L 6 KR 69/12

Land
Sachsen-Anhalt
Sozialgericht
LSG Sachsen-Anhalt
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
6
1. Instanz
SG Halle (Saale) (SAN)
Aktenzeichen
S 17 KR 96/09
Datum
27.03.2012
2. Instanz
LSG Sachsen-Anhalt
Aktenzeichen
L 6 KR 69/12
Datum
03.09.2015
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Die Berufung wird zurückgewiesen.

Die Klägerin trägt die Kosten des Verfahrens.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Der Streitwert wird auf 1.303,28 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist umstritten, ob die Beklagte die gesamte Dauer der stationären Behandlung (20. Februar 2007 bis 23. Februar 2007) einer bei der Beklagten krankenversicherten Patientin (Versicherte) zu vergüten hat.

Am 20. Februar 2007 wurde die Versicherte mit der Diagnose einer Arteriosklerose der Extremitätenarterien in das Krankenhaus der Klägerin aufgenommen. Als durchgeführte Prozeduren war der Abrechnung lediglich ein MRT des Herzens mit Kontrastmittel zu entnehmen.

Im Weiteren stellte die Klägerin für ihre Leistungen 1.978,61 EUR in Rechnung (DRG F75D - andere Krankheiten des Kreislaufsystems ohne äußerst schwere CC, Alter) 17 Jahre). Unter dem 2. April 2007 - Eingang beim MDK am 10. April 2007 - bat die Beklagte um eine Begutachtung. Insbesondere wurde gefragt, ob die Leistung auch ambulant hätte erbracht werden können und die prä-/postoperative Verweildauer gerechtfertigt sei. Nach Auswertung von weiteren Behandlungsunterlagen teilte der MDK mit, dass die Aufnahme zur elektiven Diagnostik einer symptomatischen pAVK (periphere arterielle Verschlusskrankheit) erfolgt sei. Eine Angiographie habe diesen Verdacht bestätigt. Dann sei die Möglichkeit einer Bypassoperation der Versicherten besprochen worden. Diese habe sich jedoch Bedenkzeit erbeten. Zusammenfassend kam der MDK zu dem Ergebnis, dass zwei Tage des Krankenhausaufenthaltes nicht begründet seien. Zu der geplanten diagnostischen Maßnahme hätte ein einziger Tag ausgereicht.

Daraufhin bat die Beklagte um Rücküberweisung eines Betrages i. H. v. 1.303,28 EUR. Hiergegen legte die Klägerin "Widerspruch" ein und bat um Einholung einer erneuten Stellungnahme des MDK unter Vorlage weiterer Unterlagen. Sie wies darauf hin, dass die ursprünglich geplante Becken-Bein-Angiographie nicht hätte durchgeführt werden können, da die vorempfohlene Pause bei der Einnahme des Blutgerinnungsmittels nicht eingehalten worden sei. Daher habe man sich zur MR-Angiographie entschlossen, die aus organisatorischen Gründen erst am Folgetag habe stattfinden können. Der Befundbericht über das Ergebnis der Untersuchung sei erst am 22. Februar 2007 eingegangen. Nach Konsultation mit einem Gefäßchirurgen habe dieser zu Bedenken gegeben, dass die Beschwerden wegen der zusätzlich bestehenden Gonarthrose eventuell nicht zu beheben seien. Daraufhin habe die Versicherte um Bedenkzeit gebeten und die Operation am 23. Februar 2007 abgelehnt.

Mit Schreiben vom 2. November 2007 bat die Beklagte erneut um Rücküberweisung des ihrer Ansicht nach überzahlten Betrages von 1.303,28 EUR. Unter dem 7. Januar 2008 kam die Klägerin dem nach, wies aber darauf hin, dass dies kein Anerkenntnis darstelle. Den Widerspruch erhalte man aufrecht.

