

## L 5 KA 1991/00

Land  
Baden-Württemberg  
Sozialgericht  
LSG Baden-Württemberg  
Sachgebiet  
Vertragsarztangelegenheiten  
Abteilung

5  
1. Instanz  
SG Karlsruhe (BWB)

Aktenzeichen  
S 1 KA 3544/99

Datum  
01.03.2000

2. Instanz  
LSG Baden-Württemberg  
Aktenzeichen

L 5 KA 1991/00  
Datum

04.12.2002

3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen

-  
Datum

-  
Kategorie  
Urteil

Leitsätze

Wird nach einer ambulanten Operation der Patient für 1-3 Tage in eine Privatklinik auf eigene Kosten stationär aufgenommen, so handelt es sich insgesamt um eine stationäre Behandlung und zwar unabhängig davon, ob der stationäre Aufenthalt medizinisch notwendig war oder nicht. Die Leistungen für die ambulanten Operationen sind nicht zu Lasten der KV abrechenbar; entsprechende sachlich-rechnerische Richtigstellungen sind rechtmäßig.

Die Berufung der Kläger gegen das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 1. März 2000 wird zurückgewiesen.

Die Kläger haben der Beklagten auch die Kosten des Berufungsverfahrens zu erstatten. Im Übrigen sind Kosten nicht zu erstatten.

Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand:

Die Kläger wenden sich gegen die Streichung von ihnen erbrachter Operationsleistungen im Quartal 1/98 im Rahmen einer sachlich rechnerischen Richtigstellung.

Die Kläger sind als Fachärzte für Orthopädie in P. niedergelassen und zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Sie betreiben eine Gemeinschaftspraxis.

In den hier streitigen Fällen waren die Patienten im Anschluss an die ambulante Operation jeweils noch zwischen ein und drei Tagen in der A. -Klinik untergebracht. Die A. -Klinik ist eine Privatklinik in der Rechtsform einer GmbH, bei der der Kläger Ziff. 1 Mehrheitseigner ist. Die Kläger haben ihre Praxis im 3. OG, im 4. OG betreibt die R+B GmbH die A. -Klinik. Die Gemeinschaftspraxis hat mit der A. -Klinik einen Mietvertrag über die entgeltliche Nutzung der OP-Räumlichkeiten geschlossen. In ihren Merkblättern zu verschiedenen Operationen empfehlen die Kläger den Aufenthalt in der A. Sportklinik nach der ambulanten Operation. So heißt es in den Informationen über die Kreuzbandplastik und über Schulteroperationen " Sie bleiben im allgemeinen zwei Tage in der A. -Sportklinik und sollten sich dann abholen lassen, denn Sie dürfen noch nicht selbst Auto fahren". Bei Ellenbogenoperationen wird der Hinweis gegeben: " Bei Ellenbogenoperationen wird meist eine stationäre Übernachtung vereinbart". Für Pflichtversicherte der gesetzlichen Krankenkassen heißt es in einem anderen Merkblatt: " Die A. -Sportklinik ist eine Privatklinik. Es bestehen keine Verträge mit den gesetzlichen Krankenkassen. Wenn Sie sich dennoch von den Ärzten der Gemeinschaftspraxis operieren lassen, trägt Ihre Krankenkasse die Kosten für die ambulante Operation. Leistungen, die Sie von der A. -Sportklinik in Anspruch nehmen, müssen Sie in der Regel selbst bezahlen".

Die A. -Klinik hat mit den betroffenen Patienten jeweils für die "Unterbringung" einen "Behandlungsvertrag für Kassenpatienten" (so der im Quartal 1/98 verwendete Formularvertrag) geschlossen, in dem unter anderem ausgeführt ist: Die A. - Sportklinik hat als Privatklinik keine Kostenübernahmeverträge mit den gesetzlichen Krankenkassen für den stationären Aufenthalt. Die Tagessätze sowie sämtliche weiteren Kosten aus gewünschten Wahlleistungen (siehe Anlage Pflegekostentarife II u. III) müssen daher durch den Patienten selbst getragen werden. Der allgemeine Tagessatz im 3-Bett-Zimmer beträgt 395,00 DM.

