

L 4 KA 21/03

Land
Schleswig-Holstein
Sozialgericht
Schleswig-Holsteinisches LSG
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
4
1. Instanz
SG Kiel (SHS)
Aktenzeichen
S 14 KA 493/01
Datum
07.05.2003
2. Instanz
Schleswig-Holsteinisches LSG
Aktenzeichen
L 4 KA 21/03
Datum
09.05.2006
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

- Die Verordnung einer Krankenhausbehandlung durch einen Vertragsarzt ist nicht kausal für den Schaden, der bei Weiterführung der Krankenhausbehandlung durch eine zu lange Behandlungszeit entstanden ist.

- Die Entscheidung eines Belegarztes über die Weiterführung der Krankenhausbehandlung ist keine Verordnung einer Leistung im Sinne von § 12 Abs. 3 Prüfvereinbarung Schleswig-Holstein.

Auf die Berufung des Klägers werden das Urteil des Sozialgerichts Kiel vom 7. Mai 2003 sowie der Beschluss/Bescheid des Beklagten vom 6. Dezember 2000/23. April 2001 aufgehoben. Der Beklagte trägt die außergerichtlichen Kosten des Klägers im gesamten Verfahren. Die außergerichtlichen Kosten der Beigeladenen im gesamten Verfahren sind nicht erstattungsfähig. Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Rechtmäßigkeit eines Regresses wegen der Dauer einer Krankenhausbehandlung, die der Kläger als Vertragsarzt verordnet hatte.

Der Kläger war als Chirurg zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Am 22. Januar 1996 ordnete er der von ihm bis dahin ambulant behandelten Patientin M R stationäre Krankenhausbehandlung. In dem Vordruck (Muster 2 a nach der Anlage 2 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte-/Ersatzkassen) gab er als voraussichtliche Verweildauer drei Wochen an und als Einweisungsdiagnose: "Schweres therapieresistentes rezidivierendes hochschmerzhaftes HWS- und LWS-Syndrom mit radikulärer Symptomatik L5/S1 und vegetativer Symptomatik HWS". Die Patientin wurde am 22. Januar 1996 in die vom Kläger betriebene chirurgische Privatklinik aufgenommen und von diesem dort als Belegarzt behandelt. Am 24. Januar 1996 fand eine Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung statt, die durch Dr. F , Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Schleswig-Holstein (MDK), durchgeführt wurde. Dabei wurde dem Kläger durch Dr. F mitgeteilt, dass die Krankenhausbehandlung nur bis zum 27. Januar 1996 befürwortet werde. Die stationäre Behandlung der bei der Barmer Ersatzkasse K versicherten Patientin wurde über dieses Datum hinaus bis zum 10. Februar 1996 fortgeführt.

Am 30. September 1996 beantragte der Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. bei dem Gemeinsamen Prüfungsausschuss die Festsetzung eines Regresses gegenüber dem Kläger in Höhe der entstandenen Kosten für die Krankenhausbehandlung in der Zeit ab dem 28. Januar 1996 (14 Tage) in Höhe von 13.580,00 DM zuzüglich der noch nicht bezifferbaren Belegarztkosten. Der Kläger hat dagegen eingewandt und im Einzelnen begründet, dass die stationäre Behandlung der Patientin R bis einschließlich 10. Februar 1996 medizinisch erforderlich gewesen sei. Ferner hat er geltend gemacht, dass die Krankenkasse nur dann nicht zur Kostenübernahme verpflichtet sei, wenn der Krankenhausarzt mit der Entscheidung über die Behandlungsdauer eine ihm vorwerfbare Fehlentscheidung getroffen habe. Diese Voraussetzung sei hier jedenfalls nicht erfüllt.

Mit Bescheid vom 2. März 1998 (Beschl. v. 15. Oktober 1997) entschied der Prüfungsausschuss, keinen Schadensersatz festzusetzen und führte zur Begründung im Wesentlichen aus, dass der Kläger die schriftliche Stellungnahme des Vertreters des MDK, Dr. F , erst am 11. Oktober 1996 erhalten habe und dass die Stellungnahme erst am 23. September 1996 erstellt worden sei. Es könne nicht ausgeschlossen werden, dass eine rückwirkende Begutachtung vorgenommen worden sei. Diese werde vom Prüfungsausschuss ebenso wie die rückwirkende Ausstellung einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung für unzulässig gehalten. Daher sei kein Schadensersatz festgesetzt worden.

