



Verkündet durch Zustellung
an Kl.-Vertr. am:
an Bekl. am:
Saarbrücken, den

LANDESSOZIALGERICHT FÜR DAS SAARLAND

IM NAMEN DES VOLKES

URTEIL

In dem Rechtsstreit

der

- Klägerin und Berufungsbeklagte -

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

g e g e n

die

- Beklagte und Berufungsklägerin -

hat der 2. Senat des Landessozialgerichts für das Saarland
ohne mündliche Verhandlung am 22. August 2012 durch

den Vorsitzenden Richter am Landessozialgericht Betz,
die Richter am Landessozialgericht Rauch und Kirchgörsen sowie
die ehrenamtlichen Richter Braun und Sick

für Recht erkannt:

Die Berufung der Beklagten gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts für das Saarland vom 29.10.2009 wird zurückgewiesen.

Die Beklagte trägt die Kosten des Rechtsstreits auch für die zweite Instanz.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Vergütung einer Krankenhausbehandlung vom 3.6. bis 4.6.2005.

Der bei der Beklagten krankenversicherte (geboren im Folgenden: Versicherter) wurde am 2.6.2005 in das Krankenhaus aufgenommen. Grund der Aufnahme war eine instabile Angina pectoris bei bekannter koronarer Herzerkrankung. Vom Krankenhaus wurden folgende Diagnosen gestellt:

- Instabile Angina pectoris
- coronare 2-VD,
- Hypertensive HK
- anamnestisch KM-Allergie,
- Z.n. Strumaresektion,

- Glaukom, Cataract re,
- Angststörung.

Im vorläufigen Arztbrief von an die Kardiologie der Klinik der Klägerin vom 3.6.2005 ist aufgeführt: „bei bek. KHK jetzt zum wiederholten Mal Infarktausschluss (Troponin normal), aber Frequenzzunahme von A.p.-Beschwerden iSe. Instabilität. Verlegung zur Re-Coronarangiographie wie besprochen mit

Der Versicherte wurde dort um 11:00 h aufgenommen, wobei die dortigen Ärzte von einem voraussichtlichen Entlassungstermin am 10.6.2005 ausgingen. Nach Erstellung eines Aufnahmebogens, in dem von einer Verlegung aus wegen Verdacht auf KHK bei instabiler AP die Rede ist, und Laboruntersuchung sowie EKG wurde von 18.33 h bis 19.25 h eine Koronarangiographie durchgeführt. Es zeigten sich eine gute LV-Funktion ohne Wandbewegungsstörungen, ein gutes Ergebnis bei Zustand nach PTCA und Stent RCA von 2004, eine KHK-2 sowie eine hypertensive Herzerkrankung. Der Versicherte wurde zur Beobachtung über Nacht dabeibehalten und am 4.6.2006 wieder in das Krankenhaus zurückverlegt. Die Klägerin sah die Beschwerden am ehesten im Rahmen einer hypertensiven Herzerkrankung und bat um ACE-Hemmer-Titration. Wegen lokalen Druckschmerzes parasternal links wurde eine orthopädische Abklärung empfohlen.

Mit Rechnung vom 25.7.2005 verlangte die Klägerin 1.222,69 €, gestützt auf die DRG-Fallpauschale F49C (unter Berücksichtigung eines Abschlages wegen Verlegung in ein anderes Krankenhaus). Diese Rechnung beglich die Beklagte nicht. Sie teilte der Klägerin unter dem 3.8.2005 mit, eine Prüfung habe ergeben, die Rückverlegung sei innerhalb von 24 h erfolgt und § 2 Abs. 2 Nr. 2 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) sei anzuwenden. Wegen der Vergütung solle man sich an das auftraggebende Krankenhaus wenden, ihr gegenüber bestehe kein Vergütungsanspruch.

Die Klägerin hat am 7.9.2009 Klage erhoben auf Zahlung von 1.222,69 € zuzüglich Zinsen iHv. 2 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 10.8.2005. Sie hat darauf verwiesen, die Herzkatheteruntersuchung sei ein invasiver Eingriff mit erheblichen Risiken für den Patienten. Daher müsse die Indikation in jedem Einzelfall durch sie - die Klägerin - gestellt und anschließend auch von ihr verantwortet werden. Dies erfolge unter stationären Bedingungen und werde erst nach der Validierung der vorliegenden Daten vorgenommen. Damit könne von einer Verbringung in solchen Fällen keine Rede sein, da die Gesamtverantwortung der Behandlung des Falles an ihr Krankenhaus übergehe. Der Versicherte sei in die stationären Abläufe ihres Krankenhauses vollständig integriert worden. Es sei eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung durchgeführt worden, womit eine Verbringung per se ausgeschlossen sei. Sie habe eine Leistung außerhalb des Versorgungsauftrages des verlegenden Krankenhauses erbracht, womit ihr ein eigenständiger Vergütungsanspruch zustehe.