Mit Bescheid vom 15. Juli 1998 teilte die Beklagte den Klägern mit, dass in der Abrechnung 1/98 Operationsleistungen gestrichen worden seien, da es sich nicht um ambulante Operationen, sondern um stationäre Behandlungen gehandelt habe. Die Abrechnung ambulant erbrachter Leistungen sei in den hier betroffenen Fällen nicht möglich, da es sich tatsächlich jeweils um stationäre Behandlung gehandelt habe.

Gegen den Bescheid erhoben die Kläger Widerspruch. Im Rahmen des Widerspruchsverfahrens wurde sodann ermittelt, welche Patienten nach der ambulanten Operation nach Hause gegangen seien und welche in der A. -Klinik übernachtet hatten. Es wurde darauf hin mit Widerspruchsbescheid vom 18. August 1999 der Bescheid der Beklagten vom 15. Juli 1998 abgeändert und die Berichtigungen für die Patienten, die nach ihren ambulanten Operationen am selben Tag nach Hause gegangen seien, aufgehoben. Im Übrigen wurde unter Berufung auf das Urteil des Senats vom 8. Juli 1998 ([L 5 KA 2065/97](#)) die Auffassung vertreten, für die Frage, ob ein stationärer Aufenthalt vorgelegen habe, komme es nicht darauf an, aus welchen Gründen die stationäre Aufnahme erfolgt sei.

Gegen den den Klägern am 19. August 1999 zugestellten Widerspruchsbescheid haben diese am Montag, den 20. September 1999 Klage vor dem Sozialgericht Karlsruhe (SG) erhoben. Zur Begründung haben sie, wie bereits im Widerspruchsverfahren geltendgemacht, bei der A. -Klinik handele es sich um eine Privatklinik, in der die Patienten nach Durchführung der ambulanten Operationen auf ihren eigenen Wunsch untergebracht würden. Es stehe den Patienten selbstverständlich offen, am postoperativen Tag zur Entfernung der Drainage und zum Verbandswechsel in die Praxis des einweisenden Arztes zu kommen. Die meisten Patienten würden es jedoch vorziehen, von dem Angebot der Übernachtung in der A. -Klinik Gebrauch zu machen, da sie aus entfernteren Regionen stammten. Die A. -Klinik habe bereits 1995 das Angebot eröffnet, ambulant operierten Patienten im Anschluss an die ambulante Operation die Gelegenheit zu geben, ein bis zwei Tage in der Klinik zu übernachten und im Bedarfsfall die angebotenen Leistungen in Anspruch zu nehmen. Entsprechend sei auch zwischen der Klinik und den Kassenpatienten eine Vereinbarung geschlossen worden, dass der Kassenpatient die dafür anfallenden Kosten selbst zu tragen habe.

Während des Klageverfahrens wurde in Ausführung des Widerspruchsbescheides eine Zahlung in Höhe von 714.789,09 DM geleistet. Diese Zahlung enthielt auch die Leistungen für 219 Patienten, die in der A. -Klinik übernachtet hatten. Die Beklagte hat im Klageverfahren richtiggestellt, dass Zahlungen in Höhe von 493.013,01 DM irrtümlich erfolgt seien, es hätte lediglich eine Gutschrift in Höhe von 301.260,28 DM für die Patienten erfolgen dürfen, die nach Hause gegangen wären. Die Kläger machten in diesem Zusammenhang mit Schriftsatz vom 29. Februar 2000 unter Bezugnahme auf 52 namentlich genannte Patienten noch ausstehendes Honorar in Höhe von 131.481,55 DM geltend.

