

L 5 KR 78/05

Land
Schleswig-Holstein
Sozialgericht
Schleswig-Holsteinisches LSG
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
5
1. Instanz
SG Lübeck (SHS)
Aktenzeichen
S 7 KR 874/03
Datum
28.04.2005
2. Instanz
Schleswig-Holsteinisches LSG
Aktenzeichen
L 5 KR 78/05
Datum
23.08.2006
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

Zur Abgrenzung der Verbringung von der Verlegung.

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Lübeck vom 28. April 2005 wird zurückgewiesen. Die Klägerin trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens. Die Revision wird zugelassen. Der Streitwert wird auf 753,83 Euro festgesetzt.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt von der Beklagten Kostenerstattung für die stationäre Behandlung einer ihrer Versicherten.

Die bei der Beklagten versicherte 1926 geborene R R (im Folgenden: Versicherte) befand sich vom 9. bis 23. Juli 2003 u.a. wegen einer Spinalstenose in der orthopädischen Fachabteilung der beigeladenen Klinik in stationärer Behandlung. Am 21. Juli 2003 wurde sie um 1.15 Uhr wegen Verdachts auf Herzinfarkt auf Veranlassung der Beigeladenen in das klägerische Krankenhaus - Intensivstation - eingeliefert. Dort konnte ein Herzinfarkt ausgeschlossen werden. Es erfolgte der Rücktransport in die beigeladene Klinik gegen 11.38 Uhr. Diese zeigte die Entlassung der Versicherten zum 23. Juli 2003 an und rechnete den gesamten Zeitraum vom 9. bis 23. Juli 2003 mit der Beklagten ab.

Mit Rechnung vom 25. Juli 2003 machte die Klägerin bei der Beklagten Kosten für die stationäre Behandlung der Versicherten am 21. Juli 2003 in Höhe von 753,83 EUR (677,61 EUR Abteilungspflegesatz intensiv, 0,30 EUR stationärer DRG-Systemzuschlag, 75,92 EUR Basispflegesatz) geltend. Die Beklagte bestätigte mit Schreiben vom 30. Juli 2003 die stationäre Behandlung der Versicherten am 21. Juli, lehnte jedoch eine Kostenübernahme ab, da die Beigeladene durchgehend für den gesamten Zeitraum Kosten abgerechnet habe und es sich damit um eine Verbringung handle. Die Klägerin wies auf § 14 Abs. 2 der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) hin, wonach der Entlassungs- oder Verlegungstag nur dann nicht berechnet werde, wenn er nicht zugleich Aufnahmetag sei. Die Beklagte ließ ein sozialmedizinisches Gutachten des MDK zu der Frage erstellen, ob es sich um eine Verbringung handle. Darin kam Dr. S (irrtümlich ausgehend von einem Aufenthalt der Versicherten bei der Klägerin am 20. und 21. Juli 2003) am 16. Oktober 2003 zu dem Ergebnis, dass die Versicherte wegen einer akuten Angina pectoris kurzfristig verlegt worden sei. Ein Myokardinfarkt sei dort ausgeschlossen worden. Nachdem ein Infarkt ausgeschlossen worden sei, sei die Versicherte auf Wunsch am nächsten Morgen zurückverlegt worden.

Die Klägerin hat am 15. Dezember 2003 Klage beim Sozialgericht Lübeck erhoben und zur Begründung vorgetragen: Falsch sei die Auffassung der Beklagten, dass der Aufenthalt am 21. Juli 2003 eine Verbringung gewesen sei, die die Klägerin der Beklagten nicht in Rechnung stellen könne. Vielmehr habe es sich um eine Verlegung gehandelt. Die Versicherte sei in der Intensivstation behandelt und am gleichen Tag wieder in die beigeladene Klinik zurückverlegt worden. Demnach sei die Voraussetzung für eine stationäre Behandlung gemäß § 39 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) gegeben und es sei der Abteilungs- sowie ein Basispflegesatz für den Aufnahmetag abzurechnen gewesen. Die Versicherte habe sich auch nicht nur ca. eine Stunde in ihrem Krankenhaus aufgehalten. Dies sei auf einen Schreibfehler zurückzuführen. Hilfsweise komme auch ein Bereicherungsanspruch gemäß § 812 Abs. 1 Satz 1 Alternative 1 des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) in Betracht, der in gleicher Höhe wie der Klageanspruch bestehe, weil die Beklagte auch diesen Betrag in anderen Krankenhäusern (mindestens) hätte aufwenden müssen.