Die Beklagte hat dagegen die Auffassung vertreten, dass die durchgeführte Behandlung nicht mit der DRG F49C abzurechnen, sondern vielmehr § 2 Abs. 2 S.2 Nr. 2 KHEntG anzuwenden sei. Es habe keiner vollstationären Aufnahme in das Krankenhaus der Klägerin bedurft, um die unstreitig notwendige Diagnostik mittels einer Koronarangiographie durchzuführen. Der Versicherte habe sich bereits in der stationären Obhut des beauftragenden Krankenhauses befunden. Medizinisch notwendig sei lediglich gewesen, die von diesem entsendenden Krankenhaus veranlasste Leistung durchzuführen, ohne den Versicherten vollständig in die kardiologische Abteilung des Krankenhauses zu integrieren und ihn anschließend in das beauftragende Krankenhaus zurückzubringen. Soweit die Klägerin behaupte, dass der Versicherte aus Sicherheitsgründen über Nacht in ihrem Krankenhaus hätte verbleiben müssen, sei ihr entgegen zu halten, dass die notwendigen Überwachungsmöglichkeiten im entsendenden Krankenhaus vorhanden gewesen seien und dass eine Entlassung des Versicherten nach Hause von vornherein nicht geplant gewesen sei. Die

Rückverlegung des Versicherten in das Heimatkrankenhaus hätte daher noch am Interventionstag erfolgen können. Weiter hat sie vorgetragen, die Notwendigkeit einer individuellen Aufnahmeprüfung werde bestritten. Wäre stets eine Aufnahme des Patienten wegen der bestehenden Risiken erforderlich, stelle sich die Frage, weshalb in anderen Bundesländern Verbringungen entweder als Auftrags- oder als Konsiliarleistung gängige Praxis seien. Ex ante betrachtet sei lediglich eine Koronarangiographie erforderlich gewesen, deren Leistungsbild dem einer ambulanten Maßnahme entspreche. Der Versicherte sei nicht so schwer erkrankt gewesen, dass von seinem notwendigen Verbleib in der kardiologischen Abteilung auszugehen gewesen sei. Die bloße Möglichkeit von Komplikationen bestehe im Übrigen auch bei jeder ambulanten Durchführung einer Koronarangiographie. Sofern derartige Komplikationen aufgetreten wären, hätte der Versicherte ohne jegliche Nachteile vollstationär in das Krankenhaus der Klägerin aufgenommen werden können. Soweit sich die Klägerin darauf berufe, dass eine vollstationäre Behandlung vorgelegen habe, da der Versicherte über Nacht im aufnehmenden Krankenhaus verblieben und in die dortigen stationären Abläufe vollständig integriert gewesen sei, verkenne sie, dass gemäß § 39 Abs. 1 S. 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) eine vollstationäre Krankenhausbehandlung nur dann vergütungsfähig sei, wenn das Behandlungsziel anderweitig nicht erreicht werden könne. Hiervon könne jedoch keine Rede sein, da die nach der Herzkatheteruntersuchung gegebenenfalls erforderlichen medizinischen Maßnahmen ebenso gut im Heimatkrankenhaus durchführbar gewesen wären.

Mit Gerichtsbescheid vom 29.10.2009 hat das Sozialgericht für das Saarland (SG) die Beklagte verurteilt, an die Klägerin 1.222,69 € zuzüglich Zinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 10.8.2005 zu zahlen. Zur Begründung hat es im Wesentlichen ausgeführt, es sei davon auszugehen, dass der Versicherte im Krankenhaus der Klägerin eine Krankenhausbehandlung erfahren habe und dass diese Behandlung zu seiner ausreichenden Versorgung notwendig gewesen sei. Die Klägerin habe diese Krankenhausbehandlung auch nicht ambulant, sondern stationär – und zwar vollstationär – durchgeführt. Eine vollstationäre Behandlung im Sinne einer

physischen und organisatorischen Eingliederung in das spezifische Versorgungssystem eines Krankenhauses sei gegeben, wenn sie sich nach dem Behandlungsplan des Krankenhausarztes in der Vorschau zeitlich über mindestens einen Tag und eine Nacht erstrecke. Entscheidend sei damit zunächst der Behandlungsplan. Die Entscheidung zum Verbleib des Patienten über Nacht werde in der Regel zu Beginn der Behandlung vom Krankenhausarzt getroffen, sie könne im Einzelfall aber auch noch später erfolgen. Danach habe die Klägerin vorliegend zu Recht eine vollstationäre Krankenhausbehandlung abgerechnet. Die Behandlung des Versicherten habe sich vorliegend unstreitig vom 3.6.2005 bis zum 4.6.2005 erstreckt, also über einen Tag und eine Nacht. Dies habe auch dem ursprünglichen Behandlungsplan der Klägerin entsprochen, wonach eine Verweildauer sogar bis zum 10.6.2005 vorgesehen gewesen sei.

