

L 4 KR 66/06

Land

Sachsen-Anhalt

Sozialgericht

LSG Sachsen-Anhalt

Sachgebiet

Krankenversicherung

Abteilung

4

1. Instanz

SG Magdeburg (SAN)

Aktenzeichen

S 7 KR 502/03

Datum

10.10.2006

2. Instanz

LSG Sachsen-Anhalt

Aktenzeichen

L 4 KR 66/06

Datum

11.05.2010

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

Notwendigkeit stationärer Krankenhausbehandlung

Die Berufung wird zurückgewiesen. Die Klägerin hat auch die Kosten des Berufungsverfahrens zu tragen. Die Revision wird nicht zugelassen.

Der Streitwert wird auf 1.581,17 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Umstritten ist nach einer Teilzahlung im Berufungsverfahren noch die Zahlung von 1.474,65 EUR aus einer stationären Krankenhausbehandlung samt Nebenforderung.

Die Klägerin ist Träger des Städtischen Klinikums M., das in den Krankenhausplan Sachsen-Anhalt aufgenommen ist. Die bei der Beklagten versicherte N. (nachfolgend: die Versicherte) befand sich vom 12. bis 13. Februar 2003 im Klinikum zur stationären Behandlung, nachdem sie mit der Diagnose einer Fraktur des Außenknöchels von der Fachärztin für Chirurgie Dr. A. zur Entfernung einer Stellschraube eingewiesen worden war. Die Beklagte erteilte am 18. Februar 2003 eine unbegrenzte Kostenzusage, deren genauer Wortlaut der Verwaltungsakte nicht zu entnehmen ist. Das Krankenhaus stellte der Beklagten für die Behandlung am 20. Februar (März) 2003 Kosten in Höhe von 1.581,17 EUR in Rechnung, die sich wie folgt zusammensetzten: I 23 Z Lokale Exzision und Entfernung von Osteo 2.191,66 EUR DRG-Abschlag - 610,79 EUR DRG-Systemzuschlag + 0,30 EUR Die Rechnung enthielt den Hinweis: "Bitte überweisen Sie den Rechnungsbetrag von 1.581,17 bis zum 13.03.2003." Die DRG I23 Z hat folgenden Wortlaut: Lokale Exzision und Entfernung von Osteosynthesematerial außer an Hüftgelenk und Femur. Nach den sog. G-AEP-Kriterien findet sich unter F folgende Formulierung: "Soziale Faktoren, aufgrund derer eine medizinische Versorgung des Patienten nicht möglich wäre, in Verbindung mit Operationen oder anderen krankenhausspezifischen Maßnahmen, -

F 1 Fehlende Kommunikationsmöglichkeit, da z.B. der Patient allein lebt und kein Telefon erreichen kann F 2 Keine Transportmöglichkeit oder schlechte Erreichbarkeit durch Stellen, die Notfallhilfe leisten könnten F 3 Mangelnde Einsichtsfähigkeit des Patienten F 4 Fehlende Versorgungsmöglichkeiten."

Nach der zwischen den Beteiligten abgeschlossenen Budget- und Entgeltvereinbarung für das Jahr 2003 galt gemäß § 8 folgende Regelung: "Der Rechnungsbetrag ist spätestens am 21. Kalendertag nach Eingang der Rechnung fällig. Die Rechnungen sind kontinuierlich und vollständig mit den Daten nach [§ 301 SGB V](#) zu legen. Nach Mahnung können bei Überschreitung des Fälligkeitstermins Verzugszinsen in Höhe von 4 % p.A. erhoben werden."

In einem Arztbrief des Krankenhauses an Dr. A. vom 20. Februar 2003 berichtete Privatdozent (PD) Dr. D. über die Entfernung einer Stellschraube in Lokalanästhesie am 13. Februar 2003. Der postoperative Verlauf habe sich komplikationslos dargestellt. Eine Nachblutung sei nicht aufgetreten. Die Versicherte habe an Unterarmstützen unter Teilbelastung des verletzten Beins bis 20 kg mobilisiert werden können. Mit Schreiben vom 17. März 2003 informierte die Beklagte das Krankenhaus über die Beauftragung des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) mit der Fragestellung: "Rechtfertigt der Inhalt und Dauer die medizinische Maßnahme die Abrechnung der DRG I 23 Z." Auf Bitte der Beklagten übersandte das Krankenhaus eine Epikrise der stationären Behandlung an den MDK. In einem MDK-Gutachten vom 30. April 2003 wertete Dipl.-Med. A. die Epikrise aus und vertrat die Ansicht, dass unter Zugrundelegung der Diagnose "S 82.82 R, Z 47.0 Zustand nach Weber-B-Fraktur rechts mit osteosynthetischer Versorgung" die Entfernung der Stellschraube ambulant hätte erfolgen können. Daraufhin lehnte die Beklagte mit Schreiben vom 20. Mai 2003 unter Hinweis auf die Stellungnahme des MDK die Zahlung ab. Dem trat das Krankenhaus am 11. Juli 2003 entgegen und verwies auf eine Stellungnahme von PD Dr. D., in der dieser wörtlich ausführte: "die

stationäre Behandlung der Patientin erfolge auf deren ausdrücklichen Wunsch. Auf die Möglichkeit der ambulanten Entfernung der Stellschraube wurde sie hingewiesen." Am 25. August 2003 lehnte die Beklagte die Zahlung wegen fehlender medizinischer Begründung endgültig ab. Die Leistung sei daher nach [§ 115 b SGB V](#) abzurechnen. Dem folgte das Krankenhaus nicht.

