende Fallkonstellation nicht mit der vorliegenden identisch. Dort ging es nicht um die Vergütung für eine stationäre Krankenhausbehandlung, sondern um die Bedingungen bei ambulanter Leistungserbringung.

2. Die Zinsforderung beruht auf § 10 Abs. 5 des Krankenhausbehandlungsvertrags nach [§ 112 Abs. 2 S. 1 Nr. 1 SGB V](#) i.V.m. [§ 288 Abs. 1 BGB](#).

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

4. Die Revision war nicht zuzulassen, da Gründe i.S. des [§ 160 Abs. 2 SGG](#) nicht vorliegen. Insbesondere hat die Rechtssache keine grundsätzliche Bedeutung, da die Rechtsfrage, ob ein Krankenhaus auch Leistungen abrechnen kann, wenn es bei der Leistungserbringung auch nicht angestellte Ärzte eingesetzt hat, inzwischen gesetzlich klargestellt ist.

5. Der Streitwert bestimmt sich aus [§ 197a Abs. 1 SGG](#) i.V.m. [§ 52 Abs. 3 GKG](#).

Rechtskraft

Aus

Login

HES
Saved
2016-02-08