

S 12 KR 573/05

Land

Freistaat Bayern

Sozialgericht

SG Augsburg (FSB)

Sachgebiet

Krankenversicherung

Abteilung

12

1. Instanz

SG Augsburg (FSB)

Aktenzeichen

S 12 KR 573/05

Datum

24.04.2006

2. Instanz

Bayerisches LSG

Aktenzeichen

-

Datum

-

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

I. Die Beklagte wird verurteilt, an den Kläger 592,34 EUR zu zahlen zuzüglich Zinsen hieraus in Höhe von 4 % über dem Basiszinssatz ab 26. Mai 2005.

II. Die Beklagte trägt die Gerichtskosten, die außergerichtlichen Kosten des Klägers sowie ihre eigenen Auslagen.

III. Der Streitwert wird auf 592,34 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt Erstattung der Krankenhauskosten für einen stationären Aufenthalt der Versicherten A. am 27.04.2005 in Höhe von 592,34 EUR zuzüglich Zinsen.

A. ist bei der Beklagten versichert. Sie befand sich am 27.04.2005 im Zeitraum von 14.39 Uhr bis 18.44 Uhr im Krankenhaus F., dessen Träger der Kläger ist, zur Behandlung. Das Krankenhaus erstellte am 04.05.2005 eine Rechnung, die mittels maschineller Datensatzübermittlung nach [§ 301](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch am selben Tag versandt wurde. Die der Beklagten mitgeteilte Hauptdiagnose nach ICD lautete auf R56.8 (sonstige nicht näher bezeichnete Krämpfe). Die Rechnung führt nach DRG die Fallpauschale B76D (Anfälle, ein Belegungstag oder ohne komplexe Diagnostik oder Therapie, ohne äußerst schwere oder schwere CC) auf. Gleichzeitig wird ein FPG-Abschlag bei Unterschreitung der Grenzverweildauer (GVD) vorgenommen. Unter Berücksichtigung verschiedener Systemzuschläge ergab sich ein Rechnungsbetrag von insgesamt 592,34 EUR. Mit Schreiben vom 06.05.2005 lehnte die Beklagte unter Bezug auf das BSG-Urteil vom 04.03.2004 - [B 3 KR 4/03 R](#) - eine Kostenübernahme ab. Dieses Urteil gebe erstmalig Anhaltspunkte dafür, wie die Abgrenzung zwischen ambulanter und stationärer Behandlung zu erfolgen habe. Eine Krankenhausbehandlung habe nur dann vollständigen Charakter, wenn der Patient physisch und organisatorisch in das spezifische Versorgungssystem des Krankenhauses eingegliedert wurde und eine Behandlung mit den besonderen Mitteln des Krankenhauses bedurfte. Dies liege offenkundig vor, wenn sich die Behandlung zeitlich ununterbrochen über mindestens einen Tag und eine Nacht erstrecke (24 Stunden). Da dies im vorliegenden Abrechnungsfall offenkundig nicht vorliege, seien die Voraussetzungen zur Abrechnung eines stationären Behandlungsfalles nicht gegeben. Es könne lediglich eine ambulante Behandlung vergütet werden. Das Krankenhaus mahnte am 06.06.2005 die Zahlung an und teilte am 15.06.2005 mit, dass medizinische Anfragen über die Verweildauer oder stationäre Behandlungsnotwendigkeit aufgrund der Datenschutzrichtlinien und der ärztlichen Schweigepflicht nicht an die Krankenkasse weitergegeben werden dürften. Es werde daher gebeten, eine Anfrage bezüglich der stationären Behandlungsnotwendigkeit über den MDK zu senden. Die Beklagte teilte am 17.06.2005 mit, dass nicht offenkundig sei, ob eine stationäre Behandlung vorgelegen habe. Ob eine physische und organisatorische Eingliederung in das spezifische Versorgungssystem des Krankenhauses stattgefunden habe, sei im Sinne der Beweislastumkehr vom Krankenhaus zu erbringen. Bis zum Vorliegen eines solchen Beweises gehe man davon aus, dass keine vorstationäre Krankenhausbehandlung stattgefunden habe. Das Krankenhaus bot am 21.06.2005 nochmals an, den MDK einzuschalten, soweit kein Einverständnis mit der stationären Abrechnung bestehe. Die Beklagte verblieb am 05.07.2005 bei ihrer bisherigen Auffassung. Auf eine Nachfrage des Krankenhauses mit Bitte um Zusendung des MDK-Gutachtens am 11.07.2005 verblieb die Beklagte erneut bei ihrer Auffassung zur Rechtslage.

