

S 14 KR 3/16

Land
Hessen
Sozialgericht
SG Marburg (HES)
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung

14
1. Instanz
SG Marburg (HES)
Aktenzeichen
S 14 KR 3/16

Datum
19.04.2017
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 8 KR 227/17

Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

Für die Durchführung von Operationen eines Bauchaortenaneurysmas wird vorausgesetzt, dass ein Arzt auf der Station, der zudem Erfahrungen in der Gefäßchirurgie haben muss, durchgehend anwesend ist (§ 4 Abs. 2 Satz 1 Qualitätssicherungs-Richtlinie zum Bauchaortenaneurysma des Gemeinsamen Bundesausschusses). Diese Sicherstellung der postprozeduralen stationären Versorgung wird nicht durch einen eigenständigen fachärztlichen gefäßchirurgischen Bereitschaftsdienst im Haus oder einen Rufbereitschaftsdienst nach § 4 Abs. 2 Satz 2 QBAA-RL erreicht.

1. Die Klage wird abgewiesen.

2. Die Klägerin hat die notwendigen Verfahrenskosten zu tragen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten nach einer Verrechnung der Beklagten um die restliche Vergütung in Höhe von 7.292,33 EUR für die stationäre Behandlung des 1951 geb. und bei der Beklagten versicherten C. im Zeitraum vom 12.09. bis 30.09.2015 und hierbei insb. um die Frage, ob das Nachweisverfahren gem. § 6 der Qualitätssicherungsrichtlinie zum Bauchaortenaneurysma erfüllt ist.

Die Klägerin betreibt am Standort B-Stadt das A-Krankenhaus mit über 56 chirurgischen Betten. Die Abteilung wird als Belegabteilung durch die Belegärzte Dr. A1, A2, A3 und A4 geführt, deren Schwerpunkt die Gefäßchirurgie ist. Frau A4 verfügt über die Expertise zur Durchführung endovaskulärer Verfahren. Das Krankenhaus behandelte den Versicherten wegen eines Bauchaortenaneurysmas stationär im Zeitraum 20.09. bis 30.09.2015. Sie übersandte eine Rechnung mit Datum vom 08.10.2015 über 7.564,17 EUR auf der Grundlage der DRG F08D und OPS 5-384.72.

Die Beklagte wies die Rechnung zurück, da das Nachweisverfahren gem. § 6 der Qualitätssicherungsrichtlinie zum Bauchaortenaneurysma nicht erfüllt und die Leistung daher nicht abrechenbar sei.

Die Klägerin führte mit Schreiben ihres Prozessbevollmächtigten vom 29.12.2015 aus, aufgrund der belegärztlichen Praxis werde die geforderte Rufbereitschaft binnen 30 Minuten gewährleistet und bei weitem unterschritten. Der Operationssaal sei jederzeit einsatzbereit. Das Personal müsse nicht jederzeit einsatzbereit sein. Bei einem elektiven Bauchaortenaneurysmaeingriff handele es sich um eine Leistung, die prinzipiell notwendig, aber nicht gleichermaßen zeitkritisch sei. Sie führe nur solche elektiven Eingriffe aus. Durch die bei ihr bestehende Rufbereitschaft sei im Übrigen ein Anästhesist in 30 Minuten verfügbar. Für das Anästhesie- sowie Pflege-Personal bestehe seit April 2015 ein Bereitschaftsdienst im Haus, so dass sichergestellt sei, dass der Patient sofort für die Operation bis zum Eintreffen der Ärzte vorbereitet werden könne.