Der erneut konsultierte MDK führte aus, es sei nicht verständlich, warum der Befund der Angiographie erst am Folgetag am Krankenhaus eingegangen sei. Mit dieser Untersuchung sei die Diagnostik im Prinzip abgeschlossen gewesen. Die Konsiliaruntersuchungen hätten poststationär durchgeführt werden können. Die besonderen Mittel des Krankenhauses seien dafür - insbesondere auch für die Bedenkzeit -

nicht erforderlich. Nur aufgrund der Polymorbidität der Patientin sei die Durchführung der Untersuchung unter stationären Bedingungen überhaupt als medizinisch begründet angesehen worden. Normalerweise hätten alle Untersuchungen ambulant durchgeführt werden können. Die Entfernung zwischen Wohn- und Untersuchungsort (ca. 12 km) hätten dabei keine besondere Rolle gespielt.

Am 28. April 2009 hat die Klägerin Klage am Sozialgericht Halle erhoben und ihren bisherigen Vortrag vertieft. Mit Urteil vom 27. März 2012 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen und zur Begründung ausgeführt, eine Verwertung der Daten der Versicherten sei nicht möglich, da diese keine Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht erklärt habe. Ob die Behandlung daher aus medizinischen Gründen erforderlich gewesen sei, lasse sich nicht aufklären. Auch die Einholung eines Sachverständigengutachtens sei aus diesem Grunde nicht möglich gewesen, da damit das Gericht Daten an den Sachverständigen weitergebe. Damit bleibe es bei der Beweislast des klagenden Krankenhauses.

Gegen die ihr am 20. August 2012 zugestellte Entscheidung hat die Klägerin am 23. August 2012 Berufung eingelegt und darauf hingewiesen, dass nach der Rechtsprechung des BGH der Arzt Krankenunterlagen bei einer Zahlungsklage offenlegen dürfe. Andernfalls läge die Verwirklichung des Honoraranspruchs in der Hand des Patienten, was unbillig sei, weil es auf seine Einwilligung nicht ankäme, wenn er selber Kostenschuldner wäre. Die Anwendung des Sachleistungsprinzips würde insoweit zu einer Schlechterstellung des Leistungserbringers führen. Mithin ständen Patient und Krankenkasse aufgrund des Sachleistungsprinzips in einem Lager, was eine Analogie mit der Zahlungsklage gegen den Patienten selbst rechtfertige.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Halle vom 27. März 2012 aufzuheben sowie die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin für die stationäre Behandlung der Patientin K. weitere 1.303,28 EUR Zinsen i. H. v. 4 Prozentpunkten pro Jahr ab dem 5. Januar 2008 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die angefochtene Entscheidung in der Begründung allerdings ausdrücklich für unrichtig; insoweit schließt sie sich bezüglich der Problematik der Akteneinsicht und des Datenschutzes ausdrücklich der Auffassung der Klägerin an. Die angefochtene Entscheidung sei jedoch im Ergebnis zutreffend, da ein längerer stationärer Aufenthalt nicht erforderlich gewesen sei.

Eine Anfrage des Senats beim Einwohnermeldeamt ergab, dass die Versicherte am 16. Mai 2007 verstorben war. Der Senat hat die Krankenhausakte beigezogen und der Beklagten zur Kenntnis gegeben.

Die Beteiligten haben sich übereinstimmend mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt.

Die Gerichtsakte und die Verwaltungsakte der Beklagten haben vorgelegen und waren Gegenstand der Beratung und Entscheidungsfindung. Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhaltes und des Sachvortrages der Beteiligten wird auf den Inhalt der Gerichtsakte und der Verwaltungsakte ergänzend verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung der Klägerin, über die mit Einverständnis der Beteiligten ohne mündliche Verhandlung durch Urteil entschieden werden konnte (§ 124 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz [SGG]), ist unbegründet.

1. Die Klage ist als Leistungsklage nach § 54 Abs. 5 SGG zulässig. Die Klage eines Krankenhausträgers wie der Klägerin auf Zahlung der Behandlungskosten eines Versicherten gegen eine Krankenkasse wie die Beklagte ist ein sogenannter Beteiligtenstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt, kein Vorverfahren durchzuführen und keine Klagefrist zu beachten ist (BSG, 30. Juni 2009 - B 1 KR 24/08 R, Rn. 12 m.w.N). Die Klägerin hat den Zahlungsanspruch auch konkret beziffert.

