

S 12 KR 43/06

Land

Freistaat Bayern

Sozialgericht

SG Augsburg (FSB)

Sachgebiet

Krankenversicherung

Abteilung

12

1. Instanz

SG Augsburg (FSB)

Aktenzeichen

S 12 KR 43/06

Datum

11.07.2006

2. Instanz

Bayerisches LSG

Aktenzeichen

-

Datum

-

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

I. Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin 366,18 EUR zu zahlen zuzüglich Zinsen hieraus in Höhe von 2 % über dem Basiszinssatz ab 21. April 2005.

II. Die Beklagte trägt die Kosten des Verfahrens.

III. Die Berufung wird nicht zugelassen.

IV. Der Streitwert wird auf 366,18 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt Erstattung der Krankenhauskosten für einen stationären Aufenthalt der Versicherten S. am 05.03.2005 in Höhe von 366,18 EUR zuzüglich Zinsen.

S. ist bei der Beklagten versichert. Sie befand sich am 05.03.2005 im Zeitraum von 04.25 Uhr bis 12.15 Uhr in der Klinik Sonthofen der Klägerin. Die Klinik erstellte am 16.03.2005 eine Rechnung, die mittels maschineller Datensatzübermittlung nach [§ 301](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch versandt wurde. Die der Beklagten mitgeteilte Hauptdiagnose nach ICD lautete auf F10.0 (Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Akute Intoxikation). Die Rechnung führt nach DRG die Fallpauschale V60B (Alkoholintoxikation und -entzug, mehr als ein Belegungstag oder Alter >17 Jahre, ohne äußerst schwere oder schwere CC) auf. Gleichzeitig wird ein FPG-Abschlag bei Unterschreitung der Grenzverweildauer (GVD) vorgenommen. Unter Berücksichtigung verschiedener Systemzuschläge ergab sich ein Rechnungsbetrag von insgesamt 366,18 EUR. Mit Schreiben vom 04.04.2005 lehnte die Beklagte eine Kostenübernahme ab. Es sei nicht offenkundig, ob eine stationäre Behandlung vorgelegen habe. Ob eine physische und organisatorische Eingliederung in das spezifische Versorgungssystem des Krankenhauses stattgefunden habe, sei im Sinne der Beweislastumkehr vom Krankenhaus zu erbringen. Bis zum Vorliegen eines Beweises werde davon ausgegangen, dass keine vollstationäre Krankenhausbehandlung stattgefunden habe und demzufolge lediglich die Kosten einer ambulanten Behandlung abzurechnen seien. Die Klägerin übersandte daraufhin eine kurze medizinische Begründung des Oberarztes Dr. B. vom 08.04.2005 zur stationären Behandlung. Die Patientin sei alkoholisiert kollabiert, habe erbrochen und sei aspirationsgefährdet gewesen. Sie habe nach Einlieferung durch den Rettungsdienst stationär behandelt werden müssen mit Infusionen und sei am Monitor überwacht worden. Die Beklagte teilte daraufhin am 13.04.2005 mit, dass keine medizinische Begründung für den stationären Aufenthalt angefordert worden sei, sondern ein Nachweis, dass eine physische und organisatorische Eingliederung in das spezifische Versorgungssystem des Krankenhauses stattgefunden habe. Daraufhin führte der Chefarzt Dr. G. am 20.04.2005 aus, dass als Beweis für die Aufnahme auf der Wachstation und stationäre Behandlung die Krankenakte dienen könne. Die Klägerin mahnte am 03.05.2005 die Zahlung der Rechnung an. Die Beklagte verblieb am 11.05.2005 dabei, dass die Eingliederung in das Versorgungssystem des Krankenhauses "juristisch" nicht belegt sei. Die Klägerin mahnte am 01.06.2005 erneut, worauf die Beklagte am 06.06.2005 wieder bei ihrer Meinung verblieb, dass im juristischen Sinne kein Nachweis für eine stationäre Aufnahme erbracht sei. Die Klägerin mahnte erneut am 16.06., 30.06. und 04.07.2005 die Zahlung der Rechnung an. Mit Schreiben vom 20.07.2005 bezog sie sich auf Telefonate mit der Beklagten und führte aus, dass die Interpretation des BSG-Urteiles vom 04.03.2004 - [B 3 KR 4/03 R](#) - nicht gefolgt werden könne. Es wurde auf die geplante voraussichtliche Aufenthaltsdauer bis 08.03.2005 verwiesen. Am 20.07.2005 und 27.07.2005 erfolgte eine Zahlungsaufforderung durch ein Inkassobüro.