Die Behandlung des Versicherten sei auch nicht vor-, nach- oder teilstationär erfolgt, sondern vollstationär. Dem Vergütungsanspruch der Klägerin stehe auch nicht § 2 Abs. 2 S. 2 Nr. 2 KHEntG entgegen, da das klägerische Krankenhaus keine von dem verlegenden Krankenhaus veranlasste Krankenhausleistung erbracht habe. Darunter seien Leistungen zu verstehen, die im Verhältnis zu der vom Krankenhaus zu erbringenden Hauptbehandlungsleistung lediglich ergänzende oder unterstützende Funktion hätten. Etwas anderes gelte jedoch im Falle der „Verlegung“, wenn die Verantwortung für die Gesamtbehandlung vollständig auf das aufnehmende Krankenhaus übergehe. In einem solchen Fall scheide der Patient aus den stationären Behandlungsabläufen und der Gesamtverantwortung des abgebenden Krankenhauses aus und werde in die stationären Abläufe des aufnehmenden Krankenhauses integriert. Da vorliegend eine vollstationäre Krankenhausbehandlung des Versicherten durch das klägerische Krankenhaus stattgefunden habe, sei schon aus diesem Grund die Annahme ausgeschlossen, dass es sich um eine von dem Krankenhaus veranlasste Leistung eines Dritten handeln könnte. Hinzu komme, dass dieses Krankenhaus nach seinem Versorgungsauftrag nicht zur Abklärung und Behandlung des Versicherten in der Lage gewesen sei und folgerichtig eine Verlegung des Versicherten in das Krankenhaus der Klägerin veranlasst gehabt habe. Die Klägerin habe damit eine Leistung außerhalb des Versorgungsauftrags des verlegenden Krankenhauses erbracht, womit ihr ein eigenständiger

Vergütungsanspruch zustehe, dem nicht der Einwand der Doppelvergütung entgegengehalten werden könne.

Gegen den ihr am 4.11.2009 zugestellten Gerichtsbescheid hat die Beklagte am 25.11.2009 Berufung eingelegt.

Sie wiederholt ihr Vorbringen aus dem Klageverfahren und trägt ergänzend vor, dass Katheteruntersuchungen im Katalog ambulanten Operierens gemäß § 115b Abs. 1 SGB V aufgeführt seien. Des Weiteren seien Katheteruntersuchungen auch Gegenstand vertragsärztlicher Leistungen, für die entsprechende EBM-Ziffern existierten. Die seitens der Klägerin reklamierten Wahrscheinlichkeiten von Komplikationen bzw. erforderlichen Eingriffen vermöge sie, die Beklagte, nicht nachzuvollziehen. Insoweit werde auf die Leitlinie „Diagnostische Herzkatheteruntersuchung“ der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie-, Herz- und Kreislaufforschung e.V. verwiesen.

Zum Erörterungstermin am 30.5.2012 hat die Klägerin eine Stellungnahme ihrer Fachärztin vom 14.5.2012, die Beklagte hat eine Stellungnahme des SMD vom 29.5.2012 vorgelegt. Im Anschluss daran erklärte sich die Klägerin mit einem Abschlag für die Anschubfinanzierung integrierte Versorgung nach § 140d SGB V (in der bis 31.12.2011 geltenden Fassung) in Höhe von 11,57 € einverstanden; insoweit hat sie die Klage zurückgenommen.

Die Beklagte beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts für das Saarland vom 29.10.2009 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie verteidigt den angefochtenen Gerichtsbescheid.

Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung im schriftlichen Verfahren einverstanden erklärt.

Wegen des Sach- und Streitstandes im Übrigen wird Bezug genommen auf den Inhalt der Gerichtsakten, der Krankenakte der Klägerin und der beigezogenen Verwaltungsakte der Beklagten.

Entscheidungsgründe:

Nachdem die Klägerin ihre Klage in Höhe eines Betrags von 11,57 € zurückgenommen hat, ist Streitgegenstand nur noch der Anspruch auf Zahlung von 1.211,12 € nebst Zinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 10.8.2005. Insoweit ist die zulässige Berufung der Beklagten, über die mit Einverständnis der Beteiligten ohne mündliche Verhandlung durch Urteil entschieden werden konnte (§ 124 Abs. 2 SGG), unbegründet.