Die Bevollmächtigten des Klägers haben am 08.12.2005 Klage auf Zahlung von 592,34 EUR zum Sozialgericht Augsburg erhoben. Zur Begründung haben sie sich darauf berufen, dass die Erforderlichkeit der Krankenhausbehandlung durch den Krankenhausarzt festgestellt worden sei. Hier liege ein Fall einer abgebrochenen Behandlung vor. Es sei eine stationäre Behandlung geplant gewesen, um die Auswirkungen eines akuten Krampfanfalles zu überwachen und dessen Ursachen abzuklären. Die Bevollmächtigten der Beklagten haben dagegen unter Berufung auf das Urteil des BSG vom 04.03.2004 vorgetragen, dass eindeutig lediglich eine ambulante Behandlung vorliege und unklar sei, weshalb der Kläger davon ausgehe, dass eine stationäre Behandlung geplant war. Auf Nachfrage des Gerichts, warum der MDK nicht eingeschaltet worden sei, haben die Beklagtenbevollmächtigten vorgetragen, dass die Beklagte nicht zur Einschaltung des MDK

verpflichtet gewesen sei, da nach der Rechtsprechung des BSG bereits per Definition eine ambulante Behandlung vorliege. Die Klägerbevollmächtigten haben mit Schriftsatz vom 24.02.2006 näheres zur Aufnahme geschildert und vorgetragen, dass sich die behandelnde Ärztin aufgrund des Krampfanfalles und der Vorgeschichte zur stationären Aufnahme entschieden habe, da mit dem eingenommenen Appetitanreger weitere Krampfanfälle hätten ausgelöst werden können. Die notwendige Überwachung habe nur mit den besonderen Mitteln eines Krankenhauses erfolgen können. Der Bevollmächtigte der Beklagten hat dies bestritten, gleichzeitig aber ausgeführt, dass die Beklagte nicht darlegungsbelastet hierfür sei.

Der Bevollmächtigte des Klägers beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, an den Kläger 592,34 EUR zu zahlen, zuzüglich Zinsen hieraus in Höhe von 4 % über dem jeweiligen Basiszinssatz ab 26.05.2005.

Der Bevollmächtigte der Beklagten beantragt,

die Klage abzuweisen.

Zur Ergänzung des Sachverhalts im Übrigen wird auf den Inhalt der Gerichtsakte und der Akte der Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Das angerufene Gericht ist gemäß [§§ 57 Abs. 1, 51 Abs. 1 Nr. 2](#), 8 Sozialgerichtsgesetz (SGG) örtlich und sachlich zuständig. Die formgerecht erhobene Leistungsklage ([§ 54 Abs. 5 SGG](#)) ist zulässig und auch begründet.

Der Kläger hat Anspruch auf Zahlung einer Vergütung für die stationäre Behandlung von A. am 27.04.2005 in Höhe von 592,34 EUR zuzüglich Zinsen hieraus in Höhe von 4 % über den Basiszinssatz ab 26.05.2005.

Rechtsgrundlage des Vergütungsanspruchs eines zugelassenen Krankenhauses für die stationäre Behandlung ist [§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) in Verbindung mit der Pflegesatzvereinbarung 2005. Die Abrechnung des Krankenhausaufenthaltes der Versicherten erfolgte als stationäre Leistung im Sinne von [§ 39 SGB V](#). Zwischen den Beteiligten unstreitig ist die Höhe der Rechnung an sich, die nach DRG ermittelt wurde, der Zeitpunkt der Fälligkeit sowie Höhe und Beginn der Verzinsung. Fälligkeit und Verzinsung ergeben sich dabei aus der Pflegesatzvereinbarung 2005. Streitig ist zwischen den Beteiligten allein, ob ein stationärer Krankenhausaufenthalt im Sinne des [§ 39 SGB V](#) tatsächlich vorlag, oder ob nicht vielmehr nur eine ambulante Leistung vom Krankenhaus gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung hätte abgerechnet werden dürfen.

