

## L 1 KR 161/11

Land  
Berlin-Brandenburg  
Sozialgericht  
LSG Berlin-Brandenburg  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung  
1  
1. Instanz  
SG Potsdam (BRB)  
Aktenzeichen  
S 3 KR 156/08  
Datum  
05.04.2011  
2. Instanz  
LSG Berlin-Brandenburg  
Aktenzeichen  
L 1 KR 161/11  
Datum  
20.09.2013  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
B 1 KR 6/15 R  
Datum  
21.04.2015  
Kategorie  
Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Potsdam v. 5. April 2011 wird zurückgewiesen. Die Klägerin hat auch die Kosten des Berufungsverfahrens zu tragen. Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand:

Streitig sind die Kosten für einen Tag Krankenhausaufenthalt.

Die Versicherte der Beklagten I G war zunächst vom 22. Juli 2007 bis 30. Juli 2007 stationär im Krankenhaus der Klägerin als Notfall wegen einer akuten abdominellen Kolik bei Vasculitis behandelt worden, der Entlassungsbericht nennt als Hauptdiagnose Leucocystoklastische Vasculitis, am ehesten Purpura Schoenlein-Henoch. Am 6. August 2007 nahm die Klägerin die Versicherte erneut auf mit einer Unabweisbarkeitsbescheinigung, wonach wegen Purpura Schoenlein Henoch mit abdominellen Schmerzen eine Gefahr für das Leben bestehe. Die Versicherte blieb bis zum 15. August 2007 bei der Klägerin und wurde dann in das S K B zur weiterführenden Diagnostik verlegt, wo sie bis zum 18. August 2007 verblieb. Anschließend war die Versicherte vom 19. August 2007 bis 30. August 2007 wieder bei der Klägerin in Behandlung

Mit Rechnung vom 20. August 2007 stellte die Klägerin der Beklagten für die Behandlung der Versicherten während der Zeit vom 22. Juli 2007 bis 15. August 2007 einen Betrag von 2.727,60 EUR in Rechnung. Abgerechnet wurde (u.a.) die DRG-Fallpauschale Q60c mit einem zusätzlichen Behandlungstag.

Die Beklagte zahlte zunächst und erteilte dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) am selben Tag (12. September 2007) einen Begutachtungsauftrag wegen der Verweildauer. Der MDK zeigte der Klägerin mit Schreiben vom 14. September 2007 unter Hinweis auf die [§§ 275 Abs. 1c, 275 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#) die Prüfung an. Er wertete die von der Klägerin gemäß [§ 301 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) übermittelten Daten aus und befand dann am 14. September 2007 gegenüber der Beklagten, dass nur der Behandlungszeitraum vom 22. Juli 2007 bis 14. August 2007 medizinisch begründet sei. Am 15. August 2007 habe keine stationäre Behandlungsbedürftigkeit bestanden. Es seien keine medizinischen Sachverhalte abzuleiten, welche die Überschreitung der oberen Grenzverweildauer von 17 Tagen um einen Tag begründeten. Die Entlassung habe auch am 14. August 2007 erfolgen können.

Daraufhin erklärte die Beklagte am 28. Dezember 2007 unter Bezugnahme auf die Einschätzung des MDK gegenüber der Klägerin, dass sie den unter Vorbehalt gezahlten Rechnungsbetrag maschinell verrechnen und eine Neuweisung in gekürzter Höhe veranlassen werde. Entsprechend zahlte sie am 9. Januar 2008 dann lediglich 2.495,34 EUR.

Mit der am 30. April 2008 bei dem Sozialgericht P eingegangenen Klage begehrt die Klägerin die Verurteilung der Beklagten zur Zahlung von 230,01 EUR (Differenzbetrag zwischen in Rechnung gestellter und tatsächlich gezahlter Summe abzüglich des Betrags für die Anschubfinanzierung nach [§ 140d SGB V](#)) nebst Zinsen. Die Klägerin hat zunächst geltend gemacht, dass die Beklagte keine substantiierten Einwände gegen die Forderung vorgebracht habe, da die gesetzlich vorgesehene Begutachtung durch den MDK nicht durchgeführt worden sei. Aus der anschließenden Weiterbehandlung der Versicherten im S K B ergebe sich, dass auch am 15. August 2007 die stationäre Behandlung der Klägerin erforderlich gewesen sei.

