

L 11 (16) KR 358/03

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
LSG Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
11
1. Instanz
SG Dortmund (NRW)
Aktenzeichen
S 8 KR 196/02
Datum
30.10.2003
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 11 (16) KR 358/03
Datum
18.01.2006
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin 93,68 Euro zuzüglich Zinsen in Höhe von 2 % über den Basiszinssatz seit dem 26.08.2001 zu zahlen. Die Beklagte trägt die Kosten des Verfahrens in beiden Rechtszügen. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Restvergütung einer stationären Behandlung.

Das 1923 geborene Mitglied der Beklagten Frau S (im Folgenden: Versicherte) wurde vom 11.06. bis 14.06.2001 im Knappschafts-Krankenhaus T, dessen Träger die Klägerin ist, stationär behandelt. Am Aufnahmetag, 11.06.2001, war für den Nachmittag eine angiographische Diagnostik vorgesehen. Da die der Untersuchung der Versicherten vorhergehende Untersuchung eines anderen Patienten erst gegen 16.20 Uhr abgeschlossen werden konnte, weil der behandelnde Radiologe zu einem Notfall weggerufen worden war und die für die Durchführung der geplanten 2,5 stündigen Untersuchung der Versicherten benötigte medizinisch-technische Assistentin (MTA) nur bis 17.00 Uhr Dienst hatte, wurde die Angiographie auf den Folgetag verschoben.

Die Beklagte erteilte eine Kostenzusage bis zum 12.06.2001. Auf die am 31.07.2001 eingegangene Verlängerungsanzeige bis 14.06.2001 holte die Beklagte eine Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) ein. Dr. L meinte in seiner Stellungnahme vom 19.09.2001, eine stationäre Behandlung von dreitägiger Dauer sei erforderlich gewesen. Die Verzögerung bei der Durchführung der diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen sei organisatorisch bedingt gewesen und könne nicht zu Lasten der Krankenkasse gehen. Die Beklagte lehnte darauf hin eine weitergehende Kostenübernahme ab. Auf die Rechnung vom 10.08.2001 über insgesamt 2561,16 Euro, mit dem die Klägerin neben dem Sonderentgelt (SE) 20.01 den allgemeinen Pflegesatz (74,46 Euro) sowie den Fachabteilungspflegesatz (19,22 Euro) für die Tage 11.06. bis 13.06.2001 in Rechnung stellte, zahlte die Beklagte 2467,48 Euro und verweigerte auch im weiteren Schriftwechsel die Zahlung des jetzt noch streitigen Restbetrages von 93,68 Euro.

Die Klägerin hat am 30.07.2002 Klage erhoben. Zur Begründung hat sie vorgetragen, eine stationäre Behandlung der Versicherten sei erforderlich gewesen. Es habe sich erst am späten Nachmittag des Aufnahmetages herausgestellt, dass die Versicherte nicht mehr am 11.06.2001 habe untersucht werden können. Eine Entlassung und Wiederaufnahme am Folgetag sei für die fast 80 jährige Versicherte nicht zumutbar gewesen. Die Beklagte hat demgegenüber eingewandt, dass sich die Erforderlichkeit der Dauer einer stationären Behandlung ausschließlich nach medizinischen Gesichtspunkten richten könne. Verzögerungen, die ihren Grund in organisatorischen Problemen des Krankenhauses hätten, gingen zu Lasten des Krankenhauses.

Das Sozialgericht hat mit Urteil vom 30.01.2001 die Klage abgewiesen. Es hat sich der Auffassung der Beklagten angeschlossen, dass organisatorische Verzögerungen grundsätzlich dem Risikobereich des Krankenhauses zuzuweisen seien, so dass hier nur eine dreitägige Behandlung erforderlich gewesen sei.

Gegen das ihr am 12.11.2003 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 08.12.2003 die vom Sozialgericht zugelassene Berufung eingelegt. Sie wiederholt und vertieft ihren erstinstanzlichen Vortrag zu den Gründen der Verzögerung und macht zudem unter Hinweis auf eine Entscheidung des LSG für das Saarland geltend, die Beklagte sei schon deshalb zur Bezahlung der Restforderung verpflichtet, weil das Überprüfungsverfahren nach dem einschlägigen Landesvertrag nicht eingehalten worden sei.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Dortmund vom 30.10.2003 zu ändern und die Beklagte zu verurteilen, an sie weitere 93,68 Euro nebst 2 % Zinsen über den Basiszinssatz der Europäischen Zentralbank seit dem 26.08.2001 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend und meint, dass im vorliegenden Fall ein Verstoß gegen das vereinbarte Überprüfungsverfahren zu verneinen sei und im Übrigen auch eine eventuelle Nichteinhaltung des Überprüfungsverfahrens nicht zu einem Einwendungsausschluss führen dürfe.

Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt.

Wegen weiterer Einzelheiten des Sach- und Streitstandes, auch hinsichtlich des Vorbringens der Beteiligten, wird auf den Inhalt der Gerichtsakte sowie der Verwaltungsakte der Beklagten verwiesen, der Gegenstand der Entscheidung gewesen ist.

Entscheidungsgründe:

Die kraft Zulassung statthafte und auch sonst zulässige Berufung hat auch in der Sache Erfolg, denn die Klägerin hat entgegen der Ansicht des Sozialgerichts Anspruch auf Zahlung des geforderten Betrages von 93,68 Euro nebst Zinsen.

I. Rechtsgrundlage des Vergütungsanspruchs des Krankenhauses ist [§ 109 Abs. 4 Satz 2](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) i.V.m. dem aus [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) folgenden Leistungsanspruch des Versicherten. Die Zahlungsverpflichtung der Krankenkasse entsteht unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten. Bei einem zugelassenen Krankenhaus im Sinne des [§ 108 SGB V](#) ist die Krankenkasse als Korrelat zu dessen Behandlungspflicht auch bei Fehlen weiterer vertraglicher Vereinbarungen zur Bezahlung der normativ bzw. vertraglich festgelegten Entgelte verpflichtet (BSG [SozR 3-2500 § 112 Nr. 2](#)). Daher bedarf es zu rechtlichen Begründung des Vergütungsanspruchs eines Krankenhauses keines Rückgriffs auf den auf Landesebene nach [§ 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V](#) geschlossenen Vertrag.

II. Zwischen den Beteiligten ist nicht streitig, das grundsätzlich im Falle der Versicherten eine stationäre Behandlung erforderlich war. Entgegen der Ansicht der Beklagten stellt sich auch der gesamte Aufenthalt vom 11.06. bis 14.06.2001 als "erforderliche" Behandlung im Sinne des [§ 39 Abs. 1 SGB V](#) dar.

1. Soweit die Klägerin allerdings meint, die Beklagte sei mit ihrer Einwendung, der Aufenthalt habe sich nur wegen der dem Krankenhaus zuzurechnenden organisatorischen Probleme um einen Tag verzögert, ausgeschlossen, weil das im Saarland vereinbarte Überprüfungsverfahren nicht eingehalten worden sei, kann ihr der Senat nicht folgen. 2.

Der im Saarland nach [§ 112 Abs. 1](#) i.V.m. Abs. 2 Nr. 2 SGB V geschlossene Vertrag zur Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung (Krankenhausüberprüfungsvertrag-KÜV) sieht zwar in § 2 Abs. 6 vor, dass die Ärzte des MDK Bedenken gegen die Notwendigkeit oder die Dauer der Krankenhausbehandlung gegenüber dem Leitenden Abteilungsarzt darlegen und mit diesem erörtern soll. Eine solche "Erörterung" hat hier nicht stattgefunden. Es erscheint aber schon grundsätzlich zweifelhaft, ob die Nichteinhaltung eines vereinbarten Überprüfungsverfahrens dazu führen kann, dass die Krankenkasse mit ihren Einwendungen ausgeschlossen ist. Die in diesem Zusammenhang regelmäßig genannte Entscheidung des BSG vom 13.12.2001 ([SozR 3-2500 § 112 Nr. 2](#)) enthält für diese Rechtsfolge keine überzeugende Begründung und betraf im Übrigen den Sonderfall eines offenkundigen Rechtsmissbrauches der dort beklagten Krankenkasse, die sich grundsätzlich außerhalb des Vertrages gestellt hatte.

Letztlich kann die Frage offenbleiben, da kein Verstoß gegen § 2 Abs. 6 KÜV vorliegt. Zum einen erscheint die angeordnete Erörterung von Bedenken gegen Notwendigkeit oder Dauer der stationären Behandlung unmittelbar zwischen den Ärzten des MDK und des Krankenhauses nur sinnvoll in den Fällen, in denen die stationären Behandlung noch andauert, weil nur in dieser Phase möglichen Fehlbelegungen durch unmittelbare Gespräche entgegengewirkt werden kann. Soweit eine Überprüfung im Nachhinein stattfindet, ist es dagegen letztlich ohne Bedeutung, ob und auf welchem Weg eine Diskussion zwischen den Ärzten über die Behandlungsnotwendigkeit oder -dauer stattfindet. Vor allem ist die Erörterung nur geboten, wenn tatsächlich medizinische Gründe gegen die Notwendigkeit oder Dauer der Behandlung vorgebracht werden. Im vorliegenden Fall waren aber - gerade aus Sicht des Krankenhauses - die Gründe für die "Verlängerung" des Aufenthaltes klar und es stand fest, dass die Verzögerung allein darauf beruhte, dass das erforderliche Personal am späten Nachmittag des 11.06.2001 für den geplanten Eingriff nicht mehr zur Verfügung gestanden hatte. Von daher war sogar die Einholung einer Stellungnahme des MDK überflüssig, da die Beklagte die Rechtsfrage, ob organisatorische Mängel vorlagen bzw. ob eine auf organisatorischen Problem beruhende Verzögerung grundsätzlich zu Lasten des Krankenhauses geht, selbst beantworten musste.

