

## S 12 KR 168/10

Land  
Hessen  
Sozialgericht  
SG Kassel (HES)  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung  
12  
1. Instanz  
SG Kassel (HES)  
Aktenzeichen  
S 12 KR 168/10  
Datum  
24.11.2010  
2. Instanz  
Hessisches LSG  
Aktenzeichen  
L 1 KR 5/11  
Datum  
20.06.2012  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen

-  
Datum

-  
Kategorie  
Urteil  
Leitsätze

Zur Nichtabrechenbarkeit vollstationär erbrachter Krankenhausleistungen durch das Krankenhaus, wenn die den Krankenhausaufenthalt als Hauptleistung bestimmende Operation durch einen niedergelassenen Vertragsarzt erbracht wird, der nicht zugleich Angestellter des Krankenhauses ist, aber - ohne selbst Belegarzt zu sein - ähnlich einem Belegarzt sowohl die Verordnung der Krankenhausbehandlung und damit die Einweisung als auch als sogenannter Aufnahmearzt die Aufnahme in das Krankenhaus verantwortet.  
Die Klage wird abgewiesen.

Die Klägerin hat einschließlich der Kosten der Beklagten insgesamt die Kosten des Rechtsstreits zu tragen.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob die Beklagte verpflichtet ist, der Klägerin als Krankenhausträgerin aus Anlass der vollstationären Behandlung der Versicherten C. im Kreiskrankenhaus A-Stadt in der Zeit vom 6. November 2006 bis 10. November 2006 bei einer Rechnungsstellung vom 14. November 2006 insgesamt 3.828,91 EUR zuzüglich Zinsen hieraus in Höhe von 5%-Punkten über dem Basiszinssatz der Europäischen Zentralbank seit dem 17. Dezember 2006 zu zahlen, wobei die Beklagte einen Ausgleich der Rechnung u.a. mit der Begründung verweigert hatte, dass die vollstationäre Behandlung ihrer o.a. Versicherten als Wirbelsäulenoperation nach der DRG-Fallpauschale I53Z (nach dem Fallpauschalenkatalog 2006: Andere Eingriffe an der Wirbelsäule ohne äußerst schwere Komplikationen oder Komorbiditäten, mit komplexem Eingriff) nicht vom Versorgungsauftrag des Krankenhauses und damit systemfremd erbracht worden und insoweit nicht abrechnungsfähig sei. Dies wiederum deshalb, weil die der Abrechnung zu Grunde liegende DRG in den Budgetverhandlungen, bezogen auf den streitigen Zeitraum, nicht vereinbart worden sei. Grund hierfür sei gewesen, dass wie auch vorliegend erfolgt - die insoweit durchzuführende operative Behandlung eben nicht selbst vom Krankenhaus erbracht werde, sondern einem externen Arzt, hier durch den Neurochirurgen Dr. med. D., einem niedergelassenen Vertragsarzt, der seine Praxis im 2. Stock des Krankenhauses habe und im streitigen Zeitraum weder zugleich Belegarzt noch Angestellter des Krankenhauses gewesen sei.

Die Klägerin hat schließlich als Krankenhausträgerin am 2. Januar 2007 unter dem Aktenzeichen S [12 KR 23/07](#) Klage vor dem Sozialgericht in Kassel erhoben, mit der sie an dem von ihr geltend gemachten Anspruch auf Ausgleich der o.a. Kosten festhält.