Zur Begründung des dagegen am 6. März 1996 durch den Beigeladenen zu 2. eingelegten Widerspruchs führte dieser im Wesentlichen aus,

dass die Entscheidung, nach der die stationäre Behandlung nur bis zum 27. Januar 1996 durchzuführen sei, bereits am 24. Januar 1996 getroffen und dem Kläger durch Dr. F vom MDK bekannt gegeben worden sei. Der durch die Fortsetzung der stationären Behandlung entstandene Gesamtschaden belaufe sich einschließlich der Belegarztkosten in Höhe von 496,00 DM auf insgesamt 14.076,00 DM.

Der Kläger hat geltend gemacht, dass die stationäre Behandlung auch in der Zeit nach dem 27. Januar 1996 und bis zum 10. Februar 1996 erforderlich gewesen sei. Zur Begründung hat er auf medizinische Unterlagen Bezug genommen. Dagegen hat der Kläger den angefochtenen Bescheid des Prüfungsausschusses verteidigt und dazu der Beklagten medizinische Unterlagen bezogen auf die Patientin R übersandt.

Mit Bescheid vom 23. April 2001 gab der Beklagte dem Widerspruch der Beigeladenen zu 2. statt, setzte gegenüber dem Kläger einen Schadensersatz in Höhe von 14.076,00 DM fest und bezog sich zur Begründung im Wesentlichen auf eine in der Verhandlung vor dem Beschwerdeausschuss abgegebene Stellungnahme des Dr. F. Es sei davon auszugehen, dass der Kläger bereits am 24. Januar 1996 darüber in Kenntnis gesetzt worden sei, dass die stationäre Behandlung nur bis zum 27. Januar 1996 befürwortet werde. Daher sei dem Widerspruch stattzugeben.

Dagegen hat der Kläger am 11. Mai 2001 vor dem Sozialgericht Kiel Klage erhoben und zur Begründung im Wesentlichen auf die Ausführungen im Verwaltungsverfahren Bezug genommen.

Der Kläger hat beantragt,

den Bescheid des Beklagten vom 23. April 2001 aufzuheben.

Der Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Er hat sich zur Begründung im Wesentlichen auf den Inhalt des angefochtenen Bescheides bezogen.

Das Sozialgericht hat weitere die Patientin R betreffende medizinische Unterlagen (Klinikblätter) beigezogen.

Mit Urteil vom 7. Mai 2003 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen und zur Begründung im Wesentlichen ausgeführt: Der Beklagte habe die belegärztliche Tätigkeit des Klägers für die Zeit ab dem 28. Januar 1996 zu Recht als nicht notwendig angesehen und deshalb hinsichtlich der Kosten der stationären Behandlung und der entsprechenden Belegarztkosten für die Zeit vom 28. Januar 1996 bis zum 10. Februar 1996 einen Regress festgesetzt. Die Festsetzung des Regresses sei zulässig gewesen. Die Prüfvereinbarungen enthielten keinerlei Bestimmungen darüber, dass die Notwendigkeit einer Leistung nicht auf Grund nachträglicher Begutachtung festgestellt werden dürfe. Vielmehr geböten die Grundsätze der Wirtschaftlichkeitsprüfung, dass die ärztliche Behandlungs- und Ordnungsweise umfassend überprüft werde. Unsicherheiten, die sich aus einer nachträglichen Begutachtung ergeben könnten, würden allerdings nach den Regeln der objektiven Beweislast zu Lasten des Beklagten gehen. Nach erneuter Durchsicht der Behandlungsunterlagen zur Patientin R habe die Kammer keinen Zweifel daran, dass die Behandlung für die Zeit ab dem 28. Januar 1996 auch in ambulanter Form hätte erfolgen können. Sowohl die Versorgung mit kalorienarmer Kost als auch die Gabe von Diazepam, die Injektion von Diclofenac bzw. die Versorgung mit Novalgin nach Bedarf, mit Kurzweile, einem Tensgerät oder mit Krankengymnastik nach Anleitung hätten auch ambulant erfolgen können. Sicherlich sei zur Erhärtung der Diagnose und zur Einleitung der Therapie zunächst eine stationäre Behandlung sachgerecht gewesen. Nach Einleitung der Therapie hätte aber eine rasche Überleitung in die ambulante Weiterbehandlung erfolgen können. So sei die Klägerin keinesfalls ruhiggestellt worden, denn sonst hätte Krankengymnastik nach Anleitung nicht erfolgen können. Vielmehr beweise die Fähigkeit, Krankengymnastik auch selbstständig auszuüben, eine weitgehende Stabilisierung der Patientin, so dass ambulante häusliche Behandlung ausgereicht hätte. Anhaltspunkte dafür, dass ab dem 28. Januar 1996 weiterhin die Notwendigkeit einer stationären Krankenhausbehandlung bestanden hätte, ließen sich den Krankenakten auch nicht andeutungsweise entnehmen.

