

B 1 KR 28/13 R

Land
Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht
Bundessozialgericht
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung

1
1. Instanz
SG Würzburg (FSB)
Aktenzeichen
S 4 KR 124/08

Datum
18.10.2010
2. Instanz
Bayerisches LSG
Aktenzeichen
L 5 KR 473/10

Datum
18.09.2012
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 1 KR 28/13 R

Datum
14.10.2014
Kategorie
Urteil
Leitsätze

1. Vorstationäre Krankenhausbehandlung setzt eine begründete Verordnung eines Vertragsarztes oder eines sonstigen an der vertragsärztlichen Versorgung Teilnehmenden voraus.
2. Eine Vergütung vorstationärer Krankenhausbehandlung ist nicht allein deshalb ausgeschlossen, weil sie die Erforderlichkeit vollstationärer Krankenhausbehandlung erst klären soll und hierbei zum Ergebnis gelangt, dass ambulante Behandlung ausreicht.
Die Revision der Klägerin gegen das Urteil des Bayerischen Landessozialgerichts vom 18. September 2012 wird zurückgewiesen. Die Klägerin trägt auch die Kosten des Revisionsverfahrens. Der Streitwert für das Revisionsverfahren wird auf 111,79 Euro festgesetzt.

Gründe:

I

1

Die Beteiligten streiten über die Vergütung einer vorstationären Krankenhausbehandlung.

2

Die Klägerin betreibt in B eine für die Behandlung Versicherter zugelassene Herz- und Gefäßklinik mit Handchirurgie. Ab dem Jahr 2004 lehnten es die Zulassungsgremien ab, dieser eine Ermächtigung zur Abklärung handchirurgischer Operationsindikationen zu erteilen, da die niedergelassenen Vertragsärzte diesen Bedarf abdeckten. Für sie gilt der AOP-Vertrag (Vertrag nach [§ 115b Abs 1 SGB V](#) - Ambulantes Operieren und stationärer ersetzende Eingriffe im Krankenhaus, hier anzuwenden in der vom Bundesschiedsamt in der Sitzung am 18.3.2005 festgesetzten Fassung). Vertragsarzt für Allgemeinmedizin M verordnete dem bei der beklagten Krankenkasse (KK) versicherten N G (im Folgenden: Versicherter) Krankenhausbehandlung wegen "Tendinose und leichte Arthrose linkes Handgelenk", benannte als nächstgelegenes geeignetes Krankenhaus die handchirurgische Klinik der Klägerin (15.7.2005) und gab dem Versicherten die Untersuchungsergebnisse "Neurolie" (Neurologie) mit. Das Krankenhaus der Klägerin untersuchte den Versicherten (21.7.2005), fertigte eine Magnet-Resonanz-Tomografie (MRT) (3.8.2005) und operierte ihn ambulant (30.8.2005). Die Klägerin berechnete und erhielt 519,13 Euro für den ambulant erbrachten endoskopischen Gelenkeingriff (OPS-Code 5-811.27, Arthroskopische Operation an der Synovialis: Synovektomie, partiell: Handgelenk n n bez, Anlage 1 zu § 3 AOP-Vertrag, Operation der Kategorie 1, nach der Anlage zum AOP-Vertrag in der Regel ambulant zu erbringen). Die Beklagte verweigerte eine weitere Zahlung. Das SG hat die Beklagte antragsgemäß verurteilt, 231,61 Euro zu zahlen (Urteil vom 18.10.2010). Die Beklagte hat während des Berufungsverfahrens einen Teil der Forderung in Höhe von 119,82 Euro für MRT und klinische präoperative Untersuchung als nach AOP-Vertrag abrechenbare Positionen anerkannt und inzwischen bezahlt. Das LSG hat das SG-Urteil, soweit es weitergehend zu Zahlung verurteilt hat, geändert und die Klage auf Zahlung von weiteren 111,79 Euro abgewiesen: Die geltend gemachte vorstationäre Behandlung setze eine folgende vollstationäre Behandlung voraus, an der es fehle (Urteil vom 18.9.2012).