Die Klägerin führt aus, sie sei nach § 7 Abs. 1 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) berechtigt, alle Leistungen abzurechnen, die sie im Rahmen des Versorgungsauftrages ihres Krankenhauses erbracht habe. Der Versorgungsauftrag ihres Krankenhauses ergebe sich aus den Festlegungen des Krankenhausplans. Das Krankenhaus sei in den Hessischen Krankenhausplan u.a. mit dem ärztlichen Fachgebiet "Chirurgie" aufgenommen. Einschränkungen durch den vom Hessischen Sozialministerium erteilten Aufnahmebescheid nach § 6 Abs. 1 i.V.m. § 8 Abs. 1 Satz 3 des Krankenhausgesetzes (KHG) oder durch ergänzende Vereinbarungen mit Verbänden der Krankenkassen nach § 109 Abs. 1 Satz 4 Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V) gebe es nicht. Damit sei die Klägerin berechtigt, zu Lasten der Beklagten alle Leistungen auf dem Gebiet der Chirurgie zu erbringen. Was unter "Chirurgie" falle, bestimme sich allein nach der Weiterbildungsordnung der jeweiligen Landesärztekammer. Nach der von der Landesärztekammer Hessen erlassenen Weiterbildungsordnung für Ärztinnen und Ärzte umfasse die Chirurgie die Erkennung und Behandlung von chirurgischen Erkrankungen, Verletzungen und Fehlbildungen mit den entsprechenden Untersuchungsverfahren sowie konservative und operative Behandlungsverfahren des Gebiets. Zur Chirurgie gehöre dabei auch die Durchführung der operativen Eingriffe des Gebietes einschließlich der zur Grundversorgung - nicht zu verwechseln mit den früheren Versorgungsstufen von Krankenhäusern - erforderlichen gefäßchirurgischen, thoraxchirurgischen, unfallchirurgischen und visceralchirurgischen Eingriffe. Die Unfallchirurgie decke auch die Behandlung des Stütz- und Bewegungssystems ab. Was die Klägerin hier sodann konkret gemacht habe, sei lediglich, für die Ausführung der Operation nicht auf einen

angestellten Krankenhausarzt zurückzugreifen, sondern sich insoweit der Dienste des niedergelassenen Arztes Dr. med. D. als dienstvertraglich gebundenem Erfüllungsgehilfen zu bedienen. Wen die Klägerin mit der Ausführung der Operation im Rahmen ihrer Verpflichtung zur ärztlichen Behandlung im Sinne des § 2 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG betraue, ob einen auf Grund eines Arbeitsvertrages angestellten Krankenhausarzt oder einen auf Grund eines Dienstvertrages verpflichteten niedergelassenen Arzt, obliege allein der unternehmerischen Entscheidung der Klägerin. Der Grund hierfür habe darin gelegen, dass Dr. med. D. eben Operationstechniken beherrschte, die ihre angestellten Krankenhausärzte nicht in gleichem Maße beherrschten. Bei alledem sei Dr. med. D. weder als Belegarzt noch als Konsiliararzt tätig geworden. Ein Belegarzt sei nach § 18 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG und [§ 121 Abs. 2 SGB V](#) ein Arzt, der unter Inanspruchnahme der vom Krankenhaus bereitgestellten Dienste, Einrichtungen und Mittel vollstationär oder teilstationär eigene Patienten behandle, ohne hierfür vom Krankenhaus eine Vergütung zu erhalten. Dr. med. D. habe für seine Mitwirkung an der Behandlung der Versicherten C. eine Vergütung erhalten. Außerdem sei für das Vorliegen einer belegärztlichen Behandlung kennzeichnend, dass es einen gespaltenen Krankenhausaufnahmevertrag mit sich gegenseitig abschließenden Rechten und Pflichten des Belegarztes sowie des Krankenhauses gegenüber dem Patienten gebe. Vorliegend sei Leistungserbringer und auch vertraglicher Haftungsschuldner allein die Klägerin gewesen. Ein Konsiliararzt im eigentlichen Sinne sei ein Arzt, der auf einem anderen Fachgebiet die behandelnden Ärzte unterstütze, indem er die Patienten untersuche und Behandlungsvorschläge mache. Insoweit sei der Konsiliarist als beratender Arzt und das Konsilium als Beratung mehrerer Ärzte zur Abklärung eines Krankheitsfalls zu beschreiben. Der dabei sinngemäß erhobene Vorwurf der Beklagten, dass sich die Klägerin erst durch das Engagement des Dr. med. D. überhaupt ihre Leistungsfähigkeit geschaffen habe, verfange insoweit nicht. Im Übrigen habe der Gesetzgeber in § 20 Abs. 2 Satz 2 der Ärzte-Zulassungsverordnung (Ärzte-ZV) zwischenzeitlich ausdrücklich anerkannt, dass niedergelassene Ärzte sehr wohl in Krankenhäusern nach [§ 108 SGB V](#) tätig werden könnten oder mit ihnen zusammenarbeiten dürften, ohne dass sie hierfür Belegärzte sein müssten. Wie solle aber die Tätigkeit eines niedergelassenen Arztes in oder seine Zusammenarbeit mit einem Krankenhaus erfolgen, wenn letzterem zugleich untersagt wäre, die Behandlung, an der dieser Arzt mitgewirkt hätte, abzurechnen? Dr. med. D. habe seine Leistung nämlich nicht vollkommen allein erbracht. An der Diagnostik und Therapie seien im Krankenhaus der Klägerin auch andere Krankenhausärzte der Chirurgie, der Anästhesie und des Labors sowie Pflege-, Funktions- und medizinisch-technisches Personal beteiligt gewesen. Selbst Dr. med. D. wäre insoweit ersetzbar gewesen. Dann hätte eben nicht er, sondern ein anderer Chirurg der Klägerin den operativen Eingriff vorgenommen. Es sei also nicht so, dass sich die Klägerin die gesamte Behandlungsleistung erst habe beschaffen müssen, um sie abrechnen zu können. Das Krankenhaus der Klägerin habe mit ihrer Organisation die hier streitige Diagnostik und Therapie stattdessen als "Komplexleistung" erbracht.