Die Beklagte befragte erneut den MDK, der auch in Kenntnis des von der Klägerin über die Versicherte erstellten Krankenhausesentlassungsberichts bei seiner Auffassung blieb, dass die Verlegung bereits am 14. August 2007 hätte vorgenommen werden können. Darauf entgegnete die Klägerin, dass das weiterbehandelnde Krankenhaus zur Aufnahme der Versicherten erst am 15. August

2007 bereit gewesen sei. Die Beklagte wies demgegenüber darauf hin, dass die Verlegung bereits am 8. August 2007 geplant gewesen sei, so dass die Klägerin Gelegenheit gehabt hätte, die Möglichkeit einer alternativen Verlegung zu prüfen.

Das Sozialgericht hat die Klage durch Urteil vom 5. April 2011 abgewiesen. Die Voraussetzungen für die Vergütung des zusätzlichen Belegungstags bei Überschreitung der Grenzverweildauer seien nicht erfüllt. Aus der Rechtsprechung des BSG ergebe sich, dass auch im Fallpauschalensystem nur notwendige Leistungen des Krankenhauses zu vergüten seien. Die Klägerin habe zwar die Hauptleistung nach DRG Ziffer Q 60C erbracht, allerdings sei eine Verweildauer von 17 Tagen und damit ein Zuschlag für die obere Grenzverweildauer nicht nötig gewesen. Denn die Verlegung in das S K B sei medizinisch gesehen bereits am 14. August 2007 möglich gewesen. Dies werde auch von der Klägerin nicht bestritten, die darauf verweise, dass das S K B erst am 15. August 2007 zur Aufnahme der Klägerin bereit gewesen wäre. Dass noch am 14. August 2007 bei der Klägerin eine medizinische Konsultation durchgeführt worden sei ändere nichts, da die Verlegung bereits am 8. August 2007 beschlossen worden sei. Die Klägerin könne sich auf die erst am 15. August 2007 bestehende Aufnahmebereitschaft des S K B nicht berufen. Nach der bereits am 8. August 2007 beschlossenen Verlegung sei erst am 13. August 2007 eine Verlegungsanfrage gestellt worden. Auch sei die Angabe des S K B, dass die Verlegung erst zum 15. August 2007 erfolgen könne, hingenommen worden ohne nach Ausweichmöglichkeiten zu suchen. Die Klägerin sei aber verpflichtet, die Behandlungsdauer zu straffen. Die Verzögerung einer bereits entschiedenen Verlegung um insgesamt sieben Tage sei nicht hinnehmbar.

