

L 4 KR 71/07

Land
Sachsen-Anhalt
Sozialgericht
LSG Sachsen-Anhalt
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
4
1. Instanz
SG Halle (Saale) (SAN)
Aktenzeichen
S 4 KR 7/06
Datum
12.11.2007
2. Instanz
LSG Sachsen-Anhalt
Aktenzeichen
L 4 KR 71/07
Datum
21.12.2010
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Die Berufung wird zurückgewiesen.

Die Klägerin hat auch die Kosten des Berufungsverfahrens zu tragen.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Der Streitwert wird auf 65,21 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Streitig ist ein Vergütungsanspruch für eine stationäre Krankenhausleistung in Höhe von 65,21 EUR.

Die Klägerin ist Träger des Krankenhauses G.-A.-Klinikum (im Folgenden: Krankenhaus) in Z., das in den Krankenhausplan des Landes Sachsen-Anhalt aufgenommen ist. Der bei der Beklagten Versicherte B. wurde von der Fachärztin für Allgemeinmedizin Dr. T. am 4. März 2003 gegen 17:15 Uhr als Notfall in das Krankenhaus eingewiesen. Nach dem Entlassungsschein vom 4. März 2003 wurde der Versicherte noch am selben Tag gegen 17:30 Uhr in das Klinikum B. in H. verlegt. Am 5. März 2003 beantragte das Krankenhaus bei der Beklagten die Kostenübernahme und gab als voraussichtliches Ende der stationären Behandlung den 26. März 2003 an. Unter dem 12. März 2003 erteilte die Beklagte eine Kostenzusage für medizinisch notwendige Maßnahmen.

Das Krankenhaus stellte der Beklagten mit Schreiben vom 19. März 2003 einen Betrag von 212,46 EUR in Rechnung. Das Schreiben enthielt als Zahlungsziel 21 Tage und den Hinweis auf § 9 der Pflegesatzvereinbarung mit Verzugszinsregelung von 4 %. Die Beklagte bezahlte die Rechnung unter Vorbehalt und behielt sich mit Schreiben vom 27. März 2003 die Rückforderung ausdrücklich vor. Der Sozialmedizinische Dienst (SMD) in C. forderte das Krankenhaus auf, bis zum 27. April 2003 eine detaillierte Stellungnahme zum Behandlungsfall abzugeben.

Das Krankenhaus berichtete zwischenzeitlich an die einweisende Ärztin des Versicherten unter dem 5. März 2003. Darin gab der Chefarzt der Medizinischen Klinik Privatdozent Dr. T. an: Der Versicherte habe sich am 4. März 2003 in stationärer Behandlung befunden. Er diagnostizierte:

akute CVD mit incompletter beinbetonter Hemiparese links und Sprachstörung, arterielle Hypertonie Stadium III, Diabetes mellitus II medikamentös geführt.

Der Versicherte habe am Nachmittag des Aufnahmetages nach 15:00 Uhr plötzlich eine beinbetonte Hemiparese links sowie eine Sprachstörung bemerkt. Als Vorerkrankungen seien eine arterielle Hypertonie sowie ein medikamentös geführter Diabetes mellitus bekannt. Aufgrund des erst kurze Zeit zurückliegenden Symptombeginns sei nach telefonischer Rücksprache die sofortige Verlegung des Versicherten in die S. U. der Klinik für Neurologie des Klinikums B. in H. veranlasst worden; er sei zum Verlegungszeitpunkt atem- und kreislaufstabil gewesen.

Mit Zwischenbericht der Abteilung für fachübergreifende Frührehabilitation, Schlaganfallzentrum S. U. des Klinikums B. berichtete der Leitende Oberarzt Dr. J. am 6. März 2003: Bei der Aufnahme um 19:35 Uhr sei der Versicherte wach und orientiert gewesen. Es habe ein Stenosegeräusch über ACI rechts bestanden. Diagnostisch sei von einem Hirninfarkt rechts bei ACI-Stenose auszugehen.

