



Klinikrundbrief

Inhaltsverzeichnis

Rechtsprechung

1. Verwaltungsgericht Düsseldorf, Urteil vom 27.01.2017:
Beurteilung der Leistungsfähigkeit eines Krankenhauses
2. Sozialgericht Detmold, Urteil vom 19.01.2017:
Abgrenzung der nicht durchgeführten stationären Behandlung von der abgebrochenen stationären Behandlung
3. Landessozialgericht Berlin-Brandenburg, Beschluss vom 17.05.2017:
Externer Operateur nicht als Honorararzt im Krankenhaus

Rechtsprechung

1. Beurteilung der Leistungsfähigkeit eines Krankenhauses

Im Versorgungsgebiet 4 des Landes Nordrhein-Westfalen wurden Ende 2014 Feststellungsbescheide über die Einrichtung beziehungsweise Fortführung geriatrischer Fachabteilungen erlassen. Die zuständige Bezirksregierung musste hierzu Auswahlentscheidungen treffen, weil die Zahl der beantragten Betten den angenommenen Bedarf überstieg. Einige Krankenhäuser, die nicht zum Zuge kamen, erhoben Anfechtungs- und Verpflichtungsklagen. Über eine dieser Klagen entschied das Verwaltungsgericht Düsseldorf am 27.01.2017 (Az. 21 K 341/15).

Der klagende Krankenhausträger hatte die Aufnahme seines Hauses mit einer geriatrischen Fachabteilung mit 40 Betten in den Krankenhausplan beantragt. Der Kläger begründete seinen Antrag insbesondere damit, dass in seiner Abteilung für Innere Medizin ein stetig steigender Bedarf für die geriatrische Versor-

gung zu beobachten sei. Es gebe in dem Krankenhaus die erforderlichen Behandlungsmöglichkeiten in den Bereichen Physiotherapie, Logopädie und Ergotherapie. Ein Zentrum für Kontinenz mit einer Neuro-Urologie sei ebenso vorhanden wie psychiatrische Expertise. Es seien drei Ärzte mit der Zusatzbezeichnung Geriatrie vorhanden. Im Lauf des weiteren Verfahrens übersandte der Kläger unter anderem Unterlagen über einen Geriatrischen Versorgungsverbund und einen Kooperationsvertrag mit einem anderen Krankenhaus – in dem vereinbart war, geriatrische Patienten aus dem Krankenhaus des Klägers in die Klinik des Vertragspartners zu verlegen – an die Bezirksregierung. Er wies darauf hin, dass er federführend an der Gründung des Vereins „Geriatrischer Versorgungsverbund XY“ beteiligt gewesen sei und nahm Bezug auf die Satzung, laut der die Kooperation der Mitglieder untereinander beabsichtigt und zu erwarten sei.

Dem Antrag des Krankenhausträgers wurde nicht entsprochen. Mit seiner Klage beantragte er, für sein Krankenhaus eine Fachabteilung für Geriatrie auszuweisen, hilfsweise dem beklagten Land Nordrhein-Westfalen bzw. der Bezirksregierung aufzugeben, über den Antrag neu zu entscheiden. Das Verwaltungsgericht wies die Klage mit beiden Anträgen ab.