Der Bevollmächtigte der Klägerin erwirkte am 29.09.2005 einen Mahnbescheid, gegen den die Bevollmächtigten der Beklagten am 19.10.2005 Widerspruch einlegten. Der Klägerbevollmächtigte hat mit Schreiben vom 28.12.2005 den Klagantrag gestellt, die Klage begründet und Verweisung an das Sozialgericht Augsburg beantragt. Er hat sich darauf berufen, dass Merkmal der stationären Behandlung nicht die tatsächliche Aufenthaltsdauer sondern die geplante Aufenthaltsdauer sei. Nach Abgabe der Mahnsache an das Amtsgericht Augsburg hat dieses mit Beschluss vom 06.02.2006 das Verfahren an das sachlich zuständige Sozialgericht Augsburg verwiesen. Die

Bevollmächtigten der Beklagten haben zur Klageerwiderung am 16.02.2006 vorgetragen, dass nach der Rechtsprechung des BSG vom 04.03.2004 lediglich eine ambulante Behandlung vorliege. Hinweise auf eine stationäre Behandlung bzw. die Planung einer stationären Behandlung lägen nicht vor. Da bereits per Definition der BSG-Rechtsprechung eine ambulante Behandlung vorliege, sei die Beklagte auch nicht verpflichtet gewesen, den MDK einzuschalten. Die Bevollmächtigten der Beklagten haben auf gerichtliche Anfrage, ob für den Fall des Unterliegens die geltend gemachten Verzugszinsen hinsichtlich Beginn und Höhe unstreitig gestellt werden, dies mit Schreiben vom 25.04.2006 bejaht.

Der ohne Entschuldigung nicht zur mündlichen Verhandlung erschienene Bevollmächtigte der Klägerin beantragt:

Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin 366,18 EUR nebst 2 % Verzugszinsen über dem Basiszinssatz hieraus seit 21.04.2005 sowie die Kosten des Verfahrens zu bezahlen.

Der Bevollmächtigte der Beklagten beantragt,

die Klage abzuweisen.

Hilfsweise beantragt er,

im Hinblick auf den Vorlagebeschluss des 1. Senats vom 04.04.2006 - [B 1 KR 32/04 R](#) das Verfahren auszusetzen.

Zur Ergänzung des Sachverhalts im Übrigen wird auf den Inhalt der Gerichtsakte und der Akte der Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Das angerufene Gericht ist gemäß [§§ 57 Abs. 1, 51 Abs. 1 Nr. 2](#), 8 Sozialgerichtsgesetz (SGG) örtlich und sachlich zuständig. Die formgerecht erhobene Leistungsklage ([§ 54 Abs. 5 SGG](#)) ist zulässig und auch begründet.

Die Klägerin hat Anspruch auf Zahlung einer Vergütung für die stationäre Behandlung von S. am 05.03.2005 in Höhe von 366,18 EUR zuzüglich Zinsen hieraus in Höhe von 2 % über dem Basiszinssatz ab 21.04.2005.

Rechtsgrundlage des Vergütungsanspruchs eines zugelassenen Krankenhauses für die stationäre Behandlung ist [§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) in Verbindung mit der Pflegesatzvereinbarung 2005. Die Abrechnung des Krankenhausaufenthaltes der Versicherten erfolgte als stationäre Leistung im Sinne von [§ 39 SGB V](#). Zwischen den Beteiligten unstreitig ist die Höhe der Rechnung an sich, die nach DRG ermittelt wurde, der Zeitpunkt der Fälligkeit sowie Höhe und Beginn der Verzinsung. Fälligkeit und Verzinsung ergeben sich dabei aus der Pflegesatzvereinbarung 2005. Streitig ist zwischen den Beteiligten allein, ob ein stationärer Krankenhausaufenthalt im Sinne des [§ 39 SGB V](#) tatsächlich vorlag, oder ob nicht vielmehr nur eine ambulante Leistung vom Krankenhaus gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung hätte abgerechnet werden dürfen.

Die Beklagte argumentiert unter Bezug auf das Urteil des BSG vom 04.03.2004 ([B 3 KR 4/03 R](#) in [SozR 4-2500 § 39 Nr. 1](#)), dass ein Aufenthalt der Versicherten im Krankenhaus von weniger als 24 Stunden den Tatbestand eines stationären Aufenthaltes im Sinne von [§ 39 SGB V](#) nicht erfülle. Dies sei offensichtlich mit der Folge, dass auch eine Überprüfung durch den MDK zur Frage, ob ein stationärer Aufenthalt notwendig gewesen sei oder nicht, nicht vorzunehmen sei.

