



# SOZIALGERICHT FÜR DAS SAARLAND

IM NAMEN DES VOLKES

## GERICHTSBESCHEID

In dem Rechtsstreit

der

- Klägerin -

Prozessbevollmächtigter: Rechtsanwalt Friedrich W. Mohr c/o Krankenhausgesellschaft Rheinland-Pfalz e.V., Bauerngasse 7,  
55116 Mainz,

g e g e n

- Beklagte -

hat die 23. Kammer des Sozialgerichts für das Saarland durch den Präsidenten des Sozialgerichts Fischbach am 15. März 2013 gemäß § 105 Sozialgerichtsgesetz für Recht erkannt:

- 1. Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin einen Betrag von 3032,15 € nebst 2% Zinsen über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 19.9.2008 zu zahlen.**
- 2. Die Beklagte trägt die Kosten des Rechtsstreites.**

## T A T B E S T A N D

Die Beteiligten streiten um die Abrechnung eines stationären Krankenhausaufenthalts.

Die Klägerin ist Trägerin des zugelassenen Krankenhauses in ..... Die Beklagte ist eine gesetzliche Krankenkasse.

Der am 24.7.1956 geborene, bei der Beklagten versicherte Patient ..... wurde am 29.7.2008 im Krankenhaus der Klägerin behandelt. Kurze Zeit nach Aufnahme in dem Krankenhaus verstarb der Patient, wobei der Tod durch eine Typ A- Dissektion der Aorta herbeigeführt wurde.

Für die Behandlung stellte die Klägerin mit Rechnung vom 3.9.2008 einen Betrag i.H.v. 3032,15 € in Rechnung. Abgerechnet wurde unter anderem die DRG-Fallpauschale F52A

Die Beklagte zahlte den geltend gemachten Rechnungsbetrag nicht und machte geltend, die durchgeführte Behandlung gehöre nicht zum Versorgungsauftrag der Klägerin, so dass daher ein Vergütungsanspruch nicht bestehe.

Die Klägerin und die zuständigen Krankenkassen führten am 11.12.2007 Entgeltverhandlungen für den Zeitraum 2007. Dabei konnten sich die Vertragsparteien über fast alle Punkte einigen, bis auf die Frage, ob kardiologische Leistungen, die die Klägerin am Linksherzkathetermessplatz erbringt, in dem Entgeltverfahren 2007 zu berücksichtigen sind. Die Krankenkassen hielten die Leistungen nicht für berücksichtigungsfähig, weil die Klägerin keinen Versorgungsauftrag für die Erbringung dieser Leistungen habe.

Mit Beschluss vom 21.02.2008 entschied die Schiedsstelle: „ Die Leistungen, die das Kreiskrankenhaus A-Stadt durch die Inbetriebnahme eines Linksherzkathetermessplatzes erbringt, sind in dem Entgeltverfahren 2007 nicht zu berücksichtigen.“ In den Gründen stellte sie fest, dass die Klägerin keinen Versorgungsauftrag für kardiologische Leistungen mithilfe eines Linksherzkathetermessplatzes habe. Gestützt werde dieses Ergebnis noch durch die Beschränkung der Notfallversorgung der Klägerin auf die Basisnotfallversorgung Innere Medizin. Eines ausdrücklichen Ausschlusses von kardiologischen Leistungen aus dem Versorgungsauftrag bedürfe es bei dieser Sachlage nicht.

Um Tenor und Gründe „in Einklang zu bringen“, fasste die Schiedsstelle den Tenor des Beschlusses vom 21.02.2008 durch Beschluss ihres Vorsitzenden vom 11.04.2008 klarstellend wie folgt: „ Die kardiologischen Leistungen, die das Kreiskrankenhaus A-Stadt durch die Inbetriebnahme eines Linksherzkathetermessplatzes erbringt, sind in dem Entgeltverfahren 2007 nicht zu berücksichtigen .“

Mit Bescheid vom 29.04.2008 genehmigte das zuständige Ministerium den Beschluss der Schiedsstelle vom 19.02.2008 in der Form der Berichtigung vom 11.04.2008.

