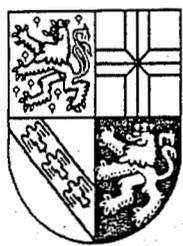


720990

L 2 KR 45/09
S 23 KR 131/09



Verkündet am 18.01.2012

VOLK
als Urkundsbeamtin
der Geschäftsstelle

LANDESSOZIALGERICHT FÜR DAS SAARLAND

IM NAMEN DES VOLKES

URTEIL

In dem Rechtsstreit

[Redacted]

- Klägerin und Berufungsbeklagte -

Prozessbevollmächtigter:

[Redacted]

gegen

[Redacted]

- Beklagte und Berufungsklägerin -

hat der 2. Senat des Landessozialgerichts für das Saarland
auf die mündliche Verhandlung vom 18. Januar 2012 durch

den Vorsitzenden Richter am Landessozialgericht Betz,
die Richter am Landessozialgericht Rauch und Kirchdörfer
sowie die ehrenamtlichen Richter Kiefer und Ruffing

für Recht erkannt:

Auf die Berufung der Beklagten wird der Gerichtsbescheid des Sozialgerichts für das Saarland vom 08.07.2009 dahingehend abgeändert, dass die Beklagte verurteilt wird, an die Klägerin 1.616,53 € zuzüglich Zinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 09.03.2007 zu zahlen.

Im Übrigen wird die Berufung 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 31.10. bis 01.11.2006.

Die bei der Beklagten krankenversicherte [REDACTED] (geboren [REDACTED]; im Folgenden: Versicherte) wurde am 12.10.2006 in das Kreiskrankenhaus [REDACTED] aufgenommen. Grund der Aufnahme war, dass die Versicherte beim Gehen in der Wohnung plötzlich ein Hitzegefühl sowie einen Schwindel verspürt hatte und anschließend bewusstlos stürzte und sich dabei eine Kopfplatzwunde

über dem rechten Auge zuzog. Vom Kreiskrankenhaus [REDACTED] wurden folgende Diagnosen gestellt:

- Synkope a.e. rhythmogener Genese bei hochgradigen HRST,
- KHK mit Z.n. Vorderwandinfarkt 2005,
- Z.n. ventriculären und supraventriculären Tachycardien 2005,
- paroxysmales Vorhofflimmern,
- arterielle Hypertonie,
- Struma nodosa II. Grades,
- Harn- und Stuhlinkontinenz,
- Penicillin-Allergie.

Echokardiographisch zeigten sich bei der Versicherten eine Mitral- und Aorteninsuffizienz I bis II (beide Vitien ohne Relevanz) sowie eine Tricuspidalinsuffizienz mit einem RVSP von 32 mm Hg plus ZVD. Im Langzeit-EKG zeigten sich mehrere hochgradige Herzrhythmusstörungen. Nachdem sich der Allgemeinzustand gebessert hatte, wurde die Versicherte am 31.10.2006 in die Kardiologische Klinik [REDACTED] der Klägerin verlegt.

Die Versicherte wurde dort um 10:05 Uhr aufgenommen, wobei die dortigen Ärzte von einem voraussichtlichen Entlassungstermin am 05.11.2006 ausgingen. Nach Durchführung einer individuellen Aufnahmeprüfung wurde mit einer Koronarangiographie begonnen. Es zeigte sich ein kombiniertes Aorten-/Mitralvitium mit jeweils einer Insuffizienz II°. Die Versicherte wurde zur Beobachtung über Nacht dabehalten und wurde am 01.11.2006 um 15:11 Uhr wieder in das Kreiskrankenhaus [REDACTED] zurückverlegt.

Mit Rechnung vom 29.12.2006 verlangte die Klägerin 1.627,61 €, gestützt auf die DRG-Fallpauschale F49F unter Berücksichtigung eines Abschlages wegen

Verlegung in ein anderes Krankenhaus. Diese Rechnung beglich die Beklagte am 19.01.2007. Im Januar 2007 leitete die Beklagte ein Überprüfungsverfahren durch ihren Sozialmedizinischen Dienst (SMD) ein. Am 08.03.2007 verrechnete die Beklagte den gezahlten Betrag mit einer anderen Forderung der Klägerin.

Die Klägerin hat am 28.04.2009 Klage erhoben auf Zahlung von 1616,53 € (Rechnungskürzung für integrierte Versorgung) zzgl. Zinsen iHv. 2 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 08.03.2007. 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. Die 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 F49F abzurechnen, sondern vielmehr § 2 Abs. 2 S.2 Nr. 2 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG) anzuwenden sei. Es habe keiner vollstationären Aufnahme in das Krankenhaus der Klägerin bedurft, um die unstreitig notwendige Diagnostik mittels einer Koronarangiographie durchzuführen. Die Versicherte habe sich bereits in der stationären Obhut des beauftragenden Krankenhauses [REDACTED] befunden. Medizinisch notwendig sei lediglich gewesen, die von diesem entsendenden Krankenhaus veranlasste Leistung durchzuführen, ohne die Versicherte vollständig in die kardiologische Abteilung des Krankenhauses zu integrieren und sie anschließend in das beauftragende Krankenhaus zurückzubringen. Soweit die Klägerin behauptete, dass