Die Klägerin hat am 19. Dezember 2003 beim Sozialgericht Magdeburg Klage erhoben und die Zahlung von weiteren 1.581,17 EUR nebst 4 % Prozent Zinsen begehrt. Sie hat vorgetragen: Die Beklagte habe eine unbegrenzte Kostenzusage vom 18. Februar 2003 erteilt und sei aufgrund der vertraglich vereinbarten Fälligkeitstermine zur Zahlung verpflichtet. Die Ausführungen im MDK-Gutachten vom 30. April 2003 seien völlig unsubstantiiert. Offenbar habe der MDK-Gutachterin nur die Epikrise vorgelegen, so dass nicht alle Erkenntnisquellen zur Begutachtung des Behandlungsfalls ausgeschöpft worden seien. Die Beklagte hat dem entgegnet: Der Kostenübernahmeerklärung komme lediglich deklaratorische Bedeutung zu. Diese sei zu einem Zeitpunkt erfolgt, als der Befundbericht noch nicht habe ausgewertet werden können. Ihr stehe daher ein Zurückbehaltungsrecht zu.

Mit Urteil vom 10. Oktober 2006 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen und zur Begründung im Wesentlichen ausgeführt: Aus den vorliegenden Unterlagen des Krankenhauses sei die medizinische Notwendigkeit der stationären Behandlung nicht nachgewiesen. Nach der Stellungnahme des Krankenhauses seien die behandelnden Ärzte selbst davon ausgegangen, dass die Stellschraube hätte ambulant entfernt werden können.

Die Klägerin hat gegen das am 31. Oktober 2006 zugestellte Urteil am 15. November 2006 Berufung beim Landessozialgericht Sachsen-Anhalt eingelegt und geltend gemacht: Die Beklagte habe den seit 13. März 2003 fälligen Rechnungsbetrag zu Unrecht nicht gezahlt. Nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung habe eine unbedingte Zahlungsverpflichtung bestanden. Außerdem habe die Beklagte keine substantiierten Einwendungen gegen die Rechnung erhoben. Erst im April 2003 habe sie ein MDK-Gutachten eingeholt und mit Schreiben vom 20. Mai 2003 die Zahlung endgültig verweigert. Zudem habe sie in Kenntnis einer Leistung aus dem Katalog für ambulantes Operieren eine Kostenübernahmeerklärung abgegeben und sei deswegen mit Pauschaleinwendungen ausgeschlossen. Im Einzelfall könne auf den Patientenwunsch bei der Entscheidung einer stationären Behandlung einer "an sich" ambulanten Behandlung eingegangen werden. Schließlich seien soziale Faktoren bei einer Entscheidung zur Durchführung einer stationären Maßnahme nach den GAEP-Kriterien (Kategorie F) – wie im konkreten Behandlungsfall – einzubeziehen. Diese Auffassung werde durch ein Urteil des Sozialgerichts Dresden vom 30. April 2009 – [S 18 KR 58/06](#) gestützt, was einen vergleichbaren Sachverhalt zum Gegenstand gehabt habe. Der Verzugszinsanspruch bestehe seit dem 14. März 2003, da die Beklagte das konkrete Zahlungsziel in der Rechnung vom 20. Februar 2003 nicht eingehalten habe.

Der Berichterstatter hat die Beteiligten auf das Urteil des BSG vom 18. September 2008 – B 3 KR 22-07 R (zitiert nach juris) hingewiesen. Hiernach könne wegen einer fehlenden Sperrwirkung von stationären und ambulanten Leistungen auch ein Vergütungsanspruch der Klägerin wegen einer ambulanten Behandlung in Betracht kommen. Die Beklagte hat hierzu ausgeführt: Ein möglicher ambulanter Vergütungsanspruch sei nicht fällig. Die Vergütung von ambulanten Operationen erfolge auf der Grundlage des Vertrages gemäß [§ 115 b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V](#) und bedürfe eines Bezuges zum sog. Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM). Die Klägerin habe ihre Rechnung nicht mit einer EBM-Nr. versehen, so dass es der Beklagten nicht möglich sei, einen etwaigen ambulanten Vergütungsanspruch selbst zu ermitteln. Bereits mit Schreiben vom 25. August 2003 sei die Klägerin erfolglos aufgefordert worden, ihre Leistung entsprechend [§ 115 b SGB V](#) abzurechnen, was einen Gläubigerverzug begründe und gleichzeitig einen Schuldnerverzug der Beklagten ausschließe.