Am 27.05.2008 hat die Klägerin vor dem Verwaltungsgericht für das Saarland Klage erhoben. Die Klägerin beehrte dabei die Aufhebung des Bescheides vom 29.04.2008, in dem die Entscheidung der Schiedsstelle für die Festsetzung der Krankenhauspflegesätze für das Saarland über die Entgeltvereinbarung vom 21.02.2008 in der Form der Klarstellung vom 11.04.2008 genehmigt wurde.

Die Klage ist von dem Verwaltungsgericht für das Saarland mit Urteil vom 9.3.2010 (3 K 506/08) abgewiesen worden. In den Urteilsgründen ist ausdrücklich festgehalten, dass die Klägerin keinen Versorgungsauftrag für die von ihr mit Hilfe des Linksherzkathetermessplatzes erbrachten kardiologischen Leistungen hat.

Die Zulassung der Berufung gegen dieses Urteil ist nicht erfolgt. Die dagegen eingelegte Nichtzulassungsbeschwerde hat das Obergerverwaltungsgericht für das Saarland mit Beschluss vom 8.5.2012 (3 A 100/10) zurückgewiesen.

Bereits mit der am 20.10.2008 bei dem erkennenden Gericht eingegangenen Klage verfolgt die Klägerin ihr Begehren auf Zahlung des noch offen stehenden Rechnungsbetrages für den streitgegenständlichen Abrechnungsfall weiter.

Die Klägerin trägt vor,

sie sei berechtigt gewesen, die streitgegenständliche Behandlung bei dem Patienten durchzuführen. Unabhängig davon, ob die Behandlung von dem Versorgungsauftrag der Klägerin gedeckt gewesen sei, bestehe vorliegend ein Vergütungsanspruch, da der Patient notfallmäßig in das Krankenhaus der Klägerin aufgenommen worden sei. Der Patient sei mit einem kardiologischen Schock mit Reanimationspflicht bei STEMI der Vorderwand und Typ A Dissektion notfallmäßig eingeliefert worden. Er sei instabil gewesen und es habe eine Linksherzkathederuntersuchung unter Reanimation stattgefunden. Der Patient sei dann auch verstorbenen.

Die Klägerin beantragt,

**die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin 3032,15 € zuzüglich Zinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 19.9.2008 zu zahlen.**

Die Beklagte beantragt sinngemäß,

**die Klage abzuweisen.**

Die Beklagte trägt vor,

die Klägerin habe für die streitgegenständliche Behandlung des Patienten keinen Versorgungsauftrag gehabt. Dies gelte auch für eine Linksherzkathederuntersuchung im Rahmen der Notfallversorgung. Die Klägerin sei lediglich zu einer Basisnotfallversorgung berechtigt gewesen.

Nachdem das Verfahren auf Antrag der Beteiligten zunächst geruht hatte, ist es am 11.1.2013 wieder aufgenommen worden.

Wegen des Sachverhalts im Übrigen wird auf den Inhalt der Gerichtsakte und die Krankenakte der Klägerin Bezug genommen.

## ENTSCHEIDUNGSGRÜNDE

Die zulässige Klage ist begründet.

Die Kammer konnte nach Anhörung der Beteiligten ohne mündliche Verhandlung gemäß § 105 SGG, dessen übrigen Voraussetzungen hier vorliegen, durch Gerichtsbescheid entscheiden.

Die formgerecht eingereichte Klage ist zulässig. Insbesondere ist sie als Leistungsklage zulässig, da es sich um einen Parteienstreit im Gleichordnungsverhältnis handelt, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakte nicht in Betracht kommt (vgl. BSG, Urteile vom 17.05.2000, Az.: B 3 KR 33/99 R und vom 13.12.2001, Az.: B 3 KR 11/01 R).

Die damit zulässige Klage ist auch begründet.