Die Beklagte ist dem mit der Klage geltend gemachten Anspruch auch im Weiteren entgegengetreten. Sie führt sinngemäß aus, die hier streitige Krankenhausleistung sei systemfremd erbracht worden. Sie sei nämlich nicht von einem Krankenhausarzt vorgenommen worden, sondern vom niedergelassenen Neurochirurgen Dr. med. D. ... Als Vertragsarzt habe Dr. med. D. aber nicht als verantwortlicher Operateur im Krankenhaus tätig sein dürfen.

Weiter führt die Beklagte aus, dass die hier erfolgte Krankenhausbehandlung auch nicht als Drittleistung nach § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 KHEntgG ihr gegenüber abgerechnet werden könne. Gemäß der vorgenannten Vorschrift seien vom Krankenhaus veranlasste Leistungen Dritter zwar Leistungen des Krankenhauses selber, allerdings nur insofern, als sie "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". Explizit nicht darunter fielen Leistungen der Belegärzte, was sich unmittelbar aus § 2 Abs. 1 Satz 2 KHEntgG ergebe. Im Unterschied hierzu seien aber Leistungen eines Konsiliaristen durch beratende Tätigkeit erfasst. Diese Leistungen hätten jedoch im Verhältnis zu der vom Krankenhaus zu erbringenden Hauptleistung lediglich ergänzende und unterstützende Funktion. Vorliegend sei die Behandlung durch Dr. med. D., einem Facharzt für Neurochirurgie, der konsiliarisch für das klägerische Krankenhaus tätig sei und seit dem 1. Oktober 2006 im Rahmen seiner konsiliarärztlichen Tätigkeit Operationen an der Wirbelsäule in der Abteilung für Chirurgie durchführe, erfolgt. Dass Dr. med. D. seit dem 1. Oktober 2006 Operationen in eigener Verantwortung durchführe, zeige, dass er Leistungen erbringe, die weit über das eigentliche Konsilium, die Beratung und Behandlung hinausgingen. Überdies sei eine konsiliarische Tätigkeit nur dann gegeben, wenn sich diese selbst außerhalb des Leistungsspektrums des Krankenhauses bewege. Ein Konsiliararzt sei ein Arzt mit einer anderen Fachgebietsbezeichnung, der in einem konkreten Behandlungsfall während eines stationären Aufenthaltes im Krankenhaus befindliche Patienten auf seinem Fachgebiet untersuche und Behandlungsvorschläge mache, weil die entsprechende Fachkompetenz im Krankenhaus nicht vorhanden sei. Dies sei aber gerade hier nicht der Fall. Das klägerische Krankenhaus verfüge über eine chirurgische Abteilung. Dr. med. D. sei damit auf einem Fachgebiet tätig geworden, das im Leistungsspektrum der Klägerin selbst vertreten sei. Somit sei die Klägerin nicht auf fremde Dienste angewiesen. Vielmehr deute alles darauf hin, dass es sich dem Grunde nach bei der Tätigkeit des Dr. med. D. um eine belegärztliche Tätigkeit handle. Dr. med. D. weise seine Patienten in das klägerische Krankenhaus ein und behandle diese. So auch im vorliegenden Fall. Die