Die Beklagte wies unter Datum vom 07.01.2016 auf eine Begehung des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) am 24.03.2016 hin. Dabei habe der MDK festgestellt, dass die vorhandenen personellen und organisatorischen Strukturen nicht den Anforderungen der §§ 4 und 5 der Qualitätssicherungsrichtlinie zum Bauchaortenaneurysma entspreche. Dies habe der MDK in seiner Stellungnahme vom 26.03.2015 bestätigt. Nach Nachreichung von Unterlagen seitens der Beklagten habe der MDK in seinen weiteren Stellungnahmen vom 05.08.2015 und 22.10.2015 sein Ergebnis bestätigt. Daher seien in den Pflegesatzverhandlungen 2015 auch keine Leistungen zum Bauchaortenaneurysma vereinbart worden.

Die Klägerin hat am 11.01.2016 die Klage unter weitgehender Wiederholung ihres vorprozessualen Vortrags erhoben. Weiter trägt sie vor,

es treffe zu, dass bei ihr keine angestellten Ärzte tätig seien. Sämtliche ihrer Ärzte seien Belegärzte. Die Rufbereitschaft werde von den drei Gefäßchirurgen Dr. A1, Herr A3 und Frau A4 durchgeführt. § 4 Abs. 2 Satz 2 der Richtlinie sei als Konkretisierung des Satzes 1 zu verstehen, es handle sich nicht um kumulative Anforderungen. Auch stehe für das Anästhesie- sowie OP-Pflegepersonal seit April 2015 ein Bereitschaftsdienst im Haus zur Verfügung. Die Voraussetzungen nach § 5 QBAA-RL würden somit erfüllt.

Die Klägerin beantragt,
die Beklagte zu verurteilen, an sie 7.292,33 EUR zzgl. Zinsen in Höhe von 5 %-Punkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 05.01.2016 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,
die Klage abzuweisen.

Sie verweist auf die MDK-Gutachten. Der Auffassung der Klägerin, es sei nicht erforderlich, die stationäre postprozedurale Versorgung durch einen Arzt mit Erfahrungen in der Gefäßchirurgie sicherzustellen, wenn eine Rufbereitschaft installiert sei, treffe nicht zu. § 4 Abs. 2 Satz 1 der Richtlinie treffe eine eigenständige Voraussetzung, die die Klägerin nicht erfülle. Im Rahmen der postprozeduralen Versorgung müsse ein Arzt mit gefäßchirurgischen Erfahrungen gem. Satz 1 jederzeit eingreifen können. Es fehle auch weiterhin an einem Nachweis von Bereitschaftsdiensten für die Berufsgruppen Anästhesie, Anästhesie-Pflege und OP-Pflege. Nach dem jetzigen Vortrag der Klägerin sei eine seit 15 Jahren auf der Abteilung tätige Assistenzärztin nicht mehr tätig, was sie in ihrer Auffassung noch bestärke. Nach § 4 Abs. 1 der Richtlinie müsse der Einrichtung ein weiterer klinisch tätiger Arzt "angehören", der über die Facharztanerkennung Gefäßchirurgie oder die Anerkennung für den Schwerpunkt Gefäßchirurgie verfügen müsse, was bei Belegärzten zweifelhaft sei. Nach den Tragenden Gründen des GBA vom August 2012 sei die Berücksichtigung von Belegärzten möglich, wenn §§ 4 und 5 der Richtlinie erfüllt seien, was nicht der Fall sei.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den übrigen Inhalt der Gerichts- und beigezogenen Verwaltungsakte Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Klage ist zulässig, denn sie ist insbesondere form- und fristgerecht bei dem zuständigen Sozialgericht erhoben worden.

Die Klage ist aber unbegründet. Die Klägerin hat keinen Anspruch gegen die Beklagte auf Zahlung von 7.292,33 EUR zzgl. Zinsen in Höhe von 5 %-Punkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 05.01.2016. Die Klage war daher abzuweisen.