Die Klägerin hat schriftsätzlich beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, an sie 753,83 EUR nebst 2 % Zinsen über dem jeweiligen Basiszinssatz der Deutschen Bank seit dem 9. August 2003 zu zahlen.

Die Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie hat zur Begründung vorgetragen: Nach § 2 Abs. 2 BPfIV seien allgemeine Krankenhausleistungen die Leistungen, die unter Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung des Patienten notwendig sei. Nach Satz 2 Nr. 2 gehörten dazu auch die vom Krankenhaus veranlassten Leistungen Dritter. Mit Aufnahme der Versicherten sei die Beigeladene im Rahmen ihres Versorgungsauftrages zur Krankenhausbehandlung verpflichtet gewesen. Für die sachgerechte Erbringung der notwendigen Leistungen zur Behandlung eines möglichen Herzinfarktes sei nach Auffassung der behandelnden Ärzte der Beigeladenen die Durchführung diagnostischer sowie therapeutischer Maßnahmen erforderlich gewesen. Da dies die medizinische Ausstattung der Klinik nicht zugelassen habe, sei die Klägerin von der Beigeladenen zur Erfüllung des Versorgungsauftrages in Anspruch genommen worden. Dies sei durch den Transport der Versicherten zur Klägerin geschehen. Dieser Transport sei jedoch erfolgt, ohne dass die Federführung für die Krankenhausbehandlung durch die Beigeladene unterbrochen worden sei. Eine Verlegung in ein anderes Krankenhaus liege nur dann vor, wenn sich das Krankenhaus, in dem die Behandlung begonnen worden sei, nachträglich als zur Behandlung ungeeignet erweise und die sachgerechte Weiterbehandlung in einer anderen Klinik erfolge. Wenn der Patient zur Mitbehandlung in ein anderes Krankenhaus gebracht, aber noch am selben Tage zurückverlegt werde, liege eine Verbringung vor. Dies ergebe sich aus § 2 Abs. 9 des Landesvertrages in Rheinland-Pfalz nach [§ 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#). Ein solcher typischer Fall der Verbringung sei vorliegend gegeben.

In der mündlichen Verhandlung vor dem Sozialgericht hat der Beklagten-Vertreter darauf hingewiesen, er wisse nicht genau, wann die Rechnung der Klägerin eingegangen sei. Dies sei schon damals mit Datenträgereustausch geschehen. Insofern habe die Klägerin als Eingang der Rechnung auch den 25. Juli 2003 genommen, was durchaus bei EDV-technischer Übermittlung sein könne. Der Zinsbeginn im Falle einer Verurteilung mit dem 9. August 2003 sei daher nicht zu beanstanden.

