

S 13 KR 662/13

Land
Hessen
Sozialgericht
SG Darmstadt (HES)
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
13
1. Instanz
SG Darmstadt (HES)
Aktenzeichen
S 13 KR 662/13
Datum
23.10.2015
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 1 KR 381/15
Datum
09.02.2017
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie
Urteil

Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin 11.107,22 EUR nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz aus 33.122,48 EUR für den Zeitraum vom 22.2.2010 bis 12.9.2010 und aus 11.107,22 EUR seit dem 13.9.2011 zu zahlen.

Die Beklagte hat die Kosten des Verfahrens zu tragen.

Der Streitwert beträgt 11.107,22 EUR.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über Behandlungskosten wegen einer stationären Behandlung des bei der Beklagten krankenversicherten E.

Der Versicherte E. wurde am 5. Dezember 2009 wegen eines Hirninfarkts in der Klinik der Klägerin eingeliefert und zunächst mittels Lyse behandelt. Nach Zustandsverschlechterung und Nachweis einer zerebralen Einblutung wurde er am 6. Dezember 2009 in die Klinik der Beigeladenen zur Durchführung einer dekompensiven Hemikraniotomie links überführt und anschließend wieder in die Klinik der Klägerin verbracht. Hierzu heißt es im Operationsbericht der Beigeladenen: " Der Patient war am Vortag im Klinikum Darmstadt-Eberstadt notfallmäßig aufgenommen worden. Festgestellt werden konnte ein linksseitiger Mediainfarkt. Nach durchgeführter iv-Lysetherapie kam es zu keiner klinischen Verbesserung des Patienten. In der anschließend durchgeführten Computertomographie des Schädels demarkierte sich eine Einblutung in den linksseitigen Mediainfarkt. Bei zunehmenden Raumforderungszeichen und Vorstellung der Patientenbilder bei uns stellten wir gemeinsam mit den Kollegen der Neurologie die Indikation zur dekompensiven Hemikraniotomie als lebensrettenden Eingriff. Der Eingriff erfolgte als Notfalleingriff in Geschäftsführung ohne Auftrag. Bei Ankunft in unserem Hause war der Patient analogsediert, intubiert, die Pupillen waren isokor eng mit kaum erhaltenen Lichtreflexen ..."

Im Behandlungsbericht der Beigeladenen vom 6. Dezember 2009 heißt es: " In der anschließend durchgeführten Verlaufs-CCT zeigte sich eine Einblutung in den zuvor bildmorphologisch und duplexsonographisch gesicherten linksseitigen Mediainfarkt. Bei zunehmenden Raumforderungszeichen stellten wir gemeinsam mit Ihnen die Indikation zur dekompensiven Hemikraniotomie und übernahmen hierfür den Patienten. () Wir danken für die Zuweisung und unkomplizierte Rückübernahme des Patienten ".

Im Arztbericht der Klägerin vom 6. Dezember 2009 heißt es: " Die stationäre Einweisung erfolgte wegen akut am Aufnahmetag um 18:00 Uhr aufgetretener Hemiplegie rechts und motorischer Aphasie. Bislang sei lediglich ein arterieller Hypertonus bekannt. Nach Ausschluss von Kontraindikation und beizeitigem Eintreffen in der Klinik wurde eine systemische Lyse mittels gewichtsadaptierter Gabe von rt-PA (90 mg) durchgeführt. Sonographisch war der Befund mit einem distalen ACM-Verschluss links vereinbar. Hierunter kam es allerdings nicht zu einem klinischen Benefit. Bildgebend demarkierte sich ein ACM-Infarkt links. Im Verlauf der frühen Morgenstunden des 6. 12. 09 verschlechterte sich die Vigilanz. Hierbei zeigte sich im CCT ein Befundprogress mit hämorrhagischer Transformation und beginnendem malignen Mediainfarkt links. Deshalb erfolgte die frühe Intubation und Beatmung und Verlegung zur dekompensiven Hemikraniotomie. (...) Der Patient kann im Anschluss von uns intensiv medizinisch weiter betreut werden ...".