Dipl.-Med. B. vom SMD C. wertete am 25. April 2003 u.a. den Arztbrief des Krankenhauses aus und gab an, eine stationäre Krankenhausbehandlung im Sinne einer komplexen Sachleistung am Aufnahmetag sei aus sozialmedizinischer Sicht nicht nachzuvollziehen. Daraufhin hielt die Beklagte der Klägerin mit Schreiben vom 29. April 2003 vor, der Behandlungsfall hätte lediglich vorstationär abgerechnet werden dürfen. Es sei daher beabsichtigt, den überzahlten Betrag in Höhe von 65,21 EUR von einer der folgenden Rechnungen einzubehalten. Dem entsprechend nahm die Beklagte von der Sammelrechnung Nr. 47062988 am 8. Mai 2003 einen Abzug in Höhe von 65,21 EUR vor.

Die Klägerin hat am 25. September 2004 Klage beim Sozialgericht Magdeburg erhoben und die Verurteilung der Beklagten zur Zahlung von 65,21 EUR nebst 4 % Zinsen seit dem 8. Mai 2003 verlangt, da diese zu Unrecht eine Verrechnung vorgenommen habe. Die Verlegung des Versicherten spreche gerade für die Notwendigkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung. Es sei von einer sog. abgebrochenen stationären Behandlung im Sinne der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) auszugehen. Außerdem führe die vorbehaltlose Kostenübernahmeerklärung zu einer Umkehr der Beweislast.

Die Beklagte hat dagegen eingewandt: Das Krankenhaus habe den Versicherten nach Aktenlage lediglich 15 Minuten behandelt. Es fehle daher an einer Aufnahmeentscheidung des Krankenhausarztes, den Versicherten für einen vollen Tag stationär behandeln zu wollen. Die vom Krankenhaus vorgenommene Diagnostik und Behandlung habe nur dazu gedient, den medizinischen Sachverhalt aufzuklären. Der Behandlungsfall des Versicherten könne daher nur vorstationär abgerechnet werden. Dies entspreche auch der höchstrichterlichen Rechtsprechung des BSG (Urteil vom 4. März 2004 - [B 3 KR 4/03](#), zitiert nach juris). Hiernach setze eine vollstationäre Behandlung eine zeitlich ununterbrochene Behandlung von einem Tag und einer Nacht voraus.

Mit Beschluss vom 28. November 2005 hat sich das Sozialgericht Magdeburg für örtlich unzuständig erklärt und den Rechtsstreit an das Sozialgericht Halle verwiesen.

Dipl.-Med. Z. vom SMD hat die zwischenzeitlich an das Sozialgericht Halle übersandte Patientenakte ausgewertet und unter dem 11. Juli 2007 ausgeführt: Die stationäre Aufnahme des Versicherten sei wegen einer akuten beinbetonten Halbseitenlähmung links und wegen Sprachstörungen erfolgt. Bei diesen Symptomen habe offensichtlich ein neurologisches Leiden vorgelegen. Das Krankenhaus habe jedoch damals nicht über eine neurologische Abteilung verfügt. Nach der Epikrise sei der Versicherte nach telefonischer Rücksprache sofort in die S. U. des Krankenhauses B. in H. verlegt worden. Eine Aufnahmeentscheidung, den Versicherten für mindestens einen Tag und eine Nacht im Krankenhaus der Klägerin behandeln zu wollen, sei nicht erkennbar. Auch ein längerer Behandlungsplan sei in den Unterlagen nicht dokumentiert. Die vom Krankenhaus vorgenommenen Untersuchungen (Blutentnahme; EKG, Elektrolytinfusion) seien nicht als komplexe Sachleistung zu bewerten.