Die Klage ist als Leistungsklage nach § 54 Abs. 5 SGG zulässig. Die Klage eines Krankenhausträgers wie der Klägerin auf Zahlung der Behandlungskosten eines Versicherten gegen eine Krankenkasse wie die Beklagte ist ein sogenannter Beteiligtenstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt, kein Vorverfahren durchzuführen und keine Klagefrist zu beachten ist (BSG, Urteil vom 30.06.2009 – B 1 KR 24/08 R RdNr. 12 mwN). Die Klägerin hat den Zahlungsanspruch auch konkret beziffert.

Zu Recht hat das SG erkannt, dass die Klägerin gegen die Beklagte eine Forderung in Höhe von 1.211,12 € (Rechnungsbetrag abzüglich des Abschlags zur Anschubfinanzierung integrierte Versorgung) hat, da sie für die stationäre Behandlung des Versicherten vom 3.6. bis 4.6.2005 diesen Betrag verlangen konnte.

Rechtsgrundlage des geltend gemachten Vergütungsanspruchs für diese Behandlung ist § 109 Abs. 4 S. 3 SGB V iVm. § 7 Abs. 1 Nr. 1 KHEntG und der Anlage 1 der Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2005 (Fallpauschalenvereinbarung 2005 – FPV 2005) sowie der Krankenhausbehandlungsvertrag (KBV) für das Saarland nach § 112 Abs. 2 S. 1 Nr. 1 SGB V.

Dieser Vergütungsanspruch setzt voraus, dass eine notwendige Krankenhausbehandlung stattgefunden hat, die nicht ambulant, sondern vollstationär durchgeführt worden ist (BSG, Urteil vom 28.02.2007 – B 3 KR 17/06 R Rdnr. 11).

Dass die von der Klägerin durchgeführte Koronarangiographie eine erforderliche Krankenhausbehandlung war, ist unbestritten. Die Krankenhausbehandlung ist auch vollstationär erfolgt. Vollstationäre, teilstationäre und ambulante Operationsleistungen sind in erster Linie anhand der geplanten Aufenthaltsdauer abzugrenzen. Eine vollstationäre Behandlung im Sinne einer physischen und

organisatorischen Eingliederung in das spezifische Versorgungssystem eines Krankenhauses ist dann gegeben, wenn sie sich nach dem Behandlungsplan des Krankenhausarztes in der Vorausschau zeitlich über mindestens einen Tag und eine Nacht erstreckt. Verbringt der Patient dabei einen Tag und eine Nacht im Krankenhaus, handelt es sich um eine stationäre Behandlung, weil damit die vollständige Eingliederung des Patienten in den Krankenhausbetrieb augenfällig ist (BSG, aaO Rdnrn. 16, 18; anderer Auffassung offenbar SG Hannover, wonach es über Übernachtungs- und Verpflegungsleistungen hinaus eines eigenständigen Konzeptes für eine selbstständige Behandlung des Versicherten, die an die vorangegangene, abgeschlossene Behandlung anknüpfe, bedürfe – Urteil vom 08.12.2010 - S 44 KR 474/08 - Seite 6; Hessisches LSG, Urteil vom 09.09.2011 – L 8 KR 65/10 - Seite 10). Danach wurde vorliegend der Versicherte im Krankenhaus der Klägerin stationär behandelt; dies wird auch von der Beklagten nicht bestritten.

Der Vergütungsanspruch für eine stationäre Behandlung entsteht aber nur, soweit die stationäre Versorgung im Sinne von § 39 Abs. 1 S. 2 SGB V erforderlich gewesen ist. Das setzt voraus, dass die notwendige medizinische Versorgung nur mit den besonderen Mitteln eines Krankenhauses durchgeführt werden kann und eine ambulante ärztliche Versorgung nicht ausreicht, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern (BSG, Urteil vom 18.09.2008 – B 3 KR 22/07 R Rdnr. 10). Das ist bei ambulant durchführbaren Operationen und sonstigen stationärsersetzenden Eingriffen nach § 115b SGB V in der Regel nicht der Fall.

Dass eine stationäre Behandlung des Versicherten notwendig war, wird von der Beklagten ebenfalls nicht bestritten. Ihr geht es vielmehr darum, dass nach ihrer Auffassung eine Zurückverlegung bereits am Tag der Linksherzkatheter-Untersuchung möglich gewesen wäre, sodass die Überwachung des Versicherten und somit die weitere stationäre Behandlung im Krankenhaus erfolgt wäre. Eine stationäre Aufnahme in das Krankenhaus der Klägerin wäre dann nach ihrer Auffassung nicht erforderlich gewesen. Dies hätte nach Meinung der

Beklagten zur Folge, dass eine sog. „Verbringung“ iSd. § 2 Abs. 2 S. 2 Nr. 2 KHEntG vorgelegen hätte mit der Folge, dass ein Vergütungsanspruch der Klägerin gegen die Beklagte nicht bestehe.