Nach den Unterlagen in der Patientenakte der Klägerin wurde der Rettungswagen zum Transport des Patienten um 7:01 Uhr am 6. Dezember 2009 verständigt. Um 7:55 Uhr wurde er in der Klinik der Beigeladenen zur Operation angemeldet. Das Einschleusen geschah um 8:26 Uhr. Die Operation fand in der Zeit von 9:20 Uhr bis 10:23 Uhr statt, das Ausschleusen um 11:10 Uhr. Der Rücktransport begann um 11:21 Uhr und die Übergabe des Patienten in der Klinik der Klägerin geschah um 12:34 Uhr. Der Patient wurde dann in der Klinik der Klägerin bis zum 29. Dezember 2009 weiter behandelt.

Am 22. Januar 2010 stellte die Klägerin der Beklagten für die Behandlung einen Betrag in Höhe von 33.122,48 EUR in Rechnung. Dabei rechnete sie die Behandlung als zusammenhängenden Aufenthalt ab. Die Beklagte zahlte darauf am 12. September 2011 einen Betrag von 22.015,26 EUR an die Klägerin. Sie begründete die Teilzahlung damit, dass sie die Rechnung der Beigeladenen für die Operation bereits gezahlt und aus diesem Grunde die Rechnung der Klägerin entsprechend gekürzt habe.

Die Klägerin ist der Auffassung, sie habe einen Anspruch auf Ausgleichung der vollständigen Rechnungssumme, da es sich bei der Maßnahme in der Klinik der Beigeladenen nicht um eine Verlegung sondern um eine Verbringung gehandelt habe. Bei Verbringungsleistungen im Sinne des § 2 Abs. 2 S. 2 Nr. 2 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) handele es sich stets um Leistungen, die im Verhältnis zu der vom Krankenhaus zu erbringenden Behandlungsleistungen nur ergänzende oder unterstützende Funktion habe. Eine Verlegung liege hingegen vor, wenn die Verantwortung für die gesamte Behandlung vollständig auf das aufnehmende Krankenhaus übergeht. In einem solchen Fall scheidet der Patient aus dem stationären Behandlungsabläufen und der Gesamtverantwortung des abgebenden Krankenhauses aus und werde in die stationären Abläufe des aufnehmenden Krankenhauses integriert. Vorliegend sei die Gesamtverantwortung der Behandlung bei der Klägerin verblieben. Der Beigeladenen sei lediglich ein Einzelauftrag zur operativen Versorgung erteilt worden. Dies ergebe sich auch aus dem Entlassungsbrief der Beigeladenen, in dem angegeben worden sei, die Übernahme des Patienten sei nur zur dekompressiven Hemikraniotomie erfolgt. Die Beigeladene habe nicht die Gesamtverantwortung übernommen, denn dann sei nicht ersichtlich, warum der Patient unmittelbar nach dem Eingriff noch im intubierten Zustand in die Klinik der Klägerin zurück verbracht worden sei. Es fehle auch an einer Entscheidung eines Arztes der Beigeladenen, den Patienten für mindestens einen Tag und eine Nacht zu übernehmen. Es sei von vornherein abgesprochen gewesen sei, dass der Patient unmittelbar nach dem Eingriff zurück in das Krankenhaus der Klägerin verbracht werde.

Die Klägerin beantragt,
die Beklagte zu verurteilen, an sie 11.107,22 EUR nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz aus 33.122,48 EUR für den Zeitraum vom 22. Februar 2010 bis zum 12. September 2011 und aus 11.107,22 EUR seit dem 13. September 2011 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,
die Klage abzuweisen.