Nach Auffassung des Gerichts hatte der Kläger nicht hinreichend nachgewiesen, dass er dauerhaft in der Lage war, die Anforderungen zu erfüllen, die im Krankenhausplan 2015 beschrieben werden. Insbesondere der Nachweis einer dauerhaften Beteiligung an einem geriatrischen Versorgungsverbund, der über die stationären Strukturen hinausgegangen wäre, sei nicht gelungen. In der medizinischen Wissenschaft werde auf die herausragende Bedeutung sektorenübergreifender Versorgungsmodelle verwiesen, die allein dem komplexen Behandlungsbedarf geriatrischer Patienten gerecht werden könnten. Verlangt werde dementsprechend im Krankenhausplan eine intensive Vernetzung und Bündelung von Kompetenzen, die den ambulanten Bereich einschlossen. Der Kläger habe sich jedoch nicht zu Kooperationen mit den verschiedenen Sektorenebenen, wie etwa Reha-Einrichtungen, Seniorenheimen, Hospizdiensten oder Einrichtungen für die gerontopsychiatrische Behandlung, geäußert. Er habe lediglich auf den Geriatrischen Versorgungsverbund und den Kooperationsvertrag mit dem anderen Krankenhaus verwiesen. Die Vereinsmitglieder seien aber ausschließlich Akutkrankenhäuser. Nach dem Inhalt der Satzung sei der Verein außerdem lediglich als Interessengemeinschaft anzusehen. Der Kooperationsvertrag sei erkennbar darauf angelegt, die umfassende geriatrische Behandlung im Krankenhaus des Klägers gerade nicht zu etablieren.

Das Gericht kam so zu dem Ergebnis, dass das Krankenhaus des Klägers im Bereich Geriatrie nicht „leistungsfähig“ im Sinne des Krankenhausplanungsrechts sei. Die Beurteilung der Leistungsfähigkeit eines Krankenhauses richtet sich nach ständiger Rechtsprechung danach, ob ein Krankenhaus im Grundsatz mit seinem Leistungsangebot die Anforderungen erfüllt, die nach dem Stand der Erkenntnis-

se der medizinischen Wissenschaft an ein Krankenhaus der betreffenden Art zu stellen sind, und wenn das Krankenhaus die nach medizinischen Erkenntnissen erforderliche weitere personelle sowie räumliche und medizinisch-technische Ausstattung besitzt. Die Behörde habe dieses Krankenhaus daher zu Recht bei der schließlich zu treffenden Auswahlentscheidung nicht berücksichtigt. Die Klage wurde abgewiesen. Wegen der grundsätzlichen Bedeutung der Frage, ob der Nachweis der Einbindung in einen geriatrischen Versorgungsverbund für die Feststellung der Leistungsfähigkeit gefordert werden darf, wurde die Berufung zugelassen. Soweit ersichtlich, wurde allerdings keine Berufung eingelegt.

Festzuhalten bleibt nach diesem Urteil, dass im Krankenhausplanungsrechtlichen Verfahren zwar für neu zu errichtende Fachabteilungen die Vorlage eines schlüssigen Konzepts genügt. Die Schlüssigkeit ist aber nur dann gegeben, wenn zu allen Anforderungen, die sich aus dem Krankenhausplan ergeben, konkrete und detaillierte Angaben gemacht werden. Dies mag im Einzelfall keine einfache Aufgabe sein, muss aber beachtet werden.

2. Abgrenzung der nicht durchgeführten stationären Behandlung von der abgebrochenen stationären Behandlung

Das Sozialgericht Detmold hatte am 19.01.2017 über die Klage eines Krankenhausträgers zu entscheiden, mit der die Vergütung für eine stationäre Behandlung gefordert wurde, die nur wegen der Weigerung der Patientin nicht zustande gekommen war (Az. S 3 KR 555/15).

Die Patientin erschien im Juni 2014 eines Nachmittags in dem Krankenhaus des Klägers und klagte über Unterleibschmerzen und Zwischenblutungen. Sie teilte außerdem mit, dass sie an diesem Tag bereits zweimal kollabiert sei. Die Anamnese, ein Schwangerschaftstest und Ultraschalluntersuchungen wurden durchgeführt. Der behandelnde Arzt kam zu dem Schluss, dass unter medizinischen Gesichtspunkten die stationäre Aufnahme der Patientin zumindest über Nacht erforderlich war, und veranlasste die Eintragung der Patientin als stationär aufgenommen in die Krankenhaus-EDV. Die Patientin lehnte allerdings die stationäre Aufnahme ab und verließ das Krankenhaus nach etwa einer Stunde. Obwohl der MDK bestätigte, dass die ärztliche Entscheidung über die stationäre Aufnahme korrekt war, verweigerte die Krankenkasse, bei der die Patientin versichert war, die Zahlung der Rechnung über einen stationären Aufenthalt. Daraufhin reichte der Krankenhausträger die Klage ein.