Gegen das ihm am 3. Juli 2003 zugestellte Urteil wendet sich der Kläger mit der am Montag, d. 4. August 2003 beim Schleswig-Holsteinischen Landessozialgericht eingegangenen Berufung, zu deren Begründung er im Wesentlichen geltend macht, dass das Sozialgericht seine Pflicht zur Aufklärung des Sachverhalts durch Einholung eines Gutachtens verletzt habe.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Kiel vom 7. Mai 2003 sowie den Beschluss/Bescheid des Beklagten vom 6. Dezember 2000/ 23. April 2001 aufzuheben.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Er bezieht sich zur Begründung im Wesentlichen auf den Inhalt des angefochtenen Bescheides sowie des Urteils des Sozialgerichts Kiel.

Der Beigeladene zu 2. macht im Wesentlichen geltend, dass die Voraussetzungen eines Regresses nach § 12 der Prüfvereinbarung sowohl bezogen auf die belegärztlichen Leistungen als auch auf die damit zusammenhängenden Pflegekosten des Krankenhauses erfüllt seien, so dass sich "der Anspruch auf sachlich-rechnerische Berichtigung" auch hierauf erstrecke.

Der Senat hat das Gutachten des Arztes für Orthopädie Dr. U vom 1. August 2005 eingeholt. Wegen des Inhalts des Gutachtens wird auf Bl. 84 bis Bl. 98 der Gerichtsakte Bezug genommen.

Die den Kläger betreffenden Verwaltungsakten des Beklagten sowie die Prozessakte haben dem Senat vorgelegen. Diese sind Gegenstand

der mündlichen Verhandlung und Beratung gewesen. Wegen weiterer Einzelheiten wird auf ihren Inhalt Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die statthafte (§ 143 Sozialgerichtsgesetz - SGG -) und fristgerecht (§ 151 Abs. 1 SGG) eingelegte Berufung ist begründet. Das Urteil des Sozialgerichts und der Bescheid des Beklagten halten einer rechtlichen Prüfung nicht stand. Der Beklagte hat keinen Anspruch gegen den Kläger auf Ersatz eines Schadens wegen der Verordnung von Krankenhausbehandlung.

Die Gremien der Wirtschaftlichkeitsprüfung sind im Grundsatz berechtigt, Regresse wegen unzulässiger Verordnung u.a. von Krankenhausbehandlung festzusetzen. Dies folgt aus § 106 Abs. 2 Satz 4 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) in der hier noch anzuwendenden Fassung des Gesundheitsstrukturgesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I, S. 2266). Danach können die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich mit den Kassenärztlichen Vereinigungen über die gesetzlich geregelten Prüfungsarten hinaus andere arztbezogene Prüfungsarten vereinbaren. Von dieser Kompetenz haben die Partner der Gesamtverträge in Schleswig-Holstein mit der 1995 in Kraft getretenen gemeinsamen Prüfvereinbarung vertragsärztliche Versorgung vom 15. Mai 1995 (PV) Gebrauch gemacht. § 12 Abs. 3 PV bestimmt: "Der Prüfungsausschuss entscheidet auf begründeten Antrag im Einzelfall auch über einen Anspruch auf Schadenersatz wegen unzulässiger Verordnung von Leistungen, die aus der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen sind (hierunter fallen auch Verordnungen, die gegen die Arzneimittelrichtlinien verstoßen) oder fehlerhafte Ausstellung von Bescheinigungen."