Die Klägerin hat am 9. März 2010 einen sog. Fakturierungsvorschlag für eine ambulante Abrechnung in Höhe von 106,52 EUR vorgelegt. In dieser Höhe hat die Beklagte am 10. März 2010 ein Anerkenntnis erklärt und um eine formale Abrechnung nach [§ 301 SGB V](#) gebeten. Die Klägerin hat am 30. März 2010 den Zahlungseingang der Beklagten für den 16. März 2001 bestätigt.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Magdeburg vom 10. Oktober 2006 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, an sie weitere 1.474,65 EUR nebst 4 % Zinsen hieraus seit dem 13. März 2003 sowie weitere 4 % Zinsen aus 106,52 EUR für die Zeit vom 13. März 2003 bis zum 16. März 2010 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt nach ihrem schriftsätzlichen Vorbringen,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält ihre Entscheidung sowie das Urteil der Vorinstanz für zutreffend: Zwischen den Beteiligten sei unstreitig, dass die Leistung ambulant hätte erbracht werden können. Schließlich habe das Krankenhaus dies in seinem Schreiben vom 11. Juli 2003 selbst bestätigt. Erstmals im Jahr 2009 habe die Klägerin auf die GAEP-Kriterien der Kategorie F hingewiesen, d. h. sechs Jahre nach dem eigentlichen Behandlungsfall. Dies sei zu spät und hätte frühzeitig vom Krankenhaus geprüft und dokumentiert werden müssen.

Der Berichterstatter hat die Klägerin darauf hingewiesen, dass es konkreter Anknüpfungstatsachen bedürfe, um eine objektivierbare Krankenhausbedürftigkeit der Versicherten nachweisen zu können. Schließlich habe der behandelnde Krankenhausarzt die Versicherte zunächst selbst auf die Möglichkeit einer ambulanten Entfernung der Stellschraube hingewiesen. Die Klägerin hat daraufhin ihren Vortrag ergänzt und geltend gemacht: Bei der Versicherten hätten soziale Faktoren im Sinne der GAEP-Kriterien (Kategorie F) vorgelegen, die eine stationäre Behandlung rechtfertigten. Dies könne von der einweisenden Ärztin sowie der Versicherten bestätigt werden. Im Übrigen sei die Beklagte mit Einwendungen ohnehin ausgeschlossen, denn sie hätte die Leistung des Krankenhauses anhand des Entlassungsdatensatzes dem Katalog zum ambulanten Operieren zuordnen können, habe aber dennoch eine unbeschränkte Kostenübernahmeerklärung abgegeben.

Die Beklagte hat die Patientenakte durch ein sozialmedizinisches Gutachten des MDK (Dr. K.) vom 18. Februar 2009 auswerten lassen. Danach lasse sich der Eingriff unter stationären Bedingungen nicht rechtfertigen. Die Versicherte sei mit Gehhilfen mobil, ansprechbar und orientiert gewesen. Nebenerkrankungen hätten nicht vorgelegen. Der Eingriff mit einer Operationsdauer von nur fünf Minuten sei in lokaler Infiltrationsanästhesie erfolgt. Postoperative Gesichtspunkte, die besondere Überwachungsmaßnahmen hätten erforderlich machen können, seien nicht dokumentiert. Es sei widersprüchlich, wenn der behandelnde Krankenhausarzt die Versicherte auf der einen Seite auf die Möglichkeit einer ambulanten Entfernung der Stellschraube hinweise, jedoch in der Aufnahmeprüfung die objektive Erforderlichkeit der

vollstationären Behandlung für gegeben halte.

Der Senat hat eine schriftliche Stellungnahme der Versicherten vom 8. Mai 2009 sowie einen Befundbericht der einweisenden Ärztin Dr. A. vom 11. August 2009 eingeholt. Die Versicherte hat angegeben: Sie sei zum Zeitpunkt der Behandlung alleinerziehende Mutter gewesen und habe ein kleines Kind versorgen müssen. Ihre berufstätige Familie, die im Schichtdienst gearbeitet habe, habe sie nur begrenzt unterstützen können. Dr. A. hat angegeben: Aus technischen Gründen habe die Versicherte nicht in ihrer Praxis behandelt werden können. Die Nachbehandlung sei in der Zeit vom 12. März 2003 bis 31. März 2003 erfolgt. Die Beklagte hat eingewandt: Soziale Faktoren seien vom Krankenhaus weder geprüft noch dokumentiert worden und daher für den vorliegenden Fall unbeachtlich. Der Klägerin sei es nach dem klaren Wortlaut des GAEP-Kriteriums F verwehrt, derartige Gründe noch nachzuschieben. Auch Dr. A. habe lediglich technische Gründe für die Krankenhauseinweisung genannt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die Verwaltungsunterlagen der Beklagten und die Gerichtsakten beider Rechtszüge sowie die Patientenakte verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung ist nach den [§§ 143, 144 Abs. 1 Satz 2 SGG](#) statthaft. Sie ist auch form- und fristgerecht eingelegt worden ([§ 151 SGG](#)) und damit zulässig.

