
S 8 KR 2252/99

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Baden-Württemberg
Sozialgericht	Landessozialgericht Baden-Württemberg
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	4
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	Vergütungsanspruch, Krankenhaus, Notfall, Notfallbehandlung, Zulassung
Leitsätze	Wird ein gesetzlich versicherter Patient als Notfall in ein nicht zugelassenes Krankenhaus aufgenommen, so wird dieses für die Dauer der Notfallbehandlung in das Sachleistungssystem der Krankenversicherung einbezogen und erbringt seine Leistungen nach denselben Grundsätzen, die für zugelassene Krankenhäuser gelten. Der Vergütungsanspruch des Krankenhauses richtet sich dann nicht gegen den Versicherten sondern allein gegen die Krankenkasse. Das nicht zugelassene Krankenhaus kann auch der Höhe nach wie ein zugelassenes abrechnen. Die Krankenkasse darf Sonderentgelte mangels einer entsprechenden vertraglichen Regelung nicht kürzen, wie dies bei zugelassenen Krankenhäuser durch Versorgungsvertrag vereinbart sein kann.
Normenkette	SGB V §§ 13 Abs. 3 , 39 Abs 1 , 76 Abs 1 S 2
1. Instanz	
Aktenzeichen	S 8 KR 2252/99
Datum	24.01.2001
2. Instanz	
Aktenzeichen	L 4 KR 1642/01
Datum	27.09.2002
3. Instanz	

Datum

-

Die Berufung der Beklagten wird zurückgewiesen.

Die Beklagte hat der Klägerin auch die außergerichtlichen Kosten des Berufungsverfahrens zu erstatten.

Tatbestand:

Streitig ist zwischen den Beteiligten, ob die Beklagte verpflichtet ist, der Klägerin 15.804,02 DM (= 8.080,47 EUR) zu zahlen.

Die Klägerin ist eine kardiochirurgische Klinik in K., die 1997 auf dem Gelände des Städtischen Krankenhauses als Privatklinik eröffnet wurde. Die Klinik ist nicht in den Krankenhausbedarfsplan Baden-Württemberg aufgenommen worden. Ein am 30. Mai 1997 bei der Beklagten gestellter erneuter Antrag auf Abschluss eines Versorgungsvertrags nach [§ 109](#) des fünften Buches des Sozialgesetzbuchs (SGB V) wurde mit Bescheid vom 16. Juli 1997 und Widerspruchsbescheid vom 27. Oktober 1997 abgelehnt. Dieser Antrag war u.a. mit einer niedrigeren Belastung der Kostenträger begründet worden. Schon mit Schreiben vom 24. März 1995 hatte die Klägerin insoweit im ersten Antragsverfahren wegen des Abschlusses eines Versorgungsvertrags vorgebracht, aufgrund ihrer bisherigen Kalkulationen sehe sie die Möglichkeit, bei Abschluss eines Versorgungsvertrags Herzoperationen bei Erwachsenen zu einem reduzierten Taxpunktwert durchzuführen; unter Zugrundelegung der Fallpauschalen gemäß des Regierungsentwurfs vom 22. August 1994 biete sie einen Nachlass von 10 vom Hundert (v.H.) auf den Taxpunktwert an. Gegenüber Ersatzkassenpatienten war die Klägerin bereit, einen Rabatt von rund 20 v.H. einzuräumen (vgl. Presse-Mitteilung des VdAK/AEV vom 25. August 1997 sowie Vertrag zwischen der Klägerin und dem VdAK/AEV vom 14. Mai/23. Mai 1997). Wegen des Abschlusses dieses Versorgungsvertrags ist das Berufungsverfahren [L 4 KR 4262/00](#) anhängig

Die Klägerin behandelte in von der Beklagten anerkannten Notfällen die folgenden Versicherten der Beklagten, wobei die Beklagte jeweils die Übernahme der Kosten "zu den Vertragsärzten" erklärt hatte: Vom 18. bis 21. November 1997 wurde der Versicherte R. B. behandelt. Von den am 18. Dezember 1997 in Rechnung gestellten 8.156,31 DM (Sonderentgelt von 6.722,53 DM zusätzlich Basis- und Abteilungspflegekosten) reduzierte die Beklagte bei der Überweisung das Sonderentgelt um 20 v.H. und überwies lediglich 5.378,03 DM. Ferner wurde vom 03. bis 04. November 1997 der Versicherte L. L. behandelt. Von den am 21. November 1997 in Rechnung gestellten 7.245,73 DM überwies die Beklagte, indem sie das Sonderentgelt für Dilatation eines oder mehrerer Gefäße von 6.722,53 DM um 20 v.H., also um 1.344,50 DM, kürzte, lediglich 5.833,31 DM. Weiter behandelte die Klägerin vom 30. Juni bis 07. Juli 1998 die Versicherte M. M.; von den am 28. Juli 1998 in Rechnung gestellten 10.002,76 DM überwies die Beklagte, indem sie ebenfalls das Sonderentgelt für Dilatation eines oder mehrerer Gefäße von 6.790,44 DM um 20 v.H., also um 1.357,54 DM, kürzte,