Behandlung von eigenen Patienten unter stationären Bedingungen sei aber gerade die Tätigkeit eines Belegarztes. Hier fehle dann jedoch die Anerkennung des Dr. med. D. als Belegarzt. Insoweit könne letztlich auch dahingestellt bleiben, ob die Klägerin mit der durchgeführten stationären Versorgung noch innerhalb ihres Versorgungsauftrages gehandelt habe. Stattdessen könne allein darauf abgestellt werden, dass ein wesentlicher Bestandteil der Versorgung hier eben mit Dr. med. D. durch einen Arzt erbracht worden sei, welcher zu einer solchen Tätigkeit nicht berechtigt gewesen sei. Eine rechtswidrig erbrachte Leistung dürfe die Beklagte dann aber auch nicht vergüten. Zwar sei die Nebentätigkeit eines Vertragsarztes in einem Krankenhaus nicht grundsätzlich gemäß § 20 Abs. 2 Ärzte-ZV in der hier noch anzuwendenden, bis 31. Dezember 2006 geltenden Fassung ausgeschlossen gewesen. Allerdings habe der hier als Operateur im Krankenhaus der Klägerin tätige Arzt, also Dr. med. D., die Versicherte im Vorfeld selbst ambulant behandelt und auch zur Behandlung in das Krankenhaus eingewiesen. Das Bundessozialgericht (BSG) habe in solchen Fallkonstellationen insoweit bereits mit Urteilen vom 15. März 1995 in der Sache B [6 RKa 23/94](#) und vom 5. November 1997 in der Sache [B 6 RKa 52/97](#) entschieden, dass bei einem Arzt, welcher sowohl in die ambulante als auch die stationäre Behandlung eines Patienten unmittelbar eingebunden sei, eine Interessen- und Pflichtenkollision bestehe. Somit sei eine solche Tätigkeit gemäß § 20 Ärzte-ZV in der hier noch geltenden Fassung nicht zulässig gewesen, da sie ihrem Wesen nach mit der Tätigkeit eines Vertragsarztes nicht vereinbar gewesen sei. Darüber hinaus sei die Behandlung von eigenen Patienten wie hier - Teil der Tätigkeit eines Belegarztes. Dies bedeute, dass es sich dem Grunde nach bei der Tätigkeit des Dr. med. D. um eine belegärztliche Tätigkeit gehandelt habe. Maßgeblich sei insoweit auch nicht die gewählte Bezeichnung, sondern einzig die tatsächliche rechtliche Wertung. Wie ausgeführt fehle Dr. med. D. dann aber wieder die Anerkennung als Belegarzt, so dass er damit als sogenannter unechter Belegarzt gehandelt habe. Eine solche Tätigkeit, welche nicht in der dafür zulassungsrechtlich vorgesehenen Form vorgenommen werde, sei unzulässig und damit rechtswidrig. Im Übrigen sei darauf hinzuweisen, dass die Bestimmung des § 20 Abs. 2 Satz 2 Ärzte-ZV, wonach die Tätigkeit eines Vertragsarztes in oder die Zusammenarbeit mit einem zugelassenen Krankenhaus vereinbar sei, erst durch Art. 5 des VÄndG mit Wirkung zum 1. Januar 2007 eingefügt worden sei. Da die Behandlung vorliegend noch im Jahre 2006 stattgefunden habe, sei der neu eingefügte § 20 Abs. 2 Satz 2 Ärzte-ZV entgegen der Ansicht der Klägerin