Die Klage ist als Leistungsklage nach [§ 54 Abs. 5 SGG](#) zulässig, weil es sich um einen Parteienstreit im Gleichordnungsverhältnis handelt, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt. Ein Vorverfahren war mithin nicht durchzuführen und die Einhaltung einer Klagefrist nicht geboten (BSG, Urteil vom 17. Mai 2000 – [B 3 KR 33/99 R](#), zitiert nach juris; stRSpr).

Die Berufung der Klägerin ist jedoch unbegründet. Ihr steht kein Vergütungsanspruch für den Krankenhausaufenthalt der Versicherten für den 12. Februar 2003 zu. Eine Zahlungspflicht der Beklagten ergibt sich weder aus ihrer Kostenzusage (dazu im Folgenden unter 1.), noch aus den gesetzlichen Anspruchsvoraussetzungen (dazu im Folgenden unter 2.) oder aus einem Einwendungsausschluss der Beklagten (dazu im Folgenden unter 3.).

1. Die Kostenzusage der Beklagten im Schreiben vom 18. Februar 2003 begründet keinen eigenständigen Zahlungsanspruch der Klägerin.

Eine vorbehaltlose Kostenzusage einer Krankenkasse über eine stationäre Aufnahme eines Versicherten führt nach der Rechtsprechung des BSG nicht zu einem eigenen Anspruch aus einem sog. konstitutiven Schuldanerkennnis. Vielmehr hat das BSG – bei ordnungsgemäßer Dokumentation des Krankenhauses im Übrigen – die vorbehaltlose Kostenzusage einer Krankenkasse lediglich als deklaratorisches Schuldanerkennnis mit allenfalls beweisrechtlichen Auswirkungen bewertet (dazu grundlegend: BSG, Urteil vom 17. März 2000 – [B 3 KR 33/99 R](#); Urteil vom 13. Dezember 2001 – [B 3 KR 11/01 R](#), zitiert nach juris). Diese Beweiswirkung kann jedoch nur dann entstehen, wenn der Erklärung nach Wortlaut, Sinn und Zweck sowie Zusammenhang entsprechend des objektiven Empfängerhorizonts (vgl. [§§ 133, 157 Bürgerliches Gesetzbuch \(BGB\)](#)) ein derartiger Erklärungsgehalt entnommen werden kann.

Die Klägerin kann aus dem Schreiben der Beklagten vom 18. Februar 2003 keine vorbehaltlose und unbedingte Kostenübernahmeerklärung ableiten. Dies setzt eine vorläufige Erklärung der Beklagten voraus, im konkreten Fall – ohne jede weitere Einschränkung – von der Erforderlichkeit der stationären Behandlung der Versicherten ausgehen zu wollen. Das Schreiben konnte von den Beteiligten nicht im genauen Wortlaut vorgelegt werden, so dass der Senat keine genaue Prüfung vornehmen kann. Nach den vorliegenden Unterlagen kann auch nicht davon ausgegangen werden, dass die Kostenübernahmeerklärung mit einer ausdrücklichen und verbindlichen Feststellung des Vorliegens der stationären Behandlungsbedürftigkeit des Versicherten versehen war. Die Beklagte hat mit der Kostenzusage daher keine verbindliche Entscheidung zur Notwendigkeit der Behandlung der Versicherten getroffen.

2. Der Klägerin steht auch kein Zahlungsanspruch nach [§§ 39, 108 Nr. 1](#) und [109 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) i.V.m. der im bundesweiten DRG-Katalog geregelten I 23 Z zu.

Rechtsgrundlage für den geltend gemachten Vergütungsanspruch der Klägerin ist [§ 109 Abs. 4 Satz 3](#) des Sozialgesetzbuchs Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V) i.V.m. der Budget- und Entgeltvereinbarung der Beteiligten für das Jahr 2003. Die Zahlungsverpflichtung der gesetzlichen Krankenkasse entsteht unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch die Versicherte. Der Behandlungspflicht der zur Versorgung der Versicherten zugelassenen Krankenhäuser im Sinne des [§ 109 Abs. 4 Satz 2 SGB V](#) steht ein Vergütungsanspruch gegenüber, der auf der Grundlage der gesetzlichen Ermächtigung in den [§§ 16, 17 Krankenhausfinanzierungsgesetz \(KHG\)](#) nach Maßgabe der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) in der Budget- und Entgeltvereinbarung entsteht (vgl. BSG, Urteil vom 23. Juli 2002 – [B 3 KR 64/01 R](#)). Die Klägerin betreibt ein so genanntes Plankrankenhaus im Sinne des [§ 108 Nr. 2 SGB V](#), das in den Krankenhausplan des Landes Sachsen-Anhalt aufgenommen wurde und für das deshalb der Abschluss eines Versorgungsvertrages gemäß [§ 109 Abs. 1 Satz 2 Halbsatz 2 SGB V](#) fingiert wird. Ein Sicherstellungsvertrag zwischen den Beteiligten besteht nicht. Da es hieran fehlt, verbleibt als vertragliche Regelung nur die Budget- und Entgeltvereinbarung für das Jahr 2003.

