L 5 KR 1936/17

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
5
1. Instanz
SG Stuttgart (BWB)
Aktenzeichen
S 4 KR 170/15
Datum
31.03.2017
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 5 KR 1936/17
Datum
11.12.2019
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze
Landessozialgericht Baden-Württemberg

L 5 KR 1936/17

S 4 KR 170/15

Im Namen des Volkes Urteil

Der 5. Senat des Landessozialgerichts Baden-Württemberg in Stuttgart hat ohne mündliche Verhandlung am 11.12.2019 für Recht erkannt: Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 31.03.2017 wird zurückgewiesen. Die Beklagte trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens. Der Streitwert für das Berufungsverfahren wird endgültig auf 3.927,51 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Vergütung der stationären Krankenhausbehandlung einer Versicherten der Beklagten.

Die Klägerin ist Trägerin des nach § 108 Nr. 2 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) zur Versorgung gesetzlich Krankenversicherter zugelassenen Plankrankenhauses "Klinikum S.-B." (im Folgenden Krankenhaus). Der Versorgungsauftrag des Krankenhauses umfasste im Jahr 2010 auch die Strahlentherapie. Das Krankenhaus der Klägerin war im damals geltenden Krankenhausplan für das Land Baden-Württemberg mit einem Versorgungsbereich für Strahlentherapie ausgewiesen, betreibt jedoch seit ca. 2005 keine eigene Strahlentherapieabteilung mehr. Zur Erbringung strahlentherapeutischer Leistungen hatte sie (bzw. ihre Rechtsvorgängerin) mit der Strahlenpraxis B. (im Folgenden: Strahlenpraxis B.), deren in Berufsausübungsgemeinschaft tätigen Ärzte zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassen sind, am 02.01.2008 einen (hier noch maßgeblichen) Kooperationsvertrag (seit 01.12.2016 Kooperationsvertrag vom 03.01.2017) geschlossen. Dieser enthielt u.a. folgende Regelungen:

Präambel Den Patientinnen und Patienten im Landkreis B. wird mit der seit Oktober 2005 bestehenden Strahlentherapiepraxis an den Kliniken B. eine wohnortnahe radioonkologische Versorgung geboten. Dieser Vertrag regelt die Zusammenarbeit zwischen der etablierten Gemeinschaftspraxis und den Krankenhäusern des Klinikverbunds S., um eine optimale wirtschaftliche und therapeutische Gesamtsituation bei beiden Partnern sowohl für den ambulanten als auch für den stationären Bereich zu erzielen.

§ 1 Grundsätze (1) Die Gemeinschaftspraxis betreibt auf dem Gelände der Kliniken B. eine Strahlentherapieeinrichtung und schafft die apparativen und räumlichen Voraussetzungen dafür.

(2) Der Landkreis B. verpachtet hierzu an die Gemeinschaftspraxis das erforderliche Gelände.

§ 2 Kooperative Zusammenarbeit (1) Gemeinschaftspraxis und Krankenhaus-Holding arbeiten im Bereich der Strahlentherapie eng zusammen.

(2) Die Gemeinschaftspraxis versorgt die stationären Patientinnen und Patienten, die strahlentherapeutisch behandelt werden müssen, vorrangig (rasche Terminvergabe).

(3) Gemeinschaftspraxis und Krankenhaus-Holding erarbeiten für die gemeinsame Arbeit Behandlungspfade.

(4) Die Gemeinschaftspraxis verpflichtet sich, wenn erforderlich, konsiliarisch am Klinikum S.-B. direkt tätig zu sein und sich außerdem an interdisziplinären Tumorkonferenzen des gesamten Klinikverbunds aktiv zu beteiligen, sofern die in Punkt 10 genannten Voraussetzungen für eine Telefonkonferenz gegeben sind ...

(9) Der Klinikverbund verpflichtet sich, der Gemeinschaftspraxis mittels einer Einbindung in das EDV-Netzwerk der Krankenhäuser des Klinikverbundes Zugang zu Befunden und weiteren behandlungsrelevanten Unterlagen zu gewähren, um reibungslose Behandlungsabläufe sicherzustellen ...

(10) Beide Vertragspartner verpflichten sich, Strukturen einzurichten, die interdisziplinäre Tumorkonferenzen in allen Krankenhäusern des Klinikverbundes z.B. über eine Videokonferenz oder ein internetbasiertes System ermöglichen ...

(11) Die Gemeinschaftspraxis verpflichtet sich, an gemeinsamen Konsilen, Besprechungen, Tagungen usw. teilzunehmen ...

§ 4 Abrechnung von Leistungen (1) Die Gemeinschaftspraxis verpflichtet sich, die erbrachten Leistungen für die ersten 50 Serienbehandlungen (Zielvolumen) eines Kalenderjahres bei der Behandlung stationärer Patienten aus allen Krankenhäusern des Klinikverbunds nicht in Rechnung zu stellen. Ab der 51. Serienbehandlung eines Kalenderjahrs bei stationären Patienten mit Krebserkrankungen kommt für alle ärztlichen und therapeutischen Leistungen der 1,0-fache GOÄ-Satz zur Anwendung. Sachkosten werden ggf. entsprechend Kapitel 40 des EBM in Rechnung gestellt ...

Vom 25.10.2010 bis 30.10.2010 wurde die 1960 geborene, bei der Beklagten krankenversicherte S. R. (im Folgenden: Versicherte) im Krankenhaus der Klägerin wegen eines metastasierten Mammakarzinoms stationär behandelt.

Während des stationären Aufenthalts der Versicherten erbrachte die Strahlenpraxis B. strahlentherapeutische Leistungen. Unter dem 01.02.2011 übermittelte die Strahlenpraxis B. dem Krankenhaus eine Aufstellung der erbrachten Leistungen nach dem OPS (Operationen- und Prozedurenschlüssel) für das Jahr 2010. Danach erbrachte sie während des stationären Aufenthalts der Versicherten folgende Leistungen: 8-522.90: Hochvoltstrahlentherapie: Linearbeschleuniger, intensitätsmodulierte Radiotherapie: Ohne bildgestützte Einstellung (26.10.2010, 27.10.2010, 28.10.2010, 29.10.2010), 8-522c0: Hochvoltstrahlentherapie: Linearbeschleuniger mehr als 6 MeV Photonen oder schnelle Elektronen, mehr als 2 Bestrahlungsfelder: Ohne bildgestützte Einstellung (26.10.2010, 27.10.2010, 28.10.2010, 29.10.2010), 8-522.d0: Hochvoltstrahlentherapie: Linearbeschleuniger mehr als 6 MeV Photonen oder schnelle Elektronen, 3D-geplante Bestrahlung: Ohne bildgestützte Einstellung (26.10.2010, 27.10.2010, 28.10.2010, 29.10.2010), 8-527.0: Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie: Fixationsvorrichtung, einfach (26.10.2010). Diese Leistungen stellte die Strahlenpraxis B. dem Krankenhaus der Klägerin unter dem 01.07.2011 unter Ansatz des 1,0-fache GOÄ-Satzes in Höhe von 1.608,72 EUR in Rechnung.