Die Beklagte argumentiert unter Bezug auf das Urteil des BSG vom 04.03.2004 ([B 3 KR 4/03 R](#) in [SozR 4-2500 § 39 Nr. 1](#)), dass ein Aufenthalt der Versicherten im Krankenhaus von weniger als 24 Stunden den Tatbestand eines stationären Aufenthaltes im Sinne von [§ 39 SGB V](#) nicht erfülle. Dies sei offensichtlich mit der Folge, dass auch eine Überprüfung durch den MDK zur Frage, ob ein stationärer Aufenthalt notwendig gewesen sei oder nicht, nicht vorzunehmen sei.

Das BSG hat in ständiger Rechtsprechung (Urteil vom 17.03.2005, [B 3 KR 11/04 R](#) in [SozR 4-2500 § 39 Nr. 5](#) unter Bezug auf das o.g. Urteil vom 04.03.2004) die Auffassung vertreten, dass eine Abgrenzungsschwierigkeiten weitestgehend vermeidende Definition von vollstationärer, teilstationärer und ambulanter Krankenhausbehandlung nur vom Merkmal der geplanten Aufenthaltsdauer ausgehen könne. Eine vollstationäre Behandlung im Sinne einer physischen und organisatorischen Eingliederung in das spezifische Versorgungssystem eines Krankenhauses ist danach dann gegeben, wenn sie sich nach dem Behandlungsplan des Krankenhausarztes zeitlich über mindestens einen Tag und eine Nacht erstreckt. Entscheidend ist dabei zunächst der Behandlungsplan. Die Entscheidung zum Verbleib des Patienten über Nacht wird in der Regel zu Beginn der Behandlung vom Krankenhausarzt getroffen, kann im Einzelfall aber auch noch später erfolgen. Eine ambulante Behandlung kann in eine vollstationäre Krankenhausbehandlung übergehen. Auf der anderen Seite entfällt aber eine stationäre Behandlung nicht, wenn der Patient nach Durchführung eines Eingriffes oder einer sonstigen Behandlungsmaßnahme über Nacht verbleiben sollte, aber gegen ärztlichen Rat auf eigenes Betreiben das Krankenhaus noch am selben Tag wieder verlässt. Dann handelt es sich um eine "abgebrochene" stationäre Behandlung. Eine Regel dergestalt, dass nur dann eine stationäre Krankenhausbehandlung im Sinne von [§ 39 SGB V](#) vorliegt, wenn sich ein Versicherter mindestens einen Tag und eine Nacht, d. h. mindestens 24 Stunden, im Krankenhaus zur Behandlung befunden hat, existiert also nicht, anders als die Beklagte (auch in am hiesigen Gericht anhängigen Parallelfällen) meint. Dies ergibt sich insbesondere auch nicht aus den Gründen des BSG-Urteiles vom 04.03.2004, [a.a.O.](#) Vielmehr betont das BSG in dieser Entscheidung, die mit weiterer Rechtsprechung fortgeführt wurde, dass die Abgrenzung der stationären Krankenhausbehandlung von ambulanter oder teilstationärer Behandlung vom Merkmal der geplanten Aufenthaltsdauer auszugehen hat.

Dass die Versicherte nur wenig mehr als vier Stunden im Krankenhaus verblieben war, legt zwar nahe, dass kein stationärer Aufenthalt vorgelegen hat. Allein die geringe Stundenzahl ist aber kein Beweis dafür, dass nur eine ambulante Behandlung vorgelegen hat. Denn in aller Regel wird bereits bei der Aufnahme durch den aufnehmenden Krankenhausarzt die Entscheidung getroffen, ob eine stationäre Krankenhausaufnahme erfolgt. Stellt sich nachträglich heraus, dass eine stationäre Behandlung doch nicht notwendig war, wird die stationäre Behandlung nicht nachträglich in eine ambulante Behandlung umgewandelt.