Mit Urteil vom 1. März 2000 hat das SG die Klage abgewiesen. Es hat hierbei die Auffassung vertreten, Gegenstand des Klageverfahrens sei - unabhängig von der erfolgten Zahlung in Höhe von 714.789,09 DM - der Bescheid der Beklagten vom "5. Juli 1998" (richtig: 15. Juli 1998) in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 18. August 1999 (Blatt 13 SG-Akte). Durch den Widerspruchsbescheid sei nur insoweit eine Abhilfeentscheidung getroffen worden, als die Patienten, die nach der ambulanten Operation an dem selben Tage nach Hause gegangen seien, nachvergütet werden sollten. Im Übrigen sei der Widerspruch zurückgewiesen worden. Hieran ändere auch die irrtümlich erfolgte Zahlung nichts (insoweit stehe der Beklagten ein Erstattungsanspruch zu). In der Sache könnten die von den Klägern erbrachten Leistungen nicht als ambulante vertragsärztliche Leistungen abgerechnet werden. Die Beklagte habe berechtigterweise im Wege der sachlich - rechnerischen Richtigstellung die entsprechenden Geb.-Nrn. gestrichen. Wie der Kläger Ziff. 1 am Beispiel eines Patienten, bei dem eine rekonstruktive arthroskopische Operation durchgeführt worden sei, angegebenen habe, verblieben die Patienten in diesem Fall ohne medizinische Indikation in der A. -Klinik. Die A. -Klinik verfüge über acht Betten in einer Wachstation und über 20 Betten auf der Normalstation. Die ärztliche Betreuung sei rund um die Uhr sichergestellt und die Klinik befinde sich im gleichen Haus wie die Praxis der Kläger. Bei einem derartigen Sachverhalt könne nicht davon ausgegangen werden, dass es sich um ambulante Operationen gehandelt habe, vielmehr seien bei den streitigen Fällen die Patienten stationär in die Klinik aufgenommen worden. Es handele sich damit um einen stationären Aufenthalt. Für die Frage, ob ein stationärer Aufenthalt vorliege, komme es nicht darauf an, aus welchen Gründen die stationäre Aufnahme erfolge. Daher sei es auch nicht maßgeblich, ob die Aufnahme mit oder ohne medizinische Indikation und/oder auf eigenen Wunsch der Patienten oder ihrer Familien erfolgt sei. Es sei auch nicht entscheidend, ob eine Unterbringung ebenso gut in der Klinik oder in einem Hotel hätte erfolgen können (mit Hinweis zum Urteil des erkennenden Senats vom 8. Juli 1998 - [L 5 KA 2065/97](#) -). Eine ambulante Behandlung liege nur dann vor, wenn der Patient behandelt werde, ohne dass er Unterkunft und Verpflegung erhalte, insbesondere also, wenn er nach der Operation und der Anästhesie wieder nach Hause entlassen werde (mit Hinweis auf das Urteil des erkennenden Senats vom 19. Januar 2000 -[L 5 KA 452/99](#) -). Bei allen Patienten, bei denen hier die Leistungen gestrichen worden seien, sei eine Aufnahme in die A. -Klinik erfolgt und habe es sich somit nicht um ambulante Leistungen, sondern um stationäre Leistungen gehandelt, die nicht aus der Gesamtvergütung zu bezahlen seien. Da die A. -Klinik nicht zu den zugelassenen Krankenhäusern gehöre, weil sie nicht in den Krankenhausplan aufgenommen worden sei, sei mit ihr ein Versorgungsvertrag auch nicht abgeschlossen worden. Die Kläger hätten daher keinen Anspruch auf die Bezahlung der in der A. -Klinik durchgeführten stationären Leistungen. Sie seien auch insoweit nicht Belegärzte i. S. v. [§ 121 SGB V](#), denn diese Tätigkeit setze ein zugelassenes Krankenhaus voraus. Es fehle somit an der Rechtsgrundlage für die Vergütung der erbrachten Leistungen, so dass dies auch nicht beansprucht werden könne.