Mit Rechnung vom 07.12.2010 stellte die Klägerin der Beklagten für die Krankenhausbehandlung der Versicherten zunächst eine Vergütung i.H.v. 3.486,29 EUR in Rechnung. Dieser Vergütungsbetrag ist nicht streitig. Der Abrechnung lag unter Ansatz der Diagnosen und des OPS-Kodes 8-919 (Komplexe Akutschmerzbehandlung) die Diagnosis Related Group (DRG) I65B (Bösartige Neubildung des Bindegewebes einschließlich pathologischer Fraktur, Alter (17 Jahre oder mit äußerst schweren CC, ohne hochkomplexe Chemotherapie) zugrunde.

Mit korrigierter Rechnung vom 07.02.2011 machte die Klägerin dann unter Ansatz auch der strahlentherapeutischen Leistungen eine Vergütung i.H.v. insgesamt 7.413,80 EUR geltend. Der Unterschiedsbetrag zur ursprünglichen Rechnung i.H.v. 3.927,51 EUR ist streitig und von der Beklagten nicht gezahlt worden. Der Abrechnung lag die DRG 139Z (Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, mehr als acht Bestrahlungen) zugrunde. Folgende Kodes nach dem OPS 2010 rechnete sie ab: 8-919: (Komplexe Akutschmerzbehandlung), 8-527.1: Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie: Fixationsvorrichtung, mittlerer Schwierigkeitsgrad (26.10.2010), 8-522.90: Hochvoltstrahlentherapie: Linearbeschleuniger, intensitätsmodulierte Radiotherapie: Ohne bildgestützte Einstellung (26.10.2010, 27.10.2010, 28.10.2010, 29.10.2010), 8-522c0: Hochvoltstrahlentherapie: Linearbeschleuniger mehr als 6 MeV Photonen oder schnelle Elektronen, mehr als 2 Bestrahlungsfelder: Ohne bildgestützte Einstellung (26.10.2010, 27.10.2010, 28.10.2010, 29.10.2010), 8-522.d0: Hochvoltstrahlentherapie: Linearbeschleuniger mehr als 6 MeV Photonen oder schnelle Elektronen, 3D-geplante Bestrahlung: Ohne bildgestützte Einstellung (26.10.2010, 27.10.2010, 28.10.2010, 29.10.2010), 8-527.0: Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie: Fixationsvorrichtung, einfach (26.10.2010).

Mit Schreiben vom 16.02.2011 beauftragte die Beklagte den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Rheinland-Pfalz (MDK) mit einer Abrechnungsprüfung. In der MDK-Stellungnahme vom 21.05.2011 führte der Arzt S. aus, die OPS-Kodes 8-522.90, 8-522.c0, 8-522.d0, 8-527.0 und 8-527.1 seien zu streichen, weil sie nicht durch geeignete Unterlagen belegt und daher nicht nachvollziehbar seien. Es sei nur der OPS-Kode 8-919 (Komplexe Akutschmerzbehandlung) anzusetzen. Daraus folge die DRG 165B.

Mit Schreiben vom 30.05.2011 teilte die Beklagte der Klägerin unter Hinweis auf die MDK-Stellungnahme mit, die mit Rechnung vom 07.02.2011 geltend gemachte höhere Vergütung könne nicht gezahlt werden. Zu zahlen sei (nur) die mit Rechnung vom 07.12.2010 (ursprünglich) geltend gemachte Vergütung.

Mit Schreiben vom 11.07.2011 erhob die Klägerin unter Vorlage von Bestrahlungsprotokollen Einwendungen gegen die MDK-Stellungnahme. Die gestrichenen Bestrahlungsleistungen seien während des stationären Aufenthalts der Versicherten in der Strahlenpraxis B. als Konsil- bzw. Verbringungsleistung erbracht worden.

Die Beklagte befragte erneut den MDK. In der MDK-Stellungnahme vom 05.09.2011 führte Dr. M. aus, die Bestrahlungsleistungen seien zu Recht gestrichen worden. Während einer stationären Krankenhausbehandlung könnten nicht gleichzeitig ambulante Leistungen abgerechnet werden. Eine Verbringung der Versicherten sei nicht erfolgt, vielmehr sei eine ambulante Strahlentherapie durchgeführt worden.

Am 30.12.2014 hat die Klägerin beim Sozialgericht Stuttgart (SG) Klage erhoben. Zur Begründung hat sie vorgetragen, die Strahlenpraxis B.

