

L 5 KR 81/08

Land

Freistaat Bayern

Sozialgericht

Bayerisches LSG

Sachgebiet

Krankenversicherung

Abteilung

5

1. Instanz

SG Landshut (FSB)

Aktenzeichen

S 1 KR 173/06

Datum

14.12.2007

2. Instanz

Bayerisches LSG

Aktenzeichen

L 5 KR 81/08

Datum

27.09.2011

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

B 1 KR 2/12 R

Datum

17.09.2013

Kategorie

Urteil

Leitsätze

Kein Vergütungsanspruch eines Krankenhauses für vorstationäre Behandlungen, wenn die 5-Tages-Frist nach § 115 Abs. 2 Satz 1 SGBV überschritten ist.

I. Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Landshut vom 14. Dezember 2007 wird zurückgewiesen.

II. Die Klägerin trägt die Kosten der Berufung.

III. Der Streitwert wird auf 302,00 Euro festgesetzt.

IV. Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist die Vergütung vorstationärer Leistungen eines Krankenhauses im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung.

1.

Die Klägerin ist Trägerin des in unselbstständiger Rechtsform als Eigenbetrieb geführten Klinikums A-Stadt, welches als Plankrankenhaus in den Krankenhausplan des Freistaats Bayern aufgenommen ist.

Am 15.06.2005 nahm die Klägerin das gesetzlich krankenversicherte Mitglied der Beklagten K. S., welches 1974 geboren ist, zur Durchführung einer Cholecystektomie stationär auf. Nach Diagnose eines Gallensteines per Sonographie in der Chirurgischen Abteilung der Klägerin wollte K. S. vor einem Eingriff die Betreuung ihrer minderjährigen Kinder wegen der Berufstätigkeit ihres Ehemannes zunächst in der Familie abklären; die laparoskopische Operation wurde sodann erst am 22.06.2005 stationär durchgeführt. Dafür stellte die Klägerin der Beklagten mit Rechnung vom 25.07.2005 eine Fallpauschale iHv 2.992,68 EUR in Rechnung, welche die Beklagte vollumfänglich beglich. Nicht erstattet wurde die Forderung der Klägerin vom 18.07.2005 über 100,72 EUR für die am 15.06.2005 erbrachten Leistungen, Behandlung, welche die Klägerin als vorstationäre Behandlung berechnete.

Das ebenfalls bei der Beklagten gesetzlich krankenversicherte Mitglied Frau E. T., geboren 1943, wurde gemäß ärztlicher Verordnung vom 29.09.2005 noch am gleichen Tage zur Operationsvorbereitung einer Gallensteinentfernung von der Klägerin stationär aufgenommen. Weil aber E. T. wegen Schmerzbehandlung trotz eines ca. 1 cm großen Gallenblasensteines beschwerdefrei war, erfolgte der Eingriff erst ab dem 13.10.2005. Für die entsprechende Behandlung berechnet die Klägerin der Beklagten unter dem 25.10.2005 entsprechend der Fallpauschale 2.229,45 EUR. Diesen Betrag hat die Beklagte ausgeglichen. Nicht übernommen hat die Beklagte die Rechnung vom 11.10.2005 über 100,72 EUR für die von der Beklagten als vorstationäre Behandlung bezeichneten Leistungen vom 29.09.2005.

Das bei der Beklagten gesetzlich krankenversicherte Mitglied R. H., geboren 1927, wurde auf Grund ärztlicher Verordnung am 25.01.2006 stationär aufgenommen, um operativ eine bösartige Neubildung im Darmbereich zu entfernen. Weil R. H. aus medizinisch-internistischen Gründen aber das Blut verdünnende Mittel ASS zu sich nahm, wurde die Operation erst in der Zeit vom 31.01. bis 10.02.2006 (einschließlich Nachbehandlung) durchgeführt. Insoweit beglich die Beklagte die Fallpauschale iHv 7.037,80 EUR (Rechnung vom 21.02.2006) vollständig. Sie verweigerte jedoch die Zahlung der unter dem 08.02.2006 als vorstationäre Behandlung iHv 100,72 EUR in Rechnung gestellte Leistung für den 25.01.2006.