Die Kläger haben gegen das ihrer Bevollmächtigten am 11. April 2000 zugestellte Urteil am 11. Mai 2000 Berufung eingelegt. Zur Begründung führen sie in der Person des Klägers Ziff. 1 im Erörterungstermin vom 19. Oktober 2001 aus, bei den hier streitigen Operationen sei es medizinisch ausreichend gewesen, diese ambulant durchzuführen. Der Umstand, dass sich die Patienten anschließend in die A. -Klinik begeben hätten, habe allein auf deren individueller Entscheidung beruht. Es habe auch zahlreiche Patienten gegeben, die nicht in die Klinik gegangen seien, weil sie etwa in der Nähe gewohnt hätten oder Zuhause gut betreut gewesen seien. Andere Patienten hätten sich für eine komfortablere Unterkunft entschieden. Eine medizinische Notwendigkeit, sich in einer Klinik nachbetreuen zu lassen, habe in keinem Fall bestanden. Die Motivation in der A. -Klinik zu übernachten sei immer auch in den verhältnismäßig weiten Wegstrecken zu sehen, die einige Patienten sonst zurückzulegen gehabt hätten. Nach ambulanten Operationen müsse am nächsten, in einzelnen Fällen auch erst am übernächsten Tag ein Verbandswechsel erfolgen, seien Drainagen zu ziehen und eine Kontrolluntersuchung durch den Arzt vorzunehmen. Die Patienten hätten die Möglichkeit, wenn sie weiter entfernt wohnten, diese ärztlichen Handlungen auch bei dem Arzt ihres Vertrauens in der Nähe ihres Wohnortes vornehmen zu lassen, dies sei in der Regel der zuweisende Kollege. Für diese Variante entschieden sich eine ganze Reihe von Patienten. Andere entschieden sich dafür, in der Nähe der Operationspraxis zu übernachten, um sich weite Wege, am Abend die Heimfahrt und am nächsten Tag die Anfahrt, zu ersparen. In der Zwischenzeit sei man dazu übergegangen, im Hinblick auf die Probleme mit der A. -Klinik die Patienten in einem benachbarten Hotel unterzubringen. In den hier streitigen Fällen sei in keinem einzigen Fall eine mehr als sechsstündige postoperative Überwachung durchgeführt worden, dies bedeute, dass jeder der hier streitigen Patienten hätte nach Hause fahren können, wenn er dies gewollt hätte. Medizinische Gründe hätten einer Heimfahrt nicht entgegengestanden. In keinem der hier streitigen Fälle habe eine medizinische Notwendigkeit bestanden, die Patienten stationär nachzubetreuen. Dies zeige auch der Umstand, dass ihre Praxis bereits 1994 in genau gleicher Weise ein vergleichbares Patientengut ambulant operiert habe und sämtliche Patienten damals nach Hause gefahren seien, ohne von ihnen nachbehandelt werden zu müssen. Eine vergleichbare Unterkunft sei damals

nicht angeboten worden.

Die Kläger beantragen,

das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 1. März 2000 sowie den Bescheid der Beklagten vom 15. Juli 1998 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 18. August 1999 aufzuheben und die Beklagte zu verpflichten, in Bezug auf das Quartal 1/98 die Leistungen der aufgeführten Patienten in der Liste 2 mit der Bezeichnung "Patienten, bei der - im Anschluss an die ambulante OP erfolgte - Übernachtung handelt es sich um eine durch die Krankenkassen nicht erstattungsfähige, vom Patient freigewählte, medizinisch nicht indizierte Leistung" (Nr. 1 bis 275)] nachzuvergüten,

hilfsweise, die Revision zuzulassen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung der Kläger zurückzuweisen,

hilfsweise Herrn H. als Zeugen zu vernehmen

Sie hält die Entscheidung des SG für zutreffend.

Die Beigeladenen haben keine Anträge gestellt.

Im Rahmen des Erörterungstermins vom 19. Oktober 2001 waren unter anderem die Kläger aufgefordert worden das Formular (Behandlungsverträge), das den Patienten vor der Übernachtung in der Klinik ausgehändigt worden sei, vorzulegen sowie im Zusammenhang damit hinsichtlich des behandelten Patientengutes 1994 und 1998 die Vergleichszahlen vorzulegen, aus denen sich ergibt, dass das Patientengut vergleichbar gewesen sei, in diesem Falle aber keine Unterkünfte angeboten worden seien. Diese Unterlagen wurden erst zwei Tage vor der mündlichen Verhandlung dem Senat vorgelegt. Die Beklagte war daneben aufgefordert worden, anhand der Behandlungsscheine in 50 Fällen zu überprüfen, inwieweit eine stationäre Nachbetreuung medizinisch notwendig bzw. nicht notwendig gewesen sei. Hierzu teilt die Beklagte mit, dass sie mit Schreiben vom 3. Juli 2002 in diesem Zusammenhang die Kläger um Überlassung der OP-Berichte gebeten habe, diese Unterlagen jedoch bis heute nicht eingegangen seien. Diese Dokumente wurden erst am Tage vor der mündlichen Verhandlung vorgelegt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Beteiligtenvorbringens wird auf die Verwaltungsakten der Beklagten betreffend die Quartale 1/98 und 2/96 bis 1/97 (vgl. Bl. 17 LSG-Akte) sowie die Gerichtsakten erster und zweiter Instanz Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

I.

