

22 U 55/10

9 O 302/09 Landgericht Darmstadt

Verkündet am 19.07.2012

Rasch, JAe
als Urkundsbeamtin der
Geschäftsstelle



OBERLANDESGERICHT FRANKFURT AM MAIN
IM NAMEN DES VOLKES
URTEIL

In dem Rechtsstreit

Klägerin und Berufungsklägerin,

Prozessbevollmächtigte:

Rechtsanwalt Friedrich W. Mohr, Bauerngasse 7, 55116 Mainz,

gegen

Beklagte und Berufungsbeklagte,

Prozessbevollmächtigte:

hat das Oberlandesgericht Frankfurt am Main – 22. Zivilsenat in Darmstadt – im Wege schriftlicher Entscheidung mit Schriftsatzfrist bis 15. Juni 2012 durch Vorsitzenden Richter am OLG Dr. Scharf, Richterin am OLG Venz-Hampe und Richter am OLG Kirchhoff

für Recht erkannt:

Auf die Berufung der Klägerin wird das Urteil des Landgerichts Darmstadt vom 11. März 2010 abgeändert. Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin 6.418,30 € nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 18. März 2009 zu zahlen.

Die Beklagte trägt die Kosten des Rechtsstreits.

Das Urteil ist vorläufig vollstreckbar. Die Beklagte kann die Zwangsvollstreckung der Klägerin durch Sicherheitsleistung in Höhe von 110 % des vollstreckbaren Betrags abwenden, wenn nicht die Klägerin vor der Vollstreckung Sicherheit in Höhe des jeweils beizutreibenden Betrags leistet.

Der Gegenstandswert für die Berufungsinstanz wird auf 6.418,30 € festgesetzt.

Die Revision wird nach Maßgabe der Ausführungen in den Gründen zugelassen.

Gründe:

I.

Die Klägerin und die Beklagte schlossen am 28. November 2011 einen Behandlungs- und Wahlleistungsvertrag, wegen dessen Einzelheiten auf Bl. 6 der Akte Bezug genommen wird. Die privat krankenversicherte Beklagte war Selbstzahler. Die Beklagte wurde vom 28. November bis 2. Dezember 2007 stationär behandelt. Es erfolgte eine Implantation und Ersatz einer Bandscheibenendoprothese.

Der Klägerin sind im hessischen Krankenhausrahmenplan gemäß dem regionalen Planungskonzept für die vollstationäre Behandlung Betten auf dem Gebiet der Chirurgie, nicht aber auf dem Gebiet der Neurochirurgie und Neurologie zugewiesen. Die Zuweisung erfolgte durch rechtskräftigen Feststellungsbescheid vom 9. Dezember 2005. In diesem Bescheid wird auf die Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer Hessen Bezug genommen. Die Weiterbildungsordnung vom 15. August 2005 führt unter dem Fachgebiet Chirurgie auch die Facharzttrichtung Orthopädie und Unfallchirurgie auf. Neurochirurgie und Neurologie sind als eigene Fachgebiete aufgeführt.

Die Beklagte hat die der Höhe nach unstrittige Rechnung der Klägerin über 6.418,30 € vom 1. September 2008 mit der Begründung nicht gezahlt, die Behandlung sei vom Versorgungsauftrag der Klägerin nicht gedeckt, weshalb sie gem. § 8 KHEntgG keine Vergütung verlangen könne. Die Beklagte stützt sich auch darauf, dass die zwischen den Parteien getroffene Wahlleistungsvereinbarung unwirksam sei.