habe als Dritte i.S.d. § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) konsiliarische Bestrahlungsleistungen erbracht. Diese stellten allgemeine Krankenhausleistungen (Drittleistungen) dar und seien im Rahmen des Fallpauschalensystems zu vergüten. Eine Vergütung als ambulante Behandlungsleistung im Rahmen des EBM (Einheitlicher Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen) sei nicht möglich. Anderes gelte nach der abschließenden Regelung des § 2 Abs. 2 Satz 3 KHEntgG nur für die während einer stationären Krankenhausbehandlung (als Fremdleistung) ambulant fortgeführte Dialyse; diese könne als vertragsärztliche Leistung neben einer stationären Krankenhausbehandlung abgerechnet werden (vgl. dazu auch Bundessozialgericht (BSG), Urteil vom 12.11.2013 – B 1 KR 22/12 R –, in juris, Rn. 17). Dass die ambulante Strahlenbehandlung der Versicherten in der Strahlenpraxis B. vor dem Krankenhausaufenthalt begonnen habe, sei unerheblich. Es komme auch nicht darauf an, ob die Strahlenbehandlung an die Mittel des Krankenhauses gebunden gewesen sei. Allgemeine Krankenhausleistungen i.S.d. § 2 Abs. 2 KHEntgG seien alle Leistungen, die während eines stationären Krankenhausaufenthalts für die medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung des Patienten notwendig seien, wie etwa die Fortführung einer unabhängig von dem Krankenhausaufenthalt erforderlichen Dauermedikation; diese sei dann nicht als ambulante vertragsärztliche Leistung abzurechnen. Die vom Krankenhaus nach Maßgabe des § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 KHEntgG zur Leistungserbringung hinzugezogenen Dritten erbrächten ihre (Dritt-)Leistung (im Rechtssinne) nicht für den Patienten bzw. dessen Krankenkasse, sondern für das Krankenhaus, weshalb sich ihr Vergütungsanspruch auch gegen das Krankenhaus (den Krankenhausträger) richte. Drittleistungen (oder Verbringungsleistungen) i.S.d. § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 KHEntgG hätten im Verhältnis zu der vom Krankenhaus zu erbringenden Hauptleistung nur ergänzende oder unterstützende Funktion. Bei der Verbringung eines Patienten bleibe die Verantwortung für die Gesamtbehandlung, im Unterschied zur Verlegung des Patienten, beim (behandelnden) Krankenhaus. Die Versicherte sei (ohne Unterbrechung) vollständig in den stationären Behandlungsablauf des Krankenhauses der Klägerin eingegliedert gewesen. Die Hauptbehandlungsleistung und die Entscheidungshoheit über das diagnostische und therapeutische Vorgehen seien beim Krankenhaus der Klägerin verblieben und nicht auf die Strahlenpraxis B. übertragen worden. Diese sei lediglich als Dritte unterstützend im Rahmen der Gesamtbehandlungsverantwortung des Krankenhauses tätig geworden. Die fachliche Leitung der bei der Versicherten durchgeführten Tumorbehandlung sei Aufgabe der speziell gynäkologisch-onkologisch geschulten Ärzte des Brustzentrums des Krankenhauses. Aus dem Tumorleitblatt (chronologische Dokumentation des onkologischen Gesamtbehandlungsregimes im Rahmen der krankenhausärztlich geleiteten interdisziplinären Tumorkonferenz des Krankenhauses ab 2007) gehe hervor, dass auch die wegen erneuter Metastasenbildung durchgeführte Strahlenbehandlung nach Maßgabe des § 2 Abs. 2 S. 2 Nr. 2 KHEntgG durch das Krankenhaus veranlasst worden sei (...Procedere lt. ITK vom 20.09.2010: keine Umstellung d. Therapie Indikation zur Radiatio der WS bei Statikgefährdung der unteren HWS). Dem stehe die Verordnung von Krankenbeförderung im Vorfeld des Krankenhausaufenthalts nicht entgegen. Sie, die Klägerin, habe der Strahlenpraxis B. für die Bestrahlungsleistungen eine Vergütung gezahlt. Im Krankenhaus der Klägerin würden Strahlenbehandlungen nicht durchgeführt; hierfür greife man auf die Strahlenpraxis B. als Kooperationspartner zurück.

Die Beklagte ist der Klage entgegengetreten. Zur Begründung hat sie vorgetragen, die Strahlenbehandlung der Versicherten sei als ambulante vertragsärztliche (Fremd-)Leistung außerhalb des Krankenhauses und nicht als stationäre (Krankenhaus-)Drittleistung i.S.d. § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 KHEntgG erbracht worden. (Krankenhaus-)Drittleistungen seien nur solche Leistungen, die an die Mittel des Krankenhauses gebunden, vom Krankenhaus aber wegen fehlender personeller und/oder sachlicher Ressourcen (z.B. fehlende apparative Einrichtungen) nicht selbst erbracht werden könnten. Diese Fallgestaltung liege hier nicht vor, da im Krankenhaus der Klägerin Strahlenbehandlungen durchgeführt würden. Nach der Behandlungsdokumentation habe die Strahlenbehandlung der Versicherten in der Strahlenpraxis B. 6 Tage vor Beginn des stationären Krankenhausaufenthalts begonnen und sei während der Krankenhausbehandlung daher nur fortgeführt worden. Man habe der Versicherten für den 24.09.2010 auch eine Krankenbeförderung zur Strahlenpraxis B. verordnet. Die Strahlenbehandlung sei nicht vom Krankenhaus der Klägerin nach § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 KHEntgG, sondern schon vor der Krankenhausbehandlung vertragsärztlich veranlasst worden. Aus der Verordnung über Krankenbeförderung der Strahlenpraxis B. vom 24.09.2010 gehe hervor, dass die Strahlenbehandlung 5mal wöchentlich für 2 Monate, also bis November 2010, habe stattfinden sollen. Zu Beginn der stationären Krankenhausbehandlung der Versicherten (am 25.10.2010) habe die Durchführung der Strahlenbehandlung daher schon festgestanden, könne vom Krankenhaus also nicht mehr veranlasst worden sein. § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 KHEntgG solle Versorgungslücken der Krankenhausbehandlung schließen. Das Krankenhaus dürfe sich bestimmte Leistungen (als Drittleistungen), typischerweise Leistungen von Konsiliarärzten, "zukaufen" und als Krankenhausleistung abrechnen. Das ärztliche Konsil sei die patientenbezogene Beratung eines Arztes durch einen anderen Arzt (einer anderen Fachrichtung); es erfolge auf Veranlassung des Krankenhauses (Krankenhausarztes) i.S.d. § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 KHEntgG. Das habe hier nicht stattgefunden. Es fehle an der Bewirkung der konsiliarärztlichen Leistung durch das Krankenhaus, zumal der Behandlungsablauf (der Strahlenbehandlung) bereits festgestanden habe.

Am 31.03.2017 hat die mündliche Verhandlung beim SG stattgefunden. Der Vertreter der Klägerin hat angegeben, bis etwa Anfang 2004/2005 habe das Krankenhaus der Klägerin über eine eigene (Abteilung für) Strahlentherapie verfügt. Das sei aber insbesondere wegen des Strahlenschutzes und der hauptsächlich ambulant durchgeführten Strahlenbehandlung nicht mehr wirtschaftlich gewesen. Deswegen bediene man sich der Strahlenpraxis B. als Kooperationspartner. Über die anfänglich ebenfalls streitige Frage einer Verwirkung des Vergütungsanspruchs werde nicht mehr gestritten; hierüber sei man sich einig.

