

L 1 KR 16/12

Land
Hamburg
Sozialgericht
LSG Hamburg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
1
1. Instanz
SG Hamburg (HAM)
Aktenzeichen
S 23 KR 1257/10
Datum
11.01.2012
2. Instanz
LSG Hamburg
Aktenzeichen
L 1 KR 16/12
Datum
11.04.2013
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

1. Der Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Hamburg vom 11. Januar 2012 wird aufgehoben und die Beklagte verurteilt, an den Kläger 956,62 EUR nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozent seit dem 10. Mai 2010 zu zahlen. 2. Die Kosten des Verfahrens trägt die Beklagte. 3. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Der Kläger, der landesrechtlich als Hochschulklinik anerkannt ist, begehrt die Vergütung einer vorstationären Krankenhausbehandlung.

Der Facharzt für Innere Medizin Prof. Dr. Z., der beim Kläger beschäftigt und zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt war, verordnete dem 1961 geborenen und bei der Beklagten krankenversicherten C. (im Folgenden: Versicherter) am 10. März 2010 Krankenhausbehandlung zur Durchführung einer Positronen-Emissions-Tomographie/Computer-Tomographie (PET-CT). Beim Versicherten waren ein Multiples Myelom und Zustand nach Knochenmarktransplantation diagnostiziert worden. Die PET-CT wurde am 17. März 2010 im Haus des Klägers durchgeführt.

Der Kläger übermittelte der Beklagten spätestens am 10. April 2010 sämtliche in [§ 301 Abs. 1 Satz 1](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch - gesetzliche Krankenversicherung (SGB V) aufgeführten Daten und legte ihr die Verordnung vor. Mit Rechnung vom 19. April 2010, die am Folgetag bei der Beklagten einging, verlangte er für die Durchführung der PET-CT, die er als vorstationäre Behandlung abrechnete, eine Vergütung in Höhe von insgesamt 956,62 EUR.

Die Beklagte beglich die Rechnung nicht und teilte dem Kläger mit Schreiben vom 21. April 2010 mit, die PET-CT sei ambulant durchführbar gewesen. Da diese Untersuchungsmethode im ambulanten Bereich nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbringbar und abrechenbar sei, könne auch im Rahmen einer vorstationären Behandlung keine Abrechnung erfolgen. Eine Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) leitete die Beklagte nicht ein.

Der Kläger vertrat die Auffassung, die PET-CT dürfe im Rahmen einer Krankenhausbehandlung zu Lasten der Beklagten erbracht und abgerechnet werden, da der Gemeinsame Bundesausschuss diese Methode bislang nicht ausdrücklich ausgeschlossen habe. Der Kläger legte zudem eine ärztliche Stellungnahme vom 23. Juni 2010 vor, wonach die Untersuchung beim Versicherten angezeigt gewesen sei, um den Verdacht auf eine extramedulläre Beteiligung zu verifizieren bzw. auszuschließen. Die Beklagte blieb bei ihrer Auffassung.

Nachdem er unter dem 26. Mai 2010 erfolglos die Begleichung der Rechnung angemahnt hatte, hat der Kläger am 26. Juli 2010 vor dem Sozialgericht Hamburg Klage auf Zahlung des Rechnungsbetrages sowie von Verzugs- wie Prozesszinsen erhoben. Das Sozialgericht hat die Klage mit Gerichtsbescheid vom 11. Januar 2012 abgewiesen. Es sei nicht zu erkennen, dass im Fall des Versicherten eine Krankenhausbehandlung erforderlich gewesen sei. Allein der Umstand, dass die Leistung vertragsärztlich nicht zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht und abgerechnet werden dürfe, führe nicht zur Erforderlichkeit einer Krankenhausbehandlung.

Der Gerichtsbescheid ist dem Kläger am 13. Januar 2012 zugestellt worden. Am 10. Februar 2012 hat er hiergegen Berufung eingelegt. Er hebt hervor, es habe sich nicht um eine ambulante Behandlung, sondern um eine vorstationäre Behandlung gehandelt, um die Erforderlichkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung abzuklären. Die Entscheidung zur Durchführung dieser vorstationären Behandlung sei von den verantwortlichen Krankenhausärzten getroffen worden. Da die Beklagte den MDK nicht eingeschaltet habe, sei sie mit Einwendungen medizinischer Art ausgeschlossen. Der Kläger vertieft zudem sein Vorbringen dazu, dass die Erbringung vorstationärer Leistungen nicht an den Maßstäben für eine ambulante Versorgung zu messen sei.

Der Kläger beantragt, den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Hamburg vom 11. Januar 2012 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, an ihn 956,62 EUR nebst 5 Prozent Zinsen hierauf seit dem 10. Mai 2010 zu zahlen. Die Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die Entscheidung des Sozialgerichts für zutreffend und bezieht sich im Übrigen auf ihr bisheriges Vorbringen.