Die Klägerin ist dieser Ansicht entgegengetreten und hat geltend gemacht: Der Versicherte sei administrativ auf der Station im Krankenhaus aufgenommen worden. Zur weiteren Bekräftigung hat sie eine Stellungnahme der Oberärztin Dr. F. vom 23. August 2007 vorgelegt: Das Krankenhaus habe zwar damals nicht über eine neurologische Abteilung verfügt, behandle jedoch apoplektische Insulte häufig stationär. Auch habe beim Versicherten eine diagnostische und therapeutische Behandlung stattgefunden. Ausnahmsweise sei die Behandlung in einer sog. Stroke Unit indiziert, wenn der Patient z.B. nicht vorgeschädigt sei, keine relevanten Begleiterkrankungen habe und die Symptomatik nicht länger als sechs Stunden andauere. In diesen Fällen sei der hohe Behandlungsaufwand einer Stroke Unit als Spezialklinik gerechtfertigt. Diese Voraussetzungen hätten beim Versicherten vorgelegen. Außerdem sei die Verweildauer mit 15 Minuten unzutreffend angegeben worden; dies beruhe auf einem Fehler in der Dateneingabe. Schließlich sei die Entscheidung, den Versicherten zu verlegen, erst nach der eigentlichen Aufnahme getroffen worden.

Das Sozialgericht hat die Klage mit Urteil vom 12. November 2007 abgewiesen und die Berufung zugelassen. In den Entscheidungsgründen hat es im Wesentlichen angegeben: Bereits unmittelbar bei der Aufnahme sei entschieden worden, den Versicherten in eine Spezialklinik zu verlegen. Es fehle damit an einer Aufnahmeentscheidung und einem entsprechenden Behandlungsplan des Krankenhauses.

Die Klägerin hat gegen das ihr am 5. Dezember 2007 zugestellte Urteil am 20. Dezember 2007 Berufung beim Landessozialgericht Sachsen-Anhalt eingelegt und ergänzend vorgetragen: Die Annahme des Sozialgerichts, das Krankenhaus habe bei der Aufnahmeprüfung bereits entschieden, den Versicherten in eine Spezialklinik zu verlegen, sei unrichtig. Erst nach der durchgeführten Diagnostik sei im Sinne der Verlegung in die Stroke Unit entschieden worden. Zunächst sei nicht klar gewesen, ob eine kurzfristige Verlegung hätte erfolgen können. Deshalb habe anfangs tatsächlich ein Behandlungsplan vorgelegen. Im Übrigen sei auf die Rechtsprechung des BSG (Urteil vom 28. Februar 2007 - [B 3 KR 17/06 R](#), zitiert nach juris) zu verweisen. Hiernach komme es neben dem Behandlungsplan auch auf den Umfang und die Dauer der Behandlung des Patienten an. Der Versicherte habe als Notfall die Infrastruktur des Krankenhauses in erheblichem Umfang in Anspruch genommen. Dies allein rechtfertige nach der BSG-Rechtsprechung eine vollstationäre Abrechnung.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Halle vom 12. November 2007 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, an sie 65,21 EUR nebst 4 % Zinsen seit dem 8. Mai 2003 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie sieht sich durch die höchstrichterliche Rechtsprechung des BSG (Urteile vom 4. März 2004 - [B 3 KR 4/03](#); 8. September 2004 - [B 6 KA 14/03 R](#) und 17. März 2005 - [B 3 KR 11/04 R](#) jeweils zitiert nach juris) bestätigt. Ferner macht sie geltend, eine vollstationäre Krankenhausbehandlung benötige eine physische und organisatorische Eingliederung des Patienten in das spezifische Versorgungssystem des Krankenhauses über einen Tag und eine Nacht. Entscheidend sei daher, welche Aufenthaltsdauer konkret geplant gewesen sei. Eine derartige Eingliederungsentscheidung habe es beim Versicherten nicht gegeben. Die von der Klägerin angeführte Rechtsprechung des BSG aus dem Jahr 2007 betreffe einen anderen Sachverhalt.

Der Senat hat die Klägerin am 4. August 2009 aufgefordert, mehrere Fragen zu beantworten und die Aufnahmeentscheidung anhand konkreter Tatsachen zu begründen. Die Klägerin hat darauf eine ergänzende Stellungnahme von Oberärztin Dr. F. vom 17. August 2009 vorgelegt, wonach beim Versicherten diagnostisch die Vitalparameter (Puls und Blutdruck), Laboruntersuchungen und ein Elektrokardiogramm durchgeführt worden seien. Die Laboruntersuchung habe dazu gedient, eine mögliche Stoffwechselerkrankung auszuschließen. Das EKG sei notwendig gewesen, um eine kardiologische Befundgrundlage zu erstellen. Der Versicherte sei von der Notfallaufnahme in die Innere Abteilung des Krankenhauses verlegt worden. Hierbei handele es sich um eine spezielle Behandlungseinheit für die intensivmedizinische Therapie.