Die Beteiligten sind sich im Kern darüber einig, dass für den Fall einer vollstationären Behandlungsnotwendigkeit der Versicherten die Abrechnung des Krankenhauses nach der DRG I 23 Z unter Abzug des DRG-Abschlages UGVD und des Systemzuschlags P 17b Abs. 5 KHG I zutreffend gewesen wäre. Die Beklagte bestreitet dagegen die Voraussetzungen einer vollstationären Behandlung und hält allein eine ambulante Abrechnung für gerechtfertigt.

Ein Vergütungsanspruch für eine stationäre Behandlung entsprechend der DRG-Abrechnung des Krankenhauses vom 20. Februar 2003 kann nur dann bestehen, wenn die zu prüfende Behandlung medizinisch notwendig gewesen ist (vgl. dazu allgemein BSG, Urteil vom 12. Mai 2005 – [B 3 KR 30/04 R](#), zitiert nach juris). Dabei korrespondiert der Zahlungsanspruch des Krankenhauses mit dem Anspruch des Versicherten auf Krankenhausbehandlung. Dabei genügt es nicht, wenn eine Krankenhausbehandlung stattgefunden hat. Von einer durchgeführten Krankenhausbehandlung ist hier nach der von den Sachverständigen angegebenen Diagnostik und Therapie auszugehen. Es müssen zusätzlich beim Versicherten grundsätzlich auch die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für die Inanspruchnahme einer

solchen Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sowie Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit vorgelegen haben.

Der geltend gemachte Zahlungsanspruch ist deshalb nur gerechtfertigt, wenn die Versorgung der Versicherten im Krankenhaus der Klägerin i.S. von [§ 39 SGB V](#) erforderlich gewesen ist. Nach dieser Vorschrift haben Versicherte Anspruch auf vollstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus ([§ 108 SGB V](#)), wenn die Aufnahme nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann ([§ 39 Abs 1 Satz 2 SGB V](#)). Konkret umfasst die Krankenhausbehandlung alle Leistungen, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung eines Versicherten im Krankenhaus notwendig sind, insbesondere ärztliche Behandlung, Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Unterkunft und Verpflegung ([§ 39 Abs 1 Satz 3 SGB V](#)). Aus der Aufgabenstellung der GKV, der Systematik des Krankenversicherungsrechts sowie dem Zweck und der Entstehungsgeschichte des [§ 39 Abs 1 SGB V](#) ergibt sich, dass die Krankenkasse eine vollstationäre Krankenhausbehandlung nur schuldet, wenn der Gesundheitszustand des Patienten sie aus medizinischen Gründen auch erfordert hat. Genügt nach den Krankheitsbefunden eine teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Therapie, so hat die Krankenkasse die Kosten einer dennoch durchgeführten vollstationären Krankenhausbehandlung auch dann nicht zu tragen, wenn der Versicherte aus anderen, nicht mit der Behandlung zusammenhängenden Gründen eine spezielle Unterbringung oder Betreuung benötigt, die gegenwärtig außerhalb des Krankenhauses nicht gewährleistet ist.

Bei dieser Prüfung ist der unbestimmte Rechtsbegriff "aus medizinischen Gründen" näher auszufüllen. Maßgeblich ist daher, ob die vollstationäre Behandlung der Versicherten am 12. Februar 2003 "aus medizinischen Gründen" erforderlich gewesen ist. Aus sprachlicher Sicht hat der Begriff keinen eindeutigen Inhalt, er muss deshalb durch Auslegung konkretisiert werden. Entscheidend ist dabei immer das medizinische Erfordernis im Einzelfall; Maßstab kann nicht ein "objektiver Patient" und dessen abstrakte Krankheitsgeschichte sein. Die Auslegung muss deshalb stets eine Bewertung aller Umstände des Einzelfalles einschließen, in dem der Begriff konkret angewandt werden soll.

Dies folgt schon aus [§ 39 Abs 1 Satz 3](#), 1. Halbsatz SGB V, wonach die Krankenhausbehandlung im Rahmen des Versorgungsauftrags des Krankenhauses alle Leistungen umfasst, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung der Versicherten im Krankenhaus notwendig sind, insbesondere ärztliche Behandlung, Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Unterkunft und Verpflegung. Krankenhausbehandlung ist dabei grundsätzlich zielgerichtet i.S. von [§ 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#). Sie muss notwendig sein, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern, und hierfür müssen "die besonderen Mittel eines Krankenhauses" erforderlich sein. Eine Krankenbehandlung, die nicht der besonderen Mittel eines Krankenhauses bedarf, ist grundsätzlich ambulant durchzuführen; insbesondere die vollstationäre Krankenhausbehandlung ist nachrangig gegenüber allen anderen Arten der Krankenbehandlung (vgl. [§ 39 Abs 1 Satz 2 SGB V](#) "weil ... nicht"). Ob die notwendige medizinische Versorgung nur mit den besonderen Mitteln eines Krankenhauses durchgeführt werden kann, ist immer an Hand der Umstände des konkreten Einzelfalles zu beurteilen; es kommt auf die Art und Schwere der Krankheit im Einzelfall an und darauf, ob dafür die medizinische Versorgung eines Versicherten gerade im Krankenhaus notwendig ist.