Rechtsgrundlage des geltend gemachten Vergütungsanspruches der Klägerin ist auch hier § 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V i. V. m. den Regelungen des Vertrages gemäß § 112 Abs. 1 SGB V zu § 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V „Allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung“ (KBV) zwischen der Saarländischen Krankenhausgesellschaft e. V. und den Landesverbänden der Krankenkassen sowie denjenigen des Vertrages gemäß § 112 Abs. 1 SGB V zu § 112 Abs. 2 Nr. 2 SGB V „Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung“ (KÜV) zwischen denselben Vertragsparteien. Eine Zahlungsverpflichtung der Gesetzlichen Krankenkassen entsteht grundsätzlich dabei unabhängig von einer Kostenzusage unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicher-

ten, wenn die übrigen Voraussetzungen vorliegen. Die Krankenkasse ist bei einem zugelassenen Krankenhaus i. S. d. § 108 SGB V als Korrelat zu dessen Behandlungspflicht auch ohne zusätzliche vertragliche Vereinbarung verpflichtet, die zu zahlen, sofern die Versorgung im Krankenhaus erforderlich war und die Rechnung zutreffend ist.

Vorliegend streiten die Beteiligten darüber, ob in dem Abrechnungsfall überhaupt ein Recht der Klägerin auf Behandlung der Patientin in dem vorliegenden Abrechnungsfall vorgelegen hatte. Dabei wendet die Beklagte ein, für die Durchführung der Linksherzkathetermessung habe die Klägerin keinen Versorgungsauftrag gehabt.

Nach § 17 b Abs. 1 Satz 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz (in der hier anwendbaren Fassung) ist für die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalisierendes Vergütungssystem einzuführen. Das Vergütungssystem hat nach § 17 b Abs. 1 Satz 2 Krankenhausfinanzierungsgesetz Komplexitäten und Comorbiditäten abzubilden; sein Differenzierungsgrad soll praktikabel sein. Mit den Entgelten nach Satz 1 werden die allgemeinen vollstationären und teilstationären Krankenhausleistungen für einen Behandlungsfall vergütet.

Nach § 17 b Abs. 2 Satz 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz vereinbarten die Spitzenverbände der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung gemeinsam entsprechend den Vorgaben der Absätze 1 und 3 mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft ein Vergütungssystem, dass sich an einem international bereits eingesetzten Vergütungssystem auf der Grundlage der DIAGNOSIS RELATED GROUPS (DRG) orientiert, seine jährliche Weiterentwicklung und Anpassung, insbesondere medizinische Entwicklungen, Kostenentwicklungen, Verweildauerverkürzungen und Leistungsverlagerungen zu und von anderen Versorgungsbereichen und die Abrechnungsbestimmungen, soweit diese nicht im Krankenhausentgeltgesetz vorgegeben werden.

Gemäß § 17 b Abs. 6 Krankenhausfinanzierungsgesetz wurde das Vergütungssystem für alle Krankenhäuser mit einer ersten Fassung eines deutschen Fallpauschalenkatalogs verbindlich zum 01.01.2004 eingeführt. Auf dieser Grundlage sind die allgemeinen Krankenhausleistungen nunmehr leistungsorientiert und pauschaliert abzurechnen und mit dessen Entgelten die allgemeinen voll- oder teilstationären Krankenhausleistungen für einen Behandlungsfall zu vergüten. Das Vergütungssystem wurde für das Jahr 2004 budgetneutral umgesetzt. Ab dem Jahr 2005 wurde das Erlösbudget des Krankenhauses nach den näheren Bestimmungen des Krankenhausentgeltgesetzes schrittweise an den Basisfallwert nach Abs. 3 Satz 5 angeglichen. Zur Ermittlung der Fallpauschale haben die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Spitzenverbände der Krankenkassen sowie der Verband der privaten Krankenversicherung die Deutschen Kodierrichtlinien beschlossen. Für den hier vorliegenden Abrechnungsfall kommt es insofern auf die Kodierrichtlinien, die im Jahr 2008 Geltung hatten, an.