3

Die Klägerin rügt mit ihrer Revision die Verletzung des [§ 115a SGB V](#). Die vorstationäre Behandlung sei zu vergüten ([§ 115a Abs 3 SGB V](#)), da der Versicherte erst durch einen Chirurgen und mittels MRT habe untersucht werden müssen, um zu entscheiden, welche Art der Behandlung geboten gewesen sei ([§ 115a Abs 1 S 1 Nr 1 Fall 1 SGB V](#)).

4

Die Klägerin beantragt, das Urteil des Bayerischen Landessozialgerichts vom 18. September 2012 aufzuheben und die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Würzburg vom 18. Oktober 2010 zurückzuweisen, soweit sie nicht durch Anerkenntnis erledigt ist.

5

Die Beklagte beantragt, die Revision zurückzuweisen.

6

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend.

II

7

Die zulässige Revision der klagenden Krankenhausträgerin ist unbegründet. Das LSG hat auf die Berufung der beklagten KK im Ergebnis zu Recht das SG-Urteil geändert und die Zahlungsklage abgewiesen, soweit sie 119,82 Euro übersteigt. Die Klägerin hat - über das nach AOP-Vertrag Anerkannte hinaus - keinen weiteren zulässig mittels der echten Leistungsklage (stRspr, vgl zB [BSGE 104, 15](#) = [SozR 4-2500 § 109 Nr 17](#), RdNr 12 mwN) geltend gemachten Vergütungsanspruch für vorstationäre Krankenhausbehandlung des Versicherten.

8

1. Die Zahlungsverpflichtung einer KK für vor- und nachstationäre Krankenhausbehandlung entsteht nach näherer Maßgabe von [§ 115a Abs 3 SGB V](#) zur Anspruchshöhe - unabhängig von einer Kostenzusage - unmittelbar mit Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten kraft Gesetzes, wenn die Versorgung - wie hier - in einem zugelassenen Krankenhaus erfolgt, zudem den speziellen Anforderungen des [§ 115a SGB V](#) genügt, erforderlich und abrechenbar (vgl § 8 Abs 2 S 3 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG)) ist (stRspr zur vollstationären Krankenhausbehandlung mit Blick auf [§ 39 Abs 1 S 2 SGB V](#), vgl zB [BSGE 102, 172](#) = [SozR 4-2500 § 109 Nr 13](#), RdNr 11; [BSGE 104, 15](#) = [SozR 4-2500 § 109 Nr 17](#), RdNr 15; BSG SozR 4-2500 § 109 Nr 19 RdNr 11; BSG SozR 4-5565 § 14 Nr 10 RdNr 11; [BSGE 109, 236](#) = SozR 4-5560 § 17b Nr 2, RdNr 13; BSG SozR 4-2500 § 115a Nr 4 RdNr 9 mwN, auch für BSGE vorgesehen). Das entspricht den speziellen gesetzlichen Vorgaben in Verbindung mit den allgemeinen Grundsätzen für die Vergütung von Krankenhausbehandlung, die ergänzend auch für vor- und nachstationäre Behandlungen gelten (vgl auch BSG SozR 4-2500 § 115a Nr 2 RdNr 14, auch für BSGE vorgesehen). Die Behandlung des Versicherten erfüllte diese Voraussetzungen nicht. Zwar ist eine Vergütung vorstationärer Krankenhausbehandlung nicht allein deshalb ausgeschlossen, weil sie die Erforderlichkeit vollstationärer Krankenhausbehandlung klären soll und hierbei zum Ergebnis gelangt, dass ambulante Behandlung ausreicht, mag diese dem AOP-Vertrag unterfallen oder nicht. Die Behandlung des Versicherten erfüllte nach dem Gesamtzusammenhang der unangegriffenen Feststellungen des LSG ([§ 163 SGG](#)) aber weder die speziellen Anforderungen des [§ 115a SGB V](#) (dazu 2.) noch war sie als vorstationäre Behandlung erforderlich (dazu 3.).