Die Berufung ist zulässig. Sie ist insbesondere statthaft. Ein Berufungsausschlussgrund gem. [§ 144 Abs. 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) liegt nicht vor. Der Beschwerdewert von 1000 DM, seit 2. Januar 2002 500 EUR, ist überschritten. In dem hier streitigen Quartal 1/98 stehen Kürzungen in einer Größenordnung von 493.013 DM, im Streit.

II.

Die Berufung der Kläger ist jedoch unbegründet. Die von den Klägern erbrachten Leistungen können nicht als ambulante vertragsärztliche Leistungen abgerechnet werden.

Das SGB V unterscheidet zwischen ambulanter Behandlung durch die Vertragsärzte und Krankenhausbehandlung ([§§ 27 Abs. 1 Satz 2](#), Nrn. 1 und 5, [73 SGB V](#)). Darüber hinaus enthalten die Gesamtverträge ([§§ 82, 83 SGB V](#)), deren Bestandteile der Bundesmantelvertrag für Ärzte und der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) sind, Regelungen darüber, ob und unter welchen Voraussetzungen ein Vertragsarzt in einem Krankenhaus erbrachte Leistungen abrechnen darf. Die vertragsärztliche Versorgung umfasst danach keine Leistungen, deren Sicherstellung anderen Leistungserbringern obliegt (§ 3 Abs. 1 Satz 1 BMV -Ä). Der Vertragsarzt darf grundsätzlich nicht Leistungen abrechnen, die im Krankenhaus stationär oder teilstationär erbracht werden (§ 3 Abs. 2 BMV -Ä, insbesondere Nr. 12). Er ist auf die Erbringung und Abrechnung ambulanter Leistungen beschränkt. Ausgenommen sind im wesentlichen davon nur die belegärztlichen Leistungen in einem zugelassenen Krankenhaus ([§§ 121, 108 SGB V](#)).

Nach § 45 Abs. 2 Satz 1 BMV-Ä und § 34 Abs. 4 Satz 1 und 2 EKV-Ä obliegt den Kassenärztlichen Vereinigungen die Prüfung der von den Vertragsärzten vorgelegten Abrechnungen ihrer vertragsärztlichen Leistungen hinsichtlich der sachlich-rechnerischen Richtigkeit. Dies gilt insbesondere für die Anwendung des Regelwerkes. Die Kassenärztliche Vereinigung berichtigt die Honorarforderung des Vertragsarztes bei Fehlern hinsichtlich der sachlich-rechnerischen Richtigkeit. Der leicht abweichende Wortlaut des § 34 EKV-Ä enthält in der Sache keine andere Regelung. Nach § 3 Abs. 1 in Verbindung mit § 1 Abs. 1 des auf der Grundlage des [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) ergangenen HVM sind für die Abrechnungen die gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen sowie die autonomen Satzungsnormen der Beklagten maßgebend. Nach § 5 Buchst. a HVM prüft die Beklagte die Honoraranforderungen u. a. auf sachliche und rechnerische Richtigkeit. Dabei ist unter anderem darauf zu achten, dass die richtigen Gebührenordnungsziffern in Ansatz gebracht wurden.

Die Prüfung auf sachlich-rechnerische Richtigkeit einer Abrechnung erstreckt sich auf die Frage, ob die abgerechneten Leistungen ordnungsgemäß - also ohne Verstoß gegen gesetzliche oder vertragliche Bestimmungen mit Ausnahme des Wirtschaftlichkeitsgebotes - erbracht worden sind.

Bei den hier allein streitigen Fällen, bei denen die Patienten im Anschluss an die bei den Klägern durchgeführte Operation in der A. -Klinik

übernachtet haben, sind die betroffenen Patienten im Ergebnis stationär in die Klinik aufgenommen worden, sodass die Abrechnung der Operationsleistungen durch die Kläger als ambulante Operationen nicht (mehr) möglich ist.