die 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 der Versicherten nach Hause von vorneherein nicht geplant gewesen sei. Die Rückverlegung der Versicherten in das Heimatkrankenhaus hätte daher noch am Interventionstag erfolgen können. Die Beklagte hat insoweit auf die Stellungnahmen des SMD vom 21.11.2007 und 02.04.2009 verwiesen. 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. Die Versicherte sei nicht so schwer erkrankt gewesen, dass von ihrem 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 die 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 die 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. Vorliegend sei lediglich eine einzelne diagnostische Maßnahme mit dem Leistungsbild einer ambulanten Untersuchung erforderlich gewesen. Abweichend von der Darstellung der Klägerin sei die Übernahme der Gesamtverantwortung für die weitere Diagnostik und Therapie nicht erforderlich gewesen.

Mit Gerichtsbescheid vom 08.07.2009 hat das Sozialgericht für das Saarland (SG) die Beklagte verurteilt, an die Klägerin 2.682,50 € zuzüglich Zinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 06.12.2006 zu zahlen. Zur Begründung hat es im Wesentlichen ausgeführt, es sei davon auszugehen, dass die Versicherte im Krankenhaus der Klägerin eine Krankenhausbehandlung erfahren habe und dass diese Behandlung zu ihrer 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 der Versicherten habe sich vorliegend unstrittig vom 31.10.2006 bis zum 01.11.2006 erstreckt, also über einen Tag und eine Nacht. Dies habe auch dem ursprünglichen Behandlungsplan der Klägerin entsprochen, wonach eine Verweildauer sogar bis zum 05.11.2006 vorgesehen gewesen sei. Der Einwand der Beklagten, die Rückverlegung der Versicherten in das entsendende Krankenhaus hätte bereits am Aufnahmetag erfolgen können, sei daher insoweit ohne rechtliche Relevanz. Die vollständige Eingliederung in den Krankenhausbetrieb sei vielmehr augenfällig. Die Behandlung der 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 scheidet 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 der Versicherten durch das klägerische Krankenhaus stattgefunden habe, sei schon aus diesem Grund die Annahme ausgeschlossen, dass es sich um eine von dem Krankenhaus [REDACTED] veranlasste Leistung eines Dritten handeln könnte. Hinzu komme, dass dieses Krankenhaus nach seinem Versorgungsauftrag nicht zur Abklärung und Behandlung der Versicherten im Wege der Herzkathetermessung in der Lage gewesen sei und folgerichtig eine Verlegung der Versicherten in das mit einem entsprechenden Messplatz ausgerüstete 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 13.07.2009 zugestellten Gerichtsbescheid hat die Beklagte am 07.08.2009 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 die Beklagte nicht nachzuvollziehen. Insoweit werde auf die Leitlinie „Diagnostische Herzkatheteruntersuchung“ der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie-, Herz- und Kreislaufforschung e.V. verwiesen. Es wäre im vorliegenden Streitfall auch geboten gewesen, die Entscheidung zum Verbleib der Versicherten über Nacht im Krankenhaus der Klägerin gerade nicht zu Beginn der Behandlung zu treffen, sondern erst den Verlauf der Koronarangiographie abzuwarten und dann darüber

zu entscheiden, ob ein Rücktransport der Patientin in das beauftragende Krankenhaus am Untersuchungstag geboten gewesen sei. Gerade bei der Koronarangiographie als einer rein diagnostischen Maßnahme entscheide das Ergebnis der Untersuchung über den weiteren Verlauf der Behandlung. Erst nach Durchführung der Koronarangiographie stehe fest, ob die Weiterbehandlung im entsendenden oder im aufnehmenden Krankenhaus erfolgen solle. Des Weiteren sei erst nach Durchführung der Koronarangiographie feststellbar, ob infolge dieser diagnostischen Maßnahme Komplikationen aufträten, welche einen Verbleib des Patienten über Nacht im aufnehmenden Krankenhaus erforderlich machten. Diese Entscheidung könne gerade nicht ex ante getroffen werden. Die Koronarangiographie und der postinterventionelle Verlauf gestalteten sich vorliegend komplikationslos. Der SMD verweise in seiner Stellungnahme vom 02.04.2009 darauf, dass die Schleuse bereits am Untersuchungstag um 13:10 Uhr habe entfernt werden können. Es seien keine Risiken feststellbar gewesen, welche einem Rücktransport der Versicherten in das beauftragende Krankenhaus noch am Untersuchungstag entgegengestanden hätten. Weiterhin legt die Beklagte eine Stellungnahme des SMD (vom 16.03.2010) vor.

Im Erörterungstermin am 24.08.2011 hat die Beklagte klargestellt, dass die Abrechnung der Klägerin, sofern man nicht von einer Auftragsleistung im Sinne des § 2 Abs. 2 S. 2 Nr. 2 KHEntG ausgehe, korrekt sei, weil bereits ein Abschlag wegen Verlegung erfolgt sei.

Die Beklagte beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts für das Saarland vom 08.07.2009 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung insoweit zurückzuweisen, als die Beklagte zur Zahlung von 1.616,53 Euro zuzüglich Zinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 09.03.2007 verurteilt wurde.

Sie verteidigt den angefochtenen Gerichtsbescheid.

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; der Inhalt der Beiakten war Gegenstand der mündlichen Verhandlung.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung ist zum Teil begründet.

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.

Die Beklagte hat keine öffentlich-rechtliche Erstattungsforderung in Höhe von 1.616,53 €, mit der sie gegenüber einer unstreitigen Forderung der Klägerin hätte aufrechnen (analog §§ 387 ff. BGB, vgl. BSG aaO RdNr. 11) können, da die Klägerin für die stationäre Behandlung vom 31.10. bis 01.11.2006 zu Recht 1.616,53 € (nicht dagegen 2.682,50 €, wie das SG geurteilt hat) 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 Verordnung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2006 (Fallpauschalenvereinbarung 2006 – FPV 2006) 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 die 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 der 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 der Versicherten und somit die weitere stationäre Behandlung im Krankenhaus [REDACTED] 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 [REDACTED] veranlasste Krankenhausleistung erbracht hat. 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 ausschließt, 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 [REDACTED] 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 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 vorgelegt]). Jedenfalls ist die Versicherte im vorliegenden Fall aus den stationären Behandlungsabläufen und der Gesamtverantwortung des abgebenden Krankenhauses [REDACTED] ausgeschieden und in die stationären Abläufe des Krankenhauses der Klägerin aufgenommen worden. Wie sich aus dem Kurzarztbericht vom 17.04.2007 von Dr. [REDACTED] (Chefarzt des Krankenhauses der Klägerin) ergibt, erfolgte die stationäre Aufnahme der Versicherten notfallmäßig am 31.10.2006 wegen seit etwa 2 Jahren intermittierend auftretendem retrosternalem Druck und kürzlich stattgehabter Synkope unklarer Genese zur invasiv kardiologischen Erstdiagnostik. Ein stationärer Aufenthalt war bis zum 05.11.2006 geplant. Allein dies zeigt schon, dass die Versicherte das Krankenhaus [REDACTED] nicht nur für kurze Zeit zur Vornahme einer medizinisch gebotenen, im Krankenhaus [REDACTED] nicht durchführbaren einzelnen Untersuchungs- oder Behandlungsmaßnahme verlassen hatte. Vielmehr war die Versicherte aus den stationären Behandlungsabläufen und der Gesamtverantwortung des Krankenhauses [REDACTED] ausgeschieden. Dies ergibt sich auch aus dem Bericht vom 31.10.2006, den das Krankenhaus [REDACTED] an das Krankenhaus der Klägerin übersandte. In diesem Bericht heißt es, dass über die Patientin berichtet wird, „die sich in unserer Behandlung befand“ (und nicht befindet). Weiter heißt es ausdrücklich, dass die Patientin in das Krankenhaus der Klägerin verlegt werde. Der Senat geht davon aus, dass den Ärzten des Krankenhauses [REDACTED] 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. Ihr oblag es nunmehr zu entscheiden, ob die Versicherte stationär aufgenommen wird und welche Behandlungsmaßnahmen zu ergreifen waren. Insbesondere der Umstand, dass die 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).

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. Die Versicherte war aus den stationären Abläufen des Krankenhauses [REDACTED] ausgeschieden und das Krankenhaus [REDACTED] 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 die 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. Die 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 [REDACTED] 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 F49F (invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, weniger als drei Belegungstage, Alter > 14 Jahre) abzurechnen, wird von der Beklagten ausdrücklich nicht bestritten. Die Höhe des Vergütungsanspruchs beträgt 1.616,53 € (unter Berücksichtigung eines Abzuges für integrierte Versorgung). Die Höhe dieses Vergütungsanspruchs wird von der Beklagten nicht in Zweifel gezogen.

Soweit das SG darüber hinaus die Beklagte verurteilt hat, an die Klägerin 2.682,50 € zuzüglich Zinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 06.12.2006 zu zahlen, ist dies nicht nachvollziehbar und dahingehend abzuändern, dass die Beklagte der Klägerin 1.616,53 € zuzüglich Zinsen - der Zinsanspruch ergibt sich aus § 14 Abs. 5 KBV - in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 09.03.2007 zu zahlen hat.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.

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, 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**.

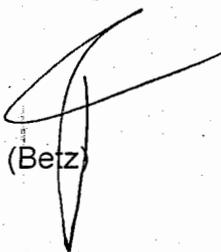
II. Erläuterungen zur Prozesskostenhilfe

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 einen Datei umzuwandeln, die qualifiziert signiert ist und nach Maßgabe der Verordnung über den elektronischen Rechtsverkehr beim Bundessozialgericht in den elektronischen Gerichtsbriefkasten zu übermitteln ist.



(Betz)



(Rauch)



(Kirchdörfer)

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

Das Bundessozialgericht bittet darüber hinaus um je zwei weitere Abschriften.