2. Entgegen der Ansicht der Beklagten war der Aufenthalt der Versicherten im gesamten Zeitraum vom 11.06. bis 14.06.2001 "erforderlich" im Sinne des [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#). Nach der glaubhaften und durch die Pflegedokumentation bestätigte Darstellung der Klägerin war die Versicherte am 11.06.2001 am Vormittag aufgenommen und auf die für den Nachmittag geplante Angiographie vorbereitet worden. Für den Eingriff waren 2 ½ Stunden eingeplant worden. Vor der Versicherten sollte (nur) ein weiterer Patient untersucht werden. Angesichts des Beginns des Routineprogramms am angiologischen Arbeitsplatz ab 12.00 Uhr hätte somit der Eingriff bei der Versicherten bis zum Ende der regulären Arbeitszeit um 17.00 Uhr problemlos abgeschlossen sein können. Die Behandlung des vorherigen Patienten verzögerte sich nur deswegen bis 16.20 Uhr, weil der behandelnde Arzt zu einem Notfall weggerufen wurde. Danach war der Eingriff nicht mehr möglich, weil die Arbeitszeit der für den Eingriff erforderlichen MTA um 17.00 Uhr endete und im Übrigen auch kein ärztlicher radiologischer Bereitschaftsdienst zur Verfügung stand. Der Senat hält es bei diesem Geschehensablauf für zu weitgehend, dem Krankenhaus eine organisatorische Verzögerung anzulasten. Es ist zwar zutreffend, dass Notfälle zum Alltag eines Krankenhauses zählen und sie soweit wie möglich bei der Personalplanung und Diensterteilung berücksichtigt werden müssen. Auf der anderen Seite ist es schon aus Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkten nicht möglich, Personal und/oder Sachmittel für alle denkbaren Fälle vorzuhalten. Wie weit die Organisationspflicht eines Krankenhauses reicht, kann nur im Einzelfall entschieden werden. Im vorliegenden Fall hält der Senat das

Krankenhaus nicht für verpflichtet, für einen angiologischen Arbeitsplatz Kräfte vorzuhalten bzw. für Notfälle ein ärztlichen radiologischen Bereitschaftsdienst einzurichten, um das vorgesehene Routineprogramm ungestört durchführen zu können. Zu Recht weist die Klägerin darauf hin, dass hier letztlich nicht eine Organisationsfrage, sondern ein Kapazitätsproblem im Raum steht. Unabhängig davon, ob dies arbeitsrechtlich in Betracht gekommen wäre, musste das Krankenhaus auch nicht durch Anordnung von Überstunden noch den geplanten Eingriff ermöglichen. Der Eingriff hätte nämlich angesichts der geplanten Dauer von 2 ½ Stunden weit über die reguläre Arbeitszeit hinaus gereicht, so dass im Vergleich zu den in Frage stehenden Pflegesätzen unverhältnismäßige Personalmehrkosten für das Krankenhaus angefallen wären. Der Senat teilt auch die Auffassung des Krankenhauses, dass die Entlassung der Patientin am 11.06.2001 und ihre Wiederaufnahme am frühen Morgen des Folgetages (die Patientin ist laut Pflegedokumentation am 12.06.2001 schon um 10.00 Uhr in die Radiologie gebracht worden) angesichts des Alters der Versicherten nicht zumutbar war.

Somit ist die Beklagte zur Zahlung der Restkosten in der rechnerisch unstreitigen Höhe von 93,68 Euro verpflichtet. Der Zinsanspruch ergibt sich aus § 14 Abs. 5 i.V.m. Abs. 4 des im Saarland geltenden Vertrages nach [§ 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V](#).

Der Senat erlaubt sich angesichts der Höhe des streitigen Betrages die Bemerkung, dass vor dem Hintergrund der für das Verfahren angefallenen Gerichtskosten und des auf Seiten der Beteiligten (sowie des Gerichts) angefallenen Personalaufwands kaum von einem ökonomisch sinnvollen Verhalten der Beteiligten gesprochen werden kann, zumal das Verfahren nicht der Klärung einer grundsätzlichen Rechtsfrage gedient hat.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197 a Abs. 1](#) Sozialgerichtsgesetz i.V.m. [§ 154 Abs. 1](#) Verwaltungsgerichtsordnung.

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2007-12-05