Der Senat hat den Facharzt für Neurologie und Psychiatrie Prof. Dr. B. ein Sachverständigengutachten nach Aktenlage vom 23. September 2010 erstatten lassen. Dieser hat ausgeführt: Nach dem Ordnungsblatt sei für 18:00 Uhr "500 ml E 154" vermerkt, wobei es sich um eine physiologische Salzlösung handele. Ob diese Lösung zum Transport angelegt worden sei, könne aus den Unterlagen nicht beantwortet werden. Laboruntersuchungen seien aus den Unterlagen nicht zu entnehmen. Wie lange der Versicherte im Wirkungskreis des Krankenhauses genau verblieben sei, sei in den Dokumenten nicht zu erkennen. Die EKG-Untersuchung entspreche einem typischen Routineaufnahmeprozess. Die Kochsalzlösung habe der Kreislaufstabilisierung und der medizinischen Absicherung des geplanten Transportes gedient. Die Schaffung eines Blutzugangs habe zudem sichergestellt, notfallmäßig zu verabreichende Medikamente sofort intravenös applizieren zu können. Einen unmittelbaren Behandlungszweck habe die Infusion jedoch nicht gehabt. Nach der Anamnese sei bereits in der Aufnahmesituation klar gewesen, dass eine intravenöse Lysetherapie mit Plasminogen-Aktivatoren nicht mehr in Frage kommt. Schließlich betrage der zeitliche Rahmen hierfür nur drei Stunden nach Beginn der ersten Symptome, die bereits annähernd abgelaufen gewesen seien. Die Entscheidung, den Versicherten umgehend in eine Stroke Unit zu verlegen, sei richtig gewesen. Schließlich erlitten bis zu fünf Prozent der akuten Schlaganfallpatienten mit relativ blander Symptomatik innerhalb der nächsten Stunden einen erneuten Infarkt. Die Stabilisierung der Vitalparameter, die Monitorisierung der Risikofaktoren und die rasche Ermittlung der Infarkursache sei Aufgabe einer Stroke Unit, die mit erfahrenen Schlaganfallärzten ausgestattet sei. Aus Sicht des Krankenhauses habe die Gefahr einer Embolie, eines mikrovaskulären Infarkts oder einer Blutung bestanden. Aus den Unterlagen gehe nicht genau hervor, wann der Kontakt zum Klinikum B. genau hergestellt worden sei. Aus der Formulierung "vielen Dank für die schnelle Übernahme" sowie aus der eigenen Kenntnis der medizinischen Realität dürfe die Entscheidung, den Versicherten zu verlegen, innerhalb der ersten 30 Minuten nach Beginn der klinischen Untersuchung getroffen worden sein. Den spärlichen Unterlagen sei nicht zu entnehmen, ob der Versicherte zwischenzeitlich intern im Krankenhaus verlegt worden sei.

Die Beklagte sieht sich durch das Sachverständigengutachten in ihrer Auffassung bestätigt. Die Klägerin hat dagegen eingewandt: Der Sachverständige spekuliere unzutreffend. Der Versicherte sei von der Notfallaufnahme in die Intermediäre Care der inneren Abteilung verlegt worden. Hierbei handele es sich um eine Behandlungseinheit für intensivmedizinische Therapie bei Patienten, die einer Akutbehandlung bedürfen. Die Notfallaufnahme verfüge über keine Anordnungsbögen, was die krankenhausinterne Verlegung hinreichend belege. Erst nach der durchgeführten Diagnostik sei entschieden worden, den Versicherten in eine Stroke Unit zu verlegen.