Mit Urteil vom 31.03.2017 hat das SG die Beklagte verurteilt, an die Klägerin 3.927,51 EUR zzgl. Zinsen i.H.v. 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit 18.06.2011 zu zahlen. Zur Begründung hat das SG ausgeführt, die Klage sei als (echte) Leistungsklage (§ 54 Abs. 5 Sozialgerichtsgesetz (SGG)) zulässig und begründet. Die Klägerin könne für die Krankenhausbehandlung (Strahlenbehandlung) der Versicherten nach Maßgabe des § 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V i.V.m. § 7 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG, der Fallpauschalenverordnung (FPV) für das Jahr 2010 und deren Anlage 1 Teil a, § 17b Abs. 1 Satz 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) sowie dem am 01.01.2006 in Kraft getretenen Krankenhausbehandlungsvertrag für das Land Baden-Württemberg (KHBV) vom 21.09.2005 eine Vergütung i.H.v. 3.927,51 EUR zzgl. Zinsen beanspruchen. Die Klägerin habe (was allein streitig sei, über Verwirkung werde nicht mehr gestritten) die von der Strahlenpraxis B. erbrachte Strahlenbehandlung als Drittleistung i.S.d. § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 KHEntgG (mit den OPS-Kodes 8-522.90, 8-522.c0, 8-522.d0 und 8.527.1) abrechnen dürfen. Die Strahlenpraxis B. sei Dritter i.S.d. der genannten Vorschrift. Für die Leistungspflicht und den Vergütungsanspruch des Krankenhauses sei es unerheblich, ob das Krankenhaus seine Leistungen durch eigene Beschäftigte oder durch Dritte erbringe. Drittleistungen (i.S.d. § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 KHEntgG) würden nicht gegenüber dem Versicherten bzw. seiner Krankenkasse, sondern gegenüber dem Krankenhaus erbracht und daher durch den tagesgleichen Pflegesatz des Krankenhauses bzw. beim pauschalierenden DRG-Vergütungssystem durch die mittels Groupierung anzusteuernde Fallpauschale vergütet. Der Dritte habe Vergütungsansprüche ggf. im Innenverhältnis gegen das die Drittleistung veranlassende Krankenhaus. Gemäß § 2 Abs. 2 Satz 1 KHEntgG seien allgemeine Krankenhausleistungen alle 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, einschließlich der vom Krankenhaus nach § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 KHEntgG veranlassten Leistungen Dritter. Die "Leistungsfähigkeit" des Krankenhauses im Sinne des Krankenhausvergütungsrechts (§ 2 Abs. 2 Satz 1 KHEntgG) werde durch das Krankenhausplanungsrecht nicht bindend festgelegt. Der vergütungsrechtliche und der planungsrechtliche Leistungsfähigkeitsbegriff seien nicht deckungsgleich, was im Wortlaut des § 2 Abs. 2 Satz 1 KHEntgG schon durch die Bezugnahme auf den "Einzelfall" hervortrete. Der planungsrechtliche Versorgungsauftrag, dem durch den Feststellungsbescheid Außenwirkung zukomme, begründe nur die abstrakte Leistungsfähigkeit des Krankenhauses für alle innerhalb des Versorgungsauftrages liegende Leistungen, nicht jedoch die konkrete Leistungsfähigkeit für die im Einzelfall erbrachte und abgerechnete Krankenhausbehandlung. Deshalb sei es unerheblich, dass das Krankenhaus der Klägerin nach dem Krankenhausplan 2010 (Stand 26.11.2010) auch für die Strahlentherapie (abstrakt) zuständig sei. Die Klägerin habe schlüssig dargetan, dass im Krankenhaus der Klägerin keine Strahlenbehandlungen (mehr) durchgeführt würden und man sich hierfür der Strahlenpraxis B. nach Maßgabe des mit dieser abgeschlossenen Kooperationsvertrags bediene; eine eigene Strahlentherapieabteilung wäre für ein Krankenhaus der Größenordnung des Krankenhauses der Klägerin wirtschaftlich nicht tragbar (vgl. dazu auch: www.klinikverbund-s ...de/klinikum-S.-b./medizin/praxen-fuer-strahlentherapie/praxis-fuer-strahlentherapie-bb.html). Das Krankenhaus der Klägerin habe die Leistungserbringung durch die Strahlenpraxis B. auch i.S.d. § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 KHEntgG veranlasst. Veranlassung einer Drittleistung durch das Krankenhaus liege vor, wenn sich die Leistungserbringung aus Sicht des Patienten als Erfüllungshandlung des Krankenhauses darstelle, der Dritte also als Erfüllungsgehilfe des Krankenhauses tätig werde. Das entspreche den Rechtsgrundsätzen, die das BSG für die Anwendung des § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 KHEntgG hinsichtlich der Abgrenzung von Patientenverbringung und Patientenverlegung entwickelt habe. Das BSG stelle maßgeblich auf die Gesamtbehandlungsverantwortung für die Leistungserbringung ab. Die nach bloßer Verbringung des Patienten erbrachte Behandlungsleistung des Dritten habe gegenüber der vom Krankenhaus zu erbringenden Hauptbehandlungsleistung nur ergänzende oder unterstützende Funktion. Bei der Verlegung des Patienten gehe die Verantwortung für die Gesamtbehandlung demgegenüber vollständig auf den Dritten (das aufnehmende Krankenhaus) über; der Patient werde aus den stationären Behandlungsabläufen und der Gesamtbehandlungsverantwortung des abgebenden Krankenhauses aus- und in die stationären Abläufe des aufnehmenden Krankenhauses eingegliedert. Das Merkmal der Gesamtbehandlungsverantwortung stehe in Einklang mit dem Schutzzweck des § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 KHEntgG; es solle verhindert werden, dass der Patient beim Einsatz von Drittleistungen durch das Krankenhaus Vergütungsansprüchen des Drittleisters ausgesetzt werde. Mit den Entgelten für die allgemeinen Krankenhausleistungen (§ 7 KHEntgG) würden (durch die Krankenkasse) alle für die sachgerechte Behandlung der Patienten erforderlichen Leistungen vergütet. Der Dritte (i.S.d. § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 KHEntgG) habe Vergütungsansprüche nur gegen das Krankenhaus (den Krankenhausträger) und nicht gegen den Patienten oder dessen Kostenträger (Krankenkasse). Hier habe die Strahlenbehandlung der Versicherten in der Strahlenpraxis B. gegenüber der Hauptbehandlungsleistung des Krankenhauses der Klägerin nur ergänzende bzw. unterstützende Funktion im vorstehend beschriebenen Sinn gehabt. Aus der Patientenakte gehe hervor, dass die Versicherte unter laufender Chemotherapie wegen Verschlechterung des Allgemeinzustandes, Schmerzen im Bereich der Wirbelsäule und rechtsseitigen Kopfschmerzen sowie wegen Sensibilitätsstörungen im Kinn in das Krankenhaus der Klägerin aufgenommen worden sei. Im Verlauf des stationären Krankenhausaufenthaltes sei eine analgetische Therapie zur Beschwerdelinderung durchgeführt worden. Die Versicherte sei in den Behandlungsablauf des Krankenhauses der Klägerin voll eingegliedert gewesen. Die Verbringung in die Strahlenpraxis B. zur Durchführung der Strahlenbehandlung sei klar von der Fallgestaltung der Verlegung in ein anderes Krankenhaus zu unterscheiden; das Krankenhaus der Klägerin habe die Gesamtbehandlungsverantwortung für die Versicherte behalten. Die Strahlenpraxis B. sei nur in einem umschriebenen (Teil-)Verantwortungsbereich für das Krankenhaus der Klägerin tätig geworden. Die Klägerin habe nach Maßgabe des Kooperationsvertrags mit der Strahlenpraxis B. auch ausreichenden Einfluss auf die (Teil-)Leistungserbringung ausüben können. Unerheblich sei, dass die Strahlenpraxis B. Bestrahlungen ansonsten regelmäßig ambulant durchführe. Der Leistungsveranlassung durch das Krankenhaus der Klägerin stehe schließlich weder die Verordnung von Krankenbeförderung am 24.09.2010 noch der Beginn der Strahlenbehandlung der Versicherten am 04.10.2010, also 6 Tage vor dem Krankenhausaufenthalt, entgegen, nachdem die Indikation für die Strahlenbehandlung im Krankenhaus der Klägerin durch die Tumorkonferenz vom 20.09.2010 gestellt worden sei. Der Zinsanspruch der Klägerin folge aus § 19 Abs. 1 und 3 des Landesvertrages. Danach könne das Krankenhaus bei Überschreiten des Zahlungsziels von 30 Tagen nach Übermittlung des Rechnungssatzes ab dem Fälligkeitstag Verzugszinsen berechnen, ohne dass es einer Mahnung bedürfe. Der Verzugszins betrage für das Jahr fünf Prozentpunkte über dem jeweiligen Basiszinssatz. Die Klägerin mache danach zu Recht einen Zinsanspruch ab dem 18.06.2011 geltend (30 Tage nach Fälligkeit der am 07.02.2011 gestellten Rechnung).