lediglich 8.645,22 DM. Weiter behandelte die Klägerin vom 07. bis 17. April 1998 den Versicherten O. N.; von den am 20. Mai 1998 in Rechnung gestellten 28.602,32 DM überwies die Beklagte, indem sie die Sonderentgelte für Linksherzkatheter-Untersuchung mit Koronarangiographie von 1.771,70 DM sowie für Herzoperation mit IMA und Vene von 11.637,32 DM um 20 v.H. kürzte, wobei ihr ein Rechenfehler von 3,- DM zu ihren Ungunsten unterlief, also um 2.684,80 DM, kürzte, lediglich 25.917,52 DM. Ebenso behandelte die Klägerin vom 02. bis 03. Oktober 1998 den Versicherten J. C.; von den am 23. Oktober 1998 in Rechnung gestellten 7.637,96 DM überwies die Beklagte, indem sie das Sonderentgelt für Linksherzkatheter-Untersuchung mit Koronarangiographie mit Dilatation um 20 v.H., also um 1.4551,28 DM, kürzte, lediglich 6.264,69 DM. Ebenso behandelte die Klägerin vom 08. bis 09. Mai 1998 die Versicherte P. G.; von den am 18. November 1998 in Rechnung gestellten 7.249,42 DM überwies die Beklagte, indem sie das Sonderentgelt für Dilatation einer oder mehrerer Gefäße von 6.790,44 DM um 20 v.H., also um 1.358,88 DM, kürzte, lediglich 5.891,33 DM. Weiter behandelte die Klägerin vom 03. bis 04. März 1998 den Versicherten J. K.; von den insoweit am 20. März 1998 in Rechnung gestellten 7.637,96 DM überwies die Beklagte, indem sie das Sonderentgelt für Linksherzkatheter-Untersuchung mit Koronarangiographie und Dilatation um 20 v.H., also um 1.435,80 DM, kürzte, lediglich 6.202,17 DM. Schließlich behandelte die Klägerin auch vom 20. Oktober bis 03. November 1997 den Versicherten L. W.; von den am 01. April 1998 in Rechnung gestellten 43.225,49 DM überwies die Beklagte, indem sie das Sonderentgelt für die Operation eines Aortenaneurismas von 22.701,77 DM um 20 v.H. kürzte, also um 4.769,67 DM, lediglich 38.455,82 DM. Aufgrund dieser Behandlungen ergab sich somit wegen der jeweiligen Reduzierung der Sonderentgelte, im Gegensatz zu den jeweils voll übernommenen Basis- und Abteilungspflegekosten, um 20 v.H. ein Kürzungsbetrag von insgesamt 15.804,02 DM.

Mit Schreiben vom 31. Mai 1999 forderte die Klägerin von der Beklagten daher noch die Zahlung von 15.804,02 DM (Hauptforderung) zusätzlich Zinsen von 977,87 DM. Dazu erklärte sich die Beklagte mit Schreiben vom 14. Juni 1999 dahin, dass das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) den Zweck habe, die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung durch die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser zu gewährleisten. Die bedarfsnotwendigen Krankenhäuser würden dadurch wirtschaftlich gesichert, dass sie leistungsgerechte Erlöse aus den Pflegesätzen erhielten. Diese Pflegesätze würden nach den Grundsätzen der Bundespflegeverordnung (BPfIV) ermittelt. Hiernach würden die Leistungen über Pflegesätze (Fallpauschalen und Sonderentgelte) und einen Gesamtbetrag (Budget) berechnet. Die Klägerin sei kein bedarfsgerechtes Krankenhaus. Insoweit komme das KHG und die BPfIV nicht zur Anwendung mit der Folge, dass kein Anspruch auf Abrechnung der Fallpauschalen und Sonderentgelte bestehe. Vor diesem Hintergrund seien die Kostenzusagen jeweils auf die erstattungsfähigen Kosten beschränkt worden. Dabei habe sie, die Beklagte, neben den Vereinbarungen mit anderen Krankenhäusern u.a. auch hilfsweise auf die Preiskalkulation der Klägerin selbst zurückgegriffen, die 20 v.H. unter den gültigen Preisen des Fallpauschalen- und Sonderentgeltkataloges liege. Sie gehe davon aus, dass die Behauptungen im Verfahren wegen des Abschlusses eines

Versorgungsvertrags der Realität entsprechen.