Nach der Einlassung der Kläger, wiederholt insbesondere durch die persönliche Erklärung des Klägers Ziff. 1 im Erörterungstermin, seien diese Patienten ohne medizinische Notwendigkeit in der A. -Klinik verblieben. Die A. -Klinik verfügt über acht Betten in einer Wachstation und über 20 Betten auf der Normalstation. Die ärztliche Betreuung ist rund um die Uhr sichergestellt und die Klinik befindet sich im Übrigen im gleichen Haus wie die Praxis der Kläger. In Übereinstimmung mit dem SG kann auch nach Auffassung des Senats hier nicht mehr davon ausgegangen werden, dass es sich um ambulante Operationen gehandelt hat. Vielmehr sind in den streitigen Fällen die Patienten stationär in die Klinik aufgenommen worden und es handelte sich damit um einen stationären Aufenthalt.

Der Zusammenhang zwischen der vorangegangenen Operation und dem anschließenden stationären Aufenthalt ist hier offensichtlich. Eine Aufteilung in zwei voneinander unabhängige Behandlungsteile, eine ambulante Behandlung und eine stationäre Nachbetreuung, ist schon vom äußeren Ablauf her, der Operation in den Räumen der A. -Sportklinik mit anschließendem stationären Aufenthalt in derselben Klinik, nicht möglich. Auch rechtlich können die Vorgänge nicht getrennt betrachtet werden. Insbesondere kann ein stationärer Aufenthalt nicht mit der Begründung verneint werden, er sei medizinisch nicht notwendig gewesen und stelle eine private Angelegenheit des jeweiligen Patienten dar.

Für die Frage, ob ein stationärer Aufenthalt vorliegt, kommt es nicht darauf an, aus welchen Gründen die stationäre Aufnahme erfolgt, insbesondere ist nicht zu verlangen, dass der stationäre Aufenthalt aus objektivierbaren medizinischen Gründen erfolgt ist.

Eine ambulante Behandlung liegt nur dann vor, wenn der Patient behandelt wird, ohne dass er Unterkunft und Verpflegung in einer Klinik erhält, insbesondere also, wenn er nach der Operation und der Anästhesie nach Hause entlassen wird (siehe hierzu Urteil des erkennenden Senats vom 19. Januar 2000 - [L 5 KA 452/99](#) -; s.a. Schulin, Handbuch des Sozialversicherungsrechts -Band 1 Krankenversicherungsrecht- 1994, § 22 Rdnr.362 mit Hinweis auf [BSGE 37, 130, 133](#)). Demgegenüber definiert [§ 39 SGB V](#) in Abs. 1 Satz 3 die Krankenhausbehandlung dahingehend, dass sie im Rahmen des Versorgungsauftrages des Krankenhauses alle Leistungen umfasst, die im Einzelfall und nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung der Versicherten im Krankenhaus notwendig sind, insbesondere ärztliche Behandlung (§ 28 Abs. 1), Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Unterkunft und Verpflegung (Hervorhebung durch den Senat). Nach [§ 115a SGB V](#) kann das Krankenhaus bei Verordnung von Krankenhausbehandlung Versicherte in medizinisch geeigneten Fällen ohne Unterkunft und Verpflegung behandeln, um 1. die Erforderlichkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung zu klären oder die vollstationäre Krankenhausbehandlung vorzubereiten (vorstationäre Behandlung) oder 2. im Anschluss an eine vollstationäre Krankenhausbehandlung den Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen (nachstationäre Behandlung). Entscheidendes Kriterium für die Abgrenzung (voll-) stationär zu ambulant bzw. vorstationär/nachstationär ist also auch hier die Frage, ob neben der medizinischen Behandlung Unterkunft und Verpflegung gewährt wird. Im gleichen Sinne auch § 2 Satz 1 Nr. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG), der Krankenhäuser definiert als Einrichtungen, in denen durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten, Leiden oder Körperschäden festgestellt, geheilt oder gelindert werden sollen oder Geburtshilfe geleistet wird und (Hervorhebung durch den Senat) in denen die zu versorgenden Personen untergebracht und gepflegt werden können.