2.

Nachdem sich die Beklagte geweigert hatte, in diesen drei Fällen die vorstationären Behandlungen zu übernehmen, hat die Klägerin Klage zum Sozialgericht Landshut erhoben und Zahlung in Höhe von 302,16 EUR zuzüglich Zinsen beantragt. Sie hat nach Schilderung des Sachverhalts ausgeführt, dass unstreitig in allen drei Fällen notwendige vorbereitende Maßnahmen vor einer stationären Behandlung durchgeführt worden seien. Die gesetzliche Frist, wonach vorstationäre Leistungen nur innerhalb von fünf Tagen vor der stationären Behandlung zulässig seien, habe die Klägerin nicht einhalten können aus von ihr nicht zu vertretenden Gründen. Es könne nicht zu ihren Lasten gehen, dass Patienten wegen familiärer Besonderheiten, wegen Schmerzfreiheit sowie wegen operationskontraindizierter Medikation erst einige Tage nach Ablauf der fünftägigen Frist hätten stationär behandelt werden können.

Demgegenüber hat sich die Beklagte darauf berufen, dass die gesetzliche Regelung per Definitionen vorstationäre Behandlungen nur dann zulasse, wenn diese innerhalb einer fünftägigen Frist erfolgten. Selbst wenn die Frist nicht maßgeblich sei, könne eine zusätzliche Vergütung nicht erfolgen, weil nämlich die Klägerin bereits die komplette Behandlungspauschale in allen drei Fällen erhalten habe.

Mit Urteil vom 14.12.2007 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen im Wesentlichen mit der Begründung, in allen drei Fällen sei die vorangegangene Behandlung mit der Vergütung der nachfolgenden vollstationären Behandlung abgegolten. Die entsprechenden Fallpauschalen hätten die Krankenhausleistungen gesamt vergütet. Eine zusätzliche Vergütung sei weder vorgesehen, noch sei die gesetzlich definierte Fünftagesfrist für vorstationäre Behandlungen eingehalten.

3.

Dagegen hat die Klägerin Berufung eingelegt und auf den Mustercharakter des vorliegenden Verfahrens hingewiesen. Folgte man der Auffassung der Beklagten, würden unstreitig erbrachte Krankenhausbehandlungen eigener Art nicht mehr vergütet. Der Klägerin dürfe nicht angelastet werden, dass sie aus sachlichen, außerhalb ihrer Verantwortung liegenden Gründen die jeweilige stationäre Aufnahme über den Fünftageszeitraum hinaus habe aufschieben müssen. Zusätzlich hat sich die Klägerin darauf berufen, dass die Beklagte als in die Pflegesatzverhandlungen einbezogene Partei entsprechend der Verhandlungen vom 02.10.2003 (Bezug: Bl. 71 - 74 Berufungsakte) zur Pflegesatzvereinbarung vom 13.11.2003 (Bezugnahme: Bl 64 - 70 Berufungsakte), die so auch in den Folgejahren gelte, ebenfalls davon ausgegangen sei, dass nur durch eine Vergütung für Leistungen wie vorliegend eine korrekte Abrechnung möglich sei.

