L 1 KR 115/11

Land
Hamburg
Sozialgericht
LSG Hamburg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
1
1. Instanz
SG Hamburg (HAM)
Aktenzeichen
S 6 KR 287/11
Datum
22.08.2011
2. Instanz
LSG Hamburg
Aktenzeichen
L 1 KR 115/11
Datum
29.05.2013
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Die Berufung wird zurückgewiesen. Die Klägerin trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens. Die Revision wird zugelassen. &8195;

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Vergütung für eine – nach Auffassung der Klägerin – vorstationär erfolgte Krankenhausbehandlung.

Die 1979 geborene und bei der Beklagten krankenversicherte A.K. stellte sich am 18. Oktober 2010 in der chirurgischen Sprechstunde einer von der Klägerin betriebenen Klinik vor und legte dort eine ärztliche Verordnung von Krankenhausbehandlung vom selben Tag vor, in der als Diagnose "Zustand nach Adipositas permagna" angegeben war. In dem Patientenfragebogen der Klinik gab die Versicherte an, keine Beschwerden zu haben und unter keinen weiteren Erkrankungen zu leiden. Der behandelnde Krankenhausarzt dokumentierte auf dem Formblatt "Ärztliche Anamnese und Befund Plastische Chirurgie" eine Größe der Versicherten von 175 cm sowie ein Gewicht von 85 kg. Zur Anamnese wurde ausgeführt, die Patientin habe vor ihren Schwangerschaften einen straffen Bauch gehabt, seitdem habe sie Bauchspeck und sei darüber sehr unglücklich. Sie habe bereits 15 kg abgenommen und fühle sich schon besser. Als Diagnose wurde "Bauchfettschürze/lokalisierte Adipositas des Bauches" angegeben und als Therapieempfehlung eine weitere Gewichtsreduktion auf ca. 75 kg notiert.

Die Klägerin forderte hierfür bei der Beklagten mit Rechnung vom 21. Dezember 2010 per Datenträgeraustausch eine vorstationäre Pauschale (Allgemeine Chirurgie) in Höhe von EUR 100,72 an. Die Beklagte lehnte die Begleichung der Rechnung mit der Begründung ab, dass Vorbereitungen und Abklärungen zu kosmetischen Operationen nicht in die Leistungspflicht der Krankenkasse fielen.

Die Klägerin hat am 21. März 2011 Klage erhoben und vorgetragen, die Abrechnung der vorstationären Pauschale sei zutreffend, da aufgrund der angegebenen Diagnose zunächst habe geklärt werden müssen, ob eine behandlungsbedürftige Krankheit vorgelegen habe. Der vertragsärztlichen Verordnung sei jedenfalls nicht eindeutig zu entnehmen, dass dies nicht der Fall gewesen sei. Im Übrigen ergebe sich die Vergütungspflicht bereits aus § 4 Abs. 5 Buchstabe b des Vertrages Allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung vom 19. Dezember 2002.

Die Beklagte hat die Auffassung vertreten, die von der Klägerin erbrachte Leistung erfülle weder die Voraussetzungen des § 115a Sozialgesetzbuch Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V) noch die des Hamburger Vertrages über Allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung.

Das Sozialgericht hat die Klage mit Urteil vom 22. August 2011 abgewiesen, da eine vorstationäre Behandlung nicht erfolgt sei. Die hiefür erforderliche Abklärung einer möglichen vollstationären Krankenhausbehandlung habe nämlich gleichsam auf den ersten Blick vorgenommen werden können. Der Body Mass Index der Versicherten habe bei 27,8 gelegen. Da adipositaschirurgische Maßnahmen zulasten der Gesetzlichen Krankenversicherung selbst bei erheblich höhergradiger Adipositas allenfalls als ultima ratio in Betracht kämen, sei eine vollstationäre Krankenhausbehandlung hier von vornherein ausgeschieden, ohne dass es einer ausführlichen Anamnese bedurft hätte. Von möglichen Folgeerkrankungen der Adipositas sei in der ärztlichen Verordnung keine Rede gewesen. Etwas anderes folge auch nicht aus § 4 Abs. 5 Buchstabe b des Vertrages Allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung, denn hieraus ergebe sich nicht, dass jedwede Befassung eines Krankenhausarztes bereits als Erstuntersuchung in diesem Sinne aufzufassen sei.