Voraussetzung für den Vergütungsanspruch ist gemäß der genannten Vorschrift des § 109 Abs. 4 SGB V weiterhin, dass ein Versorgungsvertrag des Krankenhauses mit den Krankenkassen bezüglich der jeweils durchgeführten Behandlungen des Versicherten vorliegt. Darüber hinaus müssen für die streitgegenständliche Behandlung des Patienten Entgelte festgelegt worden sein, was hier jedoch nicht der Fall ist.

Entgelte dürfen nur im Rahmen des Versorgungsauftrages gemäß § 6 Absatz 1 Satz 3 KHEntgG vereinbart werden. Ausweislich des zugrunde liegenden Krankenhausplanes und des die Klägerin betreffenden bestandskräftigen Feststellungsbescheides vom 21.06.2006 hat die Klägerin nur einen Versorgungsauftrag für die Unterabteilung „Innere Medizin - allgemein“ und nicht für die Unterabteilung „Innere Medizin - Kardiologie“. Dies hat das Verwaltungsgericht für das Saarland in seiner Entscheidung vom 9.3.2010 (3 K 506/08) rechtskräftig festgestellt. Danach kann die Klägerin in die Entgeltverhandlungen für ihr Budget nur Leistungen einbringen, für die sie einen Versorgungsauftrag hat. Für die Erbringung von kar-

diologischen Linksherzkathetermessplatzuntersuchungen hat sie diesen Versorgungsauftrag eindeutig nicht.

Wenn jedoch gemäß § 6 Absatz 1 Satz 3 KHEntgG Entgelte nicht vereinbart werden dürfen, fehlt es auch an der Grundlage der Vergütung gemäß § 3 Nr. 2 KHEntgG, wonach vollstationäre Krankenhausleistungen durch eine von den Vertragsparteien gemeinsam vereinbarte Erlössummen nach § 6 Abs. 3 für krankhausindividuell zu vereinbarende Entgelte vergütet werden.

Etwas anderes gilt nur dann, wenn die Behandlung des Patienten als Notfall erfolgt war.

Zum einen weist die Vorschrift des § 8 Abs. 1 S. 3 KHEntgG darauf hin, dass die nur im Rahmen des Versorgungsauftrags zu berechnende Entgelte nicht für die Behandlung von Notfallpatienten Gültigkeit hat.

Zum andern können in Notfällen in entsprechender Anwendung des § 76 Abs. 1 S. 2 SGB V i. V. m. mit den genannten Regelungen über die Vergütung stationärer Krankenhausleistungen auch Krankenhäuser ohne entsprechenden Versorgungsauftrag Leistungen zu Lasten der Krankenkassen erbringen. Wird ein gesetzlich versicherter Patient insoweit als Notfall in ein Krankenhaus aufgenommen, für das bezüglich der durchgeführten Behandlung grundsätzlich kein Versorgungsauftrag besteht, so wird dieses für die Dauer der Notfallbehandlung in das öffentlich-rechtlich geprägte Sachleistungssystem der Krankenversicherung einbezogen und erbringt seine Leistungen nach denselben Grundsätzen, die für zugelassene Krankenhäuser mit entsprechendem Versorgungsauftrag gelten. Dies hat sowohl das hessische Landessozialgericht in seiner Entscheidung vom 19.4.2010 (L 1 KR 95/08) als auch das Bundessozialgericht im Urteil vom 9. Oktober 2001 (B 1 KR 6/01 R) für eine Behandlung von Versicherten in einem nicht zugelassenen Krankenhaus entschieden. Dabei hat das BSG in der genannten Entscheidung Folgendes ausgeführt: „Für den Bereich der ambulanten ärztlichen Behandlung hat das Bundessozialgericht (BSG) seit langem geklärt, daß die Notfallbehandlung von Versicherten durch Nichtkassenärzte (Nichtvertragsärzte) der