Sie trägt vor, die Beigeladene habe ihr gegenüber erklärt, es habe sich um eine Verlegung gehandelt. Auch Sie vertrete diese Auffassung, denn der Patient sei in die Fachabteilung der Neurochirurgie stationär als Notfall wegen eines Hirninfarktes behandelt worden. Insoweit handele es sich um einen schwierigen und gefährlichen Eingriff. Die Klägerin verfüge nicht über diese Möglichkeiten, weshalb der Patient verlegt worden sei. Für einen solchen Eingriff, der mit über 6000 EUR vergütet werde, übernehme das durchführende Krankenhaus ohne jeden Zweifel für den Zeitraum der dortigen Behandlung die Gesamtverantwortung. Für den Fall, dass von einer Verbringung ausgegangen werde, bestehe ein Erstattungsanspruch gegenüber der Beigeladenen in Höhe von 3470,95 EUR. Sie verweist im Übrigen auf den Arztbericht der Klägerin vom 28. Dezember 2009, worin von einer "Verlegung zur dekompressiven Hemikraniotomie" die Rede sei, genauso wie im Arztbericht vom 6. Dezember 2009. Auch im Pflegeverlauf sei unter dem 6. Dezember 2009 von einer Verlegung die Rede gewesen.

Die Beigeladene hat sich inhaltlich nicht geäußert und auch keinen Antrag gestellt.

Wegen des Vorbringens der Beteiligten im Übrigen sowie wegen der weiteren Einzelheiten wird auf die Patientenakten der Klägerin und der Beigeladenen sowie die Gerichtsakte Bezug genommen, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind.

Entscheidungsgründe:

Die Kammer konnte trotz Ausbleibens der Beigeladenen im Rahmen der mündlichen Verhandlung vom 23. Oktober 2015 entscheiden, da im Rahmen der Terminladung auf diese Möglichkeit hingewiesen wurde ([§ 110 Abs. 1 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#)).

Die Klage ist als echte Leistungsklage nach [§ 54 Abs. 5 SGG](#) zulässig, denn es geht um einen sog. Parteienstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt. Die Klage ist auch begründet. Der Klägerin steht ein weiterer Vergütungsanspruch wegen der Behandlung des Versicherten MD. in Höhe von 11.107,22 EUR nebst Zinsen gegenüber der Beklagten zu.

Rechtsgrundlage des geltend gemachten Vergütungsanspruchs ist [§ 109 Abs. 4 S. 3](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) in Verbindung mit dem Fallpauschalkatalog für das Jahr 2010. Die Klägerin hat auf Grundlage von § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 i.V.m. § 9 Abs. 1 Nr. 1 des Gesetzes über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen KHEntgG sowie § 17b Abs. 1 S. 3 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) in Verbindung mit [§ 39 Abs. 1 SGB V](#) einen Anspruch auf weitere Vergütung der in ihrer Einrichtung erbrachten Behandlungsleistungen als Leistungen der vollstationären Krankenhausbehandlung, ohne dass ein Verlegungsabschlag zu berücksichtigen ist.

Streitig ist zwischen den Beteiligten allein die Frage, ob es sich bei der Durchführung der operativen Maßnahme in der D. D-Stadt um eine Verlegung oder um eine Verbringung handelt. Die Berechnung der Forderung ist hingegen nicht im Streit.

Die Kammer wertet die am 6. Dezember 2010 in der Klinik der Beigeladenen durchgeführte Operation zur dekompressiven Hemikraniotomie mit sofortigem anschließenden Rücktransport in die Klinik der Klägerin als Verbringung. Sie folgt dabei der Rechtsauffassung des BSG (Urteil vom 19. September 2013, [B 3 KR 34/12 R](#), Rn. 12, 13 juris), das zur Abgrenzung nicht operativer vollstationärer von teilstationärer oder ambulanter Krankenhausbehandlung zutreffend folgende Kriterien entwickelt hat, die nach Auffassung der Kammer gleichfalls für die Abgrenzung von Verbringung und Verlegung gelten können: " Der Gesetzgeber hat in der amtlichen Begründung zum Gesundheitsstrukturgesetz vom 21.12.1992 ([BGBl I 2266](#)) zur Abgrenzung der (voll- und teil-)stationären von der ambulanten Behandlung das Kriterium der "Aufnahme" in das Krankenhaus herangezogen und dieses als die "physische und organisatorische Eingliederung des Patienten in das spezifische Versorgungssystem des Krankenhauses" definiert ([BT-Drucks 12/3608 S 82](#) zu [§ 39 SGB V](#)). Dieses Merkmal wird auch in der Literatur zur Abgrenzung der (voll- und teil-)stationären von der ambulanten Krankenhausbehandlung herangezogen (vgl zB Noftz in Hauck/Noftz, SGB V, § 39 RdNr 43, 46a, der dies als alleiniges Merkmal allerdings