vorliegend dann aber auch und gerade nicht anwendbar. Abzustellen sei hier auf die Rechtslage vor dem 1. Januar 2007, wobei ohnehin hinzukomme, dass Hauptleistungen nicht als Drittleistungen abgerechnet werden könnten. Dies deshalb, weil die §§ 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 KHEntG bzw. der Bundespflegesatz-Verordnung den Krankenhäusern zwar gestatteten, Leistungen Dritter in Anspruch zu nehmen; der Einbezug der dort aufgeführten Leistungen in die Gesamtleistung des Krankenhauses könne jedoch nicht dazu benutzt werden, schlicht alles, was im Krankenhaus geschehe, zu dessen Leistung zu erklären. Sinn der vorgenannten Regelungen sei es, das Krankenhaus als Einheit, als Gesamtpartner des Patienten für alle notwendigen Leistungen zu kennzeichnen. Sinn sei es nicht, zusätzliche Leistungen durch das Krankenhaus einzukaufen und sodann als eigene abrechnen zu lassen. Der Katalog der vorgenannten Regelungen umfasse ausschließlich Hilfsleistungen Dritter, die durch den Aufenthalt des Patienten veranlasst würden. Vorliegend sei es unterdessen genau umgekehrt gewesen. Die Leistungen des Vertragsarztes seien nicht durch den Aufenthalt des Patienten veranlasst, sondern hätten gerade erst den Aufenthalt des Patienten im Krankenhaus der Klägerin veranlasst. Dies kennzeichne die Leistung als Hauptleistung, für die die Bereitstellung der Räumlichkeiten und sekundären Dienstleistungen durch das Krankenhaus nur den Rahmen bildeten und damit ihrerseits Hilfsleistungen seien. Wenn schon die vorgenannten Regelungen benutzt werden sollten, die Leistungen als eine Einheit zusammenzufassen, dann auf Seiten desjenigen, der die Hauptleistung erbringe, also auf Seiten des Vertragsarztes. Die von ihm durch seine Hauptleistung veranlassten Hilfsleistungen wären nach der Normlogik auch ihm zuzurechnen. Diesen Schluss wolle freilich niemand ziehen und er ließe sich auch mit dem Anwendungsbereich der vorgenannten Regelungen nicht vereinbaren. Ärztliche Hauptleistungen Dritter, die den alleinigen Zweck des Aufenthaltes im betreffenden Krankenhaus darstellten, seien danach von den vorgenannten Regelungen teleologisch nicht erfasst. Sie seien nicht geschaffen worden, um Krankenhäusern die Abrechnung aller möglichen Drittleistungen als eigene zu eröffnen.

Nachdem das Sächsische Landessozialgericht mit Urteil vom 30. April 2008 in der Sache [L 1 KR 103/07](#) entschieden hatte, dass ein Krankenhaus hinsichtlich der Hauptleistung gegenüber einer Krankenkasse keinen Vergütungsanspruch habe, wenn es die Hauptleistung, hier eine ambulante Operation, durch einen Arzt durchführen lasse, der nicht Beschäftigter des Krankenhauses sei, sondern niedergelassener Arzt und gegen dieses Urteil seitens des Krankenhauses beim BSG unter dem Aktenzeichen [B 1 KR 13/08 R](#) Revision eingelegt worden war, ist schließlich im vorliegenden Rechtsstreit mit Beschluss vom 20. August 2008 auf übereinstimmenden Antrag der Beteiligten das Ruhen des Rechtsstreits angeordnet worden. Mit der Rücknahme der Revision ist der Rechtsstreit dann unter dem o.a. Aktenzeichen fortgeführt worden, wobei die Beteiligten wechselseitig an ihren jeweiligen Auffassungen festhalten.