Mit Beschluss vom 16. Juli 2012 hat der Senat die Berufung nach [§ 153 Abs. 5](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) dem Berichterstatter übertragen.

Zur Ergänzung des Sachverhalts wird auf den Inhalt der Prozessakte in diesem Verfahren und im Verfahren S 37 KR 609/12 sowie den Inhalt der Verwaltungsakte der Beklagten Bezug genommen, der Gegenstand der mündlichen Verhandlung am 11. April 2013 gewesen ist.

Entscheidungsgründe:

I. Der Senat konnte in der Besetzung mit der Berichterstatterin und zwei ehrenamtlichen Richtern verhandeln und entscheiden, nachdem der Senat die Berufung gemäß [§ 153 Abs. 5](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) dem Berichterstatter übertragen hat.

II.1. Die Berufung ist gemäß [§§ 143, 144 SGG](#) statthaft und auch im Übrigen zulässig. Soweit der Kläger seinen Antrag in Bezug auf die Zinsforderung erweitert hat, indem er in seiner Berufungsschrift einen auf Zinsen seit dem 28. Mai 2010 gerichteten Antrag angekündigt hat, dann aber in der mündlichen Verhandlung Zinsen ab dem 10. Mai 2010 beantragt hat, liegt gemäß [§§ 99 Abs. 3 Nr. 2, 153 SGG](#) nicht einmal eine Klageänderung vor.

2. Die Berufung hat in der Sache Erfolg. Das Sozialgericht Hamburg hat die als echte Leistungsklage nach [§ 54 Abs. 5 SGG](#) zulässige Klage zu Unrecht als unbegründet abgewiesen. Dem Kläger stehen sowohl der geltend gemachte Vergütungsanspruch als auch der geltend gemachte Zinsanspruch in vollem Umfang zu.

a. Der Kläger kann für die durchgeführte PET-CT eine Vergütung in Höhe von 956,62 EUR von der Beklagten verlangen.

aa. Der geltend gemachten Vergütungsanspruch lässt sich auf [§ 115a Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) i.d.F. des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG) – vom 26. März 2007 ([BGBl. I, 378](#) – SGB V a.F.) i.V.m. § 6 des "Vertrags über vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus gemäß [§ 115 Abs. 1 SGB V](#) zu [§ 115 Abs. 2 Nr. 4 SGB V](#)" vom 24. Juni 1992 (im Folgenden: Vertrag vom 24. Juni 1992) und der "Vereinbarung zur Vergütung gemäß § 6 des Vertrages über die vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus vom 24. Juni 1992" (im Folgenden: Vergütungsvereinbarung) stützen. Nach [§ 115a Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) a.F., der unverändert bis heute gilt, vereinbaren die Landesverbände der Krankenkassen, die Ersatzkassen und der Landesausschuss des Verbandes der privaten Krankenversicherung gemeinsam mit der Landeskrankenhausesellschaft oder mit den Vereinigungen der Krankenhausträger im Land gemeinsam und im Benehmen mit der Kassenärztlichen Vereinigung die Vergütung der Leistungen für die vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus. Die in H. zuständigen Träger haben eine solche Vereinbarung mit dem Vertrag vom 24. Juni 1992 geschlossen, die Vergütung haben sie entsprechend § 6 dieses Vertrags gesondert in der Vergütungsvereinbarung geregelt. Der Vertrag vom 24. Juni 1992 und damit auch die Vergütungsvereinbarung galten trotz der zwischenzeitlich ausgesprochenen Vertragskündigung gemäß § 7 Abs. 2 des Vertrags vom 24. Juni 1992 jedenfalls bis zum Zeitpunkt der streitbefangenen Behandlung fort, da bis dahin weder ein neuer Vertrag abgeschlossen noch ein neuer oder geänderter Vertrag durch die Schiedsstelle festgesetzt worden war. Da mithin eine weiterhin verbindliche Vergütungsregelung auf Landesebene bestand, braucht nicht auf die auf Bundesebene vereinbarten "Gemeinsamen Empfehlungen über die Vergütung vor- und nachstationärer Behandlung nach [§ 115a Abs. 3 SGB V](#)" zurückgegriffen werden, die gemäß [§ 115a Abs. 3 Satz 4 SGB V](#) a.F. nur bis zum Vorliegen einer landesrechtlichen Regelung gelten.

bb. Die Anspruchsvoraussetzungen liegen vor. Insbesondere muss davon ausgegangen werden, dass es sich bei der diagnostischen Untersuchung des Versicherten mittels PET-CT um eine vorstationäre Behandlung i.S.d. [§ 115a Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#) a.F. handelte.