Unterkunft und Verpflegung sind also gerade in Verbindung mit der medizinischen Behandlung das entscheidende Kriterium zur Abgrenzung zwischen der stationären Krankenhausbehandlung und der ambulanten bzw. vorstationären/nachstationären (Krankenhaus -) Behandlung. Entgegen der Auffassung der Kläger ist die Notwendigkeit stationärer Behandlung als Entscheidungskriterium für die Abgrenzung ambulant/stationärer nicht geeignet. Maßgeblich ist, ob der Patient das medizinische Potential eines Krankenhauses in Anspruch nimmt. Typisch für Krankenhäuser ist, dass dort ständig Krankenpfleger und Ärzte im Bereitschaftsdienst zur Verfügung stehen, die im Falle von Komplikationen unter Heranziehung der vorhandenen medizinischen Geräte in kürzester Zeit Hilfe leisten können. In diesem Sinne haben die von den Klägern operierten Patienten das Hilfspotential der A. -Sportklinik in Anspruch genommen.

Im vorliegenden Fall macht für frisch operierte Patienten die Übernachtung in einer Klinik nur den Sinn, beim Auftreten von befürchteten Komplikationen den medizinischen Apparat der A. -Sportklinik zur Verfügung zu haben und in Anspruch nehmen zu können. Dadurch unterscheiden sie sich gerade von den sie eventuell begleitenden Angehörigen, die der Einfachheit halber in der Klinik mit übernachten und ersichtlich nur eine Übernachtungsstelle in Anspruch nehmen wollen. Auch die Preise von 380 DM für ein Dreibettzimmer bzw. 520 DM für ein Einzelzimmer sprechen dagegen, dass die Patienten nur übernachten wollten. Die Preise sind nur dann gerechtfertigt, wenn damit pflegerische und medizinische Betreuung mit abgegolten ist.

In diesem Zusammenhang ist auch weiterhin zu berücksichtigen, dass es sich ausweislich des "Behandlungsvertrages" um einen "stationären Aufenthalt" und nicht um einen "normalen Hotelaufenthalt" (wie allerdings wohl in der Zwischenzeit organisiert) handelt. Ganz abgesehen davon, dass hier im konkreten Fall zwischen der Klinik und der klägerischen Gemeinschaftspraxis zumindest insoweit auch eine Verbindung und ein geschäftliches Interesse daran besteht, als der Kläger Ziff. 1 Mehrheitsgesellschafter der die A. -Klinik betreibenden GmbH ist.

Damit ist es nicht von Bedeutung, ob die Aufnahme mit oder ohne medizinische Indikation und/oder auf eigenen Wunsch der Patienten oder ihrer Familien erfolgte. Es ist in diesem Zusammenhang auch nicht zu entscheiden, ob eine Unterbringung ebenso gut in der Klinik oder in einem Hotel hätte erfolgen können (siehe dazu Urteil des erkennenden Senats vom 8. Juli 1998 - [L 5 KA 2065/97](#) -). Auch sonst gilt, dass ein medizinisch objektiv nicht erforderlicher Aufenthalt in einem Krankenhaus als stationäre Behandlung gewertet und abgerechnet wird, ebenso wie eine ohne medizinische Notwendigkeiten erfolgte Konsultation eines Vertragsarztes mit den entsprechenden Gebührennummern des EBM abgerechnet wird.

Aber selbst wenn man mit den Klägern der Auffassung wäre, dass eine medizinisch unnötige stationäre Nachbetreuung den Charakter der vorhergehenden Operation als ambulanter Operation nicht beeinträchtigt, wäre in den hier streitigen Fällen die fehlende medizinische Notwendigkeit der stationären Aufnahme (also ihre medizinische Überflüssigkeit) nicht erwiesen.

Die Kläger müssen sich zunächst vorwerfen lassen, die Frage nach der medizinischen Notwendigkeit unterschiedlich zu beantworten. Gegenüber der Beklagten und dem Gericht legen sie Wert auf die Feststellung, dass sämtliche Patienten noch am selben Tage hätten zu

Hause übernachten können. Gegenüber dem Patienten erwecken sie jedoch den Eindruck, die Übernachtung in der A. -Klinik sei medizinisch sinnvoll. In den von ihnen herausgegebenen Merkblättern wird es als Regelfall dargestellt, nach der ambulanten Operation für ein bis drei Tage in der Klinik zu verbleiben. Es handelt sich um eine ärztliche Empfehlung, die beim Leser den Eindruck erwecken muss, er handele medizinisch unvernünftig, wenn er nach der Operation nicht in der A. -Sportklinik verbleibt.