kassenärztlichen (vertragsärztlichen) Versorgung zuzurechnen ist und die im Rahmen einer solchen Behandlung erbrachten Leistungen aus der Gesamtvergütung zu vergüten sind (BSGE 15, 169, 173 = SozR Nr 1 zu § 368d RVO; BSGE 71, 117, 118 f = SozR 3-2500 § 120 Nr 2 S 12 f mwN; BSG SozR 3-2500 § 76 Nr 2 S 4; ebenso für Rettungsdiensteinsätze: BSG SozR 2200 § 368d Nr 6 S 12 f; Urteil vom 5. Mai 1988 - 6 RKa 30/87 = USK 88182). Bei einer stationären Notfallbehandlung stellt sich die Rechtslage ähnlich dar, mit dem Unterschied, dass hier nicht die Kassenärztliche Vereinigung (KÄV), sondern die Krankenkasse den Vergütungsanspruch zu erfüllen hat. Hier wie dort leitet sich die Unterstellung der außervertraglichen Notfallbehandlungen unter die Leistungs- und Vergütungsstrukturen des SGB V aus dem Zusammenhang der Vorschriften ab, die den Leistungsumfang und die Modalitäten der Leistungsgewährung in der gesetzlichen Krankenversicherung regeln. Nach § 2 Abs 1 und 2 SGB V stellen die Krankenkassen ihren Versicherten die im Dritten Kapitel des Gesetzes genannten Leistungen, zu denen auch die Krankenhausbehandlung gehört (§ 27 Abs 1 Satz 2 Nr 5, § 39 SGB V), als Sachleistungen kostenfrei zur Verfügung. Sie bedienen sich dabei zugelassener Leistungserbringer, mit denen sie entsprechende Verträge schließen (§ 2 Abs 2 Satz 2 SGB V). Die Versicherten erhalten die benötigten Leistungen unentgeltlich; die Vergütung erfolgt durch die Krankenkasse bzw bei ambulanten ärztlichen Leistungen durch die mit der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung betraute KÄV. Diese Grundsätze gelten auch für Notfallbehandlungen. Zwar können im Sachleistungssystem grundsätzlich nur zugelassene Leistungserbringer in Anspruch genommen werden (§ 39 Abs 1 Satz 2 iVm § 108; § 76 Abs 1 Satz 1; § 124 Abs 1; § 126 Abs 1 Satz 1 SGB V). In Notfällen greift diese Beschränkung aber nicht, so dass insoweit auch Ärzte oder Krankenhäuser ohne Kassenzulassung Leistungen zu Lasten der Krankenkassen erbringen können. Das gilt für die ambulante wie für die stationäre Versorgung gleichermaßen, auch wenn § 39 Abs 1 SGB V, der die Modalitäten der Krankenhausbehandlung regelt, eine dem § 76 Abs 1 Satz 2 SGB V entsprechende ausdrückliche Klarstellung nicht enthält. Wird ein gesetzlich versicherter Patient als

Notfall in ein nicht zugelassenes Krankenhaus aufgenommen, so wird dieses für die Dauer der Notfallbehandlung in das öffentlich-rechtlich geprägte Sachleistungssystem der Krankenversicherung einbezogen und erbringt seine Leistungen nach denselben Grundsätzen, die für zugelassene Krankenhäuser gelten. Der Vergütungsanspruch richtet sich nicht gegen den Versicherten, sondern allein gegen die Krankenkasse.“

Die Kammer schließt sich dieser Entscheidung in vollem Umfang an.

Wenn somit eine Notfallbehandlung eines Patienten in einem **nicht zugelassenen** Krankenhaus zu einem Vergütungsanspruch dieses Krankenhauses führt, kann für den Fall einer Behandlung eines Patienten in einem zugelassenen Krankenhaus, in dem gegebenenfalls für eine bestimmte Behandlungsmethode der entsprechenden Versorgungsauftrag fehlt, nach Auffassung der Kammer nichts anderes gelten.