kritisch betrachtet, sowie Grünenwald, WzS 1994, 78). Ohne nähere Konkretisierung der Begriffe der Aufnahme und der Integration in den Krankenhausbetrieb kann allerdings nicht nur auf das Unterschreiben eines Aufnahmevertrages abgestellt werden. Da auch bei ambulanten Leistungen im Krankenhaus ggf. Verpflegung oder ein Bett zur Verfügung gestellt werden, reicht die Gewährung von Unterkunft und Verpflegung zur Abgrenzung allein ebenfalls nicht aus. Der Aufenthalt des Versicherten im Krankenhaus zur Durchführung einer Operation bedeutet deshalb ebenso wenig wie die Unterzeichnung eines Krankenhausaufnahmevertrages, die Durchführung einer Vollnarkose oder eine mehrstündige, intensive postoperative Überwachung im Krankenhaus bereits eine vollstationäre Behandlung ([BSGE 92, 223](#) RdNr 17 ff = [SozR 4-2500 § 39 Nr 1](#) RdNr 16 ff). Was unter dem "spezifischen Versorgungssystem eines Krankenhauses" zu verstehen ist, ergibt sich unter Rückgriff auf die gesetzliche Definition des Krankenhausbegriffs in [§ 107 Abs 1 SGB V](#). Denn ein Krankenhaus kann zwar auch ambulante Leistungen erbringen, der Krankenhausbegriff wird aber nur von Einrichtungen erfüllt, die (auch und vor allem) zur stationären Leistungserbringung in der Lage sind. Dazu gehören neben der Möglichkeit, die Patienten unterzubringen und zu verpflegen ([§ 107 Abs 1 Nr 4 SGB V](#)) u.a. eine ständige ärztliche Leitung ([§ 107 Abs 1 Nr 2 SGB V](#)) und jederzeit verfügbares Personal ([§ 107 Abs 1 Nr 3 SGB V](#)). Daraus wird deutlich, dass das spezifische Versorgungssystem eines Krankenhauses nicht nur kurzfristige Eingriffe oder Maßnahmen ermöglicht, sondern besonders auf solche Behandlungen ausgerichtet ist, die einen längeren Aufenthalt des Patienten erfordern. Das spezifische Versorgungssystem des Krankenhauses wird daher in Anspruch genommen, wenn sich die Behandlung zeitlich über mindestens einen Tag und eine Nacht erstreckt. Demgegenüber erfordert der Aufnahmeakt selbst, d.h. die physische und organisatorische Eingliederung des Patienten in dieses Versorgungssystem, keine zeitliche Erstreckung über eine bestimmte Dauer. Voraussetzung hierfür ist lediglich die Entscheidung des Krankenhausarztes, dass eine Behandlung über mindestens einen Tag und eine Nacht erfolgen soll. Diese Aufnahmeentscheidung auf der Basis eines entsprechenden Behandlungsplans wird nach außen regelmäßig z.B. durch die Einweisung auf eine bestimmte Station, die Zuweisung eines Bettes, das Erstellen entsprechender Aufnahmeunterlagen u.ä. dokumentiert. Eine auf diese Weise auf der Grundlage der Entscheidung des Krankenhausarztes einmal erfolgte physische und organisatorische Eingliederung des Patienten in das spezifische Krankenhausversorgungssystem kann nicht rückwirkend dadurch entfallen, dass der Patient z.B. gegen ärztlichen Rat auf eigenes Betreiben das Krankenhaus noch am selben Tag wieder verlässt; dann handelt es sich um eine "abgebrochene" stationäre Behandlung (vgl. BSG [SozR 4-2500 § 39 Nr 5](#)). Abzugrenzen sind indes solche Fälle, in denen noch keine Entscheidung zur Aufnahme des Patienten in das Krankenhaus getroffen wurde, etwa weil sich aufgrund der Aufnahmeuntersuchung eine Verlegung oder die ambulante Weiterbehandlung als medizinisch sinnvoll, erforderlich und ausreichend erwies.

Entscheidend bei der Beantwortung sind daher die Kriterien der Aufnahmeentscheidung auf Basis eines entsprechenden Behandlungsplans, d.h. Einweisung auf eine bestimmte Station, der Zuweisung eines Bettes, das Erstellen entsprechender Aufnahmeunterlagen und als zeitliches Moment, dass sich die Behandlung in diesem Zusammenhang über mindestens einen Tag und eine Nacht erstrecken soll.

Keines dieser Kriterien kann vorliegend bejaht werden. Eine Aufnahmeentscheidung durch die Beigeladene ist aufgrund deren Patientenakte nicht erkennbar. Aus den dortigen Arztberichten ergibt sich vielmehr, dass in Abstimmung zwischen den Ärzten der Klägerin und der Beigeladenen hier die Operation zur Lebensrettung des Patienten kurzfristig durchgeführt wurde und anschließend sofort ein Rücktransport in die Klinik der Klägerin erfolgen sollte. Der Versicherte war bei Ankunft in der Klinik der Beigeladenen sediert und intubiert und wurde nach der Operation in gleicher Weise wieder rücktransportiert. Auch die zeitlichen Parameter lassen nicht den Schluss zu, dass eine Aufnahme in die Klinik der Beigeladenen erfolgte. Am 6. Dezember 2010 wurde der Versicherte um 7:55 Uhr in der Klinik der Beigeladenen zur Operation angemeldet, sein Einschleusen erfolgte um 8:26 Uhr. Die eigentliche Operation fand in der Zeit zwischen 9:20 Uhr und 10:23 Uhr statt, das Ausschleusen geschah um 11:10 Uhr und der Rücktransport begann eine Minute später. Der Patient traf in der Klinik der Klägerin um 12:34 Uhr wieder ein. Das heißt, der Versicherte befand sich in der Klinik der Beigeladenen tatsächlich über einen Zeitraum von ca. 3,5 Stunden. Auch unter Anlegung allgemeiner Maßstäbe ist ein derartiger Zeitraum kaum geeignet, eine vollstationäre Behandlung begründen zu können. Zumal ausweislich der oben erwähnten Arztberichte die Behandlung bei der Beigeladenen ausschließlich als lebensrettende Maßnahme geplant und die anschließende Rückübernahme zur Klägerin von vornherein beabsichtigt war. Die Argumentation der Beklagten, es habe sich um eine gefährliche und aufwändige Operation gehandelt, ist zur Klärung der Frage, ob vorliegend eine Verlegung oder Verbringung anzunehmen ist, irrelevant. Für die Operation hatte natürlich die Beigeladene die volle ärztliche Verantwortung zu übernehmen. Das ist jedoch eine Selbstverständlichkeit und dieser Grundsatz gilt genauso, wenn es sich um einen ungefährlichen Eingriff oder eine sonstige Behandlungsmaßnahme durch Dritte handeln würde. Daraus kann von vornherein keine vollstationäre Behandlung abgeleitet werden.

Soweit in den Arztberichten von "Verlegung" die Rede ist, ist dies untechnisch zu verstehen. An die fehlerhafte Bezeichnung können normalerweise Rechtsfolgen nicht geknüpft werden ("falsa demonstratio non nocet").

Der Zinsanspruch ist zwischen den Beteiligten nicht streitig. Er ergibt sich aus § 10 Abs. 4 und 5 des Landesvertrages nach [§ 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V](#) i.V.m. [§ 288](#) Bürgerliches Gesetzbuch.

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

Für den gem. [§ 197a SGG](#) i.V.m. [§ 63 Abs. 2](#) Gerichtskostengesetz (GKG) festzusetzenden Streitwert war von dem Wert der streitigen Forderung in Höhe von 11.107,22 EUR auszugehen ([§ 52 Abs. 3 GKG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2017-04-18