9

2. Die vorstationäre Behandlung des Versicherten stützte sich nicht auf eine hinreichende Verordnung vorstationärer Krankenhausbehandlung. Nach [§ 115a SGB V](#) kann das Krankenhaus "bei Verordnung von Krankenhausbehandlung" Versicherte in medizinisch geeigneten Fällen ohne Unterkunft und Verpflegung behandeln, um die Erforderlichkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung zu klären oder die vollstationäre Krankenhausbehandlung vorzubereiten - vorstationäre Behandlung - ([§ 115a Abs 1 Nr 1 SGB V](#), hier anzuwenden in der durch Art 1 Nr 71 des Gesetzes zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheitsstrukturgesetz) vom 21.12.1992, [BGBl I 2266](#), eingefügten Fassung). Die vorstationäre Behandlung ist grundsätzlich auf längstens drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor Beginn der stationären Behandlung begrenzt (vgl [§ 115a Abs 2 S 1 SGB V](#)).

10

Die von [§ 115a Abs 1 SGB V](#) geforderte "Verordnung von Krankenhausbehandlung" setzt eine begründete Verordnung eines Vertragsarztes oder eines sonstigen an der vertragsärztlichen Versorgung Teilnehmenden voraus (vgl BSG [NZS 2014, 219](#), RdNr 11; zur Notwendigkeit einer vertragsärztlichen Verordnung zB Becker in ders/Kingreen, SGB V, 3. Aufl 2012, § 115a RdNr 7; Hänlein in LPK-SGB V, 4. Aufl 2012, § 115a RdNr 5; Hencke in Peters, Handbuch der Krankenversicherung, Stand Januar 2013, § 115a RdNr 2; Hess in Kasseler Komm, Stand 1.3.2013, [§ 115a SGB V](#) RdNr 3). Die vertragsärztliche Versorgung umfasst ausdrücklich ua auch die Verordnung von Krankenhausbehandlung ([§ 73 Abs 2 S 1 Nr 7 Fall 6 SGB V](#)). Die Begrenzung auf im dargelegten Sinne vertragsärztliche Verordnungen von Krankenhausbehandlung sichert die vertragsärztliche Pflicht, Krankenhausbehandlung nur zu verordnen, wenn eine ambulante Versorgung der Versicherten zur Erzielung des Heil- oder Linderungserfolgs nicht ausreicht ([§ 73 Abs 4 S 1 SGB V](#)). Im gleichen Sinne wirkt die damit ebenfalls abgesicherte vertragsärztliche Pflicht, die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung bei der Verordnung zu begründen ([§ 73 Abs 4 S 2 SGB V](#)).

11

Die von der Klägerin vorgelegte Verordnung enthält keine hinreichende Begründung für die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung. Die angegebene Diagnose "Tendinose und leichte Arthrose linkes Handgelenk" erklärt aus sich heraus nicht die Notwendigkeit von Krankenhausbehandlung. Die Klägerin räumt insoweit selbst ein, dass bei einer solchen Erkrankung ambulante Behandlung in Betracht kommt. Dementsprechend untersuchte und behandelte sie dann auch den Versicherten ambulant. Im Übrigen ergibt sich aus der Verordnung keinerlei Hinweis, warum Krankenhausbehandlung notwendig sein sollte.