Darüber hinaus konnte der Einwand der Kläger, die Aufenthalte in der A. -Klinik seien keinesfalls medizinisch notwendig gewesen, nicht bestätigt werden. Die Kläger haben es bis zur mündlichen Verhandlung unterlassen, der Beklagten trotz Aufforderung unter anderem die OP-Berichte in den 50 Fällen, die die Beklagte auf die medizinische Notwendigkeit/fehlende medizinische Notwendigkeit exemplarisch prüfen sollte, vorzulegen. Damit konnte diese Frage gerade nicht geklärt werden, da die OP-Berichte notwendige Voraussetzung sind, um anhand dessen die Frage klären zu können, ob der anschließende Aufenthalt in der A. -Klinik etwa auf Grund der Schwere des Eingriffes oder möglicher Komplikationen etc. im Einzelfall doch entgegen der Einlassung der Kläger möglicherweise medizinisch notwendig war oder es sich um völlig komplikationslose Eingriffe handelte, bei denen ein anschließender stationärer Aufenthalt in der A. -Klinik nicht notwendig gewesen ist.

Die Kläger haben es ferner auch bis heute nicht für notwendig befunden, Vergleichszahlen für die Jahre 1994 und 1998 bezüglich ihres jeweiligen damaligen Patientengutes vorzulegen, um auf diese Weise die weitere Einlassung der Kläger zu überprüfen, 1994 seien bei gleichem Patientengut alle Patienten nach dem Eingriff jeweils nach Hause gegangen, da eine Übernachtungsmöglichkeit damals überhaupt nicht vorhanden, dies aber sowohl 1994 wie 1998 aus medizinischen Gründen auch kein Problem gewesen sei.

Vor dem Hintergrund dieses wenig kooperativen Verhaltens der Kläger bleiben aber für den Senat erhebliche Zweifel an der sachlichen Richtigkeit der klägerischen Einlassungen.

Zusammenfassend ist damit festzustellen, dass jedenfalls in den hier streitigen Fällen die betroffenen Patienten im Anschluss an die durchgeführte Operation bei den Klägern stationär in die A. -Klinik aufgenommen wurden und weder nach dem "Behandlungsvertrag" noch nach sonstigen Umständen festgestellt werden kann, dass es sich tatsächlich ausschließlich in allen Fällen lediglich um eine reine Hotelunterkunft gehandelt hat.

Die Beklagte hat daher zu Recht in den hier noch streitigen Fällen die geltend gemachten Leistungen im Wege der sachlich-rechnerischen Richtigstellung gekürzt, da es sich um stationäre und nicht um ambulante Behandlungen gehandelt hat. Im Hinblick darauf kann dahinstehen, ob die Leistungen auch unter dem Gesichtspunkt der Falschabrechnung hätten gestrichen werden können.

III.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 Abs. 1 SGG](#). Die Aufwendungen der Beklagten sind erstattungsfähig. [§ 193 Abs. 4 Satz 2 SGG](#) ist zwar durch Art. 1 Nr. 66 Buchst. b des Sechsten Gesetzes zur Änderung des Sozialgerichtsgesetzes (6. SGGÄndG) vom 17. August 2001 ([BGBl. I, 2144](#)) mit Wirkung zum 2. Januar 2002 aufgehoben worden. Eine Übergangsvorschrift für vor dem 2. Januar 2002 anhängig gewordene Verfahren enthält das 6. SGGÄndG nicht. Allerdings hat sich durch das 6. SGGÄndG an der Erstattungsfähigkeit der Kosten der Beklagten nichts geändert. Sie ergibt sich nunmehr aus [§ 197a Abs. 1 SGG](#) i.V.m. [§ 162 Abs. 1](#) der Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO), der allerdings auf vor dem 2. Januar 2002 anhängig gewordene Verfahren nicht anzuwenden ist ([Art. 17 Abs. 1 Satz 2](#) 6. SGGÄndG). Bei dieser Sachlage kann deshalb nicht davon ausgegangen werden, dass der Gesetzgeber für die vor dem 2. Januar 2002 anhängig gewordenen Verfahren die Erstattungsfähigkeit der Kosten der Beklagten hat beseitigen wollen.

IV.

Der Senat hat die Revision wegen der grundsätzlichen Bedeutung der hier aufgeworfenen Fragen zugelassen.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2004-10-19