Gegen das ihr am 13.04.2017 zugestellte Urteil hat die Beklagte am (Montag, dem) 15.05.2017 Berufung beim Landessozialgericht (LSG) Baden-Württemberg eingelegt. Sie trägt vor, das SG habe den Begriff der "(Drittleistungs-)Veranlassung" in § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 KHEntgG zutreffend ausgelegt, im vorliegenden Fall jedoch rechtsfehlerhaft angewendet. Es habe ohne nähere Subsumtion unter Heranziehung der einschlägigen BSG-Rechtsprechung nur auf das Vorliegen einer Verbringungsleistung verwiesen und zu Unrecht maßgeblich auf die Gesamtbehandlungsverantwortung abgestellt; damit werde das eigentliche Problem verfehlt. Für die Veranlassung einer Drittleistung i.S.d. § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 KHEntgG genüge es nicht, dass eine kurzfristige, ergänzende Behandlungsleistung ohne Übergang der Gesamtbehandlungsverantwortung erbracht worden sei. Das Krankenhaus müsse einen (konkreten) Auftrag an den (Dritt-)Leistungserbringer formulieren und es müsse deutlich werden, dass das Krankenhaus die Kosten der Drittleistung trage (unter Verweis auf LSG Saarland, Urteil vom 22.08.2012 – L 2 KR 118/09 –, in juris). Auf dieses Erfordernis sei das SG nicht eingegangen. Stattdessen habe es den Begriff der "(Drittleistungs-)Veranlassung" mit dem Begriff der "(Patienten-)Verbringung" vermengt. Eine Veranlassung im Sinne des "dafür sorgen, dass etwas Bestimmtes geschehe", habe nicht stattgefunden. Die Strahlenbehandlung der Versicherten mit einem Verordnungszeitraum vom 24.09.2010 bis November 2010 habe 6 Tage vor der Aufnahme in das Krankenhaus der Klägerin begonnen. Die Strahlenpraxis B. habe die vor der Krankenhausaufnahme erbrachten Strahlenbehandlungen auch ambulant abgerechnet; streitig seien nur die während der Krankenhausbehandlung der Versicherten erbrachten Strahlenbehandlungen. Für diese Behandlungsleistungen hätte das Krankenhaus der Klägerin der Strahlenpraxis B. einen (konkreten) Einzelauftrag mit Kostenübernahme erteilen müssen. Die (vertragsärztliche) Verordnung der Strahlenbehandlung vor Krankenhausaufnahme stehe der Veranlassung einer Drittleistung durch das Krankenhaus i.S.d. § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 KHEntgG entgegen; auf die Entscheidung der Tumorkonferenz des Krankenhauses der Klägerin komme es nicht an. Eine einmal verordnete und begonnene ambulante Therapie könne nicht aufgeteilt werden in ambulante Leistungen (vor der Krankenhausaufnahme) und stationäre Leistungen (als Drittleistungen nach Krankenhausaufnahme). Die Strahlenbehandlung der Versicherten stelle insgesamt eine von der Krankenhausbehandlung unabhängige, ambulante (vertragsärztliche) Behandlung dar. Auf die Krankheitsentwicklung komme es nicht an; die Versicherte sei nach der Krankenhausaufnahme lediglich nicht mehr von zu Hause, sondern vom Krankenhaus aus zur Strahlenpraxis B. verbracht worden. Schließlich könne man die Rechtsprechung des BSG zur "Veranlassung" im Sinne der Hauptdiagnosedefinition heranziehen. Danach sei die "Veranlassung" des stationären Behandlungsgeschehens ein zentraler Begriff der Deutschen Kodierrichtlinien (DKR (Version 2005), vgl. D002d DKR). Ein bereits objektiv zutreffend veranlasster stationärer

Krankenhausaufenthalt könne nach Krankenhausaufnahme nicht erneut veranlasst, sondern allenfalls aufrechterhalten werden (unter Verweis auf BSG, Urteil vom 21.04.2015 – B 1 KR 9/15 R –, in juris).