Entgegen der Auffassung der Beklagten ist der Vergütungsanspruch der Klägerin gegen die Beklagte jedoch nicht durch § 2 Abs. 2 S. 2 Nr. 2 KHEntG ausgeschlossen, da das Krankenhaus der Klägerin insoweit keine von dem Krankenhaus veranlasste Krankenhausleistung erbracht hat (vgl. zu einem ähnlichen Fall Urteil des Senats vom 18.1.2012, L 2 KR 45/09). Nach dieser Vorschrift sind die allgemeinen Krankenhausleistungen nur zwischen Krankenkasse und Krankenhaus abzurechnen, auch wenn letzteres in bestimmtem Rahmen Dritte hinzuzieht; diese erbringen – rechtlich gesehen – ihre Leistungen nicht gegenüber dem Patienten bzw. dessen Krankenkasse, sondern gegenüber dem Krankenhaus. Dementsprechend kann ein Vergütungsanspruch des Dritten nur gegen das Krankenhaus und nicht gegen den Patienten oder dessen Kostenträger entstehen. Dies gilt jedoch nur, soweit es sich um Leistungen handelt, die im Verhältnis zu der vom Krankenhaus zu erbringenden Hauptbehandlungsleistung lediglich ergänzende oder unterstützende Funktion haben (sogenannte „Verbringung“). Etwas anderes gilt jedoch im Fall der „Verlegung“, wenn die Verantwortung für die Gesamtbehandlung vollständig auf das aufnehmende Krankenhaus übergeht. In einem solchen Fall scheidet der Patient aus den stationären Behandlungsabläufen und der Gesamtverantwortung des abgebenden Krankenhauses aus und wird in die stationären Abläufe des aufnehmenden Krankenhauses integriert (BSG, Urteil vom 28.02.2007 – B 3 KR 17/06 R Rdnr. 22 mwN). Das BSG hat weiter ausgeführt, dass das Vorliegen einer vollstationären Krankenhausbehandlung die Annahme ausschließe, dass es sich um eine Leistung eines Dritten handeln könnte (Rdnr. 23). Zudem hat das BSG darauf abgestellt, dass ein eigenständiger Vergütungsanspruch entsteht, wenn eine Leistung außerhalb des Versorgungsauftrags des Entsendekrankenhauses erbracht wird (Rdnr. 23).

Davon ausgehend hat die Klägerin keine vom Krankenhaus Dudweiler veranlasste Krankenhausleistung erbracht. Ob die von der Klägerin durchgeführte Koronarangiographie überhaupt eine Leistung eines Dritten im Sinne des § 2 Abs. 2 S. 2 Nr. 2 KHEntG sein kann, lässt der Senat offen (verneinend OVG Rheinland-Pfalz, Urteil vom 28.09.2004 – 7 A 20151/04.OVG Seite 15 [von den Beteiligten in dem durch Anerkenntnis erledigten Verfahren L 4 KN 24/01 KR des LSG für das Saarland vorgelegt] mit der Begründung, es handele sich bei der Linksherzkatheter-Untersuchung um einen invasiven Eingriff, der hinsichtlich der medizinischen und pflegerischen Vorkehrungen nicht mit sonstigen diagnostischen Verfahren im Labor- und Röntgenbereich verglichen werden könne; anderer Auffassung Hessisches LSG, a.a.O.; SG Hannover, Urteile vom 20.05.2010 – S 10 KR 175/09 – und vom 08.12.2010 – S 44 KR 474/08 [von der Beklagten im Verfahren L 2 KR 45/09 des erkennenden Senats mit derselben Problematik vorgelegt]). Jedenfalls ist der Versicherte im vorliegenden Fall aus den stationären Behandlungsabläufen und der Gesamtverantwortung des abgebenden Krankenhauses ausgeschieden und in die stationären Abläufe des Krankenhauses der Klägerin aufgenommen worden. Wie sich aus dem Kurzarztbericht vom 9.7.2005 von (Chefarzt des Krankenhauses der Klägerin) ergibt, erfolgte die stationäre Aufnahme des Versicherten wegen instabiler Angina-pectoris-Symptomatik. Ein stationärer Aufenthalt war nach der Aufnahmeanzeige am 3.6.2005 bis zum 10.6.2005 geplant. Allein dies zeigt schon, dass der Versicherte das Krankenhaus nicht nur für kurze Zeit zur Vornahme einer medizinisch gebotenen, im Krankenhaus nicht durchführbaren einzelnen Untersuchungs- oder Behandlungsmaßnahme verlassen hatte. Vielmehr war die Versicherte aus den stationären Behandlungsabläufen und der Gesamtverantwortung des Krankenhauses ausgeschieden. Dies ergibt sich auch aus dem Bericht vom 3.6.2005, den das Krankenhaus an das Krankenhaus der Klägerin übersandte. In diesem Bericht heißt es, dass über den Patienten berichtet wird, der „sich in unserer stationären Behandlung befand“ (und nicht befindet). Weiter heißt es ausdrücklich, dass der Patient in das Krankenhaus der Klägerin verlegt werde. Der Senat geht davon aus, dass den Ärzten des Krankenhauses durchaus der Unterschied zwischen einer Verbringung und einer Verlegung geläufig war und