Die Klägerin führt aus, die Entscheidung des Sächsischen Landessozialgerichts sei vorliegend nicht einschlägig, da es vorliegend um eine vollstationäre Krankenhausbehandlung im Sinne von [§ 107 Abs. 1 SGB V](#) gehe. Die Klägerin habe an Leistungen ärztliche Behandlung, Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln sowie Unterkunft und Verpflegung erbracht. Der Vertragsarzt Dr. med. D. habe als freiberuflicher Mitarbeiter der Klägerin die in den §§ 2 Abs. 1 Satz 1 KHEntG und [§ 39 Abs. 1 Satz 3](#) 1. Halbsatz SGB V beschriebenen Krankenhausleistungen zu erbringen gehabt, indem er gemeinsam mit anderen, bei der Klägerin angestellten Ärzten die ärztliche Behandlung durchgeführt habe. Wenn man der Beklagten folgen würde, bedeute dies, dass alle Krankenhäuser, die freiberufliche ärztliche Mitarbeiter einsetzen, ihre Leistungen nicht abrechnen dürften. Gerade in der heutigen Zeit des Ärztemangels in vielen Krankenhäusern würden aber Ärzte tätig, die dort nicht angestellt seien, sondern als freie Mitarbeiter tätig würden und ein frei ausgehandeltes Arzthonorar erhielten. Solche Honorarärzte würden sogar inzwischen professionell vermittelt. Sodann habe aber auch das Verwaltungsgericht XY-Stadt zwischenzeitlich mit Urteil vom 9. Februar 2010 in der Sache xxxxx die Frage zu entscheiden gehabt, ob ein zugelassenes Krankenhaus seinen Versorgungsauftrag auch unter dem Gesichtspunkt der Leistungsfähigkeit dann ausfülle, wenn es eine Bandscheibenoperation durch einen niedergelassenen Neurochirurgen durchführen lasse. Dies habe das Verwaltungsgericht XY-Stadt überzeugend dahingehend bejaht, dass ein Krankenhaus sehr wohl einen externen Operateur hinzuziehen dürfe und hierdurch seine Leistungspflicht nicht überschritten werde. Insoweit sehe sich die Klägerin durch das vorgenannte Urteil in ihrer Auffassung bestätigt, dass es vorliegend auch im hier streitigen Zeitraum erlaubt gewesen sei, die in § 2 Abs. 1 KHEntG genannten Krankenhausleistungen auch mit Unterstützung durch freiberufliche Ärzte zu erbringen. Die Verantwortung der gesamten Behandlung habe bei der Klägerin gelegen, nicht beim Vertragsarzt Dr. med. D. ...

Die Klägerin beantragt,  
die Beklagte zu verurteilen, der Klägerin aus Anlass der vollstationären Behandlung der Versicherten C. im Kreiskrankenhaus A-Stadt in der Zeit vom 6. November 2006 bis 10. November 2006 3.828,91 Euro zuzüglich Zinsen hieraus in Höhe von 5 Prozent-Punkten über dem Basiszinssatz der Europäischen Zentralbank seit dem 17. Dezember 2006 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,  
die Klage abzuweisen.

Anders als die Klägerin gehe die Beklagte auf der Grundlage ihrer o.a. Ausführungen davon aus, dass die Grundsätze des Urteils des Sächsischen Landessozialgerichts auch auf die vorliegende Fallgestaltung einer vollstationären Krankenhausbehandlung anwendbar seien. Danach seien Leistungen des Krankenhauses grundsätzlich nur die Leistungen, die dieses durch eigenes Personal erbringe, nicht aber die Leistungen selbständiger Dritter. Gemäß [§ 107 Abs. 1 SGB V](#) seien Krankenhäuser Einrichtungen, in denen personelle und sächliche Mittel zur Verwirklichung besonderer Zwecke organisatorisch zusammengefasst seien. Sie müssten über ausreichende, ihrem Versorgungsauftrag entsprechende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und ebenso jederzeit verfügbares ärztliches, Pflege-, Funktions- und medizinisch-technisches Personal. Daraus folge, dass das Krankenhaus die Leistungen der Krankenhausbehandlung im Sinne des [§ 39 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#), die es auf Kosten der gesetzlichen Krankenversicherung erbringen dürfe, durch eigenes Personal durchführen lassen müsse, also durch Personen, die in die Arbeitsorganisation des Krankenhauses derart eingegliedert seien, dass sie für die Behandlung jederzeit zur Verfügung stünden. Dem entspreche die Erbringung von einzelnen Behandlungsleistungen durch selbständige Dritte nicht. Aufgabe eines Krankenhauses sei nicht die Beschaffung der einzelnen Leistungen einer Krankenhausbehandlung, sondern deren Einbringung in ihre eigene Betriebsorganisation als Komplexleistung. Andernfalls liefe das Zulassungssystem, das das Gesetz bei den Krankenhäusern vorsehe, leer. Dann könnten weder Leistungsfähigkeit noch Wirtschaftlichkeit oder Bedarfsgerechtigkeit des Krankenhauses an Hand seiner eigenen personellen und sachlichen Ressourcen beurteilt werden. Grundsätzlich müsse somit das Krankenhaus die Hauptbehandlungsleistung selbst erbringen. Eine Ausnahme von diesem Grundsatz stelle lediglich § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 KHEntG dar. Wie ausgeführt, handele es sich dabei allerdings allein um Leistungen, die im Verhältnis zu der vom Krankenhaus zu erbringenden Hauptbehandlungsleistung lediglich ergänzende oder unterstützende Funktion hätten. Dies gelte mit dem BSG (Urteil vom 28. Februar 2007, [B 3 KR 17/06 R](#)) aber gerade nicht, wenn die Verantwortung für die Gesamtbehandlung vollständig beim Dritten liege, so dass die durch Dr. med. D. als niedergelassenem Vertragsarzt hier erbrachte Hauptleistung gegenüber der Beklagten dann eben auch nicht