2. Die Klägerin hat gegen die Beklagte keine Forderung wegen der hier streitigen Behandlung der Versicherten über die gezahlten 675,33 EUR hinaus.

a) Rechtsgrundlage des geltend gemachten Vergütungsanspruchs für diese Behandlung ist § 109 Abs. 4 S. 3 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch - Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V) i.V.m. § 7 Abs. 1 Nr. 1 Krankenhausentgeltgesetz und der Anlage 1 der Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2007 sowie der Krankenhausbehandlungsvertrag für das Land Sachsen-Anhalt nach § 112 Abs. 2 S. 1 Nr. 1 SGB V.

Dieser Vergütungsanspruch setzt voraus, dass eine notwendige Krankenhausbehandlung stattgefunden hat, die nicht ambulant, sondern vollstationär durchgeführt worden ist (BSG, 28. Februar 2007 - B 3 KR 17/06 R, Rn. 11).

Dass die von der Klägerin durchgeführte MR-Angiographie eine Krankenhausbehandlung erforderte, ist zwischen den Beteiligten nicht streitig; ebenso geklärt ist zwischen ihnen die Frage, ob die Beklagte 675,33 EUR zu zahlen hat. Ein weitergehender Anspruch besteht nicht.

Denn der Vergütungsanspruch für eine stationäre Behandlung entsteht nur, soweit die stationäre Versorgung im Sinne von § 39 Abs. 1 S. 2 SGB V erforderlich gewesen ist. Das setzt voraus, dass die notwendige medizinische Versorgung nur mit den besonderen Mitteln eines Krankenhauses durchgeführt werden kann und eine ambulante ärztliche Versorgung nicht ausreicht, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern (BSG, 18. September 2008 - B 3 KR 22/07 R, Juris, Rn. 10).

Dies ist hier für die weitere Zeit nicht erkennbar. Wie zwischen den Beteiligten unstreitig ist, ist in dieser Zeit nur eine einzige Prozedur durchgeführt worden: ein MRT des Herzens mit Kontrastmitteln. Sofern dies überhaupt eine stationäre Aufnahme erfordern würde, so genügt hierfür ein Tag. Anhaltspunkte für eine andere Sachlage enthält der Vortrag der Klägerin nicht. Wenn hierfür organisatorisch zwei Tage erforderlich sein sollten, weil kurzfristig ein solches MRT nicht gemacht werden konnte, hätte die Versicherte entlassen werden müssen bzw. hätte nicht aufgenommen werden dürfen. Angesichts der hohen laufenden Kosten ist auch nicht verständlich, warum der Befund der Angiographie erst am Folgetag eingegangen ist, zumal keine Maßnahmen mehr anstanden, für die eine stationäre Behandlung notwendig gewesen wäre. Die theoretische Möglichkeit genügt nicht, da keine Gesundheitsgefahren mit der Entlassung der Versicherten zu diesem Zeitpunkt verbunden waren. Mit dieser Untersuchung war die Diagnostik abgeschlossen. Weitere Untersuchungen konnten ambulant durchgeführt werden, wie der MDK überzeugend und unwidersprochen darlegt.

Auch die Bedenkzeit der Versicherten über das weitere Vorgehen ist nicht nur unter stationären Bedingungen möglich; für deren Notwendigkeit fehlt ebenfalls ein Anhaltspunkt. Andernfalls müssten auch eine Bedenkzeit von zwei Wochen und mehr bezahlt werden.

Auf die vom Sozialgericht angesprochene Beweislast kommt es insoweit nicht an, da der Senat den Vortrag der Klägerin für wahr unterstellen kann und es auch keinen Anhaltspunkt für einen anderen Sachverhalt gibt.

b) Aus der übersandten Krankenhausakte und den Unterlagen der Beklagten ergibt sich im Übrigen auch nichts anderes. Der Senat hat auch keine Bedenken, diese Unterlagen zu verwerten.

aa) Zulässig ist gemäß § 69 Abs. 1 Nr. 2 Sozialgesetzbuch Zehntes Buch – Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz (SGB X) zumindest die Verwertung aller Unterlagen, die der beklagten Krankenkasse datenschutzrechtlich legal vorliegen (kritisch zu dieser Rechtsgrundlage LSG NRW, Urteil vom 21. Juli 1982 - L 8 J 18/80, juris; anders Rombach in Hauck/Noftz, SGB X, § 67d Rn. 61 ff).