12

3. Vorstationäre Krankenhausbehandlung des Versicherten war auch nicht erforderlich. Vorstationäre Behandlung des Versicherten kam hier lediglich in Betracht, um die Erforderlichkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung zu klären, wie die Beteiligten nicht verkennen. Eine vorstationäre Behandlung ist regelmäßig nicht erforderlich, wenn stattdessen vertragsärztliche Versorgung ausreichend ist. Das folgt aus dem in den Gesetzesmaterialien deutlich werdenden Regelungszweck, dem Regulationssystem der vorstationären Behandlung und dem Wirtschaftlichkeitsgebot (vgl grundlegend zum Ganzen BSG SozR 4-2500 § 115a Nr 4 RdNr 18 ff mwN, auch für BSGE vorgesehen).

13

Der Gesetzgeber legte durch Einführung des [§ 115a SGB V](#) einen verbindlichen Rahmen dafür fest, vor- und nachstationär zu behandeln, um vollstationäre Krankenhausbehandlung zu vermeiden oder zu verkürzen. Die Verlagerung von diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen in die vor- und nachstationäre Phase sollte die Bettennutzung reduzieren und damit den Bettenbedarf vermindern (vgl Entwurf eines Gesetzes zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheits-Strukturgesetz) der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und FDP, [BT-Drucks 12/3608 S 71](#) und S 102, zu Art 1 Nr 63 (§ 115a)). Damit sollten Einsparungen erzielt, dagegen nicht etwa neue Kosten verursacht werden, indem das Tätigkeitsfeld der Krankenhäuser auf Gebiete der vertragsärztlichen Versorgung ausgedehnt werden sollte. Dort, wo der Gesetzgeber solche Ausweitungen der Behandlungen durch Krankenhäuser zuließ, wie es in dem ganz anderen Gebiet ambulanten Operierens im Krankenhaus erfolgte, traf er zugleich Regelungen, die eine Doppelvergütung und einen Kostenschub verhinderten (vgl zB [§ 115b Abs 4](#) und 5 SGB V).

14

Nach dem Regulationssystem ist die vor- und nachstationäre Behandlung eines Versicherten ([§ 115a SGB V](#)) nicht nur in einem weiteren Sinne Teil der Krankenhausbehandlung, weil das Krankenhaus als Institution leistet (so [§ 39 Abs 1 S 1 SGB V](#), der auch ambulante Operationen nach [§ 115b SGB V](#) einbezieht). Vor- und nachstationäre Behandlung ist Krankenhausbehandlung vielmehr auch in einem engeren Sinne, der den Vorrang vertragsärztlicher Versorgung begründet. Besonders deutlich wird der Vorrang bereits dadurch, dass vorstationäre Behandlung eine begründete vertragsärztliche Verordnung voraussetzt (vgl oben, II. 2.). Krankenhausbehandlung, und sei sie auch vorstationär, darf nach den Vorgaben des Gesetzes nur dann vertragsärztlich verordnet werden, wenn eine ambulante Versorgung der Versicherten zur Erzielung des Heil- oder Linderungserfolgs nicht ausreicht (vgl [§ 73 Abs 4 S 1 SGB V](#)).

15

Der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (heute: Gemeinsamer Bundesausschuss) beschloss hierzu in für alle Systembeteiligten verbindlichen Richtlinien, wann Krankenhausbehandlung zu verordnen ist (vgl Richtlinien über die Verordnung von Krankenhausbehandlung (Krankenhausbehandlungs-Richtlinien), hier anzuwenden idF vom 24.3.2003 BAnz Nr 188 vom 9.10.2003, S 22577, gemäß [§ 92 Abs 1 S 2 Nr 6 SGB V](#) idF durch Art 1 Nr 39 Buchst a Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000) vom 22.12.1999, [BGBl I 2626](#)). Danach hat der Vertragsarzt vor Verordnung stationärer Krankenhausbehandlung abzuwägen, ob er selbst die ambulante Behandlung fortsetzen kann oder ob eine Überweisung zur Weiterbehandlung an a) einen weiteren Vertragsarzt mit entsprechender Zusatzqualifikation oder eine Schwerpunktpraxis, b) einen ermächtigten Krankenhausarzt oder eine Institutsambulanz ([§§ 116 bis 118 SGB V](#)), c) ein Krankenhaus zur ambulanten Behandlung ([§ 39 iVm § 115b SGB V](#)), d) eine Notfallpraxis im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung, ausreicht und stationäre Krankenhausbehandlung vermieden werden kann (§ 4 Abs 1 Krankenhausbehandlungs-Richtlinien). Die Verordnung ist nur zulässig, wenn sich der behandelnde Vertragsarzt von dem Zustand des Patienten überzeugt und die Notwendigkeit einer stationären Behandlung festgestellt hat (§ 7 Abs 1 S 2 Krankenhausbehandlungs-Richtlinien). Die ambulante Behandlung hat Vorrang vor der stationären Behandlung (§ 1 Abs 2 S 3 Krankenhausbehandlungs-Richtlinien). Hieran hat der Vertragsarzt sein Ordnungsverhalten verbindlich auszurichten.