abrechenbar sei. An alledem ändere auch das von der Klägerin zuletzt in Bezug genommene Urteil des Verwaltungsgerichts XY-Stadt nichts. Dieses gehe zu Unrecht davon aus, dass die dort streitige Leistung "Bandscheibenoperation" des niedergelassenen Arztes als Leistung eines Dritten zu werten sei. Hier sei wiederum darauf hinzuweisen, dass solche Leistungen nur lediglich ergänzende oder unterstützende Funktionen haben dürften. Eine ergänzende oder unterstützende Leistung liege aber nicht vor, wenn der niedergelassene Arzt, wie vorliegend, die in der Operation liegende Hauptleistung erbringe.

Wegen der weiteren Einzelheiten, insbesondere wegen des jeweiligen weiteren Vorbringens der Beteiligten, wird Bezug genommen auf den Inhalt der Gerichtsakte insgesamt; ebenso wird Bezug genommen auf die von den Beteiligten jeweils wechselseitig vorgelegten weiteren Unterlagen, deren jeweiliger, den vorliegenden Rechtsstreit betreffender Inhalt gleichfalls Gegenstand der mündlichen Verhandlung war, wobei Dr. med. D. ausweislich der beigezogenen Krankengeschichte und des in dieser enthaltenen Operationsberichts nicht nur der verantwortliche Operateur, sondern - wie auch in gleichgelagerten Rechtsstreiten der Klägerin gegen andere Krankenkassen - gleichzeitig auch der die Verordnung von Krankenhausbehandlung ausstellende, also einweisende Arzt war, die Verordnung, der diagnostisch eine Spinalkanalstenose L3/4 und L4/5 zugrunde lag, dabei ausdrücklich als "Belegarztbehandlung" zur Operation gekennzeichnet war und der an die Hausärztin gerichtete Krankenhausaussentlassungsbericht mit dem Briefkopf der Klägerin auch ausdrücklich und allein von Dr. med. D. unterschrieben war; weiterhin wird dieser Bericht u.a. damit eingeleitet, dass sich die Versicherte in der Zeit vom xxx bis yyy in "meiner stationären Behandlung" befand.

Entscheidungsgründe:

Die Klage ist nach der ständigen Rechtsprechung der Kammer, die sich an die höchstrichterliche Rechtsprechung anlehnt, im Gleichordnungsverhältnis als allgemeine (echte) Leistungsklage (vgl. hierzu BSG in [SozR 3 - 2500 § 39 Nr. 4](#), BSG, Urteil vom 17. Mai 2000, [B 3 KR 33/99 R](#) und zuletzt BSG, Urteil vom 13. Dezember 2001, [B 3 KR 11/01 R](#)) zulässig. Im Übrigen ergibt sich die Zuständigkeit der Sozialgerichte für Streitigkeiten aus dem Abrechnungsverhältnis zwischen Krankenhaus und Krankenkasse (vgl. BSG, Urteile vom 17. Mai 2000 und 13. Dezember 2001 wie vor) insoweit aber auch ausdrücklich aus [§ 51 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG), der u.a. auch Streitigkeiten zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen in Angelegenheiten des SGB V der Sozialgerichtsbarkeit zuweist.