Die Beklagte hat erwidert, bereits nach alter Rechtslage sei zwischen vorstationärer, stationärer und nachstationärer Behandlung zu unterscheiden gewesen. Die Fünftagesfrist habe bereits früher Anwendung gefunden, sodass es an einer Rechtsgrundlage für die streitgegenständlichen Forderungen fehle. Hierauf erwidern hat die Klägerin betont, dass mit Umstellung des Abrechnungssystems auf Fallpauschalen mit Einführung des Krankenhausentgeltgesetzes für die Zeit ab 01.01.2003 bestimmt worden sei, dass die entsprechenden Leistungen des Krankenhauses pflegesatzmäßig Berücksichtigung zu finden hätten, weil die vor- und nachstationäre Behandlung infolge des Fallpauschalensystems nicht mehr habe abgerechnet werden können. Damit sei klar, dass anderweitige vorstationäre Behandlungen - wie vorliegend - noch nach Meinung der Pflegesatzparteien abrechenbar gewesen seien.

Die Klägerin beantragt,
das Urteil des Sozialgerichts vom 14.12.2007 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihr 302,16 EUR nebst 4 % Zinsen über den Basiszinssatz der EZB seit Klageerhebung zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,
die Berufung zurückzuweisen.

Beigezogen und Gegenstand der mündlichen Verhandlung waren die dreiseitigen Verwaltungsakten der Beklagten. Darauf sowie auf die Gerichtsakten beider Rechtszüge wird zur Ergänzung des Tatbestandes Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung ist wegen Zulassung durch das Sozialgericht zulässig und statthaft, aber unbegründet.

1.

Rechtsgrundlage des hier geltend gemachten Vergütungsanspruches für die 2005 und 2006 erbrachten Krankenhausleistungen gegenüber den bei der Beklagten gesetzlich krankenversicherten K. S., E. T. und R. H. ist der mit deren jeweiliger stationärer Aufnahme gemäß [§ 109 Abs. 4 Satz 2, § 115 a Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) entstandene Vergütungsanspruch, der sich in seinen Einzelheiten aus §§ 8, 11 KHEntG, § 17 BPfIO iVm mit der für die jeweiligen Zeiträume geltenden Pflegesatzvereinbarung ergibt; ein Vertrag gem. [§ 112 Abs 1 SGB V](#) bestand in Bayern im strittigen Zeitraum nicht. Insoweit enthält die gemeinsame Empfehlung über die Vergütung für vor- und nachstationäre Behandlung vom 30.12.1996 keine eigenständige Rechtsgrundlage für einen Vergütungsanspruch.

2.

In Anwendung dieser Normen ist zunächst festzustellen, dass sowohl in den Fällen der bei der Beklagten gesetzlich krankenversicherten K. S., E. T. und R. H. zwischen der Leistung, die die Klägerin als vorstationäre bezeichnet hat, und der nachfolgenden vollstationären Behandlung, welche nicht Streitgegenstand ist, eine Frist von mehr als fünf Tagen verstrichen war. K. S. wurde zunächst am 15.06.2005 mit dem Ziel der stationären Behandlung aufgenommen, nach der Entlassung am gleichen Tage vollstationär jedoch erst ab dem 22.06.2005 behandelt. In gleicher Weise war E. T. am 29.09.2005 mit dem Ziel der stationären Behandlung aufgenommen worden, vollstationär jedoch erst ab dem 11.10.2005 behandelt. R. H. war zunächst am 25.01.2006 aufgenommen, jedoch stationär erst ab dem 31.01.2006 behandelt worden.

Damit sind die streitigen Leistungen der Klägerin in allen drei Fällen nicht als vorstationäre Behandlung im Sinne des [§ 115 a Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) zu klassifizieren. Vorstationäre (und nachstationäre) Behandlung nach [§ 115a SGB V](#) ist gem. [§ 39 Abs 1 Satz 1 SGB V](#) Teil der Krankenhausbehandlung. Da bei der vor- und nachstationären Behandlung nur medizinische Leistungen des Krankenhauses erbracht werden, nicht aber Unterkunft und Verpflegung ([§ 115a Abs 1 Halbs 1 SGB V](#)), handelt es sich der Sache nach zwar um eine Sonderform der ambulanten Versorgung der Versicherten, die nur bei vertragsärztlicher Verordnung von Krankenhausbehandlung - wie vorliegend erfolgt -