Das Sozialgericht hat mit Urteil vom 28. April 2005 unter Zulassung der Berufung die Klage abgewiesen und zur Begründung ausgeführt: Bei den am 21. Juli 2003 von der Klägerin durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen handele es sich um Leistungen Dritter im Sinne des § 2 Abs. 2 S. 2 Nr. 2 BPfIV mit der Folge, dass die Klägerin keinen Erstattungsanspruch gegen die Beklagten wegen der erfolgten Krankenhausbehandlung habe. Es habe keine Verlegung, sondern eine Verbringung der Versicherten in das klägerische Krankenhaus am 21. Juli 2003 mit Rückverlegung am selben Tag in die beigeladene Klinik stattgefunden. Die Versicherte habe sich vom 9. Juli 2003 bis 23. Juli 2003 unter der Hauptdiagnose einer Spinalstenose im Lumbalbereich in der orthopädischen Fachabteilung der Beigeladenen in stationärer Behandlung befunden. Für die sachgerechte Erbringung der notwendigen Leistungen zur Behandlung eines möglichen Herzinfarktes sei nach Auffassung der behandelnden Ärzte der beigeladenen Klinik offensichtlich die Durchführung entsprechender diagnostischer sowie therapeutischer Maßnahmen erforderlich gewesen, weshalb sie am 21. Juli 2003 den Transport in das klägerische Krankenhaus veranlasst hätten. Die Versicherte sei weiterhin in der verantwortlichen Zuständigkeit des beigeladenen Krankenhauses geblieben. Die Beteiligung der Klägerin an der Behandlung der Versicherten sei nicht anders zu beurteilen, als wenn sich die Beigeladene eines niedergelassenen Arztes bedient hätte. Die oben beschriebene Abgrenzung einer Verlegung von einer Verbringung und damit die entsprechenden Regelungen im oben genannten Rheinland-Pfälzischen Vertrag ergebe auch vor dem Hintergrund der Regelungen des § 14 Abs. 2 BPfIV einen Sinn. Sie solle verhindern, dass die Beklagte für denselben Tag an zwei verschiedene Krankenhäuser zwei tagesgleiche Pflegesätze, also doppelt, zahle. Gemäß § 14 Abs. 2 würden die Abteilungspflegesätze und der Basispflegesatz sowie die entsprechenden teilstationären Pflegesätze für den Aufnahmetag und jeden weiteren Tag des Krankenhausaufenthaltes berechnet; der Entlassungs- oder Verlegungstag werde nur berechnet, wenn er zugleich Aufnahmetag sei. Im Falle einer Verlegung bedeute dies, dass der Patient am Verlegungstag aus dem ersten Krankenhaus entlassen und in das zweite Krankenhaus mit der Folge aufgenommen werde, dass dieser Tag vom ersten Krankenhaus als Entlassungstag nicht berechnet werden könne, aber eine Berechnung vom zweiten Krankenhaus für diesen Aufnahmetag zulässig sei. Im Falle einer Verbringung – Rückkehr des Patienten in das erste Krankenhaus am selben Tag – verbleibe der Patient weiterhin in der verantwortlichen Zuständigkeit des ersten Krankenhauses; eine Entlassung im Sinne der genannten Vorschrift der BPfIV liege nicht vor. Folge man der klägerischen Auffassung und nehme eine Entlassung aus dem ersten Krankenhaus und eine spätere Wiederaufnahme in dasselbe an, so könne das erste Krankenhaus für den (Wieder-)Aufnahmetag und das zweite Krankenhaus da Aufnahme- und Entlassungstag zusammenfielen – ebenfalls die entsprechenden Pflegesätze abrechnen. Dass eine derartige doppelte Abrechnung für denselben Tag nicht zulässig sei, liege auf der Hand und sei offensichtlich Sinn und Zweck des § 2 Abs. 9 des genannten Rheinland-Pfälzischen Vertrages. Die Klägerin könne sich auch nicht mit Erfolg auf das Gutachten des MDK berufen, da dieses irrtümlich von einem Aufenthalt der Versicherten im klägerischen Krankenhaus vom 20. Juli bis zum 21. Juli 2003 ausgegangen sei. Der von der Klägerin geltend gemachte Bereicherungsanspruch gemäß [§ 812 BGB](#) greife nicht durch, da die Beklagte nicht bereichert sei. Sie habe nämlich durchgehend vom 9. Juli 2003 bis 23. Juli 2003 die Pflegesätze an die Beigeladene gezahlt. Die Beklagte habe auch keine unbedingte Zahlungsverpflichtung innerhalb von 14 Kalendertagen aufgrund von § 9 Abs. 6 des genannten Rheinland-Pfälzischen Vertrages. Vor dem Hintergrund des Urteils des Bundessozialgerichts (BSG) vom 22. Juli 2004 – [B 3 KR 20/03 R](#) – sei nunmehr auch das Landessozialgericht Rheinland-Pfalz von seinem Standpunkt der unbedingten Zahlungsverpflichtung abgerückt.