Die Klage ist sodann jedoch nicht begründet. Die Beklagte ist nicht verpflichtet, der Klägerin die aus Anlass der o.a. stationären Behandlung ihrer Versicherten im Krankenhaus der Klägerin entstandenen streitigen Behandlungskosten zu zahlen, da auch zur Überzeugung der Kammer mit den o.a. ausführlich dargelegten, rechtlich überzeugenden Ausführungen der Beklagten im hier streitigen Zeitraum, auf den die Kammer allein abstellt, die auch nach Auffassung der Kammer den streitigen Krankenhausaufenthalt als Hauptleistung bestimmende Operation durch Dr. med. D. nicht mehr als gegenüber der Beklagten abrechenbare Krankenhauskomplexleistung im o.a. Sinne gewertet werden kann. Ob der streitige Anspruch bei alledem zusätzlich daran scheitert, dass die Leistung als solche bereits nicht vom Umfang des Versorgungsvertrages der Klägerin erfasst war, bleibt dahingestellt. Zumindest ansonsten macht sich die Kammer letztlich auf der weiteren Grundlage der vom Sächsischen Landessozialgericht mit Urteil vom 30. April 2008 in der Sache [L 1 KR 103/07](#) aufgezeigten rechtlichen Grundsätze, die mit der Beklagten auch auf vollstationäre Krankenhausbehandlungen anzuwenden sind, sowie im Nachgang zum Urteil des BSG vom 28. Februar 2007 in der Sache [B 3 KR 17/06 R](#), das die Herleitungen im Urteil des Sächsischen Landessozialgerichts nach Auffassung der Kammer ausdrücklich stützt, bei alledem jedenfalls die Ausführungen der Beklagten vollinhaltlich zu Eigen, nimmt vollinhaltlich auf diese Ausführungen Bezug und sieht danach analog [§ 136 Abs. 3 SGG](#) von einer weiteren Darstellung der Entscheidungsgründe ab. Der gegenteiligen Auffassung des Sozialgerichts Fulda im Urteil vom 19. Januar 2010, [S 4 KR 495/06](#) (nicht veröffentlicht, Berufung anhängig beim Hessischen Landessozialgericht unter dem Az. [L 1 KR 77/10](#)) vermochte die Kammer insoweit nicht zu folgen, nachdem dieser eine von der vorgenannten Rechtsprechung, auch des BSG, abweichende Auffassung der Leistungen Dritter im Sinne des [§ 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 KHEntgG](#) zugrunde liegt, die die Kammer mit den Ausführungen der Beklagten zumindest bezogen auf das Jahr der hier streitigen Leistungserbringung, also das Jahr 2006, nicht zu teilen vermag. Dies deshalb, weil es sich bei Leistungen herangezogener Dritter nach [§ 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 KHEntgG](#) als Bestandteil der allgemeinen Krankenhausleistungen und mit den Entgelten für diese abgegolten eben nur handelt, selbst wenn sie als solche auch stationär und dabei gleichfalls durch Ärzte erbracht werden können, wenn diese Leistungen im Verhältnis zu der vom Krankenhaus zu erbringenden Hauptbehandlungsleistung allein ergänzende oder unterstützende Funktion haben und die Gesamtverantwortung hier dann zwar formal auch bei der Klägerin gelegen haben mag, ausweislich der beigezogenen Krankengeschichte im Hinblick auf den tatsächlichen Geschehensablauf und die Einbindung des Dr. med. D. in diesen von Anbeginn an dann tatsächlich bei letzterem. Insoweit sprechen also nicht nur die durch ihn selbst erfolgten Kennzeichnungen seiner Einweisungen als "Belegarztverordnungen" für sich. Der Klage war somit insgesamt abzuweisen, wobei es auf die Frage des Vorliegens von vollstationärer Krankenhausbehandlungsnotwendigkeit i.S.v. [§ 39 SGB V](#) im gesamten streitigen Behandlungszeitraum als weiterer unabdingbarer Voraussetzung für den streitigen Vergütungsanspruch selbst nicht mehr ankam.

Die Kostenentscheidung folgt sodann aus den [§§ 197a, 183](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) i.V.m. [§ 154](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).

Der gesonderten Entscheidung über eine Zulassung der Berufung bedurfte es nicht; Berufungsausschlussgründe, die eine solche Entscheidung erforderlich gemacht hätten, liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2012-07-18