Die Gerichtsakte und die Verwaltungsakte der Beklagten sowie die Patientenakte haben vorgelegen und waren Gegenstand der mündlichen Verhandlung. Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhaltes und des Sachvortrages der Beteiligten wird auf den Inhalt der Akten ergänzend verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung ist nach [§§ 143, 144 Abs. 1 Satz 2](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) statthaft, weil das Sozialgericht die Berufung zugelassen hat. Sie ist jedoch unbegründet. Der Klägerin steht kein Vergütungsanspruch gegen die Beklagte zu.

Die Klägerin macht den Anspruch auf Zahlung der Vergütung für erbrachte Krankenhausleistungen gegen die Beklagte zutreffend mit der (echten) Leistungsklage gemäß [§ 54 Abs. 5 SGG](#) geltend. Die Klage eines Krankenträgers auf Zahlung der Behandlungskosten eines Versicherten gegen eine Krankenkasse ist ein sog. Beteiligtenstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt, kein Vorverfahren durchzuführen und keine Klagefrist zu beachten ist (vgl. BSG, Urteil vom 10. April 2008 – [B 3 KR 19/05 R](#)).

Die Klägerin hat ihren Zahlungsanspruch in der Rechnung vom 19. März 2003 konkret beziffert. Die Beklagte hat jedoch zu Recht gegen die Sammelrechnung Nr. 47062988 in Höhe von 65,21 EUR eine Aufrechnung vorgenommen. Die vorhergehende vollständige Zahlung im Behandlungsfall des Versicherten ist in dieser Höhe ohne Rechtsgrund erfolgt. Die Aufrechnung ist in derartigen Fällen grundsätzlich zulässig, auch wenn die Voraussetzungen des § 51 Sozialgesetzbuch - Allgemeiner Teil (SGB I), der die Aufrechnung in bestimmten Fällen regelt, tatbestandlich nicht erfüllt sind (vgl. BSG Urteil vom 17. März 2005 – [B 3 KR 11/04](#), zitiert nach juris).

Rechtsgrundlage des Vergütungsanspruchs ist [§ 109 Abs. 4 Satz 3](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V) i.V.m. der Pflegesatzvereinbarung der Beteiligten für das Jahr 2003. Nähere vertragliche Regelungen i.S. von [§ 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1](#) und 2 SGB V über die allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung sowie die Überprüfung ihrer Notwendigkeit und Dauer existieren für Sachsen-Anhalt nicht.

Weder aus der Kostenzusage der Beklagten (dazu im Folgenden: 1.) noch aus den gesetzlichen Vorschriften in Verbindung mit der Pflegesatzvereinbarung der Beteiligten (dazu im Folgenden: 2.) lässt sich ein Vergütungsanspruch der Klägerin für eine vollstationäre Abrechnung eines Tages rechtfertigen. Die Zahlung der Beklagten erfolgte damit in dieser Höhe zu Unrecht und rechtfertigt eine Aufrechnung der Beklagten gegen die Sammelrechnung Nr. 47062988 am 8. Mai 2003. Der Beklagten sind auch keine gravierenden Verstöße gegen das Prüfverfahren vorzuwerfen, die einer Aufrechnung entgegenstehen könnten (dazu im Folgenden: 3.).

1. Aus der Kostenzusage der Beklagten vom 12. März 2003 ergibt sich kein Vergütungsanspruch der Klägerin. Grundsätzlich entsteht die Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse unabhängig von einer schriftlichen Kostenzusage, die nur als deklaratorisches Schuldanerkenntnis anzusehen ist (vgl. [BSGE 86, 166](#) (170)), unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten, wenn die Versorgung in einem - wie hier - zugelassenen Krankenhaus durchgeführt wird und im Sinne von [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) erforderlich ist. Die Kostenzusage hat also für den Vergütungsanspruch eines Krankenhauses kein eigenständig-konstitutives Gewicht. Sie

kann jedoch unter Umständen im Abrechnungsverfahren eine besondere Bedeutung erlangen. Hier beschränkt sich jedoch die Kostenzusage inhaltlich auf die medizinisch notwendige Dauer der Behandlung und verweist damit auf die gesetzlichen Vorschriften. Aus dieser lediglich vorbehaltlich erklärten Kostenzusage kann die Klägerin daher keine Rechte herleiten.