Das BSG hat in ständiger Rechtsprechung (Urteil vom 17.03.2005, [B 3 KR 11/04 R](#) in [SozR 4-2500 § 39 Nr. 5](#) unter Bezug auf das o.g. Urteil vom 04.03.2004) die Auffassung vertreten, dass eine Abgrenzungsschwierigkeiten weitestgehend vermeidende Definition von vollstationärer, teilstationärer und ambulanter Krankenhausbehandlung nur vom Merkmal der geplanten Aufenthaltsdauer ausgehen könne. Eine vollstationäre Behandlung im Sinne einer physischen und organisatorischen Eingliederung in das spezifische Versorgungssystem eines Krankenhauses ist danach dann gegeben, wenn sie sich nach dem Behandlungsplan des Krankenhausarztes zeitlich über mindestens einen Tag und eine Nacht erstreckt. Entscheidend ist dabei zunächst der Behandlungsplan. Die Entscheidung zum Verbleib des Patienten über Nacht wird in der Regel zu Beginn der Behandlung vom Krankenhausarzt getroffen, kann im Einzelfall aber auch noch später erfolgen. Eine ambulante Behandlung kann in eine vollstationäre Krankenhausbehandlung übergehen. Auf der anderen Seite entfällt aber eine stationäre Behandlung nicht, wenn der Patient nach Durchführung eines Eingriffes oder einer sonstigen Behandlungsmaßnahme über Nacht verbleiben sollte, aber gegen ärztlichen Rat auf eigenes Betreiben das Krankenhaus noch am selben Tag wieder verlässt. Dann handelt es sich um eine "abgebrochene" stationäre Behandlung. Eine Regel dergestalt, dass nur dann eine stationäre Krankenhausbehandlung im Sinne von [§ 39 SGB V](#) vorliegt, wenn sich ein Versicherter mindestens einen Tag und eine Nacht, d. h. mindestens 24 Stunden, im Krankenhaus zur Behandlung befunden hat, existiert also nicht, anders als die Beklagte (auch in am hiesigen Gericht anhängigen Parallelfällen) meint. Dies ergibt sich insbesondere auch nicht aus den Gründen des BSG-Urteiles vom 04.03.2004, [a.a.O.](#) Vielmehr betont das BSG in dieser Entscheidung, die mit weiterer Rechtsprechung fortgeführt wurde, dass die Abgrenzung der stationären Krankenhausbehandlung von ambulanter oder teilstationärer Behandlung vom Merkmal der geplanten Aufenthaltsdauer auszugehen hat.

Dass die Versicherte nur knapp acht Stunden im Krankenhaus verblieben war, legt zwar nahe, dass kein stationärer Aufenthalt vorgelegen hat. Allein die geringe Stundenzahl ist aber kein Beweis dafür, dass nur eine ambulante Behandlung vorgelegen hat. Denn in aller Regel wird bereits bei der Aufnahme durch den aufnehmenden Krankenhausarzt die Entscheidung getroffen, ob eine stationäre Krankenhausaufnahme erfolgt. Stellt sich nachträglich heraus, dass eine stationäre Behandlung doch nicht notwendig war, wird die stationäre Behandlung nicht nachträglich in eine ambulante Behandlung umgewandelt.

Die objektive Beweislast dafür, dass ein stationärer Krankenhausaufenthalt vorgelegen hat und notwendig war, liegt bei der von der Klägerin erhobenen Leistungsklage grundsätzlich auf Seiten der Klägerin. In der Regel wäre vom Gericht im Rahmen einer Sachverständigenbegutachtung nachprüfbar, ob tatsächlich ein notwendiger stationärer Aufenthalt gegeben war. Vorliegend ist jedoch eine weitere gerichtliche Sachaufklärung nicht durchzuführen. Wird nämlich das zur Überprüfung der Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung vereinbarte Verfahren von der Krankenkasse - wie im vorliegenden Fall - nicht eingehalten, ist sie nach Fälligkeit

der Krankenhausforderung nicht mehr berechtigt, die Unwirtschaftlichkeit der Behandlung geltend zu machen. Eine gerichtliche Sachaufklärung der Behandlungsnotwendigkeit findet dann nicht mehr statt (BSG vom 13.12.2001, [B 3 KR 11/01 R](#) in [SozR 3-2500 § 112 Nr. 2](#)).