Die Klägerin hat gegen das ihr am 26. August 2011 zugestellte Urteil am 26. September 2011 Berufung eingelegt und trägt vor, dem Tatbestand des § 115a Abs. 1 Nr. 1 SGB V sei nicht zu entnehmen, dass eine vorstationäre Behandlung ausscheide, wenn die Abklärung

einer vollstationären Behandlung auf den ersten Blick vorgenommen werden könne. Des Weiteren ergebe sich bereits aus der Vorlage einer ärztlichen Verordnung der "Anfangsverdacht" für das Bestehen von Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit. Der Verordnung sei zu entnehmen, dass die Versicherte unter einer Adipositas permagna gelitten habe. Sofern diese Krankheit nicht mehr bestehe, ergebe sich aber eine Vielzahl möglicher Folgeerkrankungen. Allein aus dem Umstand, dass keine Folgeerkrankungen aufgeführt seien, ergebe sich nicht zwingend, dass sie nicht vorlägen. Vielmehr bestehe hier die zwingende Verpflichtung des Arztes, die Patientin auf derartige Folgeerkrankungen zu untersuchen. Der Anspruch ergebe sich im Übrigen aus § 4 Abs. 5 Buchstabe b des Vertrages Allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung, denn auch dieser Bestimmung sei nicht zu entnehmen, dass eine Vergütungspflicht ausscheide, wenn auf den ersten Blick festgestellt werden könne, dass eine stationäre Behandlungsbedürftigkeit nicht bestehe.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Hamburg vom 22. August 2011 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin EUR 100,72 nebst 5 % Zinsen seit dem 8. Februar 2011 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend und verweist auf ihren bisherigen Vortrag.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts wird auf den Inhalt der Prozessakte sowie auf die in der Sitzungsniederschrift aufgeführten Akten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die statthafte, form- und fristgerecht eingelegte und auch sonst zulässige (§§ 143, 151 Sozialgerichtsgesetz - SGG) Berufung ist nicht begründet, denn das Sozialgericht hat die als echte Leistungsklage (§ 54 Abs. 5 SGG) zulässige Klage zu Recht abgewiesen.

Rechtsgrundlage des geltend gemachten Vergütungsanspruchs ist § 115a Abs. 3 S. 3 und 4 SGB V in Verbindung mit § 1 und Anlage 1 der Gemeinsamen Empfehlung über die Vergütung für vor- und nachstationäre Behandlung nach § 115a Abs. 3 SGB V vom 30. Dezember 1996. Die Voraussetzungen eines solchen Vergütungsanspruchs liegen jedoch nicht vor, denn es hat sich bei der Behandlung der Versicherten am 18. Oktober 2010 nicht um eine vorstationäre Behandlung gehandelt.

Die vorstationäre Behandlung ist – ebenso wie die nachstationäre Behandlung – gemäß § 39 Abs. 1 S. 1 SGB V Teil der Krankenhausbehandlung. Da bei ihr nur medizinische Leistungen des Krankenhauses erbracht werden, nicht aber Unterkunft und Verpflegung (§ 115a Abs. 1 Halbsatz 1 SGB V), handelt es sich der Sache nach zwar um eine Sonderform der ambulanten Versorgung der Versicherten, die aber nur bei vertragsärztlicher Verordnung von Krankenhausbehandlung erbracht werden darf und im Vorfeld (bzw. im Nachgang) zu einer vollstationären Krankenhausbehandlung stattfinden muss. Insoweit geht es bei der vor- und nachstationären Behandlung um eine Leistungserbringung eigener Art als Annex zur vollstationären Versorgung im Krankenhaus und somit um stationäre Behandlung im weiteren Sinne, die aber von der vollstationären, der teilstationären und der ambulanten Krankenhausbehandlung zu trennen ist (BSG, Urteil vom 10.03.2010 – B 3 KR 15/08 R – Juris).

Gemäß § 115a Abs. 1 Nr. 1 SGB V in seiner bis zum 31. Dezember 2011 geltenden Fassung kann vorstationäre Krankenhausbehandlung in medizinisch geeigneten Fällen erbracht werden, um entweder die Erforderlichkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung zu klären oder – was hier allerdings nicht in Betracht kommt – die vollstationäre Krankenhausbehandlung vorzubereiten. Dabei obliegt die Beurteilung, ob ein solcher medizinisch geeigneter Fall gegeben ist, den Krankenhausärzten (Knittel in Krauskopf, Soziale Krankenversicherung – Pflegeversicherung, § 115a SGB V Rn. 4). Erforderlich ist des Weiteren das Vorliegen einer ärztlichen Verordnung von Krankenhausbehandlung. Demgegenüber wird weder vorausgesetzt, dass die krankenhausspezifischen Strukturen genutzt werden, noch, dass die streitige Behandlung ambulant nicht möglich wäre (LSG Schleswig-Holstein, Urteil vom 09.02.2012 – L 5 KR 52/11 (Revision anhängig: B 1 KR 21/12 R); LSG Sachsen-Anhalt, Urteil vom 27.01.2011 – L 4 KR 62/05; beide Juris; Köhler-Hohmann in JurisPK-SGB V, § 115a Rn. 29). Ebenso wenig wird bei der ersten Alternative des § 115a Abs. 1 Nr. 1 SGB V vorausgesetzt, dass sich tatsächlich eine vollstationäre Behandlung anschließt, denn die vorstationäre Behandlung dient gerade der Klärung von deren Erforderlichkeit, ist also ergebnisoffen (LSG Schleswig-Holstein, Urteil vom 09.02.2012, a.a.O.). Dementsprechend bestimmt auch § 4 Abs. 5 Buchstabe b des Vertrages Allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung vom 19. Dezember 2002, dass eine vorstationäre Behandlung vorliegt, wenn bei der Erstuntersuchung durch den Krankenhausarzt festgestellt wird, dass trotz Vorliegens einer Einweisung keine Krankenhausbehandlung notwendig ist. Ebenso heißt es in § 3 Abs. 1 S. 1 des Vertrages gemäß § 115 Abs. 1 SGB V zu § 115 Abs. 2 Nr. 4 SGB V über die vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus vom 24. Juni 1992, vorstationäre Behandlung sei die zusätzlich notwendige Diagnostik im Krankenhaus vor einer vollstationären Behandlung des Patienten oder vor einer Entscheidung, dass vollstationäre Behandlung nicht erforderlich sei.

Eine vertragsärztliche Verordnung von Krankenhausbehandlung – die hier unstreitig vorliegt – reicht demnach allein nicht aus, um einen Vergütungsanspruch für eine vorstationäre Behandlung zu begründen. Vielmehr kann die vorstationäre Behandlung nicht gänzlich losgelöst von einer vollstationären Behandlung betrachtet werden. Dies ergibt sich aus den in § 115a Abs. 1 Nr. 1 SGB V genannten Voraussetzungen sowie aus dem Umstand, dass sich die ärztliche Verordnung auf die vollstationäre und nicht einschränkend lediglich auf die vorstationäre Behandlung bezieht. Die Verordnung von Krankenhausbehandlung richtet sich nach § 73 Abs. 2 Nr. 7 i.V.m. Abs. 4 SGB V und setzt voraus, dass der verordnende Vertragsarzt eine ambulante Versorgung des Versicherten für nicht ausreichend erachtet. Bei der vorstationären Behandlung kann es also nur um Fälle gehen, in denen der verordnende Vertragsarzt eine vollstationäre Behandlung für erforderlich gehalten hat. Wenn sich dann im Rahmen der vorbereitenden Diagnostik im Krankenhaus herausstellt, dass eine vollstationäre Aufnahme doch nicht erforderlich ist, soll eine Abrechnung dieser Diagnostik als vorstationäre Behandlung erfolgen. Demgegenüber sollen aber nicht typische ambulante Behandlungen, die mit einer stationären Behandlung in keinem Zusammenhang stehen, in die Krankenhäuser verlagert werden (LSG Schleswig-Holstein, Urteil vom 09.02.2012, a.a.O.).

Die vorstationäre Behandlung setzt mithin eine gewisse Unsicherheit über das weitere medizinische Vorgehen voraus. Wäre bereits von vornherein klar, dass eine stationäre Behandlung erfolgen wird, bedürfte es keiner vorstationären Behandlung. Wäre eine spätere stationäre Behandlung von vornherein ausgeschlossen, käme eine vorstationäre Behandlung ebenfalls nicht in Betracht. Vor diesem Hintergrund ist es sachgerecht, von einem medizinisch geeigneten Fall für eine vorstationäre Behandlung im Sinne des § 115a Abs. 1 Nr. 1 SGB V nur dann auszugehen, wenn eine gute Möglichkeit besteht, dass eine vollstationäre Behandlung erfolgen wird (ebenso: LSG Schleswig-Holstein, Urteil vom 09.02.2012, a.a.O.). Die Beurteilung, ob dies der Fall ist, kann dabei nur dem Krankenhausarzt obliegen, wobei allein maßgeblich sein muss, zu welcher Einschätzung dieser vor Beginn der Behandlung bzw. Diagnostik bei verständiger Würdigung der ihm zu diesem Zeitpunkt zur Verfügung stehenden Erkenntnisquellen in vertretbarer Weise gelangen durfte. Eine ex-post-Betrachtung verbietet sich demgegenüber schon deshalb, weil die Behandlung – wie ausgeführt – gerade der Abklärung der weiteren Vorgehensweise dient und dem Krankenhaus daher nicht das Risiko aufgebürdet werden kann, seine Bemühungen nicht vergütet zu bekommen, wenn diese Abklärung ergibt, dass eine vollstationäre Behandlung nicht erforderlich ist (LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 06.01.2012 – L 1 KR 120/11 – Juris).

Vor Beginn der Behandlung steht dem Krankenhausarzt aber als Beurteilungsgrundlage nur die vertragsärztliche Verordnung zur Verfügung. Die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung ist darin vom Vertragsarzt zu begründen (§ 73 Abs. 4 S. 2 SGB V), was in der Regel durch die Angabe einer entsprechenden Diagnose erfolgt. Daraus folgt, dass eine vorstationäre Behandlung grundsätzlich nur dann abgerechnet werden kann, wenn sich aus der vertragsärztlichen Verordnung, insbesondere aus der dort angegebenen Diagnose, schlüssig ergibt, dass eine gute Möglichkeit für die Erforderlichkeit einer vollstationären Behandlung besteht. Ob dies der Fall ist, ist grundsätzlich eine medizinische Frage, sodass die Krankenkasse bei Zweifeln hieran gehalten ist, innerhalb der Sechs-Wochen-Frist des § 275 Abs. 1c S. 2 SGB V den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung einzuschalten. Tut sie dies nicht, können medizinische Ermittlungen nicht mehr durchgeführt werden und etwaige Zweifel gehen zu ihren Lasten (vgl. BSG, Urteil vom 16.05.2012 – B 3 KR 14/11 R – Juris; Urteile des Senats vom 01.11.2012 – L 1 KR 106/11 und vom 11.04.2013 – L 1 KR 16/12).

Etwas anderes gilt jedoch ausnahmsweise dann, wenn sich aus der vorliegenden Verordnung und insbesondere aus der darin angegebenen Diagnose ergibt, dass allenfalls Maßnahmen in Betracht kommen, die von vornherein aus der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung ausscheiden. So liegt der Fall hier. In der vertragsärztlichen Verordnung war als Diagnose ein "Zustand nach Adipositas" genannt, die Adipositas selbst bestand also bereits nicht mehr. Dies schloss aber chirurgische Maßnahmen zu Lasten der Beklagten von vornherein aus, denn derartige Maßnahmen zur Beseitigung der Folgen einer früheren Adipositas nach erfolgreicher Gewichtsreduktion (z.B. Hautstraffung, Entfernung von Hautschürzen) sind in aller Regel kosmetischer Natur und dienen somit nicht der Krankenbehandlung im Sinne des § 27 Abs. 1 SGB V (z.B. BSG, Urteil vom 19.10.2004 – B 1 KR 9/04 R – Juris; m.w.N.). Der Umstand, dass hiervon in sehr seltenen Fällen aufgrund von Folgeerkrankungen Ausnahmen denkbar sein können, kann nicht zu einer anderen Beurteilung führen. Da derartige Fälle die absolute Ausnahme darstellen, bedürfte es hier einer besonderen Begründung durch den verordnenden Vertragsarzt (§ 73 Abs. 4 S. 2 SGB V), um dessen Einschätzung von der Erforderlichkeit einer Krankenhausbehandlung plausibel zu machen. In der Verordnung müssten daher insbesondere Zusatzdiagnosen oder andere ergänzende Angaben aufgeführt sein, damit der Krankenhausarzt von einer guten Möglichkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung ausgehen darf. Die bloß vage Möglichkeit irgendwelcher Folgeerkrankungen, für die es in der Verordnung keinerlei Anhaltspunkte gibt, kann demgegenüber nicht genügen. Dem kann auch nicht entgegen gehalten werden, dass der Krankenhausarzt standesrechtlich oder zur Vermeidung einer unterlassenen Hilfeleistung verpflichtet ist, den Patienten im Hinblick auf etwaige Folgeerkrankungen zu untersuchen, denn in den in Rede stehenden Fällen handelt es sich nicht um Notfälle. Es ist daher kein Grund ersichtlich, warum es dem Patienten nach entsprechendem Hinweis durch den Krankenhausarzt nicht zumutbar sein sollte, erneut zu seinem behandelnden Vertragsarzt zu gehen und dort gegebenenfalls um Nachbesserung der Verordnung nachzusuchen.

Eine andere Beurteilung ergibt sich auch nicht aus § 4 Abs. 5 Buchstabe b) des Vertrages Allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung vom 19. Dezember 2002. Wenn es dort heißt, dass eine vorstationäre Behandlung vorliegt, wenn bei der Erstuntersuchung durch den Krankenhausarzt festgestellt wird, dass trotz Vorliegens einer Einweisung keine Krankenhausbehandlung notwendig ist, wird hierdurch nur klargestellt, dass eine vorstationäre Behandlung nicht deshalb ausscheiden kann, weil das Ergebnis der Untersuchung dazu führt, dass eine vollstationäre Behandlung nicht erforderlich ist. Sie entbindet den Krankenhausarzt aber nicht davon, vor Beginn der Untersuchung zu prüfen, ob sich aus der vorliegenden Einweisung eine gute Möglichkeit der vollstationären Behandlung tatsächlich schlüssig ergibt.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a SGG i.V.m.§ 154 Abs. 2 VwGO.

Der Senat hat die Revision gegen das Urteil wegen grundsätzlicher Bedeutung der Rechtssache gemäß § 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG zugelassen.
Rechtskraft
Aus
Login
HAM
Saved
2013-07-17