Denn danach ist eine Übermittlung von Sozialdaten u.a. zulässig, soweit sie erforderlich ist

"1. für die Erfüllung der Zwecke, für die sie erhoben worden sind oder für die Erfüllung einer der übermittelnden Stelle nach diesem Gesetzbuch oder einer solchen Aufgabe des Dritten, an den die Daten übermittelt werden, wenn er eine in § 35 des Ersten Buches genannte Stelle ist,

2. für die Durchführung eines mit der Erfüllung einer Aufgabe nach Nummer 1 zusammenhängenden gerichtlichen Verfahrens."

Die anhängige Berufung ist ein gerichtliches Verfahren in diesem Sinne. Aufgabe der Beklagten ist u.a. die Bereitstellung und Finanzierung der stationären Krankenbehandlung ihrer Versicherten und damit auch das Begleichen von Rechnungen. Die der Beklagten vorliegenden Sozialdaten werden für diese Abrechnungszwecke festgehalten. Eine Abrechnung zwischen Krankenhaus und Krankenkasse ist nur möglich und zulässig, wenn bestimmte Daten im Rahmen des § 301 SGB V übermittelt werden. Die schließt nach § 69 Abs. 1 Nr. 2 SGB X auch ihre Übermittlung an das Gericht im Falle eines Rechtsstreites ein. Wie § 275 SGB V weiter bestimmt, ist auch die Übermittlung von weiteren Daten an die Beklagte möglich; ausdrücklich vorgesehen ist sogar ein Besuch des MDK im Krankenhaus, also die Erstellung von weiteren Sozialdaten. In diesem Rahmen erhält die Krankenkasse regelmäßig alle relevanten Informationen. Anders ist eine Abrechnung schlechthin nicht vorstellbar.

Hiervon geht auch der Versicherte regelmäßig aus, da ihm bekannt ist, dass seine Krankenkasse den Krankenhausaufenthalt bezahlt.

Es besteht auch kein Grund - insbesondere nicht unter dem Aspekt des Datenschutzes - die Gutachten und Unterlagen des MDK, die rechtmäßig im Rechnungsprüfungsverfahren erstellt bzw. eingeholt wurden, im Gerichtsverfahren nicht zu berücksichtigen. Diese sind beiden Beteiligten schon bekannt. Das gleiche gilt für Stellungnahmen des Krankenhauses und seiner Ärzte, die während des Rechnungsprüfungsverfahrens im Rahmen einer zulässigen Reaktion auf solche Gutachten erstellt wurden. Es besteht zudem kein rechtlicher Anhaltspunkt, zwischen Daten nach § 301 SGB V und § 275 SGB V zu differenzieren.

Denkbar ist, dass ein Gericht sich anhand dieser Unterlagen bereits abschließend eine Meinung bilden kann und es insoweit auf die Beiziehung weiterer Unterlagen und eine Beweislastentscheidung ebenfalls nicht mehr ankommt.

bb) Zwar kann sich die Klägerin nicht auf § 69 SGB X stützen. Denn sie ist keine in § 35 Sozialgesetzbuch Erstes Buch - Allgemeiner Teil (SGB I) genannte Stelle; generell kann das SGB X angesichts seines Anwendungsbereiches nach § 1 SGB X keine Mitteilung von Daten durch die Klägerin rechtfertigen, die keine öffentliche Verwaltung ist (kritisch zu dieser Rechtsgrundlage auch LSG NRW, Urteil vom 21. Juli 1982 - L 8 J 18/80,juris; anders Rombach in Hauck/Noftz, SGB X, § 67d Rn. 61 ff).

cc) Jedoch ist es auch dem beklagten Krankenhaus nicht untersagt, Daten der Versicherten dem Gericht mitzuteilen. Denn diese Offenbarung im Falle einer - wie hier - unvermeidbaren gerichtlichen Geltendmachung der Behandlungskosten ist unstrittig als letztes Mittel erlaubt (BGH, Urteil vom 10. Juli 1991 - VIII ZR 296/90, BGHZ 115, 123 = juris Rn. 31, Fischer, StGB, 62. Auflage, § 203 Rn. 46; LK/Schünemann, StGB, Stand 1. August 2000, Rn. 83; Schönke/Schröder/Lenckner/Eisele, StGB, 29. Auflage, Rn. 133). Der Senat sieht keinen Anlass, eine nach dem Zivil- und Strafrecht unstrittig rechtmäßige Datenübermittlung im Sozialversicherungsrecht anders zu bewerten. Im Gegenteil ist hier ausschließlich das Verhältnis der Klägerin und der Krankenkasse betroffen, d. h. die Versicherte selbst tritt im Verfahren und insbesondere in der öffentlichen mündlichen Verhandlung einschließlich der Terminsaushänge nicht auf.