Am 02. Dezember 1999 erhob die Klägerin Klage beim Sozialgericht (SG) Konstanz. Sie begehrte die Zahlung von 15.804,02 DM nebst 7 v.H. Zinsen. Sie machte unter Vorlage verschiedener Unterlagen geltend, die gestellten Rechnungen hielten sich im Rahmen der erstattungsfähigen Kosten, da sie auf der Grundlage der BpflV erstellt worden seien. Es wäre nur dann möglich, günstigere Tarife als die etablierten zugelassenen Herz-Kliniken anzubieten, wenn ein vollumfänglicher Klinikbetrieb bestünde, was gerade die Beklagte seit Jahren verhindere. Zudem handle es sich bei den Notfallpatienten nicht um durchschnittliches Patientengut; es sei ein besonderer Aufwand erforderlich. Für diese wenigen schwerkranken Patienten könne keinesfalls ein Nachlass von 20 v.H. gewährt werden. Eine Vereinbarung von tagesgleichen Pflegesätzen (z.B. in der Kardiologie) sei nicht möglich, da mit den gesetzlichen Krankenkassen, und auch mit der Beklagten, aufgrund des nicht vorhandenen Versorgungsvertrags keine Pflegesatzverhandlungen geführt werden könnten. Als Vergleichstarif werde deshalb seit Jahren auf die jeweiligen Abteilungs- und Tagespflegesätze des Herz-Zentrums B. als nächstgelegene vergleichbare Einrichtung zurückgegriffen. Alle übrigen gesetzlichen Krankenkassen würden diese Tarife ohne irgendwelche Beanstandungen bezahlen. Zutreffend sei zwar, dass sie einen Rabatt auf Sonderentgelte und Fallpauschalen der BpflV von 5 bis 20 v.H. in einer Vereinbarung mit dem VdAK angeboten habe. Dabei seien sich die Verhandlungspartner aber einig gewesen, dass es sich bei den zu behandelnden Patienten um ein repräsentatives und nicht selektiertes Patientengut handle. Auch bei Notfallpatienten werde im Rahmen der Behandlung von Patienten der gesetzlichen Krankenkassen die BpflV angewandt. Bei keinem der bei ihr behandelten Patienten sei bisher eine Kürzung der Sonderentgelte und Fallpauschalen um 20 v.H. bisher vorgenommen worden. Die Kürzung sei nur für den Fall des Abschlusses eines Versorgungsvertrags vorgesehen gewesen. [§ 14 Abs. 5 der BpflV](#) spiele hier keine Rolle. Im übrigen sei sie nur in einigen wenigen Fällen denjenigen gesetzlichen Krankenkassen durch Tarifabsenkungen entgegengekommen, die eine unbürokratische Abwicklung der jeweiligen Abrechnungsfälle sichergestellt, also die Kostennoten sofort ausgeglichen hätten. Dies sei bei der rigorosen Verhaltensweise der Beklagten jedoch nicht der Fall gewesen. [§ 14 Abs. 1 der BpflV](#) sei hier nicht entsprechend anzuwenden. Die Beklagte könne für sich nichts daraus herleiten, dass in einigen Ausnahmefällen aufgrund des unkomplizierten Verfahrens Preisnachlässe gewährt worden seien. Die Beklagte trat der Klage entgegen und wiederholte, dass das KHG und die BpflV nicht anwendbar seien, da die Klägerin kein bedarfsgerechtes Krankenhaus sei und daher kein Anspruch auf Abrechnung der Fallpauschalen und Sonderentgelte nach [§ 11 BpflV](#) bestehe. Daher sei auf die Preiskalkulation der Klägerin zurückzugreifen, die 20 v.H. unter den gültigen Preisen des Fallpauschalen- und Sonderentgeltkatalogs liege. Im Verfahren wegen des Abschlusses eines Versorgungsvertrags habe die Klägerin ihre Preise auf 20 v.H. unter den jeweils gültigen der Anlagen 1 und 2 der BpflV (Fallpauschalen- und Sonderentgeltkatalog) festgelegt. Daraus ergebe sich, dass die in Aussicht gestellten Preise für alle Kostenträger gleichermaßen abzurechnen seien; im Bereich der Krankenhauspflege sei keine nach Kostenträgern differenzierte,