dass eben keine Verbringung, sondern eine Verlegung gewollt war. Dafür, dass die Koronarangiographie als Auftragsleistung hätte erbracht werden sollen, liegen keine Anhaltspunkte vor. Die Gesamtverantwortung war vielmehr auf das Krankenhaus der Klägerin übergegangen; dies war auch der im Bericht vom 3.6.2005 hinreichend klar zum Ausdruck gekommene Wille des Krankenhauses

Der Klägerin oblag es nunmehr zu entscheiden, ob der Versicherte stationär aufgenommen wird und welche Behandlungsmaßnahmen zu ergreifen waren. Insbesondere der Umstand, dass der Versicherte im Krankenhaus der Klägerin stationär behandelt worden ist, zeigt, dass die Gesamtverantwortung auf das Krankenhaus der Klägerin übergegangen war mit der Folge, dass die Anwendbarkeit des § 2 Abs. 2 S. 2 Nr. 2 KHEntG ausgeschlossen ist (vgl. BSG aaO; anderer Auffassung Hessisches LSG aaO, SG Hannover, Urteil vom 20.05.2010 aaO). Die diversen Untersuchungen des Versicherten durch Ärzte der Klägerin und die Therapievorschlüsse belegen dies zusätzlich.

Von einem Verbleib der Gesamtverantwortung des abgebenden Krankenhauses bei einer Auftragsleistung eines Dritten kann nur ausgegangen werden, soweit das abgebende Krankenhaus in der Lage ist, zu jedem Zeitpunkt des Leistungsgeschehens in rechtlich relevanter Weise hierauf Einfluss nehmen zu können, was in der Regel durch ein vertragliches Verhältnis oder ein anderes „rechtliches Band“ geschieht (Ricken, Ärztliche Drittleistungen im Rahmen der stationären Versorgung, NZS 2011, 881, 885, 886). Der Dritte muss die Tätigkeit bewusst und zweckgerichtet dem abgebenden Krankenhaus gegenüber erbringen (Ricken aaO.).

Folglich kann nur dann, wenn ein klarer Einzelauftrag des abgebenden an das aufnehmende Krankenhaus formuliert wird und sich hieraus mit hinreichender Deutlichkeit ergibt, dass das abgebende Krankenhaus für die Kosten dieses Einzelauftrags aufkommt, von einer Verbringung gesprochen werden, welche Rechtsbeziehungen zwischen Krankenkasse und aufnehmendem Krankenhaus nicht begründen kann. All dies ist vorliegend nicht der Fall gewesen.

Ob, wie die Beklagte meint, eine Rückverlegung noch am Tag der Untersuchung möglich gewesen wäre, ändert nichts daran, dass die Klägerin eine notwendige stationäre Krankenhausbehandlung erbracht hat. Der Versicherte war aus den stationären Abläufen des Krankenhauses ausgeschieden und dieses Krankenhaus hatte, wie bereits ausgeführt, die Gesamtverantwortung auf das Krankenhaus der Klägerin übertragen. Dies kann der Klägerin nicht zum Vorwurf gemacht werden. Das aufnehmende Krankenhaus hat lediglich zu prüfen, ob weiterhin stationäre Krankenhausbehandlung erforderlich ist und es selbst im Rahmen seiner Zulassung die erforderliche Krankenhausbehandlung erbringen darf (vgl. Urteil des BSG vom 16.12.2008 – B 1 KR 10/08 R RdNr. 22). Dass der Versicherte einer weiteren stationären Behandlung bedurfte, ist unbestritten, so dass die stationäre Aufnahme im Krankenhaus der Klägerin zu Recht erfolgt ist. Auch eine Rückverlegung noch am Aufnahmetag hätte nichts an dem stationären Charakter der Behandlung im Krankenhaus der Klägerin geändert (LSG für das Saarland aaO.). Der Versicherte hätte sich dann durchgehend in einer stationären Behandlung, verteilt auf zwei Krankenhäuser, befunden (vgl. auch LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 12.03.2010 – L 24 KA 1017/05 zu einem allerdings etwas anders gelagerten Fall: Danach macht es in Bezug auf das Vorliegen einer stationären oder einer ambulanten Behandlung keinen Unterschied, ob die weiterführende Behandlung nach der Notfallbehandlung im selben oder in einem anderen Krankenhaus stattfindet. Dadurch wechselt in der Regel der Leistungserbringer, auf den Charakter der Behandlung als ambulante oder stationäre hat dies aber keine Auswirkungen. Auch wenn eine Verlegung erfolgt, ändert dies nichts daran, dass insgesamt eine stationäre Behandlung vorlag).