Der Vergütungsanspruch für die Krankenhausbehandlung und damit korrespondierend die Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse entsteht - unabhängig von einer Kostenzusage - unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten kraft Gesetzes, wenn die vollstationäre Versorgung - wie hier - in einem zugelassenen Krankenhaus erfolgt und i. S. von [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) erforderlich und wirtschaftlich ist. Rechtsgrundlage des Vergütungsanspruchs der Klägerin ist [§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) (i. d. F. durch Art. 1 Nr. 74 Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz - GKV-WSG) v. 26.03.2007, [BGBl I 378](#) i. V. m. § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 Krankenhausentgeltgesetz (hier anzuwenden i. d. F. durch Art. 5a Nr. 3 Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung v. 15.07.2013, [BGBl I 2423](#)) sowie die Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2015 (Fallpauschalenvereinbarung 2015 - FPV 2015) i. V. m. § 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz ((KHG) i. d. F. durch Art. 5c Nr. 1 Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung v. 15.07.2013, [BGBl I 2423](#)), ergänzt durch den Krankenhausbehandlungsvertrag nach [§ 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#) für das Land Hessen (vgl. BSG, Ur. v. 17.11.2015 - [B 1 KR 18/15 R](#) - [BSGE 120, 78](#) = SozR 4-2500 § 39 Nr. 24, juris Rdnr. 9 m. w. N.; BSG, Ur. v. 17.11.2015 - [B 1 KR 41/14 R](#) - SozR 4-2500 § 109 Nr. 51, juris Rdnr. 11 m. w. N.).

Die Voraussetzungen des Anspruchs der Klägerin auf Krankenhausvergütung für die Behandlung des Versicherten im Zeitraum vom 12.09. bis 30.09.2015 waren nicht erfüllt. Zu den Voraussetzungen eines Vergütungsanspruchs gehört auch die Verpflichtung des Krankenhauses, die Leistung nur nach Maßgabe bestimmter Qualitätssicherungsanforderungen erbringen zu dürfen. Die Qualitätssicherungsanforderungen hat der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) in der Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung bei der Indikation Bauchortenaneurysma (Qualitätssicherungs-Richtlinie zum Bauchortenaneurysma, QBAA-RL) i. d. F. des Beschlusses v. 16.08.2012 zur Konkretisierung der strukturellen Anforderungen (veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 21.11.2012 B1, in Kraft getreten am 22.11.2012)) und der letzten Änderung v. 03.12.2014 (veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 31.12.2014 B7, in Kraft getreten am 01.01.2015)) wirksam festgelegt (vgl. BSG, Ur. v. 19.04.2016 - [B 1 KR 28/15 R](#) - SozR 4-2500 § 137 Nr. 7, juris Rdnr. 13 ff.; BSG, Ur. v. 01.07.2014 - [B 1 KR 15/13 R](#) - [BSGE 116, 153](#) = SozR 4-2500 § 137 Nr. 4, juris Rdnr. 11 ff.). Die Klägerin erfüllte zum Zeitpunkt der Behandlung des Versicherten diese Anforderungen nicht. Sie war deshalb nicht befugt, Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) mit einem Bauchortenaneurysma chirurgisch zu versorgen.

Die Beklagte weist auf die Stellungnahme des MDK vom 26.03.2015 aufgrund einer Begehung am 24.03.2015 und die weitere Stellungnahme des MDK vom 05.08.2015 und 22.10.2015 hin. Danach sind die Anforderungen nach den §§ 4 und 5 QBAA-RL aus zwei Gründen nicht erfüllt. Die stationäre postprozedurale Versorgung der gefäßchirurgischen Patienten durch einen im Haus anwesenden ärztlichen Bereitschaftsdienst sei aus den eingesehenen Dienstplänen nicht regelhaft zu entnehmen. Bei lediglich einer angestellten Ärztin sei die Versorgung weder während der täglichen Regelarbeitszeit noch außerhalb dieser Zeit (nachts) sichergestellt. Es reiche nicht aus, wenn lediglich bei BAA-Patienten ein Anwesenheitsdienst bestehe oder eine Rufbereitschaft zur Verfügung stehe. In § 4 Abs. 2 QBAA-RL handle es sich um zwei unterschiedliche Anforderungen. Für die ab dem 22.11.2012 geforderte jederzeitige und sofortige Einsatzbereitschaft der medizinischen Einrichtungen stehe noch der Nachweis von Bereitschaftsdiensten anhand von Dienstplänen für die Berufsgruppen Anästhesieärzte, Anästhesiepflege und OP-Pflege aus. Die nachgereichten Dienstpläne seien bei Fehlen einer Legende der Kürzel nicht ausreichend nachzuvollziehen. Ein Prozessverantwortlicher sei nicht eingetragen. Es sei nicht erkennbar, ob es sich um einen Bereitschaftsdienst im Hause oder um einen Rufbereitschaftsdienst handle. Soweit Dienstpläne der Anästhesie (ärztlicher Dienst) vorgelegt werden, seien diese bereits bei der Begehung eingesehen worden. Während der Begehung seien diese Dienste ausdrücklich als Rufbereitschaftsdienst erläutert worden. Den Unterlagen könne nicht entnommen werden, dass diese Dienste der Anästhesisten in einen Bereitschaftsdienst im Hause umgewandelt worden seien.