Gegen dieses Urteil richtet sich die vom Sozialgericht wegen grundsätzlicher Bedeutung der Rechtssache ausdrücklich zugelassene Berufung der Klägerin. Der Aufenthalt der Versicherten bei der Klägerin sei während der gesamten Dauer medizinisch notwendig gewesen. Zwar sei die Versicherte schon vorher transportfähig gewesen, gleichwohl habe die Notwendigkeit einer Behandlung im Krankenhaus weiter bestanden. Ein Notfall, der die sofortige Verlegung der Versicherten unter Abbruch der Behandlung erforderte, habe nicht vorgelegen. Die Notwendigkeit einer Verlegung habe sich definitiv erst durch die am 14. August 2007 durchgeführte chirurgische Konsultation ergeben. Die am 14. August 2007 noch fehlende Aufnahmefähigkeit des S K B sei sehr wohl zu berücksichtigen, weil Krankenhäuser nicht verpflichtet sein könnten, Personal und/oder Sachmittel für alle denkbaren Fälle vorzuhalten. Außerdem sei die Beklagte mit Einwendungen gegen die Forderung ausgeschlossen, weil sie das Prüfverfahren nicht ordnungsgemäß durchgeführt habe. Die Daten nach [§ 301 SGB V](#) könnten nicht als Grundlage für eine Überprüfung der Behandlungsnotwendigkeit ausreichen, vielmehr seien auch die Krankenakte bzw. die Pflegedokumentation vom MDK auszuwerten. Eine Verlegungsanfrage hätte von der Klägerin an sich auch noch an die C oder V gerichtet werden können, allerdings wäre dort vermutlich die Aufnahme der Versicherten abgelehnt worden oder hätte zumindest länger gedauert. Da bereits die Beantwortung einer Verlegungsanfrage einen gewissen Aufwand bei dem aufnehmenden Krankenhaus auslöse, sei es für eine spätere Zusammenarbeit problematisch, wenn eine Verlegung dann nicht erfolge. Bei dem Datensatz nach [§ 301 SGB V](#) könne über das Feld MEDBEG im begrenzten Umfang Angaben zur Begründung einer weiteren stationären Behandlung erfolgen. Das setze indessen neben der Überschreitung der Aufenthaltsdauer auch ein entsprechendes Begründungsverlangen der Krankenkasse voraus. Ein solches sei von der Beklagten aber nicht ausgesprochen worden. Die nach [§ 301 SGB V](#) zu übermittelnden Daten seien in dieser Vorschrift abschließend und enumerativ aufgelistet. Der medizinische Grund der Aufnahme sei nur in bestimmten Ausnahmefällen zu ermitteln. Das Prüfverfahren sei überdies nach der Rechtsprechung des BSG dreistufig ausgestaltet. Zunächst seien die Daten nach [§ 301 SGB V](#) zu übermitteln, was hier auch ordnungsgemäß erfolgt sei. Zweifel und Unklarheiten zu diesen Daten seien durch Nachfragen der Krankenkasse beim Krankenhaus zu klären. Solche habe es vorliegend nicht gegeben. Auf der zweiten Stufe sei ein Prüfverfahren nach [§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) einzuleiten. Erst auf der dritten Stufe seien dem MDK auf Anforderung alle weiteren Angaben zu erteilen und Unterlagen vorzulegen, die dieser zur Beantwortung der Prüfanfrage der Krankenkasse benötige. Die von der Beklagten angesprochene Anzeigepflicht bei einer Überschreitung der oberen Grenzverweildauer beziehe sich nur auf Kostenübernahmeerklärungen, sie gehöre nicht zu den allgemeinen Auskunftspflichten und Mitteilungspflichten der Krankenhäuser.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Potsdam vom 5. April 2011 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin für die stationäre Behandlung der Patientin I G weitere 230,01 EUR nebst 2 % Zinsen über dem Basiszinssatz seit dem 9. Januar 2008 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das Urteil des Sozialgerichts für zutreffend. Die gemäß [§ 301 SGB V](#) übermittelten Daten seien dazu gedacht, der Krankenkasse eine vollständige Überprüfung des Behandlungsfalles zu ermöglichen. Das Prüfungsverfahren sei nicht deswegen fehlerhaft, weil der MDK keine weiteren Unterlagen angefordert habe. Die Festlegung der Prüfungstiefe sei Sache des MDK, wobei selbst eventuelle Fehlentscheidungen nicht zu Lasten der Krankenkasse gehen könnten. Angesichts des sehr geringen Streitwerts hätte die Anforderung weiterer Unterlagen nur unnötigen Verwaltungsaufwand bedeutet. Es sei unbillig, Risiken der Krankenhausorganisation einer Krankenkasse aufzuerlegen, die darauf keinen Einfluss habe. Die Verlegung der Versicherten sei bereits am 8. August 2007 beschlossen worden, so dass das erst am 10. August 2007 angeordnete chirurgische Konsil keinen Einfluss auf den Zeitpunkt gehabt haben könne. Die Daten der gemeldeten Prozeduren ließen auf eine weit gestreckte Behandlung schließen, bei der eine Straffung und dementsprechend auch eine frühere Verlegung möglich gewesen wären. Die Klägerin sei zudem entsprechend den landesvertraglichen Regelungen verpflichtet gewesen, eine Überschreitung der oberen Grenzverweildauer anzuzeigen, dieser Verpflichtung jedoch nicht nachgekommen.