Ob es dem Krankenhaus möglich gewesen wäre, statt einer Verlegung eine Verbringung durchzuführen, hat keine Auswirkungen auf den Vergütungsanspruch der Klägerin und ist nicht Gegenstand des Verfahrens.

Dass die Klägerin, wenn § 2 Abs. 2 S. 2 Nr. 2 KHEntG nicht eingreift, berechtigt ist, die DRG F49C (Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem

Myokardinfarkt, weniger als 3 Belegungstage) abzurechnen, wird von der Beklagten ausdrücklich nicht bestritten. Die Höhe des Vergütungsanspruchs beträgt 1.222,69 € abzüglich des von der Klägerin akzeptierten Abzuges für integrierte Versorgung von 11,57 €, folglich 1.211,12 €. Die Höhe dieses Vergütungsanspruchs wird von der Beklagten nicht in Zweifel gezogen.

Der Zinsanspruch ergibt sich aus § 14 Abs. 5 KBV.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a SGG iVm. §§ 154 Abs. 2, 155 Abs. 1 Satz 3 VwGO.

Gründe für die Zulassung der Revision (§ 160 Abs. 2 SGG) liegen nicht vor.

Rechtsmittelbelehrung und Erläuterung zur Prozesskostenhilfe

I. Rechtsmittelbelehrung

Dieses Urteil kann nicht mit der Revision angefochten werden, weil sie gesetzlich ausgeschlossen und vom Landessozialgericht nicht zugelassen worden ist.

Gegen dieses Urteil steht den Beteiligten die Revision nur zu, wenn sie nachträglich vom Bundessozialgericht zugelassen wird. Zu diesem Zweck kann die Nichtzulassung der Revision durch das Landessozialgericht mit der Beschwerde angefochten werden.

Die Beschwerde muss von einem bei dem Bundessozialgericht zugelassenen Prozessbevollmächtigten eingelegt werden.

Als Prozessbevollmächtigte sind zugelassen:

1. Rechtsanwälte,
2. Rechtslehrer an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule eines Mitgliedstaates der Europäischen Union, eines anderen Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz, die die Befähigung zum Richteramt besitzen,
3. selbstständige Vereinigungen von Arbeitnehmern mit sozial- oder berufspolitischer Zwecksetzung für ihre Mitglieder,
4. berufsständische Vereinigungen der Landwirtschaft für ihre Mitglieder,
5. Gewerkschaften und Vereinigungen von Arbeitgebern sowie Zusammenschlüsse solcher Verbände für ihre Mitglieder oder für andere Verbände oder Zusammenschlüsse mit vergleichbarer Ausrichtung und deren Mitglieder,
6. Vereinigungen, deren satzungsgemäße Aufgaben die gemeinschaftliche Interessenvertretung, die Beratung und Vertretung der Leistungsempfänger nach dem sozialen Entschädigungsrecht oder der behinderten Menschen wesentlich umfassen und die unter Berücksichtigung von Art und Umfang ihrer Tätigkeit sowie ihres Mitgliederkreises die Gewähr für eine sachkundige Prozessvertretung bieten, für ihre Mitglieder,
7. juristische Personen, deren Anteile sämtlich im wirtschaftlichen Eigentum einer der in den Nrn. 3 bis 6 bezeichneten Organisationen stehen, wenn die juristische Person ausschließlich die Rechtsberatung und Prozessvertretung dieser Organisation und ihrer Mitglieder oder anderer Verbände oder Zusammenschlüsse mit vergleichbarer Ausrichtung und

deren Mitglieder entsprechend deren Satzung durchführt und wenn die Organisation für die Tätigkeit der Bevollmächtigten haftet.

Die Organisationen zu Nrn. 3 bis 7 müssen durch Personen mit Befähigung zum Richteramt handeln.

Behörden und juristische Personen des öffentlichen Rechts einschließlich der von ihnen zur Erfüllung ihrer öffentlichen Aufgaben gebildeten Zusammenschlüsse sowie private Pflegeversicherungsunternehmen können sich durch eigene Beschäftigte mit Befähigung zum Richteramt oder durch Beschäftigte mit Befähigung zum Richteramt anderer Behörden oder juristischer Personen des öffentlichen Rechts einschließlich der von ihnen zur Erfüllung ihrer öffentlichen Aufgaben gebildeten Zusammenschlüsse vertreten lassen.