Nach § 4 Abs. 2 QBAA-RL ist die stationäre postprozedurale Versorgung durch eine Ärztin oder einen Arzt mit Erfahrungen in der Gefäßchirurgie sicherzustellen. Die Einrichtung muss gewährleisten, dass entweder ein eigenständiger fachärztlicher gefäßchirurgischer Bereitschaftsdienst im Haus oder binnen 30 Minuten ein fachärztlicher gefäßchirurgischer Rufbereitschaftsdienst an der Patientin oder dem Patienten zur Verfügung steht. Diese Dienste sind von einer Fachärztin oder einem Facharzt für Gefäßchirurgie oder für Chirurgie mit Schwerpunkt Gefäßchirurgie oder für Chirurgie mit Teilgebiet Gefäßchirurgie wahrzunehmen.

Nach § 5 Abs. 2 QBAA-RL müssen die nachfolgenden Einrichtungen jederzeit und sofort für die Versorgung einsatzbereit sein: • dem technischen Fortschritt und dem jeweiligen Behandlungsverfahren entsprechender Operationssaal mit anästhesiologischem Equipment und der Möglichkeit des invasiven Kreislaufmonitorings sowie Möglichkeiten der prä- und intraoperativen bildgebenden Diagnostik, • Intensivstation in räumlicher Nähe zum Operationssaal mit der Möglichkeit der Behandlung von (Multi-) Organversagen, • Labormedizin bzw. klinisch-chemisches Labor, Sicherstellung der Transfusionsmedizin. Weiterhin müssen geeignete bildgebende Verfahren mit der Möglichkeit zu Untersuchungen unter Narkose/Sedierung auch im Operationssaal vorhanden sein. Das hierfür notwendige Personal muss innerhalb von 30 Minuten am Gerät verfügbar sein. Zudem müssen binnen 24 Stunden die invasive Kardiologie und die Nierenersatztherapie einsatzbereit sein.

Nach den Tragenden Gründen des GBA ist die Berücksichtigung von nicht-festangestellten Ärztinnen und Ärzten – wie z. B. Belegärztinnen und -ärzten – möglich, wenn durch die Einrichtung (vertraglich) sichergestellt ist, dass die festgelegten Anforderungen nach §§ 4 und 5 der Richtlinie erfüllt sind. Die Neufassung des § 4 Abs. 2 QBAA-RL solle eindeutig die Gewährleistung eines Facharztstandards zum Ausdruck bringen. Aus fachlicher Sicht sei es dabei unerheblich, ob der Facharztstandard durch den gefäßchirurgischen Bereitschaftsdienst oder einen gefäßchirurgischen Rufbereitschaftsdienst gewährleistet werde, sofern sichergestellt sei, dass der Rufbereitschaftsdienst innerhalb eines Zeitraums von 30 Minuten an der Patientin oder am Patienten tätig werden könne. Dieser Zeitraum begründe sich darin, dass der für die unverzichtbare Vorbereitung der Patientin oder des Patienten benötigte Zeitraum vor einem notfallmäßigen Eingriff als ähnlich lange eingeschätzt werden könne. Dabei werde berücksichtigt, dass erste notfallmäßige Interventionen bei Komplikationen eines Bauchaortenaneurysmas nicht durch eine Gefäßchirurgin oder einen Gefäßchirurgen, sondern z.B. durch eine Anästhesistin oder einen Anästhesisten und weiteres Personal erfolge, um zunächst die Vitalfunktionen der Patientin oder des Patienten aufrechtzuerhalten.