16

Das Regulationssystem unterstreicht den Vorrang vertragsärztlicher Versorgung auch im Übrigen: Vor- und nachstationäre Behandlung ist nämlich bloß in engem Zusammenhang mit vollstationärer Behandlung zulässig ([§ 115a Abs 1](#) und 2 SGB V), die gegenüber ambulanter Behandlung nachrangig ist (vgl [§ 39 Abs 1 S 2 SGB V](#)). Als Annex voll- oder teilstationärer Krankenhausleistungen unterfällt sie dem Rechtsregime des Qualitätsgebots für Krankenhausleistungen (insbesondere [§ 2 Abs 1 S 3](#), [§ 12 Abs 1](#), [§ 70 Abs 1](#), [§ 137c SGB V](#)), nicht jenem der vertragsärztlichen Versorgung (insbesondere [§ 2 Abs 1 S 3](#), [§ 12 Abs 1](#), [§ 70 Abs 1](#), [§ 135 SGB V](#)). Vor- und nachstationäre Behandlung ist nicht kostengünstig vertragsärztlich sicherzustellen ([§ 72](#), [§ 72a](#), [§ 75 SGB V](#)), sondern aufwändiger durch zugelassene Krankenhäuser ([§§ 107 bis 109 SGB V](#)) und zweiseitige ([§ 112 SGB V](#)) sowie dreiseitige Verträge ([§ 115 SGB V](#)). Dementsprechend ist vor- und nachstationäre Behandlung nicht im Rahmen der vertragsärztlichen Vergütung zu bezahlen (vgl insbesondere [§ 72 Abs 2](#); [§ 75 Abs 7](#) und [Abs 7a](#); [§ 82 Abs 2](#); [§ 85](#); [§§ 87 bis 87e SGB V](#)), sondern nach eigenständigen, mit den Regeln der Krankenhausvergütung verknüpften Bestimmungen (vgl [§ 8 Abs 2 S 3 KHEntgG](#)). Der im Regulationssystem angelegte Vorrang der vertragsärztlichen vor der stationären, auch nachstationären Versorgung wurzelt in den Kostenvorteilen der vertragsärztlichen Versorgung, im Kern also im Wirtschaftlichkeitsgebot (vgl entsprechend zu [§ 39 SGB V](#): Gesetzentwurf der Bundesregierung eines Gesundheits-Reformgesetzes, [BT-Drucks 11/2237 S 177](#) zu [§ 38 Abs 1](#) des Entwurfs: "Vorrang der preisgünstigen ambulanten Behandlung"). Auch die spätere Einfügung von [§ 115a Abs 1 S 2 und S 3 SGB V](#) (durch Art 1 Nr 41a Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz) vom 22.12.2011, [BGBl I 2983](#)) ändert die hier zugrunde gelegte gesetzliche Gesamtkonzeption nicht, sondern führt sie fort (vgl näher BSG SozR 4-2500 § 115a Nr 4 RdNr 23 mwN, auch für BSGE vorgesehen). Auch die bisherige Rechtsprechung des BSG steht mit der aufgezeigten Regelungskonzeption in Einklang (vgl näher BSG SozR 4-2500 § 115a Nr 4 RdNr 24 mwN, auch für BSGE vorgesehen).