Ein Beteiligter, der nach Maßgabe der Nrn. 1 bis 7 zur Vertretung berechtigt ist, kann sich selbst vertreten; er muss durch Personen mit Befähigung zum Richteramt handeln.

Die Beschwerde ist schriftlich oder in elektronischer Form einzureichen. Sie muss **innerhalb eines Monats** nach Zustellung dieses Urteils beim Bundessozialgericht **eingehen**.

Postanschriften:

bei Brief und Postkarte
34114 Kassel

bei Eilbrief, Telegramm, Paket und Päckchen
Graf-Bernadotte-Platz 5
34119 Kassel

Die elektronische Form wird nur durch eine qualifiziert signierte Datei gewahrt, die nach den Maßgaben der Verordnung über den elektronischen Rechtsverkehr beim Bundessozialgericht (ERVVOBSG) vom 18. Dezember 2006 (BGBl I 3219) in den elektronischen Gerichtsbriefkasten zu übermitteln ist. Einzelheiten des Übermittlungsverfahrens und technische Anforderungen enthält das Internetportal des Elektronischen Gerichts- und Verwaltungspostfachs (www.egvp.de).

Die Beschwerde ist innerhalb von zwei Monaten nach Zustellung dieses Urteils von einem zugelassenen Prozessbevollmächtigten schriftlich oder in elektronischer Form (s.o.) zu begründen.

In der Begründung muss die grundsätzliche Bedeutung der Rechtssache dargelegt oder die Entscheidung des Bundessozialgerichts, des Gemeinsamen Senats der obersten Gerichtshöfe des Bundes oder des Bundesverfassungsgerichts, von der das Urteil abweicht, und auf dieser Abweichung beruht, oder ein Verfahrensmangel, auf dem die angefochtene Entscheidung beruhen kann, bezeichnet werden.

Als Verfahrensmangel kann eine Verletzung der §§ 109 und 128 Abs.1 Satz 1 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) nicht und eine Verletzung des § 103 SGG nur gerügt werden, soweit das Landessozialgericht einem Beweisantrag ohne hinreichende Begründung nicht gefolgt ist.

Bei Zustellungen ins **Ausland** gilt anstelle der oben genannten Beschwerdefrist von einem Monat eine Frist von **drei Monaten** und anstelle der oben genannten Beschwerdebegründungsfrist von zwei Monaten eine Frist von **vier Monaten**.

II. Erläuterungen zur Prozesskostenhilfe

Für die Beschwerde gegen die Nichtzulassung der Revision kann Prozesskostenhilfe mit Beordnung eines Rechtsanwalts beantragt werden.

Der Antrag kann von dem Beteiligten persönlich gestellt werden; er ist beim Bundessozialgericht schriftlich, in elektronischer Form (s.o.) oder mündlich zu Protokoll der Geschäftsstelle zu stellen.

Dem Antrag sind eine Erklärung des Beteiligten über seine persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse (Familienverhältnisse, Beruf, Vermögen, Einkommen und Lasten) sowie entsprechende Belege beizufügen; hierzu ist der für die Abgabe der Erklärung vorgeschriebene Vordruck zu benutzen. Der Vordruck kann von allen Gerichten und ggf. durch den Schreibwarenhandel bezogen werden. Er kann auch über das Gerichtportal des Bundessozialgerichts (www.bsg.bund.de) ausgedruckt werden (→Das Gericht →Zugang zur Revisionsinstanz →Prozesskostenhilfe).

Falls die Beschwerde nicht schon durch einen zugelassenen Bevollmächtigten eingelegt ist, müssen der Antrag auf Bewilligung von Prozesskostenhilfe und die Erklärung über die persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse nebst entsprechenden Belegen bis zum Ablauf der Frist für die Einlegung der Beschwerde beim Bundessozialgericht eingehen. Soll der Vordruck beim Bundessozialgericht in elektronischer Form eingelegt werden, ist ein Vordruck in Papierform auszufüllen, zu unterzeichnen und mittels Einscannen in eine Datei umzuwandeln, die qualifiziert signiert ist und nach Maßgabe der Verordnung über den elektronischen Rechtsverkehr beim Bundessozialgericht in den elektronischen Gerichtsbriefkasten zu übermitteln ist.

gez.: Betz

gez.: Kirchdörfer

gez.: Rauch

Der Beschwerdeschrift und allen folgenden Schriftsätzen sollen Abschriften für die übrigen Beteiligten beigelegt werden.

Das Bundessozialgericht bittet darüber hinaus um je zwei weitere Abschriften.