Grundlegende Voraussetzung für die Festsetzung eines Schadensregresses ist danach, dass durch die Verordnung ein Schaden entstanden ist. Nur der unmittelbar auf die Verordnung zurückzuführende Schaden kann im Wege des Regresses nach § 106 Abs. 2 Satz 4 SGB V in Verbindung mit § 12 Abs. 3 PV geltend gemacht werden (vgl. zum Gegenstand des sog. Arzneimittelregresses: BSG, Urteil vom 14. März 2001 - B 6 KA 19/00 R - SozR 3-2500 § 106 Nr. 52, juris Rz. 16). Vorliegend hat die Beklagte einen Schaden geltend gemacht, der dadurch entstanden sein soll, dass die stationäre Behandlung der Patienten M R über den 27. Januar 1996 hinaus bis zum 10. Februar 1996 fortgeführt worden ist. Die Fortführung der Krankenhausbehandlung über den 27. Januar 1996 hinaus steht jedoch in keinem ursächlichen Zusammenhang mit der Verordnung von Krankenhausbehandlung durch den Kläger. Zwar hat der Kläger in dem Vordruck zur Verordnung von Krankenhausbehandlung - wie dort vorgesehen - auch Angaben zur voraussichtlichen Verweildauer gemacht und diese mit drei Wochen angegeben. Dabei handelt es sich jedoch - wie auch in dem Wort "voraussichtlich" deutlich zum Ausdruck kommt - nur um eine unverbindliche Prognose. Bereits über die Aufnahme eines Patienten in das Krankenhaus kann nicht der verordnende Vertragsarzt alleine entscheiden. Zwar ist die Verordnung gemäß § 73 Abs. 1 Nr. 7 SGB V - von Notfällen abgesehen - Voraussetzung der Erbringung einer von der Krankenkasse geschuldeten Krankenhausbehandlung. Sie schränkt die Therapiefreiheit des Krankenhausarztes jedoch nicht ein. Insbesondere wenn die Verordnung - wie hier - lediglich ein Beschwerdebild beschreibt, bleibt es dem Krankenhausarzt überlassen, über die Erforderlichkeit und Art der Krankenhausbehandlung zu entscheiden (BSG, Urteil vom 17. Mai 2000 - B 3 KR 33/99 R - BSGE 86, 166 = SozR 3-2500 § 112 Nr. 1, m.w.N.). Erst Recht entscheidet der Krankenhausarzt und nicht der verordnende Arzt über die Fortführung der Krankenhausbehandlung eines bereits stationär untergebrachten Patienten (vgl. BSG, Urteil vom 13. Mai 2004 - B 3 KR 18/03 R - BSGE 92, 300 = SozR 4-2500 § 39 Nr. 2). Daran ändert sich auch nichts dadurch, dass der Kläger nicht nur als verordnender Arzt tätig geworden ist, sondern außerdem als Belegarzt und dass er in seiner Funktion als Belegarzt über die Fortdauer der Krankenhausbehandlung über den 27. Januar 1996 hinaus entschieden hat. Die Identität der behandelnden Personen ändert nichts daran, dass zwischen der Funktion des ambulant behandelnden und die Krankenhausbehandlung verordnenden Arztes und der Funktion des in der stationären Versorgung tätigen Belegarztes zu unterscheiden ist.

Die Entscheidung des Beklagten kann auch nicht mit der Begründung als rechtmäßig angesehen werden, dass der Kläger die Fortführung der Krankenhausbehandlung über den 27. Januar 1996 hinaus in seiner Funktion als Belegarzt "verordnet" hätte. Bei der Entscheidung des Belegarztes über die Fortführung einer bereits begonnenen Krankenhausbehandlung handelt es sich nicht um eine Verordnung. Als Verordnung von Krankenhausbehandlung wird allgemein nur die Entscheidung über die Krankenhauseinweisung eines Patienten verstanden, der noch nicht im Krankenhaus behandelt wird und nicht die Entscheidung über die Fortführung einer bereits begonnenen Krankenhausbehandlung. Dementsprechend hat der Kläger den in den Krankenhauspflege-Richtlinien (jetzt § 7 der Krankenhausbehandlungs-Richtlinien) vorgesehenen Vordruck (Muster 2) für die Verordnung stationärer Krankenhausbehandlung auch nur bei der in seiner Funktion als ambulant behandelnder Arzt getroffenen Entscheidung über die Krankenhauseinweisung verwandt und nicht bei seiner in der Funktion als Belegarzt getroffenen Entscheidung über die Fortführung der Krankenhausbehandlung über den 27. Januar 1996 hinaus.