2. Ein Vergütungsanspruch der Klägerin aus einer vollstationären Krankenhausbehandlung für den 4. März 2003 besteht nach den gesetzlichen Vorschriften i.V. mit der gültigen Pflegesatzvereinbarung nicht. Vielmehr durfte die Beklagte den Behandlungsfall auf der Basis einer vorstationären Behandlung abrechnen, da keine vollstationäre Krankenhausbehandlung des Versicherten am 4. März 2003 vorlag.

Das Gesetz regelt die Voraussetzungen des Anspruchs auf vollstationäre Krankenhausbehandlung in [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#). Danach muss die Aufnahme des Patienten in das Krankenhaus bzw. seine weitere vollstationäre Behandlung erforderlich sein, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- oder nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann. Nach dem Wortlaut dieser Regelung steht fest, dass der Aufenthalt im Krankenhaus einem Behandlungszweck dienen muss und die Krankenkasse nicht leistungspflichtig ist, wenn der Patient aktuell keiner stationären Behandlung (mehr) bedarf, sondern ggf. aus anderen Gründen, etwa wegen Hilflosigkeit oder Pflegebedürftigkeit im Krankenhaus behalten wird (Großer Senat des BSG, Beschluss vom 25. September 2007, [GS 1/06](#), Seite 8 des Umdrucks [Abs. 16]).

Das BSG hat in seinem grundlegenden Urteil vom 4. März 2004 ([B 3 KR 4/03 R](#), zitiert nach juris) die Voraussetzungen für eine vollstationäre Krankenhausbehandlung bestimmt. Hiernach setzt diese eine physische und organisatorische Eingliederung in das spezifische Versorgungssystem eines Krankenhauses voraus. Dies ist regelmäßig dann anzunehmen, wenn sich die Behandlung nach dem Behandlungsplan des Krankenhausarztes zeitlich über mindestens einen Tag und eine Nacht erstreckt. Maßgebend ist damit 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 (BSG a.a.O.).

Eine vollstationäre Krankenhausbehandlung kann im vorliegenden Fall nicht bereits deswegen abgelehnt werden, weil der Versicherte im konkreten Behandlungsfall nicht wenigstens einen Tag und eine Nacht behandelt worden ist. Zwar kann nach der vom gerichtlichen Sachverständigen vorgenommenen Auswertung der Patientenakte darauf geschlossen werden, dass die Behandlung im Krankenhaus am 4. März 2003 weniger als 2 Stunden gedauert hat. Diese Annahme ist aus folgenden Umständen zu schließen: Der Versicherte wurde gegen 17:15 Uhr aufgenommen. Die Zeitangabe im Entlassungsschein von 17:30 Uhr dürfte aber – worauf die Klägerin zutreffend hinweist – auf einem Schreibfehler beruhen. Nach dem Gutachten des Prof. Dr. B. ist den Patientenunterlagen zu entnehmen, dass der Versicherte gegen 18:00 Uhr eine Infusion erhielt. Da er bereits um 19:35 Uhr im 50 km entfernt liegenden Krankenhaus B. in H. aufgenommen wurde, muss er zwischen 18:15 und 19 Uhr aus dem Krankenhaus der Klägerin entlassen worden sein, sodass er dort längstens 105 Minuten behandelt wurde.