erbracht werden darf und im Vorfeld bzw im Nachgang zu einer vollstationären Krankenhausbehandlung stattfinden muss ([§ 115a Abs 1 Halbs 2 SGB V](#)). Insofern geht es bei der vor- und nachstationären Behandlung um eine "Leistungserbringung eigener Art" als "Annex" zur vollstationären Versorgung im Krankenhaus und somit um "stationäre" Behandlung im weiteren Sinne, die von der vollstationären, der teilstationären und der ambulanten ([§ 115b SGB V](#)) Krankenhausbehandlung zu trennen ist und dementsprechend in [§ 115a Abs 3 SGB V](#) auch über eine eigenständige Vergütungsregelung verfügt (BSG Urteil vom 10.03.2010 - [B 3 KR 15/08 R](#) mwN).

Die vorstationäre Behandlung ist nach der erforderlichen gesetzlichen Definition auf längstens drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor Beginn der stationären Behandlung begrenzt ([§ 115 a Abs. 2 Satz 1 SGB V](#)). Diese Frist war in keinem der hier strittigen drei Fälle eingehalten. Damit kann die Klägerin keine Vergütung für vorstationäre Leistungen wie in Rechnung gestellt verlangen.

Es ist auch nicht möglich, entgegen dem klaren Wortlaut des Gesetzes die Frist für vorstationäre Behandlungen im Wege der Auslegung zu erweitern (aA SG Berlin Urteil vom 05.04.2011 - [S 76 KR 833/10](#)). Dies widerspräche den Intentionen des Gesetzgebers, welcher im Interesse einer klaren und eindeutig handhabbaren Regelung eine unmissverständliche Abgrenzungsfrist bestimmt hat. Diese besteht unabhängig davon, aus welchen Gründen die Frist nicht hatte eingehalten werden können. Der Gesetzgeber hat sich insoweit aus sachlichen Gründen entschieden, eine Beweis- und Ermittlungsschwierigkeiten in Bezug auf medizinische Sachverhalte vermeidende Regelung einzuführen.

3.

Zudem hatte die Beklagte in allen drei streitigen Fällen die für die Behandlung der K. S., E. T. und R. H. abrechenbaren Krankenhausleistungen vollumfänglich vergütet. In der Folge tritt die Sperre einer weiteren Vergütung gemäß [§ 8 Abs. 2 Satz 3 Ziff. 3 KHEntgG](#) ein, wonach "eine vorstationäre Behandlung ... neben der Fallpauschale nicht gesondert berechenbar" ist. Nach den zutreffenden Darlegungen des Sozialgerichts, auf die Bezug genommen wird gem. [§ 153 Abs. 2 SGG](#), ergibt sich auch nichts Anderes aus der "Gemeinsamen Empfehlung über die Vergütung für vor- und nachstationäre Behandlung nach [§ 115 a Abs. 3 SGB V](#)" vom 30.12.1996, auf die sich die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Bundesverband der Beklagten (u.a.) verständigt hatten. Denn dort ist in [§ 4](#) ein dem [§ 8 Abs. 2 Satz 3 Ziff. 3 KHEntgG](#) im Ergebnis entsprechender Vergütungsausschluss bestimmt.

4.

Etwas anderes ergibt sich auch nicht aus den Grundsätzen von Treu und Glauben in Auswertung der Pflegesatzverhandlungen und -vereinbarungen zwischen der Klägerin und der Beklagten.