Gegen das ihr am 19. Juli 2005 zugestellte Urteil richtet sich die Berufung der Klägerin, eingegangen beim Schleswig-Holsteinischen Landessozialgericht am 27. Juli 2005. Zur Begründung trägt sie ergänzend vor: Bei einer Verbringung nehme das Krankenhaus im Rahmen des dortigen stationären Aufenthalts die Leistungen externer Dritter mit der Folge in Anspruch, dass diese Kosten durch die allgemeine Krankenhausvergütung gemäß § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 BPfIV abgegolten seien. Im Falle der Verlegung scheide der Patient aus der stationären Behandlung aus und werde in die Abläufe des aufnehmenden Krankenhauses integriert. Hier sei die Versicherte auf Grund des Verdachts auf Herzinfarkt notfallmäßig in das Krankenhaus der Klägerin verlegt worden. Dort sei eine Behandlung auf der Intensivstation erfolgt. Es handele sich somit nicht um eine Mitbehandlung, sondern eine Aufnahme zur vollstationären Krankenhausbehandlung. Diese Behandlung sei allein in den Verantwortungsbereich des Krankenhauses der Klägerin gefallen. Das Sozialgericht gehe fehl, wenn es die maßgebliche Leistung lediglich als durch Hilfspersonen erbrachte Leistungen Dritter betrachte. Damit werde suggeriert, es handele sich hier um eine unbedeutende Nebenleistung und die Intensivbehandlung bei Verdacht auf Herzinfarkt werde verkannt. Auch der Vergleich mit der Behandlung eines niedergelassenen Arztes entbehre jeglicher Grundlage, da ein vermuteter Herzinfarkt nicht durch einen solchen Arzt behandelt werden könne. Gegen eine Verbringung spreche auch, dass diese in der Regel vom verbringenden Krankenhaus geplant werde. Im vorliegenden Fall sei es jedoch zu einer Verlegung mitten in der Nacht gekommen. Da die Verlegung wegen Verdachts auf Herzinfarkt vorgenommen worden sei, sei die geplante Aufenthaltsdauer über den 21. Juli 2003 hinausgegangen. Entgegen der Auffassung der

Beklagten sei es auch nicht zur Durchführung einer Linksherzkatheteruntersuchung sowie einer Coronarangiographie gekommen.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Lübeck vom 28. April 2005 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, 753,83 EUR nebst 2 % Zinsen über dem jeweiligen Basiszinssatz der Deutschen Bundesbank seit 9. August 2003 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie wiederholt ihren bisherigen Vortrag und führt ergänzend aus, zutreffend weise das Sozialgericht Lübeck auf den Sinn und Zweck des § 2 Abs. 9 des Landesvertrages hin. Folge man der klägerischen Auffassung, könnten beide Kliniken den 21. Juli abrechnen. Dies widerspreche jedoch dem Sinn und Zweck der vertraglichen Regelung.

Wegen weiterer Einzelheiten wird auf die Krankenakten der Klägerin, die Verwaltungsakten der Beklagten und die Gerichtsakten verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung ist zulässig, aber unbegründet. Zu Recht hat das Sozialgericht die Entscheidung der Beklagten bestätigt, der Klägerin für die Behandlung der Versicherten am 21. Juli 2003 keine Krankenhausbehandlungskosten zu erstatten.