(1) Die vorstationäre Behandlung ist nach [§ 39 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) Teil der Krankenhausbehandlung, wie auch § 1 Abs. 2 des Vertrags vom 24. Juni 1992 ausdrücklich hervorhebt. Es handelt sich um eine Leistungserbringung eigener Art als Annex zur vollstationären Versorgung im Krankenhaus und somit um eine stationäre Behandlung im weiteren Sinne. Sie ist sowohl von der vollstationären als auch der teilstationären und der ambulanten Krankenhausbehandlung zu trennen und verfügt dementsprechend auch in [§ 115a Abs. 3 SGB V](#) über eine eigenständige Vergütungsregelung (vgl. BSG 10.3.2010 – [B 3 KR 15/08 R](#) – Juris – m.w.N., st. Rspr.).

(2) Dass die PET-CT auch ambulant hätte durchgeführt werden können, steht ihrer Einordnung als vorstationäre Behandlung nicht von vorneherein entgegen. Anders als die vollstationäre Versorgung nach [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) ist weder die vor- noch die nachstationäre Behandlung nach [§ 115a SGB V](#) in jedem Fall subsidiär gegenüber einer ambulanten Behandlung. Der Kläger darf sie nach Maßgabe des [§ 115a SGB V](#) selbst dann erbringen und abrechnen, wenn die Behandlung auch in einer entsprechend ausgestatteten Facharztpraxis möglich gewesen wäre (ebenso bereits LSG Berlin-Brandenburg 16.7.2012 – [L 1 KR 118/11](#) – Juris für die vorstationäre Behandlung; LSG Sachsen-Anhalt 24.1.2011 – [L 4 KR 62/05](#) – Juris, für die nachstationäre Behandlung). Letztlich ist sowohl die vor- als auch die nachstationäre Behandlung eine Form der ambulanten Versorgung, die unter den Voraussetzungen des § 115a SGBV vom Krankenhaus erbracht und abgerechnet werden darf, so dass es sich dann wie ausgeführt um eine stationäre Behandlung im weiteren Sinne handelt (vgl. erneut BSG 10.3.2010 – [B 3 KR 15/08 R](#) – Juris – m.w.N., st. Rspr.).

(3) Aus diesem Grund ist es auch unerheblich, dass die PET-CT-Untersuchung bei der hier gegebenen Indikation ausdrücklich von der vertragsärztlichen Versorgung ausgenommen war (vgl. dazu LSG Hamburg 3.8.2011 – [L 1 KR 55/09](#) – Juris) und daher die Beklagte die Untersuchung bei ambulanter Durchführung durch einen Vertragsarzt nicht hätte vergütet müssen. Dem berechtigten Anliegen der Beklagten, nicht jedwede Behandlung, die in der vertragsärztlichen Versorgung ausgeschlossen ist, als vorstationäre Krankenhausbehandlung vergüten zu müssen, tragen die einschränkenden Tatbestandsvoraussetzungen des [§ 115a Abs. 1](#) Satz Nr. 1 SGB V ausreichend Rechnung. Eine abrechenbare vorstationäre Behandlung verlangt zusätzlich zur Verordnung durch den einweisenden Vertragsarzt, dass ein medizinisch geeigneter Fall vorliegt. § 2 Abs. 1 des Vertrags vom 24. Juni 1992 konkretisiert dies dahin, dass Krankenhausbehandlung nur verordnet werden darf, wenn sie erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann. [§ 115a Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#) a.F. verlangt weiter, dass die

Krankenhausbehandlung dazu dient, die Erforderlichkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung zu klären oder die vollstationäre Behandlung vorzubereiten, was nahezu wörtlich in § 3 Abs. 1 Satz 1 des Vertrags vom 24. Juni 1992 wiederholt wird. Erst an dieser Stelle, also bei der Subsumtion unter die Tatbestandsvoraussetzungen des [§ 115a Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#), kommt es auf die Erforderlichkeit der Krankenhausbehandlung an und ist insbesondere die Möglichkeit einer ambulanten Durchführung der PET-CT durch einen Vertragsarzt zu prüfen.

