



**Durchschrift**

**SOZIALGERICHT FÜR DAS SAARLAND**  
**IM NAMEN DES VOLKES**  
**GERICHTSBESCHEID**

In dem Rechtsstreit

- Klägerin -

Prozessbevollmächtigte/r: Rechtsanwalt Friedrich W. Mohr, Bauerngasse 7  
/ 3. OG, 55116 Mainz,

gegen

- Beklagte -

hat die 23. Kammer des Sozialgerichts für das Saarland ohne mündliche Verhandlung am 19. März 2014 gemäß § 105 Sozialgerichtsgesetz (SGG) durch den Präsidenten des Sozialgerichts Fischbach

für **R e c h t** erkannt:

**1.**

**Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin einen Betrag von 8204,19 € nebst 2% Zinsen über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 23.12.2013 zu zahlen.**

**2.**

**Die Beklagte trägt die Kosten des Rechtsstreites.**

### Tatbestand

Die Beteiligten streiten über die Kosten einer Krankenhausbehandlung.

Die Klägerin betreibt ein zugelassenes Krankenhaus in \_\_\_\_\_ die Beklagte ist eine gesetzliche Krankenkasse.

Die bei der Beklagten gesetzlich krankenversicherte Patientin \_\_\_\_\_, geboren am 2.1.1926, befand sich in der Klinik der Klägerin in stationärer Behandlung für die Zeit vom 14.7.2009 bis 21.8.2009.

Die Klägerin übersandte der Beklagten zunächst eine Rechnung über den Betrag von 17415,66 € unter Zugrundelegung der DRG F19A und Zuschläge für die Überschreitung der Grenzverweildauer..

Nachdem ein Ausgleich dieser Rechnung nicht erfolgte, hat die Klägerin am 11.12.2013 die Rechnung storniert und unter demselben Datum eine neue Rechnung über einen Betrag von 8204,19 € übersandt. Dabei wurden die in der ursprünglichen Rechnung aufgeführten Prozeduren OPS- Ziffer 1-273.1, 1-279.0, 1-275.3, und 8-837.a0 und 8-83b.c1 nicht mehr der Rechnung zu Grunde gelegt, nachdem die Beklagte geltend gemacht hatte, dass die Klägerin nicht berechtigt sei, mit dem Linksherzkatheder erbrachte Leistungen abzurechnen. In der neuen Rechnung wurde somit die DRG- Fallpauschale F69A mit einem Zuschlag für die Überschreitung der Grenzverweildauer zu Grunde gelegt. Die neue Rechnung wurde nicht im DTA- Verfahren nach § 301 SGB V, sondern in Papierform übermittelt.

Auch die Zahlung dieser Rechnung lehnte die Beklagten ab.

Mit der am 23.12.2013 bei Gericht eingegangenen Klage verfolgt die Klägerin ihr Begehren weiter.

Die Klägerin trägt vor,

dass die Übersendung der neuen Rechnung an die Beklagte im Datenübermittlungsverfahren (DTA- Verfahren) nach § 301 Abs. 3 SGB V aus technischen Gründen nicht möglich sei. Aufgrund des Trägerwechsels im Jahre 2008 sei im Haus der Klägerin am 01. Januar 2010 die EDV des Abrechnungssystems von Orbis auf SAP umgestellt worden, so dass Rechnungskorrekturen für Fälle, die vor dem 01. Januar 2010 abgerechnet worden seien, nicht mehr aus Orbis im DTA- Verfahren übermittelt werden könnten. Im Übrigen verweise sie insoweit auf die Vorschrift des § 303 Abs. 3 S. 1 SGB V.

Bereits vor 2009 sei das Krankenhaus der Klägerin kardiologisch ausgerichtet gewesen und hätte auch kardiologische Fälle behandelt. Bei Bedarf seien diese Fälle zur invasiven Behandlung in entsprechende Kliniken verlegt beziehungsweise verbracht worden, wobei auch entsprechende Rückverlegungen stattgefunden hätten. In der Abrechnung seien nunmehr keine Linksherzkathedermessplatzleistungen mehr enthalten.

Die Klägerin beantragt,

**die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin 8204,19 € nebst Zinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 23.12.2013 zu zahlen.**

Die Beklagte beantragt,

**die Klage abzuweisen.**

Die Beklagte trägt vor,

die Klägerin habe keinen Versorgungsauftrag für die Unterabteilung Kardiologie gehabt, wie das Verwaltungsgericht für das Saarland rechtskräftig festgestellt habe. Die abgerechneten Leistungen hätte die Klägerin daher überhaupt nicht erbringen dürfen. Es sei auch nicht zulässig, aus der ursprünglichen Rechnung die Linksherzkathederuntersuchung herauszurechnen. Denn die Klägerin sei insge-

samt nicht berechtigt gewesen, die nunmehr abgerechneten Leistungen zu erbringen, so dass kein Vergütungsanspruch bestehe.

Wegen des Sachverhalts im Übrigen wird auf die gewechselten Schriftsätze nebst Anlagen ergänzend Bezug genommen.

### Entscheidungsgründe

Die Kammer konnte nach Anhörung der Beteiligten gemäß § 105 Abs. 1 SGG durch Gerichtsbescheid entscheiden. Der Sachverhalt ist geklärt; der Rechtsstreit weist keine besonderen Schwierigkeiten tatsächlicher oder rechtlicher Art auf.

Die formgerecht eingereichte Klage ist zulässig. Insbesondere ist sie als Leistungsklage zulässig, da es sich um einen Beteiligtenstreit im Gleichordnungsverhältnis handelt, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt (vgl. nur BSG, Urteile vom 17. Mai 2000, Az.: B 3 KR 33/99 R und vom 13. Dezember 2001, Az.: B 3 KR 11/01 R).

Die damit zulässige Klage ist auch begründet.

Die Klägerin hat gegen die Beklagte einen Anspruch auf Zahlung des geltend gemachten Betrages.

Rechtsgrundlage des geltend gemachten Vergütungsanspruches der Klägerin ist § 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 dabei unabhängig von einer Kostenzusage unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten. 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 normativ festgelegten Entgelte zu zahlen, sofern die Versorgung im Krankenhaus erforderlich war und die Rechnung zutreffend ist.

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 2009 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.

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 kardiologischen Linksherzkathetermessplatzuntersuchungen hat sie diesen Versorgungsauftrag eindeutig nicht. Das Verwaltungsgericht hat dazu ausgeführt, dass dies sich eindeutig aus dem im Feststellungsbescheid enthaltenen Krankenhausstammblatt Teil 1 ergebe, das in seiner Auflistung der Fachabteilungen die Struktur und Gliederung der nach dem saarländischen Krankenhausplan zugrunde zu legenden „Weiterbildungsordnung für die Ärztinnen und Ärzte des Saarlandes“ (Weiterbildungsordnung) übernehme. Entsprechend der Struktur der Weiterbildungsordnung umfasse das Gebiet „Innere Medizin und Allgemeinmedizin“ u.a. die Untergebiete „Innere Medizin - allgemein“ und „Innere Medizin - Kardiologie“. Nur im Untergebiet „Innere Medizin - allgemein“ seien der Klägerin im Feststellungsbescheid Betten zugewiesen. Daraus werde deutlich, dass sie auch nur in-

soweit einen Versorgungsauftrag habe. Welche Leistungen die Klägerin im Rahmen dieses Versorgungsauftrages zu erbringen habe und budgetwirksam geltend machen könne, ergebe sich aus der Auflistung des Weiterbildungsinhaltes unter Ziffer 12.1 „Facharzt für Allgemeinmedizin“ der Weiterbildungsordnung. Die von der Klägerin geltend gemachten Linksherzkatheteruntersuchungen seien hier nicht aufgeführt. Sie fänden sich in der Auflistung des Weiterbildungsinhaltes unter Ziff. 12.2 „Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin und Schwerpunkt Kardiologie“. Da der Klägerin für die der Weiterbildungsordnung insoweit entsprechenden Fachabteilung „Innere Medizin - Kardiologie“ im Feststellungsbescheid keine Betten zugewiesen seien, werde deutlich, dass sie keinen Versorgungsauftrag für die Erbringung von kardiologischen Linksherzkathetermessplatzuntersuchungen habe. Entgegen der Auffassung der Klägerin umfasse das ihr im bestandskräftigen Feststellungsbescheid zugewiesene Untergebiet „Innere Medizin - allgemein“ nicht das Untergebiet „Innere Medizin - Kardiologie“. Beide Gebiete seien entsprechend der Gliederung der Weiterbildungsordnung gleichwertige Untergebiete des Gebietes „Innere Medizin und Allgemeinmedizin“. Der Versorgungsauftrag der Klägerin umfasse also nur die kardiologische Leistungen, die in der Weiterbildungsordnung im Untergebiet „Innere Medizin - allgemein“ aufgeführt seien. Kardiologische Leistungen mit Hilfe eines Linksherzkathetermessplatzes gehörten hierzu nicht. Der Vortrag der Klägerin, der Versorgungsauftrag Innere Medizin sei unteilbar, widerspreche eindeutig der Struktur, der nach dem saarländischen Krankenhausplan 2006 - 2010 bei der Bildung von Fachabteilungen zugrunde zu legenden Weiterbildungsordnung. Wenn jedoch gemäß § 6 Absatz 1 Satz 3 KHEntgG Entgelte nicht vereinbart werden dürften, fehle 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 krankenhauses individuell zu vereinbarende Entgelte vergütet würden. Festzuhalten bleibe, dass die Klägerin keinen Versorgungsauftrag für die von ihr mit Hilfe des Linksherzkathetermessplatzes erbrachten kardiologischen Leistungen habe.

Die Klägerin hat zwar vorliegend zunächst in Ihrer Rechnung auch Leistungen geltend gemacht, die mithilfe des Linksherzkathetermessplatzes erbracht worden waren.

In der neuen Rechnung, die auf entsprechenden Einwand der Beklagten mit Datum vom 11.12.2013 erstellt wurde, sind diese Leistungen jedoch nicht mehr enthalten. Die Klägerin hat die insoweit in der ersten Rechnung zu Grunde gelegten OPS-Ziffern 1-273.1, 1-279.0, 1-275.3, und 8-837.a0 und 8-83b.c1 nicht mehr mit abgerechnet. In den nunmehr abgerechneten Leistungen sind - wie der Vortrag der Klägerin zu verstehen ist - keine Leistungen, die nicht mehr von dem Versorgungsauftrag der Klägerin gedeckt sind, sondern dem Untergebiet „Innere Medizin - allgemein“ zugeordnet werden können. Etwas anderes ist für die Kammer nicht erkennbar, wird von der Beklagten auch nicht eingewandt. Diese hält nach ihren Darlegungen in der Klageerwiderung vom 18.2.2014 lediglich es für nicht zulässig, einen Teil der Vergütung für die insgesamt erbrachten Leistungen herauszurechnen und geltend zu machen.

Warum es der Klägerin jedoch nicht gestattet sein soll, die Leistungen in dem Abrechnungsfall nunmehr abzurechnen, die innerhalb des Versorgungsauftrages unbestritten erbracht worden sind, erschließt sich der Kammer ohne nähere Darlegungen seitens der Beklagten nicht.

Der Anspruch der Klägerin scheitert auch nicht daran, dass die neue Rechnung lediglich in Papierform der Beklagten übersandt worden war.

Zwar haben die Krankenhäuser nach § 301 Abs. 1 SGB V die Pflicht, den Krankenkassen bei Krankenhausbehandlungen die nach den §§ 115a und 115b SGB V sowie nach dem Krankenhausentgeltgesetz und der Bundespflegesatzverordnung berechneten Entgelte im Wege der elektronischen Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern zu übermitteln (§ 301 Abs. 1 Nr. 9 SGB V). Eine solche Übermittlung jedoch ist seitens der Klägerin mit der Rechnung vom 11.12.2013 nicht veranlasst worden. Die lediglich in Papierform übersandte Rechnung entspricht nicht den vorgenannten Voraussetzungen des § 301 Abs. 1 SGB V. Dadurch entfällt jedoch nicht die Fälligkeit der Rechnung. Vielmehr führt dies lediglich dazu, dass gemäß § 303 Abs. 3 S. 1 SGB V die Krankenkassen, hier also die Beklagte, die entsprechenden Daten nachzuerfassen hat, worauf seitens der Klägerin zu Recht hingewiesen wurde.



Der Klage war daher in der geltend gemachten Höhe, die von der Beklagten nicht bestritten wird, stattzugeben.

Der von der Klägerin begehrte Zinsanspruch beruht auf § 14 Abs.5 KBV.

Die Kostenentscheidung folgt aus § 197 a SGG.

### **Rechtsmittelbelehrung**

Dieser Gerichtsbescheid kann mit der Berufung angefochten werden.

Die Berufung ist innerhalb eines Monats - bei Zustellung an einen im Ausland wohnenden Beteiligten innerhalb von drei Monaten - nach Zustellung des Gerichtsbescheides beim Landessozialgericht für das Saarland, Egon-Reinert-Str. 4-6, 66111 Saarbrücken, schriftlich oder zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle einzulegen.

Die Berufungsfrist ist auch gewahrt, wenn die Berufung innerhalb der Frist beim Sozialgericht für das Saarland, Egon-Reinert-Str. 4-6, 66111 Saarbrücken, schriftlich oder zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle eingelegt wird.

Die Berufungsschrift soll den angefochtenen Gerichtsbescheid bezeichnen, einen bestimmten Antrag enthalten und die zur Begründung der Berufung dienenden Tatsachen und Beweismittel angeben.

Auf Antrag kann vom Sozialgericht durch Beschluss die Revision zum Bundessozialgericht zugelassen werden, wenn der Gegner schriftlich zustimmt. Der Antrag auf Zulassung der Revision ist innerhalb eines Monats - bei Zustellung an einen im Ausland wohnenden Beteiligten innerhalb von drei Monaten - nach Zustellung des Gerichtsbescheides bei dem Sozialgericht für das Saarland, Egon-Reinert-Str. 4-6, 66111 Saarbrücken, schriftlich zu stellen. Die Zustimmung des Gegners ist dem Antrag beizufügen.

Die Sprungrevision ist innerhalb eines Monats - bei Zustellung an einen im Ausland wohnenden Beteiligten innerhalb von drei Monaten - nach Zustellung des Gerichtsbescheides in schriftlicher oder elektronischer Form beim Bundessozialge-

richt einzulegen. Bei schriftlicher Einlegung ist die Revisionschrift an das Bundessozialgericht, Postfach 41 02 20, 34114 Kassel, oder Graf-Bernadotte-Platz 5, 34119 Kassel, zu richten.

Die Einlegung der Sprungrevision in elektronischer 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](http://www.egvp.de)).

Vor dem Bundessozialgericht müssen sich die Beteiligten, außer im Prozesskostenhilfverfahren, durch Prozessbevollmächtigte vertreten lassen.

Als Prozessbevollmächtigte sind zugelassen:

1. Rechtsanwälte,
2. Rechtslehrer an einer deutschen Hochschule im Sinne des Hochschulrahmengesetzes mit Befähigung zum Richteramt,
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 Revisionsschrift muss das angefochtene Urteil bezeichnen. Die Revision ist innerhalb von zwei Monaten nach Zustellung des Gerichtsbescheides von einem zugelassenen Prozessbevollmächtigten schriftlich zu begründen. Die Begründung muss einen bestimmten Antrag enthalten, die verletzte Rechtsnorm und, soweit Verfahrensmängel gerügt werden, die Tatsachen bezeichnen, die den Mangel ergeben.

Die Revision kann nur darauf gestützt werden, dass der angefochtene Gerichtsbescheid auf der Verletzung einer Vorschrift des Bundesrechts oder einer sonstigen im Bezirk des Berufungsgerichts geltenden Vorschrift beruht, deren Geltungsbereich sich über den Bezirk des Berufungsgerichts hinaus erstreckt.

Lehnt das Sozialgericht den Antrag auf Zulassung der Revision durch Beschluss ab, so beginnt mit der Zustellung dieser Entscheidung der Lauf der Berufungsfrist von neuem, sofern der Antrag auf Zulassung der Revision in der gesetzlichen Form und Frist gestellt und die Zustimmungserklärung des Gegners beigefügt war.

Der Berufungsschrift und allen folgenden Schriftsätzen sollen Abschriften für die übrigen Beteiligten beigefügt werden.

Gez. Fischbach

Präsident des Sozialgerichts