

L 1 KR 140/11

Land
Hamburg
Sozialgericht
LSG Hamburg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
1
1. Instanz
SG Hamburg (HAM)
Aktenzeichen
S 6 KR 383/11
Datum
10.10.2011
2. Instanz
LSG Hamburg
Aktenzeichen
L 1 KR 140/11
Datum
29.05.2013
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Hamburg vom 10. Oktober 2011 abgeändert. Die Beklagte wird lediglich verurteilt, an die Klägerin EUR 100,72 nebst 5 % Zinsen seit dem 11. Oktober 2010 zu zahlen und die darüber hinaus gehende Klage wird abgewiesen. Im Übrigen wird die Berufung zurückgewiesen. Die Beteiligten tragen die Kosten des Verfahrens je zur Hälfte. Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Vergütung für zwei – nach Auffassung der Klägerin – vorstationär erfolgte Krankenhausbehandlungen.

Die 1989 geborene und bei der Beklagten krankenversicherte M.M. stellte sich am 23. August 2010 in einer von der Klägerin betriebenen Klinik vor und legte dort eine ärztliche Verordnung von Krankenhausbehandlung vom 19. August 2010 vor, die die Diagnose "Mastopathie" enthielt. In dem Patientenfragebogen der Klinik gab die Patientin 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 Mammaptosis beidseits aufgrund einer Reduzierung des Körpergewichts um 25 kg nach Absetzen einer antidepressiven Medikation. Die Klägerin forderte hierfür bei der Beklagten mit Rechnung vom 22. September 2010 per Datenträgeraustausch eine vorstationäre Pauschale (Allgemeine Chirurgie) in Höhe von EUR 100,72 an.

Am 20. Dezember 2010 stellte sich die Versicherte erneut in der Klinik der Klägerin vor und legte eine ärztliche Verordnung von Krankenhausbehandlung vom 3. Dezember 2010 vor, welche unter der Rubrik "Diagnose" die Angabe "Plastische Chirurgie" enthielt. Anlässlich dieser Vorstellung wurde eine Fotodokumentation erstellt, welche die Versicherte später bei der Beklagten im Rahmen ihrer Antragstellung auf Gewährung einer operativen Mammakorrektur vorlegte. Die Klägerin machte hierfür gegenüber der Beklagten mit Rechnung vom 26. Januar 2011 per Datenträgeraustausch ebenfalls eine vorstationäre Pauschale (Allgemeine Chirurgie) in Höhe von EUR 100,72 geltend.

Aufgrund des Leistungsantrages der Versicherten erstellte der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) N. im Auftrag der Beklagten ein Gutachten vom 10. Januar 2011, in dem er zu dem Ergebnis gelangte, dass die beantragte Brustkorrektur nicht in die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung falle, da kein krankhafter Befund vorliege und eine rein kosmetische Operation begehrt werde.

Die Beklagte lehnte daraufhin die Begleichung der Rechnungen gegenüber der Klägerin ab, da Vorbereitungen und Abklärungen zu kosmetischen Operationen nicht in die Leistungspflicht der Krankenkasse fielen.

Die Klägerin hat am 13. April 2011 Klage erhoben und vorgetragen, die Abrechnung der vorstationären Pauschalen sei zutreffend, da aufgrund der angegebenen Diagnosen zunächst habe abgeklärt werden müssen, ob eine behandlungsbedürftige Krankheit vorgelegen habe. Die Patientin habe im Zuge der Behandlungen mitgeteilt, dass sie mit Antidepressiva behandelt worden sei und dass es nach dem Absetzen der Medikation zu einer Gewichtsreduzierung gekommen sei, die zu beidseits hängenden Brüsten mit vermehrtem Schwitzen in den Unterbrustfalten geführt habe. Dies störe beim Sport und es sei der Patientin auch nicht möglich, ohne Sport-BH den Alltag zu bewältigen.

Die Beklagte hat vorgetragen, 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 Beklagte mit Urteil vom 10. Oktober 2011 verurteilt, die jeweiligen Rechnungsbeträge an die Klägerin zu zahlen, denn es habe sich in beiden Fällen um vorstationäre Behandlungen gehandelt. Angesichts der ärztlichen Verordnungen habe die Notwendigkeit bestanden abzuklären, ob eine vollstationäre Krankenhausbehandlung erforderlich war. Daran ändere es nichts, dass die angegebenen Diagnosen recht unklar gewesen seien, denn gerade deshalb seien die untersuchenden Ärzte gehalten gewesen, einen genauen Befund zu erheben. Die Beklagte könne sich auch nicht mit Erfolg darauf berufen, dass sie die Kosten für die in Betracht kommende stationäre Behandlung nicht tragen müsse, denn durch die vorstationäre Behandlung solle die Erforderlichkeit einer Krankenhausbehandlung erst abgeklärt werden und es sei nicht ersichtlich, dass die Leistungspflicht der Krankenkasse gleichsam auf den ersten Blick ausgeschieden wäre.

Die Beklagte hat gegen das ihr am 17. Oktober 2011 zugestellte Urteil am 14. November 2011 Berufung eingelegt und bezieht sich auf ihren bisherigen Vortrag.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Hamburg vom 10. Oktober 2011 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend und trägt ergänzend vor, dass eine Vergütungspflicht nicht immer dann entfalle, wenn es sich bei der anschließenden stationären Behandlung um eine Leistung handele, die nicht von der Krankenkasse zu erbringen sei. Insbesondere könne eine ex-post-Betrachtung nicht dazu führen, dass die Vergütungspflicht nachträglich entfalle. Ergebe sich für den Krankenhausarzt im Zeitpunkt der Behandlung die Notwendigkeit, die Behandlungsbedürftigkeit weiter abzuklären, so sei diese Behandlung als vorstationäre Behandlung zu vergüten.

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 teilweise begründet, denn das Sozialgericht hat der zulässigen Leistungsklage ([§ 54 Abs. 5 SGG](#)) zu Unrecht in vollem Umfang stattgegeben. Die Klägerin hat Anspruch auf Vergütung einer vorstationären Behandlung lediglich für die am 23. August 2010 stattgefundene Behandlung der Versicherten, nicht aber für deren erneute Vorstellung am 20. Dezember 2010.

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 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 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.

Dies ist hinsichtlich der ersten Vorstellung der Versicherten am 23. August 2010 der Fall. Die seinerzeit vorgelegte ärztliche Verordnung enthielt die Diagnose "Mastopathie". Hierunter fällt eine Vielzahl proliferativer oder degenerativer Umbauprozesse des Brustdrüsengewebes, die meist durch hormonelle Dysbalancen verursacht sind. Das Erscheinungsbild wird vor allem durch Knotenbildungen und Brustschmerzen bestimmt. Die Therapie umfasst bei leichten Formen die Behandlung der Schmerzen sowie aufklärende Gespräche. Im Falle einer Knotenbildung wird aber auch eine Exzision mit nachfolgender histologischer Untersuchung in Betracht gezogen, da als Differentialdiagnosen Mammakarzinome sowie gutartige Tumoren der Brust zu berücksichtigen sind (Quellen: <http://de.wikipedia.org/wiki/Mastopathie>; <http://flexikon.doccheck.com/de/Mastopathie>).

Vor diesem Hintergrund ist bei einer Diagnose "Mastopathie" jedenfalls nicht von vornherein ersichtlich, dass eine vollstationäre Behandlung nicht in Betracht kommt. Soweit hier Zweifel daran bestehen mögen, ob es sich dabei tatsächlich um eine gute Möglichkeit handelt, gehen diese zu Lasten der Beklagten und berechtigen nicht zu einer weiteren medizinischen Aufklärung des Sachverhalts, denn die Beklagte hat es insoweit versäumt, den MDK innerhalb der sechswöchigen Ausschlussfrist des [§ 275 Abs. 1c S. 2 SGB V](#) mit einer entsprechenden Prüfung zu beauftragen (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](#)). Der Umstand, dass sich aus der Dokumentation des Krankenhausarztes das Bestehen einer Mastopathie nicht ergibt, sondern es der Versicherten offenbar von Anfang an um eine kosmetische Brustkorrektur ging, führt nicht zu einer anderen Beurteilung, denn es kann – wie ausgeführt – nur um die Erkenntnismöglichkeiten des Krankenhausarztes vor Beginn der Untersuchung gehen und zu diesem Zeitpunkt musste er von der Richtigkeit der Verordnung ausgehen.

Der für die Behandlung geltend gemachte Betrag von EUR 100,72 ergibt sich aus § 1 und Anlage 1 (Pauschale Allgemeine Chirurgie) der Gemeinsamen Empfehlung über die Vergütung für vor- und nachstationäre Behandlung nach [§ 115a Abs. 3 SGB V](#) vom 30. Dezember 1996.

Anlässlich der zweiten Vorstellung der Versicherten am 20. Dezember 2010 hat demgegenüber eine vorstationäre Behandlung nicht stattgefunden, denn hier fehlt es bereits an der von [§ 115a Abs. 1 SGB V](#) verlangten ärztlichen Verordnung von Krankenhausbehandlung. Die von der Versicherten vorgelegte Verordnung enthielt unter der Rubrik "Diagnose" nämlich nur die Angabe "Plastische Chirurgie". Hierbei handelt es sich jedoch nicht um eine Diagnose, sondern lediglich um einen Hinweis darauf, was offenbar begehrt wird, nämlich eine Maßnahme der plastischen Chirurgie. Damit fehlt es aber mangels Begründung der Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung ([§ 73 Abs. 4 S. 2 SGB V](#)) bereits an einer ordnungsgemäßen Verordnung. Darüber hinaus besteht hier auch deshalb keine gute Möglichkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung, weil Maßnahmen der plastischen Chirurgie in aller Regel von vornherein aus der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung ausscheiden und der Verordnung für das Vorliegen eines Ausnahmefalls keinerlei Anhaltspunkte zu entnehmen waren (vgl. Urteil des Senats vom selben Tag, [L 1 KR 115/11](#)).

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.

Der Zinsanspruch ergibt sich aus §§ 12, 14 des Vertrages Allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung vom 19. Dezember 2002.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) i.V.m. [§ 155 Abs. 1 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