(4) Die Tatbestandsvoraussetzungen einer vorstationären Behandlung i.S.d. [§ 115a Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#) sind hier indes als erfüllt anzusehen. Die PET-CT ist von Prof. Dr. Z. als einem Teilnehmer an der vertragsärztlichen Versorgung verordnet worden. Dass der Fall des Versicherten für eine vorstationäre Behandlung geeignet war und insbesondere, dass die diagnostische Behandlung nicht lediglich der allgemeinen Verlaufskontrolle diene, sondern um die Erforderlichkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung abzuklären, muss zugunsten des Klägers unterstellt werden. Weitere medizinische Ermittlungen, insbesondere durch Einholung eines Sachverständigengutachtens, sind dem Gericht verwehrt. Die Beklagte hätte die Möglichkeit gehabt, zur Prüfung der Leistungsvoraussetzungen gemäß [§ 275c Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) eine Stellungnahme des MDK einzuholen. Die Vorschrift erfasst "Krankenbehandlung nach § 39" und damit unproblematisch auch die vorstationäre Behandlung. In § 5 Abs. 1 Satz 3, Abs. 2 des Vertrags vom 24. Juni 1992 ist die Einschaltung des MDK zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität der vor- und nachstationären Behandlung im Einzelfall sogar ausdrücklich vorgesehen. Von dieser Möglichkeit machte die Beklagte indes keinen Gebrauch, schon gar nicht innerhalb der Sechs-Wochen-Frist des [§ 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V](#). Mit Verstreichen der Frist, die mit Eingang der Abrechnung am 20. April 2010 zu laufen begonnen hatte, war die Beklagte mit medizinischen Einwendungen ausgeschlossen. Das gilt auch im Prozess, denn die Frist des [§ 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V](#) stellt eine im sozialgerichtlichen Verfahren zu beachtende Ausschlussfrist dar (vgl. grundlegend BSG 16.5.2012 – [B 3 KR 14/11 R](#) – Juris, st. Rspr.). (5) Etwas anderes würde sich nur dann ergeben, wenn der Kläger der Beklagten nicht alle erforderlichen Daten zur Verfügung gestellt hätte, so dass die Sechs-Wochen-Frist schon nicht in Gang gesetzt worden wäre. Das war aber nicht der Fall, der Kläger übermittelte spätestens am 10. April 2010 einen vollständigen Datensatz im Sinne des [§ 301 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) und legte der Beklagten zudem die Verordnung vor. Der Kläger war insbesondere nicht verpflichtet, weitergehende Angaben zum Aufnahmegrund i.S.d. [§ 301 Abs. 1 Nr. 3 SGB V](#) zu machen. Das käme nur in Betracht, wenn die PET-CT der vertragsärztlichen – ambulanten – Versorgung zugewiesen und nur im begründeten Ausnahmefall stationär zu erbringen wäre. In derartigen Fällen ist über die bloße Angabe der Krankheit hinaus auch eine Mitteilung darüber erforderlich, warum ausnahmsweise eine stationäre Behandlung erforderlich ist, zum Beispiel aufgrund bestimmter Begleiterkrankungen (vgl. zu einem solchen Sonderfall BSG 16.5.2012 – [B 3 KR 14/11 R](#) – Juris). Es gibt indes keinerlei Anhaltspunkt dafür, dass die PET-CT dem vertragsärztlichen Bereich zugewiesen ist und nur in begründeten Ausnahmefällen als Krankenhausbehandlung erbracht werden kann (ebenso bereits SG Hamburg 10.10.2012 – S 33 KR 1258/10). Vielmehr ergibt sich als Umkehrschluss aus § 4 Ziff. 4 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Krankenhaus (Richtlinie Methoden Krankenhausbehandlung) vom 21. März 2006 in der Fassung vom 12. November 2009, die bei Durchführung der streitbefangenen Behandlung verbindlich war, dass die PET-CT in allen anderen als den dort genannten und hier nicht einschlägigen Fällen eine Untersuchungsmethode war, die grundsätzlich im Rahmen einer Krankenhausbehandlung erbracht werden konnte. Im Übrigen ist die PET-CT bis heute nicht vollständig von der Versorgung im Rahmen von Krankenhausbehandlung ausgeschlossen, wenngleich der Kreis der Ausschlussindikationen erweitert worden ist.

(6) Die hier betroffene Großgeräteleistung ist von der Beklagten schließlich unabhängig davon zu vergüten, ob der Kläger den Einsatz des Geräts mit ihr abgestimmt hatte (vgl. dazu, dass die Abstimmungspflicht seit dem 1.7.1997 nicht mehr gilt, BSG 10.3.2010 – [B 3 KR 15/08 R](#) – Juris).

cc. Sachliche oder rechnerische Bedenken gegen die Höhe der geltend gemachten Vergütung sind weder von der Beklagten vorgebracht worden noch sonst ersichtlich.

b. Den Zinsanspruch kann der Kläger im geltend gemachten Umfang auf § 14 Satz 1 der für die Beteiligten bindenden Allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung vom 19. Dezember 2002 stützen. Diese gelten ihrem § 2 auch für die vorstationäre Behandlung. Bedenken gegenüber dem Umfang der verlangten Zinsen sind nicht zu erkennen.

III. Die Kostenentscheidung zu Lasten der Beklagten beruht auf [§ 154 Abs. 1 VwGO](#) i.V.m. [§ 197 Abs. 1 Satz 1 Halbsatz 3 SGG](#).

IV. Die Revision ist nicht zuzulassen, weil weder die Voraussetzungen des § 160 Abs. 2 Nr. 1 noch 2 SGG vorliegen.

Rechtskraft

Aus

Login

HAM

Saved

2013-06-04