Die Entscheidung des Beklagten über die Festsetzung eines Schadensersatzes kann ferner nicht mit der Begründung als rechtmäßig angesehen werden, dass die Entscheidung des Klägers in seiner Funktion als Belegarzt, die stationäre Behandlung über den 27. Januar 1996 hinaus fortzusetzen, einer Verordnung ähnlich sei und dass die Regelungen aus der PV auf diesen Fall entsprechend anwendbar wären. Dem steht bereits entgegen, dass die Beklagte den Kläger nicht wegen der in seiner Funktion als Belegarzt getroffenen Entscheidung in Anspruch genommen hat. Vielmehr richtet sich der Prüfantrag der Beigeladenen zu 2) ausdrücklich auf die Verordnung (Vordruck Muster 2a), die der Kläger in seiner Funktion als ambulant behandelnder Arzt ausgestellt und in der er die voraussichtliche Verweildauer mit drei Wochen angegeben hat. Dementsprechend ist der Antrag im Betreff mit "Antrag auf Überprüfung der Krankenhauseinweisung" überschrieben. Die Entscheidung des Klägers in seiner Funktion als Belegarzt, die Krankenhausbehandlung trotz des Ergebnisses der am 24. Januar 1996 durchgeführten Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung durch den MDK fortzuführen, betrifft einen anderen Lebenssachverhalt, der nicht Gegenstand des angefochtenen Bescheides des Beklagten ist.

Außerdem steht einer erweiternden Auslegung der Vorschriften der PV zur Feststellung eines sonstigen Schadens jedenfalls bezogen auf die Verordnung von Krankenhausbehandlung nach Auffassung des Senats entgegen, dass die Frage, unter welchen Voraussetzungen die Krankenkasse die Vergütung für eine medizinisch nicht notwendige Krankenhausbehandlungsdauer ablehnen kann, Gegenstand der nach § 112 Abs. 2 Nr. 2 SGB V geschlossenen Verträge ist. Der hier von der Beigeladenen zu 2. geltend gemachte Schaden kann jedenfalls bezogen auf den ganz überwiegenden Teil die Vergütung der Krankenhausleistungen - nur entstehen, wenn die Krankenkasse nicht von der in den Verträgen nach § 112 Abs. 2 Nr. 2 SGB V geregelten Möglichkeit Gebrauch macht, die dem Krankenhaus nicht zustehende Vergütung zu verweigern bzw. zurückzufordern oder wenn die vertraglich geregelten Voraussetzungen einer Rückforderung der Vergütung nicht erfüllt sind (vgl. dazu § 112 SGB V in Verbindung mit dem zwischen der Krankenhausgesellschaft Schleswig-Holstein und den Verbänden der

Krankenkassen in Schleswig-Holstein geschlossenen Vertrag gemäß [§ 112 Abs. 2 Nr. 2 SGB V](#)). Eine erweiternde Auslegung der PV würde eine Umgehung der Verträge nach [§ 112 Abs. 2 Nr. 2 SGB V](#) honorieren.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#) in der bis zum 1. Januar 2002 geltenden Fassung, da die Klage bis zu diesem Tag rechtshängig geworden ist (vgl. BSG, Urteil vom 30. Januar 2002 - [B 6 KA 12/01 R](#) - [SozR 3-2500 § 116 Nr. 24](#)).

Der Senat hat die Revision gemäß [§ 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG](#) wegen grundsätzlicher Bedeutung der Rechtssache zugelassen, weil die Anwendung der Regelungen zum sog. Ordnungsregress im Falle der Fortsetzung der ambulanten Behandlung durch einen Belegarzt soweit ersichtlich bisher nicht Gegenstand einer Entscheidung des Bundessozialgerichts war.

Rechtskraft

Aus

Login

SHS

Saved

2006-07-14