Grundsätzlich ist anerkannt, dass in dem Dauerverhältnis zwischen der Beklagten als gesetzlicher Krankenkasse einerseits und der Klägerin als Plankrankenhaus gemäß [§ 108 Nr. 1 SGB V](#) als Erbringer von stationären Leistungen, auf welche die Versicherten der Beklagten Anspruch haben, andererseits besondere gegenseitige Rücksichtnahmepflichten bestehen (vgl. auch [§ 2 Abs. 4 SGB V](#)). So hat das BSG bei Abrechnungsstreitigkeiten u. a. eine unzulässige Rechtsausübung u.a. auf die Grundsätze von Treue und Glauben analog [§ 242 BGB](#) begründet (BSG, Urteil vom 17.12.2009 - [B 3 KR 12/08 R](#), RdNr 13; Urteil vom 20.11.2008 - [B 3 KN 4/08 KR](#), Rdn. 15, Urteil vom 16.12.2008 - [B 1 KR 10/08 R](#), RdNr 22 - jeweils zitiert nach juris m. w. N.). Zudem waren die Klägerin und die Beklagte Parteien der Pflegesatzvereinbarung vom 13.11.2003, wie die Unterschriften unter dieser belegen, so dass aus dieser vertraglichen Bindung weitere gegenseitige Pflichten und Rechte resultieren wie das der gegenseitigen Rücksichtnahme.

Zwar war in den der Pflegesatzvereinbarung vom 13.11.2003 vorangegangenen Verhandlungen ausdrücklich auch die Frage der Vergütung für vorstationäre Behandlungen zum Gegenstand der Einigungsgespräche geworden. Insofern ergibt sich aus der Niederschrift der Pflegesatzverhandlung vom 02.10.2003, ausgefertigt am 07.10.2003 S. 2 oben (Bl. 72 Berufsakte), dass die Beteiligten Folgendes festgehalten haben: "Die Forderung von 75.000,00 EUR für die vor- und nachstationäre Behandlung wird von den Kostenträgern akzeptiert." Damit ist nachgewiesen, dass auch die Beklagte als Pflegesatzverhandlungspartei und Pflegesatzvereinbarungspartei davon ausgegangen war, dass vorstationäre Behandlungen zu vergüten sind. Dies scheint den vorangegangenen Ausführungen dieser Entscheidung zu widersprechen. Jedoch kann aus den Verhandlungsbesprechungen kein Zahlungsanspruch für die Klägerin hergeleitet werden. Denn den Pflegesatzparteien wäre es nicht gestattet, Vergütungssysteme zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung zu bestimmen, die der unmissverständlichen zeitlichen Normierung in [§ 115 a Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) nicht entsprechen. Zudem ist nicht erkennbar, dass sich die Niederschrift gerade auf Fälle bezieht, die der gesetzliche Definition der vorstationären Behandlung wegen Fristüberschreitung zuwider laufen; dass diese vergütet werden sollten ist somit aus der Pflegesatzverhandlung nicht herleitbar.

Doch selbst falls in den Pflegesatzverhandlungen eine Vergütung vorstationärer Leistungen der hier strittigen Art abgesprochen worden wäre bliebe dies für den geltend gemachten Anspruch der Klägerin ohne rechtliche Auswirkung. Denn in der genehmigten Pflegesatzvereinbarung vom 13.11.2003 selbst, die beide Beteiligte unterzeichnet haben, ist - im Gegensatz zu den teilweise hochdifferenzierten Vergütungsbestimmungen im Übrigen - kein Anhaltspunkt für eine Regelung feststellbar, dass außerhalb der gesetzlichen Fristen des [§ 115 a Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) erbrachte vorstationäre Leistungen vergütet werden sollten.

5.

Damit ist unter keinem rechtlichen Gesichtspunkt ein Vergütungsanspruch der Klägerin für die hier streitigen Leistungen begründbar. Die Berufung der Klägerin bleibt somit vollumfänglich ohne Erfolg.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197 a SGG](#) i. V. m. [§ 154 Satz 2 VwGO](#).

Die Streitwertfestsetzung folgt aus [§ 47 Abs. 3 GKG](#).

Die Revision wird wegen der grundsätzlichen Bedeutung der Sache gemäß [§ 160 Abs. 2 SGG](#) zugelassen.

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2013-12-19