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 31.03.2017 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie verteidigt das angefochtene Urteil. Die von der Strahlenpraxis B. erbrachte Strahlenbehandlung der Versicherten stelle eine von ihrem Krankenhaus veranlasste Drittleistung i.S.d. § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 KHEntgG dar, die gegenüber der Hauptbehandlungsleistung nur ergänzende oder unterstützende Funktion gehabt habe; sie sei als allgemeine Krankenhausleistung zu vergüten. Das SG habe für den Veranlassungsbegriff in § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 KHEntgG zu Recht auf die Gesamtbehandlungsverantwortung abgestellt, die hier uneingeschränkt bei ihrem Krankenhaus gelegen habe. Diesem sei die medizinische Entscheidungshoheit über das diagnostische und therapeutische Vorgehen und über die stationären Behandlungsabläufe, einschließlich der Entscheidungen über die Behandlungsmaßnahmen in der Strahlenpraxis B., zugekommen. Unschädlich sei, dass die Strahlenbehandlung der Versicherten im zeitlichen Vorfeld der Krankenhausbehandlung verordnet worden sei. Die (vertragsärztliche) Verordnung habe keine "Sperrwirkung" für eine spätere "(Drittleistungs-)Veranlassung" i.S.d. § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 KHEntgG. Die Beklagte verlange zu Unrecht und unter unrichtiger Bezugnahme auf das eine andere Fallgestaltung betreffende Urteil des LSG Saarland vom 22.08.2012 (- L 2 KR 118/09 -, in juris) die Erteilung eines Einzelauftrags mit Kostenübernahmeerklärung. Ausweislich des Tumorbeiblatts der Versicherten sei die Strahlenbehandlung nicht durch die Vertragsärzte der Strahlenpraxis B., sondern durch die Krankenhausärzte ihres Krankenhauses im Rahmen der Tumorkonferenzen veranlasst worden. Die Strahlenpraxis B. habe ihre Behandlungsleistung aufgrund des Kooperationsvertrages vom 01.08.2008 bewusst und zweckgerichtet als Erfüllungsgehilfe des Krankenhauses erbracht. Um das "Aufspalten" einer vor Beginn der Krankenhausbehandlung verordneten und begonnen ambulanten Behandlung, die ohnehin erbracht worden wäre, gehe es nicht, da das Merkmal der Veranlassung einer (Dritt-)Leistung i.S.d. § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 KHEntgG nicht losgelöst von der aktuellen Krankheitsentwicklung des Patienten beurteilt werden könne. Eine fiktive Abrechnung stehe nicht in Rede. Die der Vermeidung unlösbarer Abgrenzungsschwierigkeiten dienende (abschließende) Ausnahmeregelung des § 2 Abs. 2 Satz 3 KHEntgG (Herausnahme fortgeführter Dialysebehandlungen aus der Krankenhausbehandlung) könne nicht unter Bezugnahme auf das Urteil des BSG vom 19.04.2016 (- B 1 KR 34/15 R -, in juris) auf (fortgeführte) Strahlenbehandlungen erstreckt werden (unter Verweis auf LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 19.01.2012 – L 5 KR 14/11 –, in juris, Rn. 33)

Die Beteiligten haben sich mit einer Senatsentscheidung ohne mündliche Verhandlung gemäß §§ 153 Abs. 1, 124 Abs. 2 SGG einverstanden erklärt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf deren Schriftsätze sowie die Akten der Beklagten, des SG und des Senats Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

1. Die gemäß § 151 Abs. 1 SGG form- und fristgerecht erhobene und gemäß § 143 SGG statthafte Berufung der Beklagten, über die der Senat nach dem erklärten Einverständnis der Beteiligten ohne mündliche Verhandlung entscheidet (§§ 153 Abs. 1, 124 Abs. 2 SGG), ist auch im Übrigen zulässig. Die Berufung bedurfte nicht der Zulassung, da der maßgebliche Beschwerdewert nach § 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG von 750,00 EUR überschritten ist. Denn die Beklagte wendet sich gegen die Verurteilung, 3.927,51 EUR an die Klägerin zahlen zu müssen.

2. Die Berufung der Beklagten ist jedoch nicht begründet. Das SG hat die Beklagte zu Recht verurteilt, der Klägerin 3.927,51 EUR nebst Zinsen hieraus in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 18.06.2011 zu zahlen.

a) Die Klage ist zulässig. Die Klägerin hat mit der erhobenen echten Leistungsklage im Sinne des § 54 Abs. 5 SGG die richtige Klage gewählt; denn es handelt sich bei der auf Zahlung der Behandlungskosten eines Versicherten gerichteten Klage eines Krankenhausträgers gegen eine Krankenkasse um einen sogenannten Parteienstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt. Ein Vorverfahren war mithin nicht durchzuführen, die Einhaltung einer Klagefrist nicht geboten (BSG, Urteil vom 28.11.2013 – B 3 KR 33/12 R – juris, Rn. 9). Die Klägerin hat den Zahlungsanspruch auch konkret beziffert. Dies gilt gleichermaßen für den geltend gemachten Zinsanspruch. Insoweit reicht die Bezugnahme auf den Basiszinssatz (vgl. Becker-Eberhard in: Münchner Kommentar zur ZPO, 5. Auflage 2016, § 253 Rn. 132).

b) Die Klage ist auch begründet. Die Klägerin hat gegen die Beklagte einen Anspruch auf Zahlung von 3.927,51 EUR nebst Zinsen hieraus in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 18.06.2011.

aa) Rechtsgrundlage des Vergütungsanspruchs der Klägerin gegen die Beklagte ist § 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V i.V.m. § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG und § 9 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG (jeweils i.d.F. des Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes (KHRG) vom 17.03.2009, BGBl. I S. 534) i.V.m. der Anlage 1 Teil a der Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2010 vom 29.09.2009 (FPV 2010) i.V.m. § 17b KHG (i.d.F. des KHRG vom 17.03.2009, BGBl. I S. 534) i.V.m. dem Krankenhausbehandlungsvertrag nach § 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V für das Land Baden-Württemberg, festgesetzt durch die Entscheidung der Landesschiedsstelle vom 21.09.2005, gültig ab 01.01.2006.

Nach § 109 Abs. 4 SGB V wird mit einem Versorgungsvertrag nach § 109 Abs. 1 SGB V das Krankenhaus für die Dauer des Vertrages zur Krankenhausbehandlung der Versicherten zugelassen. Das zugelassene Krankenhaus ist im Rahmen seines Versorgungsauftrags zur Krankenhausbehandlung (§ 39 SGB V) der Versicherten verpflichtet. Die Krankenkassen sind verpflichtet, unter Beachtung der Vorschriften des SGB V mit dem Krankenhausträger Pflegesatzverhandlungen nach Maßgabe des KHG, des KHEntgG und der

Bundespflegesatzverordnung (BPflV) zu führen. Der Vergütungsanspruch für die Krankenhausbehandlung eines gesetzlich Krankenversicherten und damit korrespondierend die Zahlungspflicht einer Krankenkasse entsteht – unabhängig von einer Kostenzusage – unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten kraft Gesetzes, wenn die Versorgung in einem zugelassenen Krankenhaus erfolgt und im Sinne von § 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V erforderlich und wirtschaftlich ist (ständige Rechtsprechung, z.B. BSG, Urteil vom 14.10.2014 – B 1 KR 25/13 R – juris, Rn. 8; BSG, Urteil vom 14.10.2014 – B 1 KR 26/13 R – juris, Rn. 8). Nach § 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V haben Versicherte Anspruch auf vollstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus (§ 108 SGB V), wenn die Aufnahme nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann.

bb) Sämtliche Voraussetzungen der genannten Rechtsgrundlagen sind vorliegend erfüllt. Das Krankenhaus der Klägerin ist zur Behandlung gesetzlich Krankenversicherter zugelassen nach §§ 108 Nr. 2, 109 Abs. 1 Satz 2, Abs. 4 SGB V. Bei der Versicherten lagen die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für die Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen vor. Die Krankenhausbehandlung war auch dem Umfang und Inhalt nach notwendig. Insbesondere waren auch die strahlentherapeutischen Behandlungen für die medizinische Versorgung der Versicherten notwendig. Hierüber streiten die Beteiligten nicht.

cc) Auch die Höhe der geltend gemachten Vergütung für den stationären Aufenthalt der Versicherten vom 25.10.2010 bis 30.10.2010 ist zutreffend. Die Klägerin durfte auch die mit Rechnung vom 07.02.2011 zusätzlich geltend gemachten OPS-Kodes 8-527.1, 8-522.90, 8-522c0, 8-522.d0, 8-527.0 für die Strahlentherapie der Versicherten ansetzen, die zusammen mit den unstreitigen Diagnosen und Prozeduren die abgerechnete DRG 139Z (Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, mehr als acht Bestrahlungen) nach den damals geltenden Abrechnungsbestimmungen ansteuerten und den streitgegenständlichen Mehrbetrag von 3.927,51 EUR auslösten.

Die Vergütung und ihre Höhe für die Behandlung Versicherter im Jahr 2010 bemisst sich bei DRG-Krankenhäusern wie jenem der Klägerin nach § 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V i.V.m. § 7 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG und § 17b KHG. Der Anspruch wird auf Bundesebene durch Normsetzungsverträge konkretisiert. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung gemeinsam vereinbaren nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG einen Fallpauschalen-Katalog einschließlich der Bewertungsrelationen sowie Regelungen zur Grenzverweildauer und der in Abhängigkeit von diesen zusätzlich zu zahlenden Entgelten oder vorzunehmenden Abschläge. Ferner vereinbaren sie insoweit Abrechnungsbestimmungen in den FPV auf der Grundlage des § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 KHEntgG.

Nach diesen Regeln kodierfähig sind grundsätzlich alle allgemeinen Krankenhausleistungen. Krankenhausleistungen sind nach § 2 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG (in der bis 31.12.2011 geltenden Fassung des KHEntgG vom 17.07.2003, BGBl. I 1461) insbesondere ärztliche Behandlung, Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, die für die Versorgung im Krankenhaus notwendig sind, sowie Unterkunft und Verpflegung. Zu den allgemeinen Krankenhausleistungen gehören gemäß § 2 Abs. 2 Satz 1 KHEntgG die Krankenhausleistungen, 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. Unter diesen Voraussetzungen gehören nach § 2 Abs. 2 Satz 2 KHEntgG dazu auch (1.) die während des Krankenhausaufenthalts durchgeführten Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten im Sinne des SGB V, (2.) die vom Krankenhaus veranlassten Leistungen Dritter, (3.) die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson des Patienten, (4.) die besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten für die stationäre Versorgung von Patienten, insbesondere die Aufgaben von Tumorzentren und geriatrischen Zentren sowie entsprechenden Schwerpunkten, (5.) die Frührehabilitation im Sinne von § 39 Abs. 1 Satz 3 SGB V. Nicht zu den Krankenhausleistungen nach Satz 2 Nr. 2 gehört nach § 2 Abs. 2 Satz 3 KHEntgG eine Dialyse, wenn hierdurch eine entsprechende Behandlung fortgeführt wird, das Krankenhaus keine eigene Dialyseeinrichtung hat und ein Zusammenhang mit dem Grund der Krankenhausbehandlung nicht besteht.

Die Zuordnung der strahlentherapeutischen Maßnahmen zu den allgemeinen Krankenhausleistungen des Krankenhauses der Klägerin setzt danach zunächst voraus, dass sie der "Leistungsfähigkeit des Krankenhauses" entsprechen. Damit korrespondiert der Anspruch des Versicherten nach § 39 Abs. 1 Satz 3 SGB V auf Krankenhausbehandlung "im Rahmen des Versorgungsauftrags des Krankenhauses". Der Versorgungsauftrag ergibt sich nach § 8 Abs. 1 Satz 4 Nr. 1 KHEntgG bei einem Plankrankenhaus aus den Festlegungen des Krankenhausplans in Verbindung mit den Bescheiden zu seiner Durchführung nach § 6 Abs. 1 i.V.m. § 8 Abs. 1 Satz 3 KHG sowie einer ergänzenden Vereinbarung nach § 109 Abs. 1 Satz 4 SGB V. Das Krankenhaus der Klägerin war im damals geltenden Krankenhausplan für das Land Baden-Württemberg mit einem Versorgungsbereich für Strahlentherapie ausgewiesen. Damit gehörten zu ihrem Versorgungsauftrag auch strahlentherapeutische Maßnahmen. Dass sie seit ca. 2005 keine eigene Strahlentherapieabteilung mehr betreibt, ist insoweit unschädlich. Der Versorgungsauftrag eines Plankrankenhauses ergibt sich aus den Festlegungen des Krankenhausplans i.V.m. den Bescheiden zu seiner Durchführung. Sowohl die Krankenkassen als auch die Gerichte sind an die Feststellungsbescheide, mit dem die Festlegungen im Krankenhausplan gegenüber dem Krankenhaus umgesetzt werden, gebunden. Zur Überprüfung, ob das Krankenhaus seinen Versorgungsauftrag erfüllt, sind allein die Planungsbehörden berufen (BSG, Urteil vom 23.06.2015 - B 1 KR 20/14 R -, in juris Rn. 14).

Der Vergütung der strahlentherapeutischen Leistungen steht nicht entgegen, dass das Krankenhaus der Klägerin diese nicht durch eigenes Personal erbracht hat. Nach der im Jahr 2010 geltenden Rechtslage hatten Krankenhäuser allgemeine Krankenhausleistungen zwar grundsätzlich durch eigenes Personal zu erbringen. Die mit dem Gesetz zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (Psych-Entgeltgesetz vom 21.07.2012, BGBl. I 1613) bewirkte Änderung des § 2 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG und Ergänzung um § 2 Abs. 3 KHEntgG, wonach Krankenhausleistungen auch durch nicht fest angestellte Ärzte erbracht werden können, galt erst mit Wirkung zum 01.01.2013. Das Gesetz sah mit § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 KHEntgG aber auch schon nach alter Rechtslage vor, dass zu den allgemeinen Krankenhausleistungen auch die vom Krankenhaus veranlassten Leistungen Dritter gehören.

Die streitgegenständlichen strahlentherapeutischen Leistungen sind "vom Krankenhaus veranlasste Leistungen Dritter" im Sinne von § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 KHEntgG.

Bei "vom Krankenhaus veranlasste Leistungen Dritter" handelt es sich um Leistungen, die im Verhältnis zu der vom Krankenhaus zu erbringenden Hauptbehandlungsleistung lediglich ergänzende oder unterstützende Funktion haben (BSG, Urteil vom 17.11.2015 – B 1 KR 12/15 R –, in juris, Rn. 16; BSG, Urteil vom 28.02.2007 – B 3 KR 17/06 R –, in juris, Rn. 22). Werden – anders als vorliegend – die Leistungen

in einem anderen Krankenhaus erbracht, ist zur Abgrenzung einer bloßen Verbringung von einer Verlegung erforderlich, festzustellen, dass die Verantwortung für die Gesamtbehandlung beim Krankenhaus verbleibt (BSG, Urteil vom 28.02.2007 – B 3 KR 17/06 R –, in juris, Rn. 22).

Die strahlentherapeutischen Leistungen hatten vorliegend nur ergänzende oder unterstützende Funktion zur Hauptbehandlungsleistung des Krankenhauses. Die Versicherte wurde zur Durchführung einer komplexen Schmerzbehandlung bei metastasierten Mammakarzinom in das Krankenhaus der Klägerin aufgenommen. Diese komplexe Schmerzbehandlung (8-919 OPS 2010) stellte die Hauptbehandlungsleistung dar. Die bereits vor Aufnahme der Versicherten begonnene Strahlentherapie war notwendigerweise auch während der stationären Behandlung der Versicherten fortzusetzen. Sie hatte deshalb lediglich begleitenden Charakter. Es spricht viel dafür, dass die Strahlentherapie auch vom Krankenhaus der Klägerin eingeleitet worden war, nachdem auf der Tumorkonferenz vom 20.09.2010 die Indikation für eine Radiatio der Wirbelsäule gestellt worden war. Hierauf kommt es aber nicht entscheidend an. Für eine Veranlassung im Sinne von § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 KHEntgG genügt es, dass das Krankenhaus während der stationären Behandlung dafür Sorge trägt, dass die begonnene Strahlentherapie fortgesetzt wird. Dem liegt eine entsprechende ärztliche Entscheidung zugrunde und bindet die Strahlentherapie in die Verantwortung des Krankenhauses für die Gesamtbehandlung mit ein. So lag der Fall hier.

Dass die Strahlentherapie als Leistung des Krankenhauses "veranlasst" wurde, ergibt sich auch aus dem Kooperationsvertrag zwischen dem Krankenhaus und der Strahlentherapiepraxis B., wonach sich diese gegenüber dem Krankenhaus verpflichtet hatte, die stationären Patienten des Krankenhauses, die strahlentherapeutisch behandelt werden mussten, zu versorgen. Eine derartige Kooperationsvereinbarung ist auch für den konkreten Einzelfall ausreichend. Anders als im vor- bzw. nachstationären Bereich bedarf es keiner ausdrücklichen Beauftragung in jedem einzelnen Behandlungsfall (vgl. § 115a Abs. 1 Satz 2 SGB V in der bis 31.12.2011 geltenden Fassung). Denn Abgrenzungsschwierigkeiten zwischen Krankenhausleistungen und vertragsärztlichen Leistungen ergeben sich hier aufgrund des klaren zeitlichen Zusammenhangs ("während der stationären Behandlung") nicht. Es ist auch anders als im Abgrenzungsfall zwischen einer Verlegung und einer Verbringung vorliegend nicht erforderlich, festzustellen, ob die Gesamtbehandlungsverantwortung auf ein anderes Krankenhaus übergegangen wäre (dazu LSG Saarland, Urteil vom 22.08.2012 – L 2 KR 118/09 –, in juris). Die Gesamtbehandlungsverantwortung lag während des stationären Aufenthalts der Versicherten selbstredend beim Krankenhaus der Klägerin.

Die Zuordnung der Leistung zu den allgemeinen Krankenhausleistungen ergibt sich des Weiteren daraus, dass eine ambulante vertragsärztliche Strahlentherapie während eines stationären Aufenthalts nicht abrechenbar wäre. Denn grundsätzlich gilt das Verbot vertragsärztlicher Parallelbehandlung bei vollstationärer Krankenhausbehandlung. Eine Ausnahme hiervon besteht nach § 2 Abs. 2 Satz 3 KHEntgG nur für die Dialyse (dazu BSG, Urteil vom 12.11.2013 – B 1 KR 22/12 R –, in juris, Rn. 17).

dd) Dem Vergütungsanspruch steht vorliegend nicht entgegen, dass die Klägerin ihre ursprüngliche Rechnung vom 07.12.2010 korrigiert und erst mit Rechnung vom 07.02.2011 die hier streitgegenständlichen Leistungen geltend gemacht hat. Die Klägerin hat damit nicht gegen den Rechtsgedanken des § 242 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) verstoßen, weil sie sich nicht länger als ein vollständiges Geschäftsjahr für die Korrektur Zeit gelassen hat (vgl. BSG, Urteil vom 05.07.2016 – B 1 KR 40/15 R –, in juris). Die Beklagte hat sich zuletzt auch nicht mehr auf den Einwand der Verwirkung berufen.

ee) Der Zinsanspruch folgt aus § 19 Abs. 1 und 3 des Landesvertrages nach § 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V für das Land Baden-Württemberg.

3. Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Abs. 1 SGG i.V.m. § 154 Abs. 2 Verwaltungsgerichtsordnung, da weder die Klägerin noch die Beklagte zu den in § 183 SGG genannten Personen gehören.

4. Gründe, die Revision zuzulassen, bestehen nicht.

5. Die endgültige Festsetzung des Streitwerts für das Berufungsverfahren beruht auf § 197a Abs. 1 Satz 1 Halbsatz 1 SGG i.V.m. § 63 Abs. 2 Satz 1, § 52 Abs. 2, § 47 Gerichtskostengesetz.
Rechtskraft
Aus
Login
BWB
Saved
2020-01-09