



Forschungsstelle Recht der Gesundheitswirtschaft

Lehrstuhl für Bürgerliches Recht, Arbeitsrecht und Sozialrecht

Fakultät für Rechtswissenschaft - Universität Bielefeld

Professor Dr. Oliver Ricken

Wiss. Mit.: Denis Hedermann • Johannes Rehm • Bastian Reuter • Mandy Zibolka

Entscheidung des Monats 3/2012

LSG Saarland, Urteil vom 18.1.2012 – L 2 KR 45/09

Krankenhausbehandlung – Unterscheidung zwischen Verbringung und Verlegung.

Die Verlegung unterscheidet sich von der Verbringung dadurch, dass bei der Verlegung das Entsendekrankenhaus dem aufnehmenden Krankenhaus die Gesamtverantwortung für den Patienten überträgt.

Tatbestand

Die bei der beklagten Krankenkasse Versicherte wurde im Oktober 2006 in das Kreiskrankenhaus St. I. (Krankenhaus I) aufgenommen. Im Rahmen der dortigen Behandlung zeigten sich bei der Versicherten im Langzeit-EKG mehrere hochgradige Herzrhythmusstörungen. Aufgrund dessen wurde sie am 31.10.2006 in die Kardiologische Klinik V. der Klägerin (Krankenhaus II) verlegt. Dabei gingen die dortigen Ärzte von einem voraussichtlichen Entlassungstermin zum 5.11.2006 aus. Nach Durchführung einer individuellen Aufnahmeprüfung unterzog man die Versicherte einer Koronarangiographie, bei der sich ein kombiniertes Aorten-/Mitralvitium mit jeweils einer Insuffizienz II zeigte. Nachdem die Versicherte die Nacht über im Krankenhaus II verblieb, wurde sie am 1.11.2006 wieder in das Krankenhaus I zurückverlegt. Das Krankenhaus II verlangte daraufhin als Klägerin von der beklagten Krankenkasse die Zahlung von ca. 1600,- € gestützt auf die DRG-Fall-Pauschale F 49 F. Die Beklagte beglich zunächst den Rechnungsbetrag, nach Durchführung eines Überprüfungsverfahrens verrechnete sie aber den gezahlten Betrag mit einer anderen Forderung der Klägerin. Die Beklagte machte geltend, dass sich die Versicherte bereits in der stationären Obhut des Krankenhauses I befunden habe. Medizinisch sei es nicht notwendig gewesen, die von dem Krankenhaus I veranlasste Leistung beim Krankenhaus II durchzuführen, ohne die Versicherte vollständig in die Kardiologische Abteilung des Krankenhauses II zu integrieren.

Wesentliche Entscheidungsgründe:

Das LSG ging davon aus, dass die Klägerin für die stationäre Behandlung der Versicherten vom 31.10. bis zum 1.11.2006 zu Recht den genannten Betrag verlangt habe. Zunächst ordnete das Gericht den Aufenthalt der Versicherten im Krankenhaus II als vollstationäre Krankenhausbehandlung ein. Die Frage, die sich dann stellte, war, ob dieser Aufenthalt im Krankenhaus II nicht der Krankenhausbehandlung im Krankenhaus I zugeordnet werden musste. Grundlage hierfür ist § 2 Abs. 2 KHEntG. Diese Vorschrift definiert die allgemeinen Krankenhausleistungen. Danach sind allgemeine Krankenhausleistungen die Krankenhausleistungen, die unter Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung des Patienten notwendig sind. Problematisch in diesem Zusammenhang erwies sich die Vorschrift des § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 KHEntG. Danach sind unter den Voraussetzungen des § 2 Abs. 2 Satz 1 KHEntG auch die vom Krankenhaus veranlassten Leistungen Dritter als allgemeine Krankenhausleistungen zu sehen. Damit war die Frage zu beantworten, ob es sich bei der Krankenhausbehandlung im Krankenhaus II um eine vom Krankenhaus I veranlasste Leistung eines Dritten handelte. Wäre dies zu bejahen, wäre die Behandlung im Krankenhaus II der Behandlung im Krankenhaus I zuzuordnen, so dass das Krankenhaus I keinen eigenständigen Vergütungsanspruch gegen die beklagte Krankenkasse hätte. Die Vorschrift des § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 KHEntG will sicherstellen, dass der Patient sich nur einem Gläubiger gegenüber sieht, wenn das Krankenhaus Dritte im Rahmen der Krankenhausbehandlung einschaltet. Für den Fall der Einschaltung eines zweiten Krankenhauses hatte bereits das BSG

im Jahre 2007 entschieden, dass es für die Frage, ob ein Krankenhaus für ein anderes Krankenhaus als Dritter tätig wird oder ob das Krankenhaus selbst gegenüber dem Patienten tätig wird, darauf ankomme, ob es sich um eine sog. Verbringung oder um eine Verlegung handelt. Maßstab sei hierfür, ob das zweite Krankenhaus die Gesamtverantwortung für die Behandlung übernehme, oder (im Fall der Verbringung) die gesamte Verantwortung für die Behandlung beim ersten Krankenhaus bleibe. Das LSG hat es ausdrücklich offen gelassen, ob die von der Klägerin durchgeführte Koronarangiographie überhaupt eine Leistung eines Dritten i.S.d. § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 KHEntG sein könne. Dies sei insofern problematisch, als es sich bei der Behandlungsmaßnahme um einen invasiven Eingriff handele und Verbringungsleistungen dadurch gekennzeichnet seien, dass ihnen lediglich ergänzende oder unterstützende Funktion zukommen. Hier sah jedoch das LSG, dass das Krankenhaus II die Gesamtverantwortung der Behandlung der Versicherten übernommen habe und daher die Versicherte aus den Behandlungsabläufen des Krankenhauses I ausgeschieden sei. Dies zeige sich u.a. daran, dass die Versicherte notfallmäßig am 31.10.2006 im Krankenhaus mit der Maßgabe aufgenommen worden sei, dass der Krankenhausaufenthalt voraussichtlich bis zum 5.11.2006 andauern sollte. Zudem ergebe sich aus dem Bericht des Krankenhauses I, dass die Versicherte in das Krankenhaus II "verlegt" werden solle.

Anmerkung:

Die Entscheidung des LSG Saarland greift ein Problem auf, welches schon Gegenstand einer sehr umstrittenen Entscheidung des BSG war.¹ Für die Frage, ob es sich bei einer Einschaltung eines Dritten in das Behandlungsgeschehen um eine vom Krankenhaus veranlasste Leistung Dritter i.S.d. § 2 Abs. 2 Satz 2 KHEntG handelt, hat das BSG bereits damals richtigerweise auf das Kriterium der „Gesamtverantwortung“ abgestellt. Dieses Kriterium der Gesamtverantwortung ist jeweils am Einzelfall zu prüfen. In diesem Zusammenhang spielt sicherlich die Einschätzung der beteiligten Ärzte eine Rolle, ob diese die Einschaltung des Dritten auch als Übertragung der Gesamtverantwortung sehen. Insofern ist der Rückgriff des LSG auf die ärztlichen Berichte sicherlich sachgerecht. Darüber hinaus kommt der Dauer der Behandlungsmaßnahme ebenfalls indizielle Funktion zu. Eine der derzeit umstrittensten Fragen konnte das LSG allerdings offenlassen. Teilweise wird der Entscheidung des BSG entnommen, dass die vom Krankenhaus veranlasste Leistung Dritter nur eine solche Leistung sein könne, die lediglich ergänzende oder unterstützende Funktion haben könne.² Hieraus wird abgeleitet, dass damit invasive Eingriffe als Leistungen, die das Krankenhaus durch einen Dritten veranlasst, ausscheiden. Diese Ansicht wird man im Hinblick auf die Unterscheidung zwischen Verbringung und Verlegung dann teilen können, wenn mit dem invasiven Eingriff eine längere stationäre Aufnahme beim Dritten erforderlich wird, da man zumindest dann davon ausgehen kann, dass der Dritte die Gesamtverantwortung übernommen hat. Allerdings lassen sich daraus keine allgemeingültigen Maßstäbe entwickeln, unter welchen Voraussetzungen ein Krankenhaus Dritte einschalten kann. Maßstab ist hier allein die Frage, ob die Gesamtverantwortung für die Behandlung beim Krankenhaus bleibt.³ Dies kann nicht generell entschieden werden, sondern hängt nach Maßgabe der jeweiligen Behandlungsmaßnahme von der jeweiligen Fallkonstellation ab.

Autor: Professor Dr. Oliver Ricken (Tel. 0521-106-4414)

¹ BSG, Urt. v. 28.02.2007 – B 3 KR 17/06 R.

² Sächs. LSG, Urt. v. 30.04.2008 – 1 KR 103/07.

³ Ricken, NZS 2011, 881,885 m.w.N.