Das Sozialgericht wies die Zahlungsklage ab, weil in diesem Fall nicht etwa eine eingeleitete stationäre Aufnahme abgebrochen worden sei, sondern eine solche überhaupt nicht stattgefunden habe.

Nach den Feststellungen des Gerichts unterschied sich dieser Fall entscheidend von einem früheren Rechtsstreit, in dem das Bundessozialgericht den Abbruch einer stationären Behandlung angenommen hatte (Urteil vom 17.03.2005, Az. B 3 KR 11/04 R). Damals ging es um einen Patienten, der sich morgens in einer Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie einfand, weil einige Zähne unter Vollnarkose entfernt werden sollten. Nachdem der Patient einen Krankenhaus-aufnahmevertrag unterschrieben hatte, wurden die vor der Operation erforderlichen Voruntersuchungen durchgeführt. Bei der klinischen Untersuchung stellte sich heraus, dass der Patient unter arteriellem Bluthochdruck litt. Deshalb wurde er ohne Operation noch am selben Tag um 17 Uhr in die hausärztliche Weiterbehandlung zur Einstellung des Blutdrucks entlassen. Die Operation wurde später nachgeholt. Nach Auffassung des Bundessozialgerichts kam es für die Entscheidung, ob eine stationäre Behandlung – mit dem entsprechenden Tagessatz – abgerechnet werden konnte, entscheidend auf den Behandlungsplan an, der den Verbleib des Patienten über Nacht vorsah.

Das Sozialgericht Detmold hob nun auf die physische und organisatorische Eingliederung des Patienten in das spezifische Versorgungssystem des Krankenhauses ab, die das Bundessozialgericht in seinem Urteil ebenfalls erwähnt hatte. In jenem älteren Fall hatte der Patient bereits einen Vertrag über die stationäre Aufnahme geschlossen und war im Tagesverlauf nicht nur untersucht, sondern auch gepflegt worden. Der nunmehr zur Entscheidung anstehende Sachverhalt unterschied sich hiervon wesentlich, weil zwar der Arzt die Aufnahme über Nacht beabsichtigt hatte, die Patientin aber von vornherein erklärt hatte, hierzu nicht bereit zu sein. Da sie sich auch nur für einen kurzen Zeitraum in den Räumlichkeiten des Krankenhauses aufgehalten hatte, hatte sie auch Verpflegungsleistungen nicht in Anspruch genommen. Unter diesen Umständen ging das Sozialgericht nicht von einer abgebrochenen stationären Behandlung aus, sondern billigte dem Krankenhausträger lediglich die Vergütung für eine ambulante Notfallbehandlung zu.

3. Externer Operateur nicht als Honorararzt im Krankenhaus

In einem Rechtsstreit, der in zweiter Instanz vom Landessozialgericht Berlin-Brandenburg entschieden wurde (Beschluss vom 17.05.2017, Az. L 1 KR 118/16), ging es um den sozialversicherungsrechtlichen Status eines niedergelassenen Arztes, der als Honorararzt im Krankenhaus der Klägerin regelmäßig Operationen durchführte. Sowohl der Arzt als auch die Krankenhausträgerin hatten gegen den Bescheid geklagt, mit dem die Sozialversicherungspflicht festgestellt worden war.

Der Arzt operierte etwa im Zweiwochenrhythmus jeweils vormittags Patienten, die er zuvor in seiner Praxis untersucht und/oder behandelt hatte, in einer der Operationssäle des Krankenhauses. Der Chefarzt der Abteilung für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie entschied über die Aufnahme der Patienten und hatte in medizinischen Fragen das Letztentscheidungsrecht. Bei Bedarf assistierten bei den Operationen Mitarbeiter des Krankenhauses. Die Betreuung der Patienten während der stationären Behandlung erfolgte durch Arbeitnehmer des Krankenhauses. Eine etwa erforderliche ambulante Nachbehandlung fand in der Praxis des Arztes statt. Der Arzt erhielt als Vergütung eine prozentuale Beteiligung an der einschlägigen DRG, nämlich den Anteil der ärztlichen Leistung der OP und zusätzlich 60 % der ärztlichen Leistung auf der Normalstation.