17

Nach der Rechtsprechung des erkennenden Senats (vgl BSG SozR 4-2500 § 115a Nr 4 RdNr 25 mwN, auch für BSGE vorgesehen) hat das Krankenhaus, dem ein Versicherter zur (vor)stationären Behandlung überwiesen wird, die Erforderlichkeit zu prüfen. Der

Vergütungsanspruch des Krankenhauses gegen die KK setzt nach allgemeinen Grundsätzen insbesondere die objektive Erforderlichkeit der Krankenhausbehandlung des Versicherten nach allein medizinischen Erfordernissen voraus (vgl. [BSGE 102, 172](#) = [SozR 4-2500 § 109 Nr 13](#), LS 2; Anschluss an [BSGE 99, 111](#) = [SozR 4-2500 § 39 Nr 10](#)). Das Gericht hat dabei von dem im Behandlungszeitpunkt objektiv verfügbaren Wissens- und Kenntnisstand des verantwortlichen Krankenhausarztes auszugehen (vgl. [BSGE 99, 111](#) = [SozR 4-2500 § 39 Nr 10](#), RdNr 27 und LS 2).

18

Insoweit ist insbesondere zu berücksichtigen, dass der Vertragsarzt zur Unterstützung der Diagnostik und Therapie, der Vermeidung von Doppeluntersuchungen und der Verkürzung der Verweildauer im Rahmen der Krankenhausbehandlung der Verordnung von Krankenhausbehandlung die für die Indikation der stationären Behandlung des Patienten bedeutsamen Unterlagen hinsichtlich Anamnese, Diagnostik und ambulanter Therapie beizufügen hat, soweit sie ihm vorliegen (§ 6 Krankenhausbehandlungs-Richtlinien, Zusammenarbeit von Vertragsarzt und Krankenhaus). Ergibt sich daraus ohne Weiteres, dass der Vertragsarzt pflichtwidrig die notwendige vertragsärztliche Diagnostik nicht ausgeschöpft hat, sodass das Krankenhaus den Versicherten zumutbar und kunstgerecht hierauf verweisen kann, hat das Krankenhaus hiernach zu verfahren und eine vorstationäre Abklärung der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit abzulehnen. In einem solchen Fall kann das Krankenhaus keine vorstationäre Vergütung beanspruchen (vgl. BSG SozR 4-2500 § 115a Nr 4 RdNr 25 mwN, auch für BSGE vorgesehen). So lag es hier.

19

Die Klägerin geht selbst davon aus, dass der Versicherte erst durch einen Chirurgen und mittels MRT untersucht werden musste, um entscheiden zu können, welche Art der Behandlung geboten war. Die Beklagte hat ihr die entsprechenden Leistungen nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen vergütet, sie stehen außer Streit. Die Klägerin musste den Versicherten bei seiner ersten Vorstellung bei ihr - sechs Tage nach Ausstellung der vertragsärztlichen Überweisung - darauf verweisen, zunächst die notwendige vertragsärztliche Diagnostik auszuschöpfen. Es ging um keine Akutbehandlung - solche erfolgte seitens der Klägerin auch nicht, sondern um eine elektive Diagnostik. Bildgebende Diagnostik lag noch nicht vor.

20

4. Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Abs 1 Teils 3 SGG iVm [§ 154 Abs 2 VwGO](#). Die Streitwertfestsetzung folgt aus § 197a Abs 1 Teils 1 SGG iVm [§§ 63 Abs 2](#), [52 Abs 1](#) und 3, [§ 47 Abs 1 GKG](#).

Rechtskraft

Aus

Login

BRD

Saved

2015-03-06