sondern eine einheitliche Preisgestaltung vorzunehmen. Alle gesetzlichen Krankenkassen müssen nach den gleichen gesetzlichen Bestimmungen handeln. Zudem blieben bei den in Rede stehenden Rechnungen die Bestimmungen der BPfIV, wonach wegen der Zusammenarbeit mit einem anderen Krankenhaus die Fallpauschale aufgeteilt werden müsse, unberücksichtigt, obwohl diese Bestandteil der BPfIV seien. Hieraus ergebe sich, dass die Klägerin die BPfIV nicht als Abrechnungstab angewendet habe. Zudem habe sie in den zugrunde liegenden Fällen nicht ausschließlich selektiertes, problembeladenes Patientengut behandelt, da in sechs Fällen nur Dilatationen durchgeführt worden seien. Weiter müsse berücksichtigt werden, dass die Klägerin anderen gesetzlichen Krankenkassen nur abgesenkte Fallpauschalen in Rechnung gestellt habe. Dies ergebe sich zum einen aus einem vorgelegten Schreiben des Vorstandsvorsitzenden des Fördervereins der Klägerin und zum anderen aus einem Zeitungsartikel im "Südkurier". Aus der entsprechenden Anwendung des § 14 Abs. 1 BPfIV ergebe sich, dass die Klägerin verpflichtet sei, gegenüber allen gesetzlichen Krankenkassen einheitlich abzurechnen. Mit Urteil vom 24. Januar 2001 verurteilte das SG die Beklagte, 15.804,02 DM an die Klägerin zu zahlen. Im Übrigen, wegen der geltend gemachten Zinsen, wies das SG die Klage ab. Auf die Entscheidungsgründe des an die Beklagte gegen Empfangsbekanntnis am 12. März 2001 zugestellten Urteils wird Bezug genommen.

Gegen dieses Urteil hat die Beklagte mit Fernkopie am 11. April 2001 Berufung beim Landessozialgericht (LSG) eingelegt. Die Beklagte hat verschiedene Unterlagen vorgelegt. Sie habe den Abschlag von 20 v.H. ausschließlich bei den Fallpauschalen und Sonderentgelten vorgenommen. Unstreitig sei bei den diesem Rechtsstreit zugrunde liegenden Fällen von Notfällen auszugehen. Für diese Notfallbehandlungen ergebe sich gemäß [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) ein Erstattungsanspruch der Versicherten ihr gegenüber. Zur Vereinfachung und Entlastung der Versicherten habe sie lediglich Freistellungserklärungen dem Grunde nach gegenüber der Klägerin abgegeben. Diese Erklärungen seien aber keine Kostenübernahmeerklärungen, wie sie gegenüber Vertragskrankenkassenusern erklärt würden. Mithin enthielten die Erklärungen hier keine Kostenübernahme nach den entsprechenden Vertragssätzen bzw. den bestehenden Regelungen zur Vergütungshöhe. Der Begriff "erstattungsfähige Kosten" begründe keinen Rechtserwerb für die Klägerin. Selbst wenn ein direkter Anspruch der Klägerin bejaht werde, sei der Abschlag gerechtfertigt. Der Kostenerstattungsanspruch des Versicherten nach [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) sei ein verschuldensunabhängiger Schadensersatzanspruch. Dies bedeute, dass ein solcher Anspruch nur in dem Umfang bestehe, wie die Abrechnung der Klägerin einem Marktpreis entspreche. Nur insoweit entstehe eine Einstandspflicht der Krankenkasse und greife ihre Freistellungserklärung. Bei den Abrechnungen der Klägerin komme es auf die übliche bzw. den örtlichen Marktpreis an. Dabei sei jedoch zwischen dem Markt der zugelassenen Einrichtungen und dem Markt der nicht zugelassenen Einrichtungen, wie der Klägerin, zu differenzieren. Der Markt der zugelassenen Einrichtungen unterliege den Vorschriften zum Leistungserbringerrecht nach dem SGB V und gewährleiste damit einen bestimmten Qualitätsstandard, der wiederum einer dualen Finanzierung, gesplittet nach Investitions- und Betriebskosten, unterliege. Für dieses Marktsegment gelte

die BPfIV mit ihren Anlagen, wie den Regelungen zu den abzurechnenden Sonderentgelten. Der Markt der nicht zugelassenen Einrichtungen unterliege diesen Reglementierungen nicht, weshalb vom Grundsatz her auch eine analoge Anwendung der BPfIV ausscheide. Für nicht zugelassene Einrichtungen würden mangels Budget beispielsweise nicht die entsprechenden Ausgleichsregelungen gelten. Mithin könne sich die Klägerin bei der Ermittlung des Marktpreises nicht mit der Leistungserbringung durch zugelassene Einrichtungen vergleichen. Ausschlaggebend für die Ermittlung des Marktpreises einer nicht zugelassenen Einrichtung sei hier allein das Verhalten der Klägerin. Heranzuziehen sei mithin ihre Preiskalkulation wie auch ihr Abrechnungsverhalten gegenüber anderen Kostenträgern. Danach liege die Preiskalkulation ungefähr 20 v.H. unter den gültigen Preisen des Fallpauschalen- und Sonderentgeltkatalogs der BPfIV, wie sie bereits vorge-tragen habe. Die Rabattgewährung seitens der Klägerin sei auch erklärbar, denn für sie sei kein Budget vereinbart und sie sei nicht an Ausgleichsregelungen gebunden. Für ein nicht zugelassenes Krankenhaus bestehe keine Verpflichtung, u.U. 75 v.H. des Mehrerlöses zurückzuzahlen, weshalb es günstiger kalkulieren könne. Die tatsächliche Preisgestaltung der Klägerin bestimme den Umfang des Erstattungsanspruchs gemäß [§ 13 Abs. 3 SGB V](#). Für sie gelte ferner das Verbot der Abrechnungsdifferenzierung, das auch aus dem allgemeinen Gleichbehandlungsgrundsatz hergeleitet werden könne. Aus dem Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) vom 09. Oktober 2001 [B 1 KR 6/01 R](#) ergebe sich nichts anderes. Der Rechtsprechung des BSG müsse entnommen werden, dass durch die Notfallbehandlung im stationären wie im ambulanten Bereich keine zusätzlichen Kosten für die Krankenkassen entstehen sollten. Die Aussage des BSG, dass ein gesetzlich versicherter Patient, der als Notfall in ein nicht zugelassenes Krankenhaus aufgenommen werde, für das Krankenhaus bedeute, dass es für die Dauer der Notfallbehandlung in das öffentlich-rechtlich geprägte Sachleistungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung einbezogen werde und damit seine Leistungen nach denselben Grundsätzen, die für zugelassene Krankenhäuser gelten würden, erbringe, verlange eine differenzierte Betrachtung. Wegen der planerischen Grundentscheidungen der Leistungserbringung im stationären Bereich könnten die Regelungen aus der BPfIV nicht dazu führen, dass Leistungen im Rahmen von Notfallbehandlungen in nicht zugelassenen Krankenhäusern uneingeschränkt nach den Sätzen der BPfIV vergütet werden müssten. Zu berücksichtigen sei die Gesamtsystematik der BPfIV. Daraus ergebe sich, dass ein nicht zugelassenes Haus grundsätzlich ein sog. "Null-Budget" aufweise, im Gegensatz zu den zugelassenen Krankenhäusern. Ferner würden für zugelassene Krankenhäuser Rückzahlungspflichten gelten. Gleiches müsse für nicht zugelassene Krankenhäuser mit einem sog. "Null-Budget" gelten. Die uneingeschränkte Übertragung der BPfIV auf nicht zugelassene Krankenhäuser würde bei dieser Betrachtung dazu führen, dass auch für eine Notfallbehandlung durch ein nicht zugelassenes Krankenhaus in den hier streitigen Fällen lediglich 30 v.H. der jeweils gültigen Zahlbeträge für Fallpauschalen und Sonderentgelte abrechenbar wären, da die Bundesschiedsstelle eine Rückzahlungsverpflichtung in der Kardiologie/Kardiochirurgie für außerplanmäßige Leistungen in Höhe von 70 v.H. angeordnet habe. Daraus ergebe sich, dass die Klägerin bei der Vergütung der dortigen Notfälle nicht etwa dergestalt privilegiert werden könne.

ne, dass generell für jeden Notfall der volle Satz abzurechnen sei, während in zugelassenen Einrichtungen ggf. eine Rückzahlungsverpflichtung nach den Vorschriften der BPfIV eintreten können. Andernfalls ergäbe sich für die Krankenkassen im stationären Bereich eine ungleich größere Kostenbelastung. Jedenfalls könne bei der Klägerin nicht pauschal und generell von einer hundertprozentigen Vergütung der erbrachten Notfallleistungen ausgegangen werden. Eine differenzierte Betrachtung unter Einbeziehung aller Regelungen der BPfIV sei erforderlich. Weiter sei zu berücksichtigen, dass Abschlüsse im Bereich der Kardiologie/Kardiochirurgie auch bei zugelassenen Krankenhausern vertraglich vereinbart worden seien; dies belege als Musterbeispiel die vorgelegte Vereinbarung mit dem Klinikum Aalen für das Jahr 2001.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Konstanz vom 24. Januar 2001 abzuändern und die Klage in vollem Umfang abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das Urteil des SG hinsichtlich des noch streitbefangenen Anspruchs für zutreffend. Die Beklagte habe sich in den Kostenübernahmeerklärungen, die nur geringfügig voneinander abwichen, bereit erklärt, die Krankenhauskosten zu den Vertragsärzten zu übernehmen. Selbst wenn zwischen ihr und der Beklagten kein Versorgungsvertrag bestanden habe, seien damit offensichtlich zwingend die Verträge gemeint, die in diesem Zusammenhang eine Rolle spielten, also die zwischen den Krankenkassenverbänden und den Verbänden der Leistungserbringer abgeschlossenen Verträge. Der Hinweis auf die Vertragsärzte schließe damit auch die Anwendung der aufgrund der BPfIV geschlossenen Verträge ein. Die darin enthaltenen Tarife habe sie bei ihrer Rechnungstellung angewendet. Es könne nicht zwischen verschiedenen Märkten unterschieden werden. Die von der Beklagten angeführte Vereinbarung über eine Reduzierung der Tarife um 20 v.H. sei nicht in Kraft getreten. Es müsse auch berücksichtigt werden, dass die Beklagte in vielen Fällen überhaupt nicht zahle, nämlich immer dann, wenn das Vorliegen eines Notfalls streitig sei. Auch trage sie ihre Investitionskosten selbst. Das Verhalten der Beklagten sei mit der Praxis aller übrigen Krankenkassen nicht zu vergleichen. Sie habe in Einzelfällen bei dauerhaft konfliktfreier Zusammenarbeit mit Kostenträgern einen Nachlass von 10 v.H. für kardiologische Leistungen gewährt. Bei solchen Kostenträgern erfolge die Kostenerstattung innerhalb der nach der BPfIV vorgesehenen Frist. Auch gebe es mit diesen Kostenträgern keine Streitigkeiten über das Vorliegen eines Notfalls. Sie verweise auch auf das Urteil des BSG vom 09. Oktober 2001. Darin habe das BSG festgestellt, dass dann, wenn ein gesetzlich versicherter Patient als Notfall in ein nicht zugelassenes Krankenhaus aufgenommen werde, dieses für die Dauer der Notfallbehandlung in das öffentlich-rechtlich geprägte Sachleistungssystem der Krankenversicherung einbezogen werde und seine Leistungen nach denselben Grundsätzen, die für zugelassene Krankenhausern

gelten wärden, erbringe. Da sie über kein vereinbartes Budget verfüge, könnten die von ihr behandelten Notfälle auch nicht nach den Grundsätzen von Budgetüberschreitungen behandelt werden. Sofern zugelassene Einrichtungen bei Budgetüberschreitungen geringere Beträge pro Fall erhielten, handle es sich um eine Sanktion bei Fehlplanungen. Mit ihrer Situation habe dies überhaupt nichts zu tun. Sie erhalte kein Gesamtbudget. Nach der Rechtsprechung des BSG solle auch sichergestellt werden, dass Notfälle auch außerhalb von zugelassenen Einrichtungen behandelt werden könnten. Dies bedinge eine auskömmliche Finanzierung. Die Bezahlung bei Budgetüberschreitungen sei nicht auskömmlich bzw. nur dann vertretbar, wenn ein zugrunde liegendes vereinbartes Budget gegeben sei, aufgrund dessen die Grundfinanzierung der Leistungen der Leistungserbringer gewährleistet sei. Eine Reduzierung der für sie zu zahlenden Entgelte würde dazu führen, dass Notfallbehandlungen nicht mehr erbracht werden könnten, weil sie sich nicht aus einem vereinbarten Budget finanzieren ließen. Die mit dem Krankenhaus Aalen vereinbarten Kostenabsenkungen könnten auf sie nicht übertragen werden, zumal dieses Krankenhaus im kardiologischen Bereich über ein auskömmliches Budget verfüge. Ein solches Budget verweigere die Beklagte ihr. Da sie derzeit ausschließlich Notfallpatienten zu Lasten der Beklagten behandle, könne es bei der gegenwärtigen Situation derartige Nachlässe durch sie nicht geben.

Zur weiteren Darstellung des Sachverhalts sowie des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der Verwaltungsakten der Beklagten sowie der Akten beider Rechtszüge Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die nach [Â§ 151 Abs. 1](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) form- und fristgerecht eingelegte Berufung der Klägerin ist auch statthaft. Die Berufung ist aber nicht begründet. Denn der Klägerin steht, wie das SG zutreffend entschieden hat, der mit der reinen Leistungsklage durchzusetzende noch streitige Zahlungsanspruch von 8.080,47 EUR (Hauptforderung) zu. Hinsichtlich der in der ersten Instanz geltend gemachten Zinsforderung ist das klageabweisende Urteil rechtskräftig geworden. Die Beklagte war nicht berechtigt, bei der Abrechnung von anerkannten Notfallbehandlungen bei ihren Versicherten hinsichtlich der von der Klägerin in Rechnung gestellten Sonderentgelte einen Abschlag von 20 v.H. vorzunehmen, der den noch streitigen Betrag von 8.080,47 EUR ergäbe. Der Senat verweist zur Vermeidung von Wiederholungen gemäß [Â§ 153 Abs. 2 SGG](#) auf die zutreffenden Entscheidungsgründe des sozialgerichtlichen Urteils.

Im Hinblick auf das Berufungsvorbringen der Beklagten ist ergänzend noch Folgendes auszuführen: Es geht, was auch die Beklagte nie bestritten, sondern ausdrücklich anerkannt hat, bei den lediglich der Höhe nach streitigen Abrechnungsfällen um Notfallbehandlungen bei Versicherten der Beklagten in den Jahren 1997 und 1998. Die hier vorliegenden Notfallbehandlungen bei der Klägerin als einem nicht zugelassenen Krankenhaus waren Sachleistungen der Beklagten. Entgegen ihrer Ansicht spielt für die Abrechnung dieser Behandlungen als Sachleistungen [Â§ 13 Abs. 3 SGB V](#) überhaupt keine Rolle. Diese

Erstattungsregelung würde einen Anspruch der Klägerin gegen die Versicherten der Beklagten voraussetzen. Ein solcher bestand hier jedoch nicht, weshalb im Übrigen auch nicht geboten war, die Versicherten hier beizuladen. Der Vergütungsanspruch der Klägerin richtet sich vielmehr gegen die Beklagte. Wird ein gesetzlich versicherter Patient als Notfall in ein nicht zugelassenes Krankenhaus aufgenommen, so wird dieses für die Dauer der Notfallbehandlung in das öffentlich-rechtlich geprägte Sachleistungssystem der Krankenversicherung einbezogen und erbringt seine Leistungen nach denselben Grundsätzen, die für zugelassene Krankenhäuser gelten. Der Vergütungsanspruch des Krankenhauses richtet sich dann nicht gegen den Versicherten, sondern allein gegen die Krankenkasse. Insoweit wird die stationäre Notfallbehandlung den Leistungs- und Vergütungsstrukturen des SGB V unterstellt (BSG, Urteil vom 09. Oktober 2001 – [B 1 KR 6/01 R](#) –, Umdr. S. 5). Damit war die Klägerin bei den einzelnen Behandlungen in den Jahren 1997 und 1998 zur Abrechnung auch der Höhe nach berechtigt wie ein zugelassenes Krankenhaus. Es sind danach hier für die Einzelfälle hinsichtlich der Vergütung der Sonderentgelte die Vergütungsstrukturen des SGB V maßgebend. Daraus ergibt sich, dass, unabhängig davon, wie die von der Beklagten abgegebenen Erklärungen der Übernahme der Kosten "zu den Vertragsätzen" ausgelegt wird, der Vergütungsanspruch auch der Höhe nach für die Sonderentgelte wie bei einem zugelassenen Krankenhaus nach Maßgabe der nach dem KHG und der BPfIV getroffenen vertraglichen Vereinbarungen (vgl. dazu BSG, Urteil vom 21. Februar 2002 – [B 3 KR 30/01 R](#) – [SozR 3-5565 Â§ 15 Nr. 1](#)) besteht. Zwischen den Beteiligten besteht kein Streit, dass insoweit die Klägerin hier in ihren Abrechnungen die danach maßgebenden Sonderentgelte wie ein zugelassenes bedarfsgerechtes Krankenhaus in Rechnung gestellt hat. Dazu war die Klägerin berechtigt. Entgegen der Ansicht der Beklagten war diese nicht befugt, die von der Klägerin entsprechend den genannten Rechtsgrundlagen wie ein zugelassenes Krankenhaus angesetzten Sonderentgelte pauschal um 20 v.H. zu kürzen. Wegen der Gleichbehandlung der Klägerin bei den Notfallbehandlungen wie ein zugelassenes Krankenhaus vermag der Senat keine Rechtsgrundlage dafür zu erkennen, die Klägerin wegen der fehlenden Zulassung hinsichtlich der Höhe der Sonderentgelte bei den vorgenommenen Notfallbehandlungen auf einen besonderen Markt nicht zugelassener Herzkliniken zu verweisen. Erst recht wäre es nicht zulässig gewesen, die Klägerin, die, wie die Beklagte selbst einräumt, ein "Null-Budget" aufweist, weil aus der Natur der Sache ein Budget im Sinne des [Â§ 12 BPfIV](#) nicht vereinbart werden konnte, sogar mit einer Kürzung von 70 v.H., wie sie bei zugelassenen Krankenhäusern der Kardiologie bzw. Kardiochirurgie in Betracht kommen könnte, zu überziehen. Der von der Beklagten vorgenommene Abschlag lässt sich auch nicht mit dem Vortrag der Klägerin zu einer möglichen günstigeren Preiskalkulation im Verfahren wegen des Abschlusses eines Versorgungsvertrags und dem Hinweis auf den Vertrag zwischen der Klägerin und dem VdAK/AEV vom 14. Mai/27. Mai 1997 begründen. Abgesehen davon, dass auch der genannte Vertrag vom 14. Mai/27. Mai 1997 bisher keine Gültigkeit erlangt hat, liegt es auf der Hand, dass der von der Beklagten angeführte "Rabatt" nur für den Fall angeboten worden war, dass es zum Abschluss eines Versorgungsvertrags schon seinerzeit gekommen wäre; darüber wird allerdings derzeit nach wie vor gestritten. Erst der Abschluss eines Versorgungsvertrags, nach dem sich die Ab-

rechnungsmäßiglichkeit gegenüber der Beklagten dann nicht nur auf einzelne (anerkannte) Notfallleistungen beschränkt hätte, wäre die Klägerin ohne Weiteres für alle Abrechnungsfälle gegenüber der Beklagten sowie anderer gesetzlicher Krankenkassen an ein vereinbartes Budget gebunden gewesen. Nur dann wäre es zu der von der Beklagten auch jetzt schon geforderten Einbeziehung aller Regelungen der BPfIV gekommen. Daraus, dass die Klägerin vereinzelt gesetzlichen Krankenkassen Rabatte eingeräumt haben mag, wenn die Begleichung der Rechnungen innerhalb der sonst maßgebenden Fristen und ohne Streit, ob im Einzelfall auch ein Notfall anerkannt werde, erfolgt ist, kann die Beklagte für die hier streitigen einzelnen Abrechnungsfälle nichts aus [Â§ 14 Abs. 1 Satz 1 BPfIV](#) herleiten. Gleichfalls kann sich die Beklagte zur Rechtfertigung des von ihr schon in den Jahren 1997 und 1998 vorgenommenen Abschlags nicht auf eine Vereinbarung aus dem Jahr 2001 mit dem Krankenhaus Aalen als zugelassenem Krankenhaus, welche Rabatte vorgesehen habe, berufen. Abgesehen von dem Vertragsschluss erst im Jahr 2001 hat auch insoweit die Klägerin zutreffend darauf hingewiesen, dass für dieses Krankenhaus als zugelassene Klinik ein Budget vereinbart wurde, welches der Klägerin, wie oben dargelegt, nicht zustand. Die von der Beklagten angeführte Befürchtung, es ergäbe sich aufgrund der hundertprozentigen Vergütung der Sonderentgelte bei den Notfallleistungen der Klägerin als nicht zugelassenem Krankenhaus eine ungleich größere Kostenbelastung für die Krankenkasse, als wenn eine Zulassung für die Klägerin vorläge, ist allein darauf zurückzuführen, dass der Gesetzgeber im System des SGB V die Notfallbehandlungen, die bei bedarfsgerechter Krankenhausplanung die Ausnahme sein sollten, in nicht zugelassenen Krankenhäusern ausdrücklich gewährleistet.

Danach war die Berufung der Beklagten zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [Â§ 193 SGG](#) in der bis zum 01. Januar 2002 geltenden Fassung.

Gründe für eine Revisionszulassung liegen nicht vor.

Erstellt am: 08.11.2004

Zuletzt verändert am: 21.12.2024