Für die weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die Gerichtsakte sowie die Patientenakte der Klägerin und die Verwaltungsakte der Beklagten verwiesen, die vorgelegen haben und Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind. Dem Senat haben auch die bereits dem Sozialgericht übersandten die Versicherte betreffenden Patientenakten der Klägerin vorgelegen.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung hat keinen Erfolg. Mit Recht hat das Sozialgericht die auf Zahlung weiterer 230,01 EUR gerichtete Klage abgewiesen.

Als Anspruchsgrundlage für das Zahlungsbegehren kommt nur [§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) i.V.m. §§ 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KHEntG und dem nach [§ 9 KHEntG](#) vereinbarten Fallpauschalenkatalog sowie §§ 7, 8 des Vertrags über allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung

zwischen der Beklagten und der Landeskrankenhausgesellschaft Brandenburg in Betracht.

Der Zahlungsanspruch besteht nicht schon deswegen, weil die Klägerin ihn zunächst erfüllt hat. Darin lag kein Anerkenntnis. Nach § 18 Abs. 4 des Vertrags über allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung zwischen der Beklagten und der Landeskrankenhausgesellschaft Brandenburg hat die zuständige Krankenkasse die Rechnungen innerhalb von 14 Kalendertagen nach Rechnungseingang zu bezahlen. Beanstandungen rechnerischer oder sachlicher Art können auch nach Bezahlung der Rechnung geltend gemacht werden. Entsprechend musste die Klägerin davon ausgehen, dass die Bezahlung der Rechnung zunächst nur vorläufig und unter dem Vorbehalt einer späteren Nachprüfung erfolgte. Angesichts der vertraglich vereinbarten Pflicht zur vorläufigen Zahlung musste die Beklagte nicht nachdrücklich darauf hinweisen, dass sie die Forderung noch nicht endgültig erfüllen wollte (BSG, Urt. v. 30.06.2009 - [B 1 KR 24/08 R](#) - juris Rn. 37).

Die Klägerin hat die Rechnung ordnungsgemäß erstellt, so dass die Beklagte nicht bereits aus formellen Gründen berechtigt war, die Zahlung teilweise zu verweigern. Zwar setzt die Fälligkeit der Vergütungsforderung voraus, dass das Krankenhaus alle in [§ 301 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) vorgeschriebenen Angaben macht (BSG, Urt. v. 22.04.2009 [B 3 KR 24/07 R](#) - juris Rn. 16). Die Klägerin hat aber die nach [§ 301 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) notwendigen Angaben sämtlich übermittelt. Eine medizinische Begründung für die Überschreitung der regelmäßig vorgesehenen Behandlungsdauer musste sie nach [§ 301 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V](#) deswegen nicht vorlegen, weil die Beklagte eine solche nicht verlangt hatte. Auf die in § 8 Abs. 4 Satz 3 des Vertrags über allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung zwischen der Beklagten und der Landeskrankenhausgesellschaft Brandenburg vereinbarte Verpflichtung, grundsätzlich eine Verlängerungsanzeige zu übermitteln, wenn absehbar ist, dass die Behandlungsdauer im Rahmen einer Fallpauschale die Grenzverweildauer übersteigt, kommt es in diesem Zusammenhang nicht an: Diese Übermittlungspflicht hat den Sinn, der Krankenkasse ähnlich wie bei der erstmaligen Anforderung einer Kostenübernahmeerklärung zu ermöglichen, noch während des Aufenthaltes des Versicherten im Krankenhaus die medizinische Notwendigkeit der Behandlung zu überprüfen (vgl. BSG Urt. v. 13.11.2012 - [B 1 KR 10/12 R](#) - juris Rn. 8). Dieser Zweck hätte hier nicht mehr erfüllt werden können, weil die Verlegung der Versicherten schon unmittelbar bevorstand, so dass ohnehin die Annahme eines Ausnahmefalles von der grundsätzlichen Anzeigepflicht nahe liegt. Im Übrigen wurde durch das Unterlassen der Anzeige die Beklagte nicht von einer Prüfung der Rechnung ausgeschlossen oder dabei behindert, weil sich der Tatbestand einer Überschreitung der Grenzverweildauer bereits aus den nach [§ 301 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) übermittelten Daten ergab.

Aus der gemäß § 17b Abs. 2 KHG geschlossenen Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser (Fallpauschalenvereinbarung) ergibt sich, dass Fallpauschalen nach dem am Tag der Aufnahme geltenden Fallpauschalenkatalog abgerechnet werden. Ist die Verweildauer einer Patientin länger als die obere Grenzverweildauer, wird für den dafür im Fallpauschalen-Katalog ausgewiesenen Tag und jeden weiteren Belegungstag zusätzlich zur Fallpauschale ein tagesbezogenes Entgelt abgerechnet (§ 1 Abs. 1 und 2 Fallpauschalenvereinbarung). Der Senat geht in Übereinstimmung mit den Beteiligten davon aus, dass die Behandlung der Versicherten der Fallpauschale Q60C (Erkrankungen des retikuloendothelialen Systems, des Immunsystems und Gerinnungsstörungen mit komplexer Diagnose oder CC, ohne Milzverletzung oder Alter >70; 15 Jahre) zuzuordnen ist. Aus dem Fallpauschalenkatalog 2007 ergibt sich dazu für die obere Grenzverweildauer der 17. Tag als erster Tag mit zusätzlichem Entgelt. Die Versicherte wurde bei der Klägerin vom 22. bis 30. Juli und vom 6. bis 15. August 2007 behandelt, was (ohne Entlassungs- bzw. Verlegungstag) einer gesamten Behandlungsdauer von 17 Tagen entspricht. Aus dieser Behandlungsdauer ergibt sich bei Anwendung der in § 1 Abs. 2 Fallpauschalenvereinbarung 2007 niedergelegten Formel ein zusätzlich abrechenbarer Belegungstag. Die nach der Entlassung aus dem Städtischen Klinikum Brandenburg erfolgte Wiederaufnahme der Versicherten bei der Klägerin ändert daran nichts, weil sich aus dieser lediglich weitere abrechenbare Behandlungstage oberhalb der Grenzverweildauer ergeben (§ 3 Abs. 3 i.V.m. § 2 Abs. 4 Satz 1 bis 6 Fallpauschalenvereinbarung)).

Die Klägerin hat indessen keinen Anspruch auf Honorierung des zusätzlichen 17. Belegungstages, weil insoweit die medizinische Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung gefehlt hat. Auch wenn durch die Einführung der Fallpauschalen für den Regelfall erreicht werden sollte, dass für die medizinische Notwendigkeit der Behandlung die Verweildauer im Krankenhaus regelmäßig nicht mehr geprüft wird, gilt jedenfalls für Entgelte, die nach Überschreitung der Grenzverweildauer zusätzlich zu einer Fallpauschale gezahlt werden sollen, etwas anderes (BSG v. 30.06.2009 - [B 1 KR 24/08 R](#) - juris Rn. 22). Hier kommt es weiter darauf an, dass die medizinische Behandlungsnotwendigkeit im Sinne des [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) für die zusätzliche Behandlungsdauer bestanden hat.

Der Beklagten ist es nicht verwehrt, sich auf die fehlende medizinische Notwendigkeit der Überschreitung der Grenzverweildauer zu berufen. Zwar ist in der Rechtsprechung des BSG anerkannt, dass Krankenkassen mit ihren Einwendungen gegen die medizinische Notwendigkeit eine Krankenhausbehandlung ausgeschlossen sind, wenn sie nicht entsprechend [§ 275 Abs. 1 c Satz 2 SGB V](#) zeitnah innerhalb von sechs Wochen nach Eingang der Rechnung eine Prüfung durch den MDK eingeleitet haben, der diese Prüfung dem Krankenhaus anzuzeigen hat (BSG, Urt. v. 16.05.2012 - [B 3 KR 14/11 R](#) - juris Rn. 22). Dieser Ausschluss betrifft auch die in einem sozialgerichtlichen Verfahren anzustellenden Ermittlungen (BSG, Urt. v. 16.05.2012 - [B 3 KR 14/11 R](#) - juris Rn. 28). Es erfasst indessen nur Sozialdaten gemäß [§ 276 Abs. 2 Satz 1 Halbs. 2 SGB V](#) (BSG, Urt. v. 13.11.2012 - [B 1 KR 24/11 R](#) - juris Rn. 25), die hier aber durchaus betroffen sind, da die Patientenakten und ein Entlassungsbericht über die Versicherte in das Verfahren einbezogen sind.

Vorliegend besteht diesbezüglich kein Verwertungsverbot, weil der MDK die Klägerin bereits am 14. September 2007 und damit innerhalb von sechs Wochen nach Eingang der Abrechnung vom 20. August 2007 davon in Kenntnis gesetzt hat, dass er ein Prüfverfahren nach [§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) eingeleitet habe. Allerdings ist der MDK erst nach Übersendung des Entlassungsberichts und der Patientenakte durch das Gericht in die Prüfung der Behandlungsbedürftigkeit unter Auswertung von Sozialdaten der Versicherten eingetreten. Das ist aber unerheblich, weil der MDK das Recht zur Prüfung nicht dadurch verliert, dass er es nach der Prüfanzeige längere Zeit nicht ausgeübt hat (BSG, Urt. v. 13.11.2012 - [B 1 KR 24/11 R](#) - juris Rn. 38). Es kommt auch nicht darauf an, dass die Beklagte vor der Beauftragung des MDK noch die Möglichkeit gehabt hätte, die Klägerin gem. [§ 301 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V](#) um Erläuterungen wegen einer Überschreitung der voraussichtlichen Dauer der Krankenhausbehandlung zu bitten. Dem Gesetz ist zwar grundsätzlich ein Stufenverhältnis zu entnehmen, wonach auf der ersten Stufe die Mitarbeiter der Krankenkassen selbst anhand der Angaben nach [§ 301 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) klären dürfen, ob Behandlungsbedürftigkeit besteht, ehe sie sich auf der zweiten und dritten Stufe an den MDK wenden (BSG, Urt. v. 16.05.2012 - [B 3 KR 14/11 R](#) - juris Rn. 19-21). Gleichwohl bleibt es dem Ermessen der Krankenkasse überlassen, wann sie nach [§ 275 Abs. 1 SGB V](#) den MDK einschalten. Ein zureichender Anlass dafür ergab sich hier bereits aus der Überschreitung der Grenzverweildauer. Die Beklagte war nicht gehalten, diese Problematik zunächst mit ihren eigenen regelmäßig medizinisch nicht geschulten Mitarbeitern aufzuklären.

Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit im Sinne des [§ 39 SGB V](#) besteht, wenn ein Versicherter aus medizinischen Gründen auf die

besondere Mittel eines Krankenhauses angewiesen ist (BSG, Urt. v. 30.06.2009 - [B 1 KR 24/08 R](#) - juris Rn. 32). Da die Fallpauschalenvereinbarung in ihrem § 1 auf die Dauer der Behandlung in dem aufnehmenden Krankenhaus abstellt und jedes Krankenhaus seine Behandlung gesondert abrechnet (§ 1 Abs. 2 Fallpauschalenvereinbarung), auch wenn für Verlegungsfälle Abschlüsse vorgesehen sind (§ 3 Abs. 2 Fallpauschalenvereinbarung), müsste die Behandlungsnotwendigkeit gerade bei der Klägerin über die Grenzverweildauer hinaus bestanden haben. Aus deren Patientenakten ergibt sich aber das Fehlen der medizinischen Notwendigkeit einer Überschreitung der Grenzverweildauer. Die Patientenakten belegen, dass bereits am 8. August 2007 eine Verlegung der Versicherten in das Städtische Klinikum Brandenburg erwogen wurde. Medizinisch notwendig war danach nach der eigenen Einschätzung der Klägerin nach dem 8. August 2007 zunächst nicht mehr die Weiterbehandlung der Versicherten im eigenen Krankenhaus, sondern die Verlegung in ein anderes Krankenhaus. Dass die Weiterbehandlung der Versicherten gerade bei der Klägerin bis zum 14. August 2007 an sich nicht medizinisch unabdingbar war, belegen die nur mit erheblichen Zeitabständen erfolgten Behandlungsprozeduren. Nach der Verhaltenstherapie am Aufnahmetag wurde bis zur Verlegung keine größere Untersuchung oder Behandlung der Versicherten mehr unternommen. Das am 14. August 2007 abgehaltene chirurgische Konsil hätte auch vorher oder nach der Rückkehr der Versicherten durchgeführt werden können. Die Behauptung der Klägerin, dass erst nach diesem Konsil die Notwendigkeit einer Verlegung definitiv feststand, wird dadurch widerlegt, dass nach den Behandlungsunterlagen die chirurgische Untersuchung wegen der schon beschlossenen Verlegung noch am 14.08.1997 durchgeführt wurde. Die Klägerin behauptet selbst nicht, dass die Versicherte aus dringenden medizinischen Gründen erst am 15. August 2007 verlegt werden konnte, bestätigt vielmehr die Transportfähigkeit schon für einen früheren Zeitpunkt. Unter diesen Umständen ist schon nicht ersichtlich, dass der Aufenthalt der Versicherten bei der Klägerin bis zum aus 14. August 2007 aus medizinischen Gründen zwingend erforderlich war

Etwas anderes ergibt sich nicht daraus, dass das Städtische Klinikum B nach seinem Rückruf vom 13. August 2007 erst am 15. August 2007 zur Aufnahme der Versicherten bereit war. Grundsätzlich muss die medizinische Notwendigkeit der Behandlung im Krankenhaus auch für den Zeitraum innerhalb der unteren und oberen Grenzverweildauer gegeben sein. Nur aus praktischen Gründen wird während dieser Zeit zumeist auf eine Überprüfung verzichtet (BSG, Urt. v. 30.06.2009 - [B 1 KR 24/08 R](#) - juris Rn. 23). Maßstab für die medizinische Notwendigkeit der gesamten Behandlungsdauer kann dann hier nicht sein, ob es gerade am 13. August 2007, dem letzten Tag innerhalb der Grenzverweildauer, noch möglich und zumutbar war, die Verlegung der Versicherten in ein Krankenhaus zur weiteren Untersuchung zu veranlassen. Vielmehr kommt es darauf an, ob die Verlegung schon vorher bis zu diesem Tag hätte durchgeführt werden können.

Die fehlende Möglichkeit des Städtischen Klinikums B zur Aufnahme der Versicherte vor dem 15. August 2007 ergibt keinen medizinischen Grund für die Fortsetzung der Behandlung bei der Klägerin bis zum 14. August 2007. Medizinisch indiziert wäre die Verlegung der Versicherten zur Diagnostik in ein anderes Krankenhaus schon vorher gewesen. Zwar mag man der Klägerin zubilligen, dass sie bei grundsätzlich fortbestehender Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit der Versicherten nicht gehalten war, diese sofort zu entlassen, nachdem die Notwendigkeit weiterer Diagnostik festgestellt war und kein aufnahmebereites anderes Krankenhaus zur Verfügung stand. In solchen Fällen mag man den Krankenhäusern eine angemessene Frist zur Organisation der Verlegung von wenigen Tagen zubilligen. Diese war hier aber eindeutig überschritten, da mehr als eine Woche bis zur Verlegung verging. Im Übrigen widerlegt die fehlende Aufnahmebereitschaft des Städtischen Klinikums B nicht, dass eine frühere Verlegung nicht doch möglich gewesen wäre, wenn die Klägerin bereits ab dem 8. August 2007 noch bei anderen Kliniken in der Umgebung vorstellig geworden wäre. Die Ärzte der Klägerin durften sich jedenfalls nicht damit zufrieden geben, auf einen Anruf aus dem Städtischen Klinikum Brandenburg zu warten, sondern hätten sich aktiv bemühen müssen, die zeitnahe Verlegung der Versicherten sicherzustellen. Erst wenn dieses Bemühen nachweislich erfolglos geblieben wäre, könnte die weitere Behandlung der Versicherten bei der Klägerin mangels Alternative aus organisatorischen Gründen als medizinisch notwendig angesehen werden.

Nach alledem war die Berufung zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung ergeht nach [§ 197a SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 2 VwGO](#). Der Senat hat die Revision wegen grundsätzlicher Bedeutung der Rechtssachen nach [§ 160 Abs. 2 SGG](#) zugelassen.

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2015-06-29