Allerdings lässt sich die Frage, ob ambulante oder stationäre Behandlung angezeigt ist, nicht immer eindeutig beantworten. So hat schon der 1. Senat des BSG (Urteil vom 4. April 2006, [BSGE 96, 161](#), 169 = [SozR 4-2500 § 13 Nr. 8](#)) darauf hingewiesen, dass für die ärztliche Entscheidung, Behandlungsverfahren ambulant oder stationär durchzuführen, vor allem Risikoabwägungen ausschlaggebend sind. Dabei kommt es insbesondere auf den Gesundheitszustand des Versicherten an, aber auch andere Faktoren können eine Rolle spielen, weil eine medizinische Versorgung, die als solche nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse in der Regel ambulant vorgenommen wird, gleichwohl auf Grund besonderer Gegebenheiten des Einzelfalles eine stationäre Krankenhausbehandlung erfordern kann (Urteil des BSG vom 19. Nov. 1997, [SozR 3-2500 § 107 Nr. 1 S. 7](#)). Wesentlich ist ferner, dass eine nach den Regeln der ärztlichen Kunst geeignete ambulante Variante überhaupt zur Verfügung steht, und zwar so, dass sie für den Versicherten verfügbar und in zumutbarer Weise erreichbar ist (vgl. grundlegend dazu BSG, Urteil vom 10. April 2008 – [B 3 KR 19/05 R](#), zitiert nach juris).

Aus der undatierten Stellungnahme des behandelnden Krankenhausarztes PD Dr. D. im Verwaltungsverfahren ergibt sich, dass die vollstationäre Behandlung der Versicherten auf deren ausdrücklichen Wunsch erfolgt ist und das Krankenhaus selbst auf die Möglichkeit einer ambulanten Entfernung hingewiesen hatte. Dies lässt – entsprechend dem Hinweis des Berichterstatters vom 13. Januar 2009 – den Rückschluss zu, dass offenbar auch aus Sicht des Krankenhauses zunächst die Voraussetzungen für eine vollstationäre Behandlung unter medizinischen Gesichtspunkten nicht sicher bestanden haben. Allein der Wunsch eines Versicherten, sich vollstationär behandeln zu lassen, genügt nicht, um eine stationäre Krankenhausbehandlung aus medizinischen Gründen rechtfertigen zu können. Hinweise für eine besondere Gefährdungslage der Versicherten oder aufgetretener Komplikationen, die für eine vollstationäre Behandlungsbedürftigkeit hätten sprechen können, sind von der Klägerin nicht vorgetragen und nach den Auswertungen des MDK in den Unterlagen des Krankenhauses nicht erkennbar. Es handelte sich um eine Stellschraubenentfernung in Lokalanästhesie mit komplikationslosem Verlauf und ohne Mobilisationsprobleme für die Versicherte (vgl. die Auswertung der MDK-Gutachterin Dr. K. vom 18. Februar 2009). Die Einschätzung der MDK-Gutachterin, der Eingriff hätte unter ambulanten Bedingungen erfolgen können, hält der Senat für nachvollziehbar.

Der erst im Berufungsverfahren vorgenommene Vortrag der Klägerin, mit Hilfe der GAEP Kriterien (Kategorie F) die stationäre Behandlungsbedürftigkeit der Versicherten rechtfertigen zu wollen, genügt nicht, den Behandlungsfall vollstationär abrechnen zu können. Weder hat das Krankenhaus die Verfahrensvoraussetzungen der GAEP Kriterien (Kategorie F) eingehalten (im Folgenden a.) noch liegen die inhaltlichen Voraussetzungen dafür vor (im Folgenden b.).

a. Unabhängig von dem geringfügig unterschiedlichen Wortlaut der Fassungen der GAEP, die von beiden Beteiligten vorgelegt worden sind, ist in beiden Versionen der klare Hinweis enthalten, dass die Erfüllung dieser Kriterien jeweils dokumentiert sein muss. Dies verpflichtet das Krankenhaus, sich bei der Entscheidung für eine stationäre Versorgung mit diesen sozialen Faktoren frühzeitig inhaltlich auseinanderzusetzen und diese auch zu begründen. Beides hat das Krankenhaus der Klägerin versäumt. Erst im Rahmen der gerichtlichen Ermittlungen im Berufungsverfahren sind die eigentlichen Motive der Versicherten, sich vollstationär behandeln zu lassen, deutlich geworden. Hiernach ging es in erster Linie um die Schwierigkeiten der alleinerziehenden Mutter, die Versorgung ihres Kindes sicherzustellen. Diese Aspekte haben in den vorliegenden Krankenhausunterlagen keine Erwähnung gefunden. Mangels Prüfung und Dokumentation von sozialen Faktoren zum Zeitpunkt der Behandlung kann sich die Klägerin nicht mehr auf die GAEP Kriterien Kategorie "F" berufen. Nach dem klaren Wortlaut ist ein Nachschieben derartiger sozialer Gründe – wie die Beklagte zutreffend meint – im