Die Kläger beriefen sich unter anderem darauf, dass in dem Vertrag zwischen ihnen ausdrücklich geregelt gewesen sei, dass kein Arbeitsverhältnis begründet werden solle. Der Arzt sei außerdem nur in sehr geringem Umfang tätig geworden und seine bei weitem überwiegende ärztliche Tätigkeit übe er in seiner Praxis aus. Er sei nicht zur Arbeitsleistung verpflichtet. Der Arzt führe nur die Operationen durch, während er mit allen anderen Krankenhausleistungen, die am und für den Patienten erbracht würden, nichts zu tun habe. Er sei daher nicht in den Klinikbetrieb eingegliedert gewesen.

Das Sozialgericht Potsdam hatte die Klage abgewiesen. Es verwies darauf, dass der Kläger für die Krankenhausträgerin nur bestimmte, im Voraus festgelegte Operationen vorgenommen habe. Außerdem sei er in organisatorischen Angelegenheiten wie die angestellten Ärzte weisungsgebunden gewesen. Die Geringfügigkeit seiner Tätigkeit im Krankenhaus im Verhältnis zu seiner niedergelassenen Tätigkeit sei unbeachtlich. Der Senat wies die Berufung der Kläger durch Beschluss zurück, weil er sie einstimmig für unbegründet befand. Er schloss sich der Wertung des Sozialgerichts an und betonte außerdem, dass dem Chefarzt nicht nur die Entscheidung über die Aufnahme der Patienten, sondern auch ein Letztentscheidungsrecht in allen medizinischen Fragen zugestanden habe.

Nach der Entwicklung, die die Rechtsprechung der Sozialgerichte in jüngerer Zeit genommen hat, kann dieses Urteil nicht überraschen. Es soll an dieser Stelle aber auch ausdrücklich darauf hingewiesen, dass in Fällen wie diesem ein hohes Risiko besteht, dass die beteiligten Akteure mit einem staatsanwaltschaftlichen Ermittlungsverfahren überzogen werden. Zunächst ist hier an die Hinterziehung von Sozialversicherungsleistungen (§ 266a StGB) zu denken, weiterhin besteht die Gefahr, dass wegen Bestechlichkeit bzw. Bestechung im Gesundheitswesen (§ 299a/b StGB) ein Ermittlungsverfahren eingeleitet wird. Denn der Arzt hat ausschließlich eigene Patienten operiert, die er zuvor davon überzeugt hatte, sich in das Krankenhaus der Vertragspartnerin zu begeben. Er hat hierfür eine Vergütung erhalten, die angesichts seines Anteils an der insgesamt erbrachten ärztlichen Leistung zumindest großzügig bemessen war. Damit könnte er in den Ver-

dacht geraten, dass er für die Zuführung der Patienten zu diesem Krankenhaus einen – wirtschaftlichen – Vorteil erhalten hat, so dass der Tatbestand der Bestechlichkeit im Gesundheitswesen (§ 299a Nr. 3 StGB) erfüllt sein könnte.



www.medizin-recht.com

Sämtliche Angaben und Inhalte auf unseren Web-Seiten dienen ausschließlich der allgemeinen juristischen Information durch den jeweiligen Nutzer und können nicht die aktuellsten rechtlichen Entwicklungen, insbesondere neueste Urteile, Gesetze und/oder Erlasse berücksichtigen. Wir übernehmen auch keine Gewähr für die Richtigkeit und Vollständigkeit der von uns zur Verfügung gestellten Informationen. Diese stellen auch keinen Ersatz für eine Rechtsberatung oder ein rechtliches Gutachten dar, obgleich diese nach bestem Wissen und Gewissen erhoben wurden.