Nach der zutreffenden Ansicht des BSG, der der Senat folgt, kommt es bei der Abgrenzung der vollstationären Behandlung zu nicht vollstationären Behandlungsformen auf die geplante – längere – Aufenthaltsdauer an. Aus der vom Sachverständigen Prof. Dr. B. ausgewerteten Patientenakte ist jedoch kein Behandlungsplan der Krankenhausärzte für eine Behandlungsdauer im Sinne der Rechtsprechung des BSG – mindestens einen Tag und eine Nacht – zu erkennen. Gegen die Annahme, der Versicherten sollte vollstationär im Krankenhaus der Klägerin behandelt werden, spricht zunächst der zeitnah verfasste Arztbrief vom 5. März 2003, wonach wegen des kurze Zeit zurückliegenden Symptombeginns nach telefonischer Absprache mit der Klinik B. die "sofortige" Verlegung des Patienten in die Stroke Unit als Spezialklinik veranlasst worden war. Die Formulierung "sofortige Verlegung" deutet darauf hin, dass der verantwortliche Krankenhausarzt bereits frühzeitig die schnelle Verlegung des Versicherten angestrebt hat. Dann bestand aber keine Absicht, diesen auf unbestimmte Zeit im Krankenhaus der Klägerin zu behandeln. Der gerichtliche Sachverständige Prof. Dr. B. hat die medizinischen Hintergründe dieser ärztlichen Entscheidung auch nachvollziehbar erläutert. Aus zeitlichen Gründen war beim Versicherten eine Lysetherapie mit Plasminogen-Aktivatoren nicht mehr indiziert. Die Symptomatik bezeichnete der Sachverständige als bland, d.h. mild bzw. ruhig. In derartigen Fällen besteht nach medizinischer Erfahrung eine ca. fünf-prozentige Wahrscheinlichkeit eines weiteren Infarkts. Die Behandlung in einer Stroke Unit dient in solchen Fällen dazu, dieses Risiko abzuwehren und schnellstmöglich die genaue Infarktursache zu klären. Eine solche Behandlung konnte im Krankenhaus der Klägerin zum damaligen Zeitpunkt unstrittig nicht geleistet werden, denn es gab dort keine neurologische Abteilung mit der Möglichkeit der Behandlung von Schlaganfällen. Daher entsprach es auch den Regeln der ärztlichen Kunst, den Versicherten nicht zur eigenen Behandlung stationär aufzunehmen, sondern ihn auf schnellstem Wege in die Spezialklinik zu verlegen.

Die Argumentation der Klägerin, über die Verlegung sei erst nach der Einleitung der Diagnostik und der Therapie entschieden worden, lässt sich nach diesen Umständen des Sachverhalts und der Diagnose nicht stützen. Wie der gerichtliche Sachverständige überzeugend herausgearbeitet hat, lag beim Versicherten eine eindeutige neurologische Symptomatik vor. Die beschriebene inkomplette Hemiparese und die Sprachstörung deuteten mit hoher Wahrscheinlichkeit auf einen kurz zuvor eingetretenen Schlaganfall hin. Deshalb war, um das beschriebene Re-Infarktrisiko auszuschließen, die umgehende Verlegung in eine Stroke Unit geboten. Hiervon haben sich offenbar auch die verantwortlichen Krankenhausärzte der Klägerin leiten lassen. Die von der Klägerin behauptete Aufnahmeentscheidung zur eigenen vollstationären Behandlung lässt sich daher nicht nachvollziehen.

Die Klägerin kann sich auch nicht auf Ausnahmefälle berufen, die nach der Rechtsprechung des BSG in bestimmten Fällen zuzulassen sind. Das BSG hat in späteren Entscheidungen neben dem zentralen Merkmal der geplanten Aufenthaltsdauer noch weitere Kriterien für beachtlich gehalten, die jedoch im vorliegenden Fall nicht vorliegen. Weder kann von einer sog. "abgebrochenen" stationären Behandlung (BSG, Urteil vom 17. März 2005 – [B 3 KR 11/04 R](#), zitiert nach juris) noch von einer besonders intensiven Notfallversorgung (BSG, Urteil vom 28. Februar 2007 – [B 3 KR 17/06 R](#), zitiert nach juris) ausgegangen werden. Bei der sog. abgebrochenen Krankenhausbehandlung liegt zwar eine Aufnahmeentscheidung des Krankenhauses vor, den Patienten über Nacht behandeln zu wollen. Bei dieser Fallgruppe verlässt der Versicherte jedoch gegen ärztlichen Rat auf eigenes Betreiben das Krankenhaus noch am selben Tag (BSG, Urteil vom 4. März 2004 – [B 3 KR 4/03 R](#), zitiert nach juris). Kennzeichnend für diesen Ausnahmefall ist die Tatsache, dass es durch Umstände, die außerhalb der Sphäre des Krankenhauses liegen, nicht zu der "an sich" gewollten vollstationären Krankenhausbehandlung gekommen ist. Eine derartige Situation liegt hier aber nicht vor, da sich die Krankenhausärzte selbst um eine sofortige Verlegung des Versicherten zur optimalen Behandlung seines Schlaganfalls bemüht haben. Bei ihm lag eine neurologische Symptomatik vor, die eine schnelle Verlegung in eine Stroke Unit erforderlich machte. Sein Gesundheitszustand war von Anfang an klar, sodass kein Anlass bestand, eine vollstationäre Behandlung im Krankenhaus der