Das Landgericht hat durch das angefochtene Urteil, auf dessen Tatbestand hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstands erster Instanz sowie der erstinstanzlich gestellten Anträge Bezug genommen wird, die Klage abgewiesen. Es hat sich mit der Beklagten darauf bezogen, dass es sich bei der Bandscheiben-Operation um einen neurochirurgischen Eingriff gehandelt habe, der nicht zum Versorgungsauftrag der Klägerin gehört habe. Zur Begründung hat es auf den Bescheid vom 9. Dezember 2005 und die Weiterbildungsordnung für

Ärzte v. 15. August 2005 Bezug genommen. Danach handele es sich bei Chirurgie und Neurochirurgie um unterschiedliche Gebiete, so dass die Neurochirurgie nicht als Untergruppe der allgemeinen Chirurgie angesehen werden könne. Die Operation sei auch der Neurochirurgie zuzurechnen, wie sich aus der Definition der Neurochirurgie in der Weiterbildungsordnung ergebe. Außerdem habe das Fachärzteezentrum der Klägerin selbst eine Vorstellung bei der Neurochirurgie für erforderlich gehalten (Bl. 98 d.A.).

Hilfsweise stützt das Landgericht die Klageabweisung auch auf eine Verletzung der Hinweispflicht. Da die Operation in einem Grenzbereich der Fachrichtungen stattgefunden habe, sei die Klägerin verpflichtet gewesen, die Beklagte auf das Risiko der Kostenerstattung durch den Versicherer hinzuweisen. Die Klägerin müsse deshalb die Beklagte als Schadensersatz von einer Kostenbelastung freistellen.

Hiergegen wendet sich die Klägerin mit der form- und fristgerecht eingelegten und begründeten Berufung, mit der sie ihr erstinstanzliches Begehren weiterverfolgt. Sie trägt weiter vor, aus der Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie (DGNC) vom 21. November 2009 ergebe sich, dass *„stationär zu erbringende Leistungen im Bereich der Wirbelsäule keine Leistungen seien, die ausschließlich in einer neurochirurgischen Beleg- oder Fachabteilung erbracht werden sollten. Sie können selbstverständlich auch in Unfallchirurgie/Orthopädie oder in der Chirurgie erbracht werden“*.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Landgerichts Darmstadt vom 11. März 2010 abzuändern und die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin 6.418,30 € nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 18. März 2009 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Die Beklagte verteidigt das angefochtene Urteil.

Der Senat hat Beweis erhoben durch Einholung eines schriftlichen Gutachtens über die Behauptung der Klägerin, die bei der Beklagten durchgeführte Bandscheibenoperation unterfalle auch dem Gebiet Chirurgie (Facharzt Chirurgie/Orthopädie). Hinsichtlich des Ergebnisses der Beweisaufnahme wird auf das Gutachten nebst Erläuterungen Bezug genommen.

II.

Die zulässige Berufung ist begründet.

Die Klägerin hat gegen die Beklagte einen Anspruch gemäß §§ 611 BGB, 8 KHEntgG auf Zahlung des der Höhe nach unstreitigen Honorars.

Die Klägerin hat ihre Leistung erbracht, die Honorarabrechnung hält sich unstreitig im Rahmen der angemessenen und berechenbaren Größenordnung (Fallpauschale DRG I45B). Eine Haftung wegen fehlerhafter Behandlung, die das Honorar mindern (§ 628 BGB) oder eine Schadensersatzverpflichtung begründen könnte, ist nicht geltend gemacht.

Ob die Wahlleistungsvereinbarung wirksam ist, kann dahinstehen, da es für die Frage des Anfalls der Fallpauschale darauf nicht ankommt.

1.

Allerdings ist im Bereich der Krankenversorgung nach öffentlichem Recht die Berechtigung zur Abrechnung eingeschränkt.

Maßgeblich ist § 8 KHEntgG. Danach sind Entgelte für alle Benutzer eines Krankenhauses einheitlich zu berechnen, und zwar nur im Rahmen des Versorgungsauftrags. Soweit eine Behandlung außerhalb des Versorgungsauftrags erfolgt, kann ein Krankenhaus selbst dann keine Vergütung für eine erbrachte Leistung beanspruchen, wenn die Leistung ansonsten ordnungsgemäß gewesen ist. Auch ein Anspruch aus ungerechtfertigter Bereicherung scheidet wegen entgegenstehender übergeordneter Gesichtspunkte des öffentlichen Rechts aus (BSG 24.1.2008 – B 3 KR 6/07 R –; zitiert nach juris).

Der Versorgungsauftrag für ein Krankenhaus als Plankrankenhaus folgt dabei aus den Festlegungen des Krankenhausplans in Verbindung mit den Feststellungsbescheiden zu seiner Durchführung (§ 8 Abs. 1 Nr. 1 KHEntgG): Danach ist das Krankenhaus der Klägerin ausweislich der Bescheide des Hessischen Sozialministeriums vom 9. April 2004 und 9. Dezember 2005 in den Krankenhausplan des Landes Hessen mit 47 Planbetten der Fachabteilung Chirurgie aufgenommen, wobei sich die Aufteilung nach den Fachgebieten der Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer Hessen richtet. Ein Krankenhaus kann somit alle Leistungen erbringen, die zu diesem Fachgebiet zählen. Das Fachgebiet Chirurgie beinhaltet nach der Weiterbildungsordnung für Ärztinnen und Ärzte in Hessen vom 15. August 2005, geändert zuletzt am 5. Mai 2009, auch die Facharztkompetenzen Orthopädie und Unfallchirurgie und schließt damit die operative Behandlung von chirurgischen Erkrankungen/Verletzungen der Stütz- und Bewegungsorgane mit ein.

Ob dazu auch operative Eingriffe an der Wirbelsäule einschließlich Bandscheibenoperationen zählen, ist zwischen den Parteien streitig, im Ergebnis allerdings zu bejahen.

Das Landgericht stellt zwar zutreffend darauf ab, dass Chirurgie und Neurochirurgie zwei getrennte Gebiete in der Weiterbildungsordnung darstellen. Es erkennt auch zutreffend, dass der Bereich der Neurochirurgie (zwangsläufig) auch Operationen im Bereich des Rückenmarks und der Wirbelsäule erfasst.

Es übersieht allerdings, dass der Bereich der Wirbelsäulenerkrankungen und auch deren operative Behandlung ebenso dem Fachgebiet der Chirurgie/Orthopädie zugeordnet werden können.

Der Sachverständige Prof. Dr. Unterberg, der dem Senat aus verschiedenen Verfahren gut bekannt ist und hinsichtlich dessen Qualifikation keine Zweifel bestehen, hat ausgeführt, dass der bei der Beklagten durchgeführte operative Eingriff einer ventralen Diskektomie mit Implantation einer künstlichen Bandscheibe im Hals-Wirbelsäulen-Bereich in Deutschland vornehmlich von Neurochirurgen durchgeführt werde. Dies gelte vorliegend umso mehr, als bei der Patientin eine klinisch-neurologische Symptomatik bestanden habe. Nur in wenigen spezialisierten Abteilungen würde ein solcher Eingriff außerhalb des

Gebiets der Neurochirurgie durchgeführt. Im Gebiet der Neurochirurgie sei wesentlicher Weiterbildungsinhalt die operative Behandlung von Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückenmarks. Für die Weiterbildung würden mindestens 100 eigenständige Operationen der Wirbelsäule gefordert.

Auch wenn in der Definition des Gebiets Chirurgie die operative Behandlung der stützenden Bewegungsorgane aufgelistet werde, finde sich keine spezifische Erwähnung der operativen Behandlung der Wirbelsäule in den allgemeinen Weiterbildungsinhalten. Lediglich im Weiterbildungsinhalt des Facharztes für Orthopädie und Unfallchirurgie finde sich die Erwähnung der operativen Behandlung von erworbenen Formveränderungen der Stütz- und Bewegungsorgane sowie explizit genannte „operative Eingriffe an Wirbelsäule“. Aus der Tatsache, dass ein Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie lediglich 10 operative Eingriffe an der Wirbelsäule und 10 weitere erste Assistenzen bei Eingriffen höherer Schwierigkeitsgrade nachweisen müsse, werde belegt, dass wirbelsäulenchirurgische Eingriffe eine Domäne des Facharztes für Neurochirurgie darstellten.

Tatsächlich würden in Deutschland eine Vielzahl solcher Wirbelsäulenoperationen von Neurochirurgen durchgeführt, die ihre Patienten auf chirurgischen Hauptfachabteilungen stationär behandeln ließen. Da häufiger unter solchen Konstrukten auch spezifische neurochirurgische Eingriffe durchgeführt würden, habe die Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie einen Katalog erstellt, in dem operative Leistungen aufgelistet seien, die unbedingt in neurochirurgischen Hauptfachabteilungen durchgeführt werden sollten. Die Abgrenzung erfolge danach, dass es sich dabei um Operationen innerhalb der so genannten Duragrenzen handele. In diesem Katalog seien ausdrücklich wirbelsäulenchirurgische Eingriffe, wie vorliegend, nicht enthalten. Deshalb sollte die Vergütung der chirurgischen Hauptfachabteilung nicht in Frage gestellt werden, zumal die Operation durch einen Neurochirurgen durchgeführt worden sei.

Abschließend stellt der Sachverständige fest, dass die Operation dem Versorgungsauftrag der Klägerin unterfalle, da sich auch Orthopäden und Unfallchirurgen nach der Weiterbildungsordnung für wirbelsäulenchirurgische Eingriffe qualifizieren könnten.

Diese Angaben enthält auch die vom Sachverständigen zitierte Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie (DGNC), die Operationen an der Wirbelsäule nicht ausschließlich der Neurochirurgie zuweist, sondern es als selbstverständlich ansieht, dass solche auch im Bereich der Orthopädie oder Chirurgie erbracht werden können. Der von der DGNC aufgestellte Operations-Katalog erfasst deshalb auch nicht „einfache“ Bandscheibenoperationen.

Diese Einschätzung wird auch in verschiedenen Entscheidungen von Verwaltungsgerichten geteilt.

Im vom Sachverhalt her vergleichbaren Verfahren des Verwaltungsgerichts Frankfurt am Main (Urteil vom 9. Februar 2010 – 5 K 1985/08 –; zitiert nach juris), an dem auf der Klägerseite ein Versorgungsträger, auf der Beklagtenseite das Regierungspräsidium und als Beigeladene ein Krankenhaus beteiligt waren, war nach den Urteilsgründen zwischen den Parteien unstrittig, dass Bandscheibenoperationen zum Versorgungsauftrag des Krankenhauses mit dem – soweit maßgeblich, ausschließlichen – Fachgebiet Chirurgie gehörten. Das Verwaltungsgericht Frankfurt am Main hat deshalb operative Eingriffe an der Wirbelsäule unter das Fachgebiet der Chirurgie und nicht der Neurochirurgie eingeordnet. Gleiches gilt für die Entscheidung des Verwaltungsgerichts Hannover vom 22. Juli 2010 (7A 3146/08, zitiert nach juris).

Ist davon auszugehen, dass die Bandscheibenoperation zum Versorgungsauftrag der Klägerin gehörte, so ist es zugleich nicht zu beanstanden, dass die Operation durch die Hinzuziehung eines Dritten erfolgte. Einschlägig ist insoweit die Vorschrift des § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 KHEntG, wonach zu den allgemeinen Krankenhausleistungen auch die vom Krankenhaus veranlassten Leistungen Dritter zählen. Die Legaldefinition erfasst sämtliche Leistungen, die im Rahmen der allgemeinen Krankenhausleistungen durch die Erfüllungsgehilfen des Krankenhausträgers erbracht werden. Damit sind die ärztlichen Leistungen des angestellten Krankenhausarztes ebenso wie die des Honorararztes umfasst (Köhler-Hohmann, jurisPK-SGB V, 2. Aufl. 2012, § 121 SGB V Rz. 88).

Durch die Leistungen Dritter wird vorliegend auch nicht die Leistungsfähigkeit des Krankenhauses gem. § 2 Abs. 2 Satz 1 KHEntG überschritten (VG Frankfurt am Main a.a.O.).

Dass vorliegend ein Neurochirurg als Honorararzt die Operation durchgeführt hat, ist ebenfalls unerheblich. Dies erhöht nur die Qualifikation des Behandlers, lässt aber die Einstufung für den Versorgungsauftrag unberührt.

2.

Soweit die Beklagte darauf abstellt, dass die Klägerin bestimmte Operationsschlüssel (OPS-Code) verwendet hat, ist zunächst richtig zu stellen, dass die Klägerin im Entlassungsbericht den OPS-Code 5-030.70 verwendet hat, der nach dem OPS 2007 den „Zugang zum kraniozervikalen Übergang und zur Halswirbelsäule: HW, ventral: 1 Segment“ beschreibt. Der von der Beklagten bezeichnete Code 5-030.71 betrifft zwei Segmente und trifft ersichtlich nicht zu.

Es ist zwar zutreffend, dass der Titel 5-03 des OPS-Codes wie folgt überschrieben ist:

Operationen an Rückenmark, Rückenmarkhäuten und Spinalkanal Inkl.: Operationen an intraspinalen Teilen von Rückenmarksnerven oder spinalen Ganglien, Exkl.: Operationen an der knöchernen Wirbelsäule (5-83).

In der von der DGNC mit Schreiben vom 21.11.2009 vorgelegten Liste neurochirurgischer Leistungen sind auch verschiedene Operationen aus dem Bereich 5-03 enthalten, allerdings gerade nicht die OPS-Codes 5-030.70 oder 71.

Hinzu kommt, dass der OPS-Code 5-030 den Hinweis enthält:

„Dieser Kode ist auch zur Angabe des Zuganges im Rahmen einer Operation zu verwenden“.

Die Angabe in der Entlassungsbescheinigung muss deshalb nichts über die Art und Weise der Operation selbst aussagen. Dies hat die Klägerin bestätigt, indem sie den OPS-Code 5-030.70 als „Zugang zur HWS, ventral, 1 Segment“ beschrieben hat (Bl. 204 d.A.).

3.

Die Klageabweisung kann auch nicht auf einen Schadensersatzanspruch wegen Verletzung vertraglicher Hinweispflichten (Hilfsbegründung des Landgerichts) gestützt werden.

a) Selbst wenn man eine solche Hinweispflicht annehmen würde, steht doch nicht fest, dass die Klägerin sie fahrlässig verletzt hätte. Dafür wäre erforderlich, dass sie Kenntnis von der Problematik hatte. Dies hat die Klägerin verneint. Feststellungen des Landgerichts in dieser Hinsicht liegen nicht vor.

b) Die Argumentation des Landgerichts ist aber auch widersprüchlich. Wenn ein Anspruch der Klägerin gegen die Beklagte, wie vom Senat angenommen, besteht, ist auch deren Krankenversicherung einstandspflichtig und kann sich nicht auf § 8 KHEntgG berufen. Wenn ein Verstoß gegen den Versorgungsauftrag vorgelegen hätte, würde es bereits am Anspruch der Klägerin gegen die Beklagte fehlen, so dass es auf die Frage der Einstandspflicht der Versicherung nicht ankäme.

III.

Die prozessualen Nebenentscheidungen folgen aus den §§ 91, 708 Nr. 10, 711 ZPO.

Die Frage, ob Wirbelsäulenoperationen, die nicht im Katalog der DGNC erwähnt sind, unter das Fachgebiet „Chirurgie“ fallen und deshalb vom Versorgungsauftrag eines Krankenhauses umfasst sind, dem lediglich Betten für dieses Fachgebiet zugewiesen sind, ist bisher nach Kenntnis des Senats nicht höchstrichterlich entschieden, dürfte aber, wie die zitierten Entscheidungen der

Verwaltungsgerichte zeigen, in zahlreichen Fällen entscheidungserheblich sein. Der Senat hält deshalb die Zulassung der Revision gemäß § 543 Abs. 2 Ziff. 2 ZPO zur höchstrichterlichen Klärung dieser Frage für geboten.

Dr. Scharf

Vorsitzender Richter am OLG

Venz-Hampe

Richtern am OLG

Kirchhoff

Richter am OLG