Die objektive Beweislast dafür, dass ein stationärer Krankenhausaufenthalt vorgelegen hat und notwendig war, liegt bei der von dem Kläger erhobenen Leistungsklage grundsätzlich auf Seiten des Klägers. In der Regel wäre vom Gericht im Rahmen einer Sachverständigenbegutachtung nachprüfbar, ob tatsächlich ein notwendiger stationärer Aufenthalt gegeben war. Vorliegend ist jedoch eine weitere gerichtliche Sachaufklärung nicht durchzuführen. Wird nämlich das zur Überprüfung der Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung vereinbarte Verfahren von der Krankenkasse - wie im vorliegenden Fall - nicht eingehalten, ist sie nach Fälligkeit der Krankenhausforderung nicht mehr berechtigt, die Unwirtschaftlichkeit der Behandlung geltend zu machen. Eine gerichtliche Sachaufklärung der Behandlungsnotwendigkeit findet dann nicht mehr statt (BSG vom 13.12.2001, [B 3 KR 11/01 R](#) in [SozR 3-2500 § 112 Nr. 2](#)).

Grundsätzlich entsteht die Zahlungsverpflichtung der Krankenkasse, wie das BSG in ständiger Rechtsprechung (u. a. Urteil vom 17.05.2000, [B 3 KR 33/99 R](#) in [SozR 3-2500 § 112 Nr. 1](#)) entschieden hat, unabhängig von einer Kostenzusage der Krankenkasse unmittelbar mit Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten. Über die Erforderlichkeit der Krankenhausbehandlung entscheidet zunächst der Krankenhausarzt. Eine Zahlungspflicht der Krankenkasse für die stationäre Versorgung eines Versicherten entfällt nur dann, wenn sich die Entscheidung des Krankenhausarztes nach seinen jeweiligen Erkenntnismöglichkeiten als nicht vertretbar herausstellt. Zur Prüfung der Notwendigkeit einer stationären Krankenhausbehandlung und der Richtigkeit der Entscheidung des Krankenhausarztes existiert in Bayern ein Vertrag gemäß [§ 112 Abs. 1 SGB V](#) zu [§ 112 Abs. 2 Nr. 2 SGB V](#) zwischen der Bayer. Krankenhausgesellschaft und u. a. dem BKK-Landesverband Bayern hinsichtlich Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung. § 2 Abs. 1 sieht dabei folgende Regelung vor: "Der Krankenkasse obliegt die Überprüfung der leistungsrechtlichen Voraussetzungen der stationären Krankenhausbehandlung. Besteht aus Sicht der Krankenkasse in Einzelfällen Anlaß, die Notwendigkeit und Dauer der stationären Behandlung zu überprüfen, so kann die Krankenkasse vor Beauftragung des Medizinischen Dienstes unter Angabe des Überprüfungsanlasses eine Stellungnahme des Krankenhauses zu einzelnen Behandlungsfällen anfordern. Das Krankenhaus erläutert die Dauer der stationären Behandlung (Kurzbericht). Ergibt sich aus Sicht der Krankenkasse die Notwendigkeit einer ärztlichen Überprüfung, so kann die Krankenkasse im Einzelfall die Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung durch Ärzte, die für den Medizinischen Dienst tätig sind, überprüfen lassen. Die [§§ 275 ff.](#) und [283 SGB V](#) bleiben hiervon unberührt."

Im anhängigen Verfahren hat die Beklagte eine Zahlung der geltend gemachten Vergütung mit Schreiben vom 06.05.2005 verweigert ohne vorher eine Prüfung durch den MDK einzuleiten. Obwohl das Krankenhaus ausdrücklich angeboten hatte, zur Überprüfung der Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung einen Kurzbericht an den MDK zu senden, hat die Beklagte weder einen solchen Kurzbericht angefordert, noch den MDK eingeschaltet. Vielmehr hat die Beklagte die Auffassung vertreten, dass offenkundig allein durch die Dauer der Krankenhausbehandlung der Beweis einer stationären Krankenhausbehandlung nicht erbracht sei und daher im Wege einer Beweislastumkehr der Nachweis einer stationären Behandlung von der Klägerin zu erbringen sei.

Dieses Verhalten der Beklagten ist nicht vom o.g. Vertrag zur Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung gedeckt. Ziel des Vertrages ist ausdrücklich, das Verfahren zur Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung im Einzelfall zu regeln (§ 1 des Vertrages). Der Vertrag sieht vor, dass zunächst ein Kurzbericht anzufordern ist und anschließend bei verbleibenden Zweifeln an der Notwendigkeit einer stationären Krankenhausbehandlung der MDK einzuschalten ist. Da es der Kasse vor Einschaltung des MDK in der Regel an medizinischem Sachverstand fehlt, kommt zunächst nur eine Plausibilitätskontrolle in Betracht, etwa bei offenbaren Diskrepanzen zwischen Aufnahmediagnose und Verweildauer, der stationären Aufnahme in Behandlungsfällen, die üblicherweise ambulant durchgeführt werden, oder etwa einer Diskrepanz zwischen Aufnahmediagnose und Fallpauschale nach den DRG. Dann tritt das gestufte Verfahren zur Überprüfung der Krankenhausbehandlungsnotwendigkeit entsprechend der o.g. Vereinbarung ein. Da im vorliegenden Fall die abgerechnete DRG B76D eine untere Grenzverweildauer von einem Tag vorsieht, die Versicherte sich jedoch lediglich vier Stunden im Krankenhaus aufgehalten hat, ist für das Gericht nachvollziehbar, dass die Beklagte sich zu Zweifeln an einer stationären Aufnahme und stationären Behandlungsnotwendigkeit veranlasst sah. Dies rechtfertigt jedoch nicht, eine Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung entsprechend des o.g. Vertrages rundweg zu verweigern, wie dies die Beklagte getan hat. Die Einhaltung des vereinbarten Verfahrens ist nicht vom Krankenhaus vereitelt worden, sondern an der Beklagten gescheitert. Die Weigerung eines Vertragspartners, die vertraglich vereinbarte Form der Überprüfung einzuhalten, führt zwar nicht zum sofortigen Verlust der Rechtsposition, solange eine Nachholung möglich ist. Die Überprüfung kann aber nur nachgeholt werden, solange sich der andere Vertragspartner hierauf einstellen kann und muss. Die Einleitung des Verfahrens unter Einschaltung des MDK ist deshalb spätestens dann notwendig, wenn die Krankenkasse nach Vorlage der Rechnung und dem Fälligwerden der geforderten Vergütung Zweifel an der Behandlungsnotwendigkeit hat. Unterlässt sie dies, so ist sie nach Treu und Glauben mit solchen Einwendungen endgültig ausgeschlossen, die bis dahin geltend gemacht werden konnten (BSG vom 13.12.2001, [a.a.O.](#)).

Zur Überzeugung des Gerichts ist die Notwendigkeit einer stationären Krankenhausbehandlung nachgewiesen. Vom Klägerbevollmächtigten wurde vorgetragen, dass die Entscheidung zur stationären Aufnahme durch die Krankenhausärztin als Ergebnis der Aufnahmeuntersuchung erfolgt sei. Das Gericht sieht keinen Anlass, an der Richtigkeit dieser Darstellung des Klägerbevollmächtigten zu zweifeln. Da über die Erforderlichkeit der Krankenhausbehandlung grundsätzlich zunächst der Krankenhausarzt entscheidet und die Beklagte keine substantiierten Einwendungen hinsichtlich der Notwendigkeit einer Krankenhausaufnahme vorgebracht hat, spricht für die Klägerin nach wie vor der durch die Krankenhausärztin begründete Anscheinsbeweis, sodass sich kein Anlass für weitergehende gerichtliche Ermittlungen ergibt.

Die Beklagte war daher wie beantragt zu verurteilen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) in Verbindung mit [§§ 161 Abs. 1, 154 Abs. 1](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).

Die Streitwertfestsetzung beruht auf [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) in Verbindung mit dem Gerichtskostengesetz (GKG). Da der Klagantrag auf eine bezifferte Geldleistung gerichtet war, ist deren Höhe maßgeblich ([§ 52 Abs. 3 GKG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2007-06-05