Grundsätzlich entsteht die Zahlungsverpflichtung der Krankenkasse, wie das BSG in ständiger Rechtsprechung (u. a. Urteil vom 17.05.2000, [B 3 KR 33/99 R](#) in [SozR 3-2500 § 112 Nr. 1](#)) entschieden hat, unabhängig von einer Kostenzusage der Krankenkasse unmittelbar mit Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten. Über die Erforderlichkeit der Krankenhausbehandlung entscheidet zunächst der Krankenhausarzt. Eine Zahlungspflicht der Krankenkasse für die stationäre Versorgung eines Versicherten entfällt nur dann, wenn sich die Entscheidung des Krankenhausarztes nach seinen jeweiligen Erkenntnismöglichkeiten als nicht vertretbar herausstellt. Zur Prüfung der Notwendigkeit einer stationären Krankenhausbehandlung und der Richtigkeit der Entscheidung des Krankenhausarztes existiert in Bayern ein Vertrag gemäß [§ 112 Abs. 1 SGB V](#) zu [§ 112 Abs. 2 Nr. 2 SGB V](#) zwischen der Bayer. Krankenhausgesellschaft und u. a. dem BKK-Landesverband Bayern hinsichtlich Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung. § 2 Abs. 1 sieht dabei folgende Regelung vor: "Der Krankenkasse obliegt die Überprüfung der leistungsrechtlichen Voraussetzungen der stationären Krankenhausbehandlung. Besteht aus Sicht der Krankenkasse in Einzelfällen Anlaß, die Notwendigkeit und Dauer der stationären Behandlung zu überprüfen, so kann die Krankenkasse vor Beauftragung des Medizinischen Dienstes unter Angabe des Überprüfungsanlasses eine Stellungnahme des Krankenhauses zu einzelnen Behandlungsfällen anfordern. Das Krankenhaus erläutert die Dauer der stationären Behandlung (Kurzbericht). Ergibt sich aus Sicht der Krankenkasse die Notwendigkeit einer ärztlichen Überprüfung, so kann die Krankenkasse im Einzelfall die Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung durch Ärzte, die für den Medizinischen Dienst tätig sind, überprüfen lassen. Die [§§ 275 ff.](#) und [283 SGB V](#) bleiben hiervon unberührt."

Im anhängigen Verfahren hat die Beklagte eine Zahlung der geltend gemachten Vergütung mit Schreiben vom 22.03.2005 verweigert ohne vorher eine Prüfung durch den MDK einzuleiten. Obwohl das Krankenhaus einen Kurzbericht vom 08.04.2005 an die Beklagte geschickt hat und wegen eines Nachweises, dass eine physische und organisatorische Eingliederung in das spezifische Versorgungssystem des Krankenhauses stattgefunden habe, mit Schreiben vom 20.04.2005 auf die Krankenakte als Beweis Bezug genommen hat, hat die Beklagte dies nicht zum Anlass genommen, den MDK einzuschalten. Vielmehr hat die Beklagte die Auffassung vertreten, dass offenkundig allein durch die Dauer der Krankenhausbehandlung der Beweis einer stationären Krankenhausbehandlung nicht erbracht sei und daher im Wege einer Beweislastumkehr der Nachweis einer stationären Behandlung von der Klägerin zu erbringen sei.

Dieses Verhalten der Beklagten ist nicht vom o.g. Vertrag zur Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung gedeckt. Ziel des Vertrages ist ausdrücklich, das Verfahren zur Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung im Einzelfall zu regeln (§ 1 des Vertrages). Der Vertrag sieht vor, dass zunächst ein Kurzbericht anzufordern ist und anschließend bei verbleibenden Zweifeln an der Notwendigkeit einer stationären Krankenhausbehandlung der MDK einzuschalten ist. Da es der Kasse vor Einschaltung des MDK in der Regel an medizinischem Sachverstand fehlt, kommt zunächst nur eine Plausibilitätskontrolle in Betracht, etwa bei offenbaren Diskrepanzen zwischen Aufnahmediagnose und Verweildauer, der stationären Aufnahme in Behandlungsfällen, die üblicherweise ambulant durchgeführt werden, oder etwa einer Diskrepanz zwischen Aufnahmediagnose und Fallpauschale nach den DRG. Dann tritt das gestufte Verfahren zur Überprüfung der Krankenhausbehandlungsnotwendigkeit entsprechend der o.g. Vereinbarung ein. Fristen für eine Überprüfung sieht die Vereinbarung dabei nicht vor, woraus sich der Schluss ziehen lässt, dass auch nach Fälligkeit der Forderung noch eine entsprechende Überprüfung stattfinden kann. Da im vorliegenden Fall die abgerechnete DRG V60B eine untere Grenzverweildauer von einem Tag vorsieht, die Versicherte sich jedoch lediglich acht Stunden im Krankenhaus aufgehalten hat, ist für das Gericht nachvollziehbar, dass die Beklagte sich zu Zweifeln an einer stationären Aufnahme und stationären Behandlungsnotwendigkeit veranlasst sah. Dies rechtfertigt jedoch nicht, eine Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung entsprechend des o.g. Vertrages rundweg zu verweigern, wie dies die Beklagte auch noch im Klageverfahren getan hat. Die Einhaltung des vereinbarten Verfahrens ist nicht vom Krankenhaus vereitelt worden, sondern an der Beklagten gescheitert. Die Weigerung eines Vertragspartners, die vertraglich vereinbarte Form der Überprüfung einzuhalten, führt zwar nicht zum sofortigen Verlust der Rechtsposition, solange eine Nachholung möglich ist. Die Überprüfung kann aber nur nachgeholt werden, solange sich der andere Vertragspartner hierauf einstellen kann und muss. Die Einleitung des Verfahrens unter Einschaltung des MDK ist deshalb dann notwendig, wenn die Krankenkasse nach Vorlage der Rechnung und dem Fälligwerden der geforderten Vergütung Zweifel an der Behandlungsnotwendigkeit hat. Unterlässt sie dies, so ist sie nach Treu und Glauben mit solchen Einwendungen endgültig ausgeschlossen, die bis dahin geltend gemacht werden konnten (BSG vom 13.12.2001, [a.a.O.](#)).

Zur Überzeugung des Gerichts ist die Notwendigkeit einer stationären Krankenhausbehandlung nachgewiesen. Vom Chefarzt wurde mit Schreiben vom 20.04.2005 vorgetragen, dass eine stationäre Aufnahme erfolgt sei. Das Gericht sieht keinen Anlass, an der Richtigkeit dieser Darstellung zu zweifeln. Da über die Erforderlichkeit der Krankenhausbehandlung grundsätzlich zunächst der Krankenhausarzt entscheidet und die Beklagte keine substantiierten Einwendungen hinsichtlich der Notwendigkeit einer Krankenaufnahme vorgebracht hat, spricht für die Klägerin nach wie vor der durch den aufnehmenden Krankenhausarzt begründete Anscheinsbeweis, sodass sich kein Anlass für weitergehende gerichtliche Ermittlungen ergibt.

Die Beklagte war daher wie beantragt zu verurteilen.

Das Gericht sah keine Veranlassung, das Verfahren im Hinblick auf den Vorlagebeschluss des 1. Senats des BSG vom 04.04.2006 ([B 1 KR 32/04 R](#)) auszusetzen. Die im Vorlagebeschluss benannten Urteile des 3. Senates sind nicht Grundlage der Entscheidung des Sozialgerichts. Der Vorlagebeschluss beschäftigt sich mit der Frage, ob die Prognose des Krankenhausarztes, dass eine (weitere) stationäre Behandlung im Krankenhaus notwendig sei, von der Krankenkasse hingenommen werden müsse, sofern sie vertretbar sei, oder ob (wie der 1. Senat meint) allein die Krankenkasse, nicht aber ein Leistungserbringer darüber befindet, ob dem Versicherten auf der Grundlage des geltenden Rechts ein bestimmter Anspruch auf Krankenbehandlung zusteht. Das erkennende Gericht sieht in seiner Entscheidung keinen Widerspruch zur Auffassung des 1. Senates. Auf die Aufnahme durch den Krankenhausarzt als Beleg für die Notwendigkeit einer stationären Behandlung hat sich das Gericht im Sinne eines Anscheinsbeweises lediglich deshalb gestützt, weil die Beklagte mangels Einschaltung des MDK substantiierte Einwendungen gegen die Notwendigkeit einer stationären Krankenhausbehandlung nicht vorgebracht hat.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) in Verbindung mit [§§ 161 Abs. 1, 154 Abs. 1](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).

Berufung ist nicht zulässig, da der Streitwert weniger als 500,00 EUR beträgt. Die Berufung war auch nicht zuzulassen, da die Rechtssache keine grundsätzliche Bedeutung hat und das Gericht nicht von einer obergerichtlichen Entscheidung abweicht.

Die Streitwertfestsetzung beruht auf [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) in Verbindung mit dem Gerichtskostengesetz (GKG). Da der Klagantrag auf eine bezifferte Geldleistung gerichtet war, ist deren Höhe maßgeblich ([§ 52 Abs. 3 GKG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2006-10-04