Die Darstellung der Rechtslage und die Begründung, mit der das Sozialgericht den von der Klägerin geltend gemachten Anspruch abgelehnt hat, ist ohne Einschränkung zutreffend. Aus diesem Grund und um Wiederholungen zu vermeiden, macht der Senat von der durch [§ 153 Abs. 2](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) vorgesehenen Möglichkeit Gebrauch, von einer weiteren Darstellung der Entscheidungsgründe abzusehen und weist die Berufung aus den Gründen der angefochtenen Entscheidung als unbegründet zurück. Ergänzend zu den sozialgerichtlichen Entscheidungsgründen weist der Senat noch auf Folgendes hin: Nicht zu entscheiden braucht der Senat die Frage, ob die streitige Behandlung der Versicherten im klägerischen Krankenhaus überhaupt die Voraussetzung für eine stationäre Behandlung erfüllt. Die Abgrenzung der stationären Behandlung von einer ambulanten Behandlung nimmt das BSG (SozR 4 2500 § 39 Nr. 1) danach vor, ob der Patient zeitlich über mindestens einen Tag und eine Nacht in das spezifische Versorgungssystem des Krankenhauses aufgenommen wird, wobei maßgebend die geplante Aufenthaltsdauer ist. Unstreitig ging der Aufenthalt der Versicherten bei der Klägerin nicht über die insoweit geforderten 24 Stunden. Von einer "geplanten Aufenthaltsdauer" kann im vorliegenden Fall schon deshalb nicht ausgegangen werden, weil die Dauer des Aufenthaltes von dem Ergebnis der zunächst vorzunehmenden Diagnostik abhing. Allerdings hat das BSG es in seiner Entscheidung vom 17. März 2005 ([B 3 KR 11/04 R](#) – Rz. 17) als möglich angesehen, dass die Entscheidung zum Verbleib des Patienten über die für die stationäre Behandlung erforderliche Dauer auch zu einem späteren Zeitpunkt erfolgen kann. Diese hier getroffene Entscheidung nach durchgeführter Diagnostik hatte zum Ergebnis, dass ein Aufenthalt der Klägerin über Tag und Nacht nicht erfolgte und danach bereits keine stationäre Behandlung vorlag. Gleichwohl kommt es hier auf die Abgrenzung zwischen stationärer und ambulanter Behandlung nicht an, da in jedem Fall dem Anspruch der Klägerin § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 BPflV entgegensteht. Nach dieser Vorschrift gehören nämlich zu den allgemeinen Krankenhausleistungen auch die vom Krankenhaus veranlassten Leistungen Dritter, und zwar unabhängig davon, ob es sich hierbei um eine stationäre Behandlung handelt oder nicht. Jedenfalls sieht die Vorschrift vor, dass in dem Fall lediglich ein Krankenhaus (hier die Beigeladene) gegenüber der Krankenkasse erstattungsberechtigt ist und die Abrechnung für weitere Leistungen zwischen diesem Krankenhaus und dem Dritten (Krankenhaus oder Arzt) zu erfolgen hat. Diese Regelung greift, worauf das Sozialgericht zutreffend hinweist, solange, wie das zuerst von dem Versicherten aufgesuchte Krankenhaus einen Zahlungsanspruch gegenüber der Krankenkasse hat, um Doppelzahlungen zu vermeiden. Ein solcher Zahlungsanspruch besteht jedoch höchstens bis zu einem eventuellen Entlassungstag des Versicherten. Das ist jedoch hier nicht gegeben, da die Versicherte lediglich für weniger als 24 Stunden in ein anderes Krankenhaus gebracht wurde, mithin eine durchgehende Zahlungspflicht der Beklagten gegenüber der Beigeladenen bestand. Nur mit dieser Regelung lässt sich, worauf das Sozialgericht zutreffend hinweist, vermeiden, dass es zu einer Verdoppelung der Ansprüche gegenüber der Krankenkasse kommt. Sie folgt aus § 2 Abs. 9 des hier maßgebenden Vertrages nach [§ 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V](#) (in der Fassung des Schiedsspruchs, Stand 19.11.1999). Diese Vorschrift bestimmt als Verbringung gegenüber der Verlegung den Fall, dass der Patient während des stationären Aufenthaltes zur Mitbehandlung in ein anderes Krankenhaus verbracht wird und er an demselben Tag wieder zurückkehrt. Für den Fall verbleibt er weiterhin in der verantwortlichen Zuständigkeit des ersten Krankenhauses.

Während das Sozialgericht aus Sinn und Zweck dieser Vorschrift ableitet, dass stets bei einer Rückkehr am gleichen Tag eine Verbringung vorliegt, folgt dies nach Auffassung des Senats bereits aus der im Rahmen von Vergütungsvereinbarungen zu bevorzugenden streng am Wortlaut orientierten Auslegung (vgl. BSG, Urteil vom 13. Dezember 2001 – [B 3 KR 1/01 R](#) -). Denn unzweifelhaft kehrte die Versicherte an demselben Tage in das beigeladene Krankenhaus zurück und erfüllte damit die Voraussetzungen nach dieser Definition der Verbringung.

Die Auffassung der Klägerin würde darüber hinaus zu Rechtsunsicherheiten führen. Denn gerade bei Notsituationen steht, wie gerade der vorliegende Fall verdeutlicht, nicht von vornherein fest, ob es lediglich wie im Fall der Versicherten zu einer Diagnostik mit anschließender Rückverlegung oder zu einer dauerhaften, über einen Tag hinausgehenden Behandlung in dem anderen Krankenhaus kommt.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 197a SGG](#) i. V. m. [§ 154 Abs. 1](#) Verwaltungsgerichtsordnung, die über die Zulassung der Revision aus [§ 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG](#).

Rechtskraft

Aus

Login

SHS

Saved

2006-09-26