Entscheidend ist somit, ob bezüglich des behandelten Patienten ein Notfall vorgelegen hat.

Ein Notfall im Sinne von § 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V liegt vor, wenn aus medizinischen Gründen eine umgehende Behandlung des Patienten so dringlich ist, dass ein zugelassener Leistungserbringer nicht in der gebotenen Eile herbeigerufen oder aufgesucht werden kann (BSG, Urteil vom 31. Juli 1963, 3 RK 92/59; Beschluss vom 14. Dezember 2006, B 1 KR 114/06 B). Eine dringende Behandlungsbedürftigkeit ist anzunehmen, wenn ohne sofortige Behandlung Gefahr für Leib und Leben bestehen oder Schmerzen unzumutbar lange andauern würden (BSGE 34, 172). Keine Notfallbehandlung liegt vor, wenn der Gesundheitszustand des Versicherten es zulässt, dass er einen zugelassenen Leistungserbringer aufsuchen kann und eine Behandlungsbedürftigkeit wegen eines Notfalls endet, wenn der Versicherte zu einem zugelassenen Leistungserbringer verlegt werden kann (Bundessozialgericht, Urteil vom 18. Juli 2006, B 1 KR 9/05 R; Urteil vom 28. Juli 2008, B 1 KR 5/08 R).

Maßgebliches Kriterium für die Beurteilung einer Notfallbehandlung sind zum einen die objektiven Gegebenheiten der konkreten Behandlung und nicht hypothetische Erwägungen (BSG, Urteil vom 22. April 2009, B 3 KR 24/07 R). Zum anderen ist der Anspruch auf Krankenbehandlung zwar unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse und des medizinisch technischen Fortschrittes zu erfüllen.

Dass die Behandlung des hier versicherten Patienten bei seiner Aufnahme in das Krankenhaus der Klägerin am 29.7.2008 notfallmäßig erfolgt ist, steht zur Überzeugung der Kammer fest.

Die Klägerin hat insoweit vorgetragen, dass der Patient mit einem kardiologischen Schock mit Reanimationspflicht bei STEMI der Vorderwand und Typ A Dissektion notfallmäßig eingeliefert worden sei. Er sei instabil gewesen und es habe eine Linksherzkathederuntersuchung unter Reanimation stattgefunden. Der Patient sei dann auch verstorbenen. Allein der letztgenannte Umstand des Todes des Patienten macht zweifelsfrei deutlich, dass ein Notfall in dem oben genannten Sinne vorgelegen hatte. Aus den Krankenunterlagen der Klägerin ergibt sich, dass der Tod bereits nach 44 Minuten eingetreten ist. Eine Verbringung des Patienten in eine andere Klinik war somit erkennbar nicht möglich gewesen.

Dies wurde von der Beklagten auch nicht bestritten. Zur Notfallsituation hat sie sich nicht substantiiert geäußert.

Ebenso wenig ist zwischen den Beteiligten im Streit, dass die weiteren durchgeführten Behandlungen - außer der Linksherzkathederuntersuchung - bis zum Tod des Patienten während des stationären Aufenthaltes, die ebenfalls Gegenstand der Abrechnung der Klägerin sind, medizinisch nicht indiziert waren beziehungsweise nicht zum Versorgungsauftrag der Klägerin gehört haben. Insoweit hat die Beklagte weder vorgerichtlich noch in den vorliegenden Gerichtsverfahren irgendwelche Einwendungen vorgebracht. Mangels weiterer Anhaltspunkte waren somit auch seitens der Kammer keine weiteren Ermittlungen insoweit vorzunehmen.

Insgesamt ist die Höhe der geltend gemachten Rechnung der Klägerin für den Fall, dass eine Berechtigung zur Abrechnung des Behandlungsfalles vorgelegen hat, zwischen den Beteiligten nicht streitig.

Der Klage war daher in vollem Umfang stattzugeben.

Der Zinsanspruch beruht auf § 14 Abs. 5 KBV.

Die Kostenentscheidung folgt aus § 197a SGG.