Zusätzlich ist hier bei der Abwägung zwischen dem Vermögensinteresse der Klägerin und dem Geheimhaltungsinteresse der verstorbenen Versicherten der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit zu beachten (BGH, 25. März 1993 - IX ZR 192/92, BGHZ 122, 120). Der Tod der Versicherten bewirkt einen Interessenwegfall bezüglich ihrer persönlichen Daten. Daher gebührt dem Vermögensinteresse der Klägerin der Vorrang.

Zumindest die nach § 301 SGB V übermittelten Daten müssen allein schon zur notwendigen Konkretisierung des Streitgegenstandes der Klage dem Gericht mitgeteilt werden. Andernfalls wäre diese unzulässig. Es kann dem Gesetzgeber nicht verborgen geblieben sein, dass

Krankenhäuser Klagen gegen Gesetzliche Krankenkassen mit dem Ziel erheben, für einen konkreten Versicherten weitere Entgelte abrechnen zu können. Der Senat hält angesichts des Grundrechts auf effektiven Rechtsschutz aus Art. 19 Abs. 4 Grundgesetz (GG) eine Auslegung für fernliegend, die im Ergebnis die Erhebung einer Klage in Fällen wie dem Vorliegenden ausschließt.

Sofern Ermittlungsbedarf bestehen sollte, wäre aber unverständlich, warum zwischen Stellungnahmen des MDK und des Krankenhauses vor und nach Klageerhebung zu differenzieren sein sollte. Denn dann hätte das Krankenhaus scheinbar die Möglichkeit, die Tatsachenerhebung durch Klageerhebung zu beenden.

Dürften rechtlich in einer solchen Lage keine weiteren Erkenntnisse mehr verwertet werden, wären die Entscheidungen zufällig und damit auch letztlich willkürlich, da sie auf das abstellen müssten, was zufällig schon im Abrechnungsverfahren bekannt (und "unstreitig") wurde. Die (ggf. auch teilweise unstreitige) Tatsachenfeststellung des MDK wäre unüberprüfbar. Dies ist alles mit dem Amtsermittlungsgrundsatz nach § 103 SGG, aber auch mit der Rechtsschutzgarantie des Art. 19 Abs. 4 GG und dem Rechtsstaatsprinzip nach Art. 20 GG unvereinbar. Auch aus dem verfassungsrechtlich geschützten Gebot des rechtlichen Gehörs (Art. 103 GG; 123 SGG) folgt, dass sich auch die Krankenkasse zu allen relevanten Daten äußern können muss.

dd) Angesichts dieser Rechtslage kann der Senat auch offen lassen, ob er gehindert wäre, datenschutzrechtlich unzulässig erhobene Daten seiner Entscheidung zu Grunde zu legen.

3. Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a SGG i.V.m. §§ 154 Abs. 2, 155 Abs. 1 Satz 3 Verwaltungsgerichtsordnung.

4. Gründe für die Zulassung der Revision (§ 160 Abs. 2 SGG) liegen nicht vor. Der vom Sozialgericht angesprochene datenschutzrechtliche Konflikt ist im vorliegenden Rechtsstreit nicht entscheidungserheblich, wie nicht zuletzt die im Tenor ausgesprochene Zurückweisung der Berufung zeigt. Zudem folgt der Senat ausdrücklich der parallel gelagerten Rechtsprechung des BGH.

5. Die Streitwertfestsetzung beruht auf § 197a Abs. 1 S 1 SGG i.V.m. §§ 63 Abs. 2, 52 Abs. 1, 3, 47 Abs. 1 S. 1 GKG.
Rechtskraft
Aus
Login
SAN
Saved
2016-01-29