Berufungsverfahren nicht mehr möglich.

b. Doch auch wenn man dieser Bewertung nicht folgen sollte, liegen im Übrigen keine Gründe vor, die als Soziale Faktoren im Sinne der GAEP Kriterien Kategorie "F" gewertet werden können. Die in Nr. F 1 bis F 4 der GAEP geregelten Voraussetzungen liegen bei der Versicherten nicht vor. Hinweise für Kommunikationsdefizite oder Einsichtsprobleme der Versicherten, für Entfernungsprobleme zu Nothilfestellen oder für fehlende ambulante Versorgungsmöglichkeiten sind weder vorgetragen noch aus der Patientenakte erkennbar. Der Begriff "Fehlende Versorgungsmöglichkeiten" ist in erster Linie auf den versicherten Patienten zu beziehen und kann nicht auf den möglichen Beaufsichtigungsbedarf eines Dritten erweitert werden. Die Versicherte hat selbst angegeben, dass sie durch ihre berufstätige Familie in Schichtarbeit nur begrenzt unterstützt werden konnte. Ein echter Versorgungsnotfall hat daher in der Person der Versicherten nicht vorgelegen. Selbst wenn der Senat die Versorgung Dritter in den Begriff der fehlenden Versorgungsmöglichkeiten nach der Kategorie F 4 mit einbeziehen würde, ist diese Begründung für die Versicherte ausgeschlossen, weil die Versorgung des Kindes der Versicherten nicht allein durch die stationäre Behandlung der Alleinerziehenden sicher gestellt werden kann. Insoweit drängen sich spürbare Vorteile gegenüber einer ambulanten Behandlung keineswegs auf. Vielmehr scheint gerade umgekehrt die ambulante Behandlung zur Absicherung der Versorgung des Kindes sogar aus zeitlichen Gründen günstiger. Schließlich wäre durch eine ambulante Behandlung eine umgehende Rückkehr in den häuslichen Bereich möglich gewesen. Die Entscheidung der Versicherten, sich wegen der Versorgung des Kindes für eine stationäre Behandlung zu entscheiden, ist daher keineswegs zwingend geboten gewesen. Auch die einweisende Ärztin Dr. A. hat lediglich technische Gründe genannt, die zur Krankenhauseinweisung der Versicherten geführt haben. Hiernach konnte die Behandlung nicht in ihrer Praxis erfolgen. Objektive Versorgungsprobleme, die eine vollstationäre Behandlung dringend geboten erscheinen lassen, sind damit nicht belegt. Sie waren auch nicht zu erwarten, da die Versicherte zur Behandlungszeit ihren Wohnort in M. und damit in erreichbarer Entfernung zum Krankenhaus hatte.

Der Hinweis der Klägerin auf das Urteil des Sozialgerichts Dresden vom 30. April 2009 führt zu keiner anderen Bewertung. Das Sozialgericht Dresden hatte einen grundlegend anderen Sachverhalt zu entscheiden. In diesem hatten die Eltern eines versicherten Kindes bereits in der Aufnahmeuntersuchung angegeben, dass ein Notarzt durch die örtlichen Umstände weniger gut erreichbar gewesen wäre und die Entfernung zur Klinik allein 25 km betragen habe. Das Sozialgericht Dresden konnte bei diesem Sachverhalt daher die Nr. F 2 der GAEP Kriterien Kategorie "F" anwenden. Diese Voraussetzungen sind jedoch in der Person der Versicherten im vorliegenden Behandlungsfall nicht erfüllt.

3. Der Beklagten war es auch nicht verwehrt, die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung nach kurzer Stellungnahme des MDK zu bestreiten, da kein genereller Einwendungsausschluss vorliegt.

a) Ein solcher Einwendungsausschluss ergibt sich nicht aus der Budget- und Entgeltvereinbarung für das Jahr 2003 oder aus landesvertraglichen Vereinbarungen. Nach § 8 der Budget- und Entgeltvereinbarung ist der Rechnungsbetrag spätestens am 21. Kalendertag nach Eingang der Rechnung fällig. Diese Vertragsregelung enthält keine Regelung über das Prüfungsverfahren der Beteiligten, sondern beschränkt sich nach dem Wortlaut ausschließlich auf die Frage der Fälligkeit. Denn es liegt auf der Hand, dass bei Ablauf dieser Frist die von der Krankenkasse durchzuführende Prüfung, ob die abgerechneten Leistungen tatsächlich erbracht worden sind und nach ihren jeweiligen Voraussetzungen sowie nach Art und Umfang notwendig waren ([§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#)), auch bei zügiger Bearbeitung vielfach noch nicht abgeschlossen sein kann. Die Regelung kann daher nicht so verstanden werden, dass die Prüfung der Erforderlichkeit innerhalb dieser Frist abgeschlossen sein muss. Auch für eine Auslegung, nach der das Prüfverfahren zumindest innerhalb der Frist durch die Beklagte eingeleitet sein muss, ergeben sich keine Anhaltspunkte.

Landesvertragliche Vereinbarungen im Sinne von [§ 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1](#) und 2 SGB V über die allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung sowie die Überprüfung ihrer Notwendigkeit und Dauer gab es jedenfalls im betroffenen Zeitraum in Sachsen-Anhalt nicht. Damit ist auch eine mögliche Rüge hinfällig, die Beklagte habe gegen ein landesvertraglich vereinbartes Beschleunigungsverbot verstoßen.

b) Auch für die Annahme einer schweren Verletzung des Prüfverfahrens durch die Beklagte und einen damit verbundenen Einwendungsausschluss bleibt kein Raum. Dagegen spricht der Ablauf des konkreten Abrechnungsfalls. Die Klägerin hat bereits mit Schreiben vom 17. März 2003 unter Angabe einer konkreten Frage an den MDK das Prüfungsverfahren eingeleitet und damit auch aus Sicht des Krankenhauses ausreichend begründet. Die Abrechnung des Krankenhauses ist nach der Stellungnahme von PD Dr. D. im Verwaltungsverfahren unschlüssig geworden. Hiernach war auch das Krankenhaus zunächst von einem ambulanten Behandlungsfall ausgegangen. Die Beklagte konnte es berechtigterweise als widersprüchlich ansehen, auf der einen Seite die Voraussetzungen eines ambulanten Behandlungsfalls zu bejahen und auf der anderen Seite gleichwohl vollstationär abrechnen zu wollen. Mangels plausibler Begründung der Klägerin für eine vollstationäre Behandlung der Versicherten durfte die Beklagte ohne weitere Prüfung die Zahlung verweigern. Entgegen der Annahme der Klägerin bedurfte es bei dieser Sachlage auch keiner weitergehenden substantiierten Begründung der Beklagten durch den MDK. Vielmehr musste zunächst das Krankenhaus den eigenen Widerspruch in der Abrechnung aufklären, um einen als ambulanten Behandlungsfall bewerteten Sachverhalt vollstationär abrechnen zu können. Dieser Begründungspflicht ist die Klägerin erst im Laufe des Berufungsverfahrens unter Hinweis auf die GAEP Kriterien Kategorie "F" nachgekommen.

4. Auch ein Verzugsanspruch der Klägerin besteht nicht. In Bezug auf die Teilzahlung der Beklagten in Höhe von 106,52 EUR am 16. März 2010 ist kein Verzugszinsanspruch entstanden. Die Beklagte hat erst am 9. März 2010 eine neue Rechnung auf einer rein ambulanten Abrechnungsgrundlage erhalten. Dies hat die Beklagte zu einem umgehenden Teilerkenntnis und einer sofortigen Teilzahlung veranlasst. Wegen dieser völlig neuen ambulanten Abrechnung ist die Fälligkeit des § 8 Abs. 1 der Pflegesatzvereinbarung erneut in Gang gesetzt worden. Der Beklagten war es mangels entsprechender Angaben nicht möglich, die Abrechnung für die ambulante Behandlung selbst zur errechnen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197 a SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 2](#) der Verwaltungsgerichtsordnung. Soweit die Beklagte nach Zugang einer neuen Rechnung auf ambulanter Behandlungsbasis eine umgehende Zahlung veranlasst hat, lagen die Voraussetzungen eines sofortigen Anerkenntnisses gemäß [§ 156 VwGO](#) vor. Für die Beklagte ist durch die korrigierte Rechnungslegung erstmals von Seiten der Klägerin der streitige Abrechnungsfall als ambulante Behandlung abgerechnet worden, was die Beklagte während des gesamten Verfahrens gefordert hatte. Die Beklagte hat somit für diese ambulante Abrechnung keine Veranlassung zur Klage gegeben, da es der Klägerin während

des langjährigen Verfahrens jeweils möglich gewesen wäre, den Abrechnungsfall zumindest hilfsweise auch als ambulanten Behandlungsfall abzurechnen.

Gründe für die Zulassung der Revision nach [§ 160 SGG](#) liegen nicht vor. Nach der grundlegenden Entscheidung des Großen Senats des BSG vom 25. September 2007 ([GS 1/06](#)) und den zahlreichen Folgeentscheidungen des BSG haben die Krankenhausabrechnungsstreitigkeiten eine weitgehende Klärung erlangt.

Die Streitwertfestsetzung folgt aus [§ 63 Abs. 2](#), [§ 52 Abs. 1](#) und [§ 47 Abs. 1](#) Gerichtskostengesetz (GKG).

Rechtskraft

Aus

Login

SAN

Saved

2012-10-01