Es kann hier dahingestellt bleiben, ob der Nachweis von Bereitschaftsdiensten anhand von Dienstplänen für die Berufsgruppen Anästhesieärzte, Anästhesiepflege und OP-Pflege geführt worden ist, da jedenfalls die stationäre postprozedurale Versorgung der gefäßchirurgischen Patienten nicht hinreichend gesichert ist.

Nach § 4 Abs. 2 Satz 1 QBAA-RL ist die stationäre Versorgung durch eine Ärztin oder einen Arzt mit Erfahrungen in der Gefäßchirurgie sicherzustellen. Diese Sicherstellung der postprozeduralen stationären Versorgung wird nicht durch den eigenständigen fachärztlichen gefäßchirurgischen Bereitschaftsdienst im Haus oder fachärztlichen gefäßchirurgischen Rufbereitschaftsdienst nach § 4 Abs. 2 Satz 2 QBAA-RL erreicht. § 4 Abs. 2 Satz 1 und 2 QBAA-RL stellen bereits nach dem Wortlaut unterschiedliche Anforderungen auf und regeln Verschiedenes. § 4 Abs. 2 Satz 1 QBAA-RL verlangt nur eine Ärztin oder einen Arzt mit "Erfahrungen" in der Gefäßchirurgie, § 4 Abs. 2 Satz 2 QBAA-RL demgegenüber einen "fachärztlichen gefäßchirurgischen" Dienst und stellt damit auf eine abgeschlossene Weiterbildung ab. Aus den Tragenden Gründen wird diese Unterscheidung ebf. deutlich. Der GBA begründet das Ausreichen eines späteren Eintreffens der Fachärzte u. a. damit, dass erste notfallmäßige Interventionen bei Komplikationen eines Bauchaortenaneurysmas z. B. durch eine Anästhesistin oder einen Anästhesisten und weiteres Personal erfolgen, um zunächst die Vitalfunktionen der Patientin oder des Patienten aufrechtzuerhalten. Damit wird für die Durchführung von Operationen eines Bauchaortenaneurysmas vorausgesetzt, dass ein Arzt auf der Station, der zudem Erfahrungen in der Gefäßchirurgie haben muss, durchgehend anwesend ist. Dies ist durchaus sachgerecht dem Risiko solcher Operationen geschuldet. Soweit dies dazu führen sollte, dass nicht mehr jedes Krankenhaus solche Operationen durchführen kann, werden weniger Krankenhäuser diese Operationen noch durchführen können und geht damit eine Spezialisierung einher. Dies dient der Qualitätssicherung und kann das Risiko dieser Operationen verringern.

Bei der Klägerin ist aber keine Ärztin und kein Arzt mit Erfahrungen in der Gefäßchirurgie durchgehend, d. h. sieben Tage die Woche und 24 Stunden täglich, tätig. Im streitbefangenen Zeitraum war nur eine Ärztin mit Erfahrungen in der Gefäßchirurgie beschäftigt, die aber nicht allein die erforderliche postprozedurale stationäre Versorgung sicherstellen konnte.

Nach allem war die Klage abzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) i. V. m. [§ 154 Abs. 1 VwGO](#). Der unterliegende Teil trägt die Kosten des Verfahrens.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2017-06-14