Klägerin zu planen. Es sind auch keine medizinischen Bewertungen der Krankenhausärzte ersichtlich, wonach in diesem Krankenhaus (zunächst) vollstationär behandelt werden sollte.

Im zweiten Ausnahmefall (Urteil vom 28. Februar 2007, [a.a.O.](#)) hat das BSG bei einer besonders intensiven (Notfall-)Behandlung, bei der die längere Behandlungsdauer von mindestens einem Tag und einer Nacht nicht erreicht wird, eine vollstationäre Behandlung angenommen. Bei diesen Fällen kommt es entscheidend darauf an, in welchem Umfang der Patient die Infrastruktur des Krankenhauses tatsächlich in Anspruch genommen hat. Dies bestimmt sich nach der konkreten Erkrankung und der dafür erforderlichen Behandlung. Eine vollstationäre Behandlung liegt in diesen Fällen jedenfalls dann vor, wenn ein Versicherter mit Verdacht auf eine lebensbedrohliche Erkrankung in eine eigens für solche Fälle vorgehaltene Intensivstation eingeliefert wird. Im Gegensatz zu anderen Krankenhausstationen benötigt eine Intensivstation einen hohen Einsatz von Personal und von technischen Geräten, die gestörte Organfunktionen ersetzen können. Sie bieten daher ein Höchstmaß an Behandlungsintensität. Typische Erkrankungsbilder einer Intensivstation sind beispielsweise Schockzustände, Herzinfarkte oder bedrohliche Herzrhythmusstörungen. Ziel der Behandlung solcher Erkrankungen ist es, die Gefahren einer akuten Lebensgefahr abzuwenden und die Funktion lebenswichtiger Organsysteme wieder herzustellen (BSG a.a.O.). Die Zahl der betreuten Patienten auf der Intensivstation ist deutlich geringer als auf normalen Krankenstationen. Das Pflegepersonal auf Intensivstationen muss die Körperfunktionen der Patienten viel umfassender beobachten und überwachen und dabei zahlreiche Geräte (z.B. EKG; Beatmungsmaschinen, Medikamentenpumpen; Beobachtungsmonitore; Dialysegeräte) bedienen. Dies gilt für das ärztliche Personal in gleicher Weise. Die Intensivstation ist daher die nachhaltigste Form der Einbindung in einen Krankenhausbetrieb und stellt damit den Prototyp einer stationären Behandlung dar (vgl. BSG a.a.O.).

Hier sind aber nach den Feststellungen des gerichtlichen Sachverständigen aus den Unterlagen keine Hinweise für die Verlegung des Versicherten von der Notfallaufnahme auf eine Intensivstation erkennbar. Selbst wenn die von der Klägerin behauptete Verlegung zugrunde zu legen wäre, fehlte es an dem Erfordernis einer akut lebensbedrohlichen Erkrankung und an einer darauf bezogenen zielgerichteten intensivmedizinischen Behandlung mit einem hohen Aufwand an Sachmitteln und Personal durch das Krankenhaus. Denn beim Versicherten lag ein stabiler Gesundheitszustand mit einer ruhigen Schlaganfallsymptomatik vor. Gegen einen akut bedrohlichen Gesundheitszustand spricht auch der eigentliche Behandlungsablauf im Krankenhaus. Mit Ausnