S 12 KR 596/05

Land

Freistaat Bayern

Sozialgericht

SG Augsburg (FSB)

Sachgebiet

Krankenversicherung

Abteilung

12

1. Instanz

SG Augsburg (FSB)

Aktenzeichen

S 12 KR 596/05

Datum

23.08.2006

2. Instanz

Bayerisches LSG

Aktenzeichen

-

Datum

-

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

I. Die Beklagte wird verurteilt, an den Kläger 602,27 EUR zu zahlen zuzüglich Zinsen hieraus in Höhe von 4 % über dem Basiszinssatz ab 2. Dezember 2005.

II. Die Beklagte trägt die Kosten des Verfahrens.

III. Der Streitwert wird auf 602,27 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt Erstattung der Krankenhauskosten für einen stationären Aufenthalt der Versicherten (S.D.) vom 04.11. bis 05.11.2005 in Höhe von 602,27 EUR zuzüglich Zinsen.

S.D. ist bei der Beklagten versichert. Sie befand sich im Zeitraum vom 04.11.2005, 13.33 Uhr, bis 05.11.2005, 10.41 Uhr, im Kreiskrankenhaus Friedberg, dessen Träger der Kläger ist, zur Behandlung. Das Krankenhaus erstellte am 10.11.2005 eine Rechnung, die mittels maschineller Datensatzübermittlung nach [§ 301](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) am selben Tag versandt wurde. Die der Beklagten mitgeteilte Hauptdiagnose nach ICD lautete auf O00.9L (Extrateringravidität, nicht näher bezeichnet). Die Rechnung führt nach DRG die Fallpauschale O03Z (Extrateringravidität) auf. Gleichzeitig wird ein FPG-Abschlag bei Unterschreitung der Grenzverweildauer (GVD) vorgenommen. Unter Berücksichtigung verschiedener Systemzuschläge ergab sich ein Rechnungsbetrag von insgesamt 602,27 EUR. Mit Schreiben vom 11.11.2005 lehnte die Beklagte - wie in weiteren beim Sozialgericht Augsburg anhängigen Fällen - eine Kostenübernahme ab. Die Beklagte bekräftigte mit Schreiben vom 16.11.2005 ihre Rechtsauffassung und erklärte den Vorgang für abgeschlossen.

Die Bevollmächtigten des Klägers haben am 28.12.2005 Klage auf Zahlung von 602,27 EUR zum Sozialgericht Augsburg erhoben. Zur Begründung haben sie sich darauf berufen, dass die Erforderlichkeit der Krankenhausbehandlung durch den Krankenhausarzt festgestellt worden sei. Es sei eine stationäre Behandlung erfolgt. Bei der Patientin sei eine ektopisch rupturierte Gravidität festgestellt worden, so dass eine Salpingektomie durchgeführt wurde. Die Bevollmächtigten der Beklagten haben dagegen unter Berufung auf das Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) vom 04.03.2004 - [B 3 KR 4/03 R](#) - vorgetragen, dass lediglich eine ambulante Behandlung vorliege. Es gäbe keinen Rechts- oder Erfahrungssatz, wonach ein Notfall per se eine stationäre Behandlung notwendig mache. Das Krankenhaus habe zu beweisen, dass die stationäre Behandlung notwendig war. Deren Notwendigkeit werde lediglich pauschal behauptet. Auf Nachfrage des Gerichts, warum der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) nicht eingeschaltet worden sei, haben die Beklagtenbevollmächtigten vorgetragen, dass deshalb keine Einschaltung des MDK erfolgte, weil nach Auffassung der Beklagten eine Behandlung, die weniger als 24 Stunden andauere, grundsätzlich eine ambulante Behandlung darstelle.

Der Bevollmächtigte des Klägers beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, an den Kläger 602,27 EUR zu zahlen, zuzüglich Zinsen hieraus in Höhe von 4 % über dem jeweiligen Basiszinssatz ab 02.12.2005.

Der Bevollmächtigte der Beklagten beantragt,

die Klage abzuweisen.

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.

Der Kläger hat Anspruch auf Zahlung einer Vergütung für die stationäre Behandlung von S.D. vom 04.11. bis 05.11.2005 in Höhe von 602,27 EUR zuzüglich Zinsen hieraus in Höhe von 4 % über den Basiszinssatz ab 02.12.2005.

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 vollstationärer 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 - wie in weiteren beim Sozialgericht Augsburg anhängigen Verfahren - 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 erfüllt. 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 weitgehend 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 ca. 21 Stunden, jedoch "über Nacht" im Krankenhaus verblieben war, schließt einen stationären Aufenthalt, nicht aus. Dass der Aufenthalt weniger als 24 Stunden andauerte, ist 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 Krankenaufnahme 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 notwendiger stationärer Krankenhausaufenthalt vorgelegen hat, liegt bei der vom Kläger erhobenen Leistungsklage grundsätzlich auf Seiten des Klägers. In der Regel wäre wegen des Untersuchungsgrundsatzes vom Gericht im Rahmen einer Sachverständigenbegutachtung nachprüfbar, ob tatsächlich ein notwendiger stationärer Aufenthalt gegeben war oder nicht. Vorliegend ist jedoch eine weitere gerichtliche Sachaufklärung nicht durchzuführen, da das zur Überprüfung der Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung vereinbarte Verfahren von der Krankenkasse nicht eingehalten wurde.

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 abgelehnt, ohne vorher eine Prüfung durch den MDK einzuleiten. Auch das Klageverfahren hat die Beklagte - trotz Nachfrage des Gerichts - 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 noch ein zusätzlicher Nachweis vom Kläger zu erbringen sei, dass eine stationäre Behandlung tatsächlich erfolgte und auch notwendig war.

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 und anschließend bei verbleibenden Zweifeln an der Notwendigkeit einer stationären Krankenhausbehandlung der MDK einzu- schalten 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 dem 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 und Zahlung noch eine entsprechende Überprüfung stattfinden kann. Da die abgerechnete DRG O03Z eine untere Grenzverweildauer von einem Tag vorsieht und die mittlere Verweildauer mit 4,1 Tagen angegeben ist, sich die Versicherte aber nur 21 Stunden im Krankenhaus aufgehalten hat, ist für das Gericht gerade noch 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 praktisch bis zur mündlichen Verhandlung getan hat. Die Einhaltung des vereinbarten Überprüfungsverfahrens ist nicht vom Krankenhaus vereitelt worden sondern an der Krankenkasse 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 Zweifel an der Behandlungsnotwendigkeit hat. Unterlässt sie die Einschaltung des MDK, so ist sie mit solchen Einwendungen ausgeschlossen, die vorrangig einer Nachprüfung durch den MDK zugänglich sind (vgl. BSG vom 13.12.2001, [B 3 KR 11/01 R](#) in [SozR 3-2500 § 112 Nr. 2](#)).

Zur Überzeugung des Gerichts ist die Notwendigkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung der Versicherten nachgewiesen. Da über die Erforderlichkeit der Krankenhausbehandlung grundsätzlich zunächst der Krankenhausarzt entscheidet und die Beklagte mangels Einschaltung des MDK keine substantiierten Einwendungen hinsichtlich der Notwendigkeit einer Krankenhausaufnahme vorgebracht hat, spricht für das Vorliegen einer stationären Behandlung nach wie vor der durch den aufnehmenden Krankenhausarzt begründete Anscheinsbeweis, sodass sich kein Anlass für weitergehende gerichtliche Ermittlungen ergibt. Insbesondere ist kein Sachverständigengutachten zum Nachweis der Richtigkeit der von der Beklagten vertretenen Auffassung einzuholen. Wenn die Krankenkasse es versäumt, unter Ausschöpfung ihrer eigenen Ermittlungs- und Überprüfungsmöglichkeiten ihre Einwendungen spezifiziert und nicht nur in Form eines "Bestreitens des Vorbringens des Krankenhauses" darzustellen, dann ist über die Notwendigkeit der stationären Krankenhausbehandlung vom Gericht kein Beweis mehr zu erheben (Umkehrschluss aus BSG vom 22.07.2004 - [B 3 KR 20/03](#) - in [SozR 4-2500 § 112 Nr. 3](#)).

Der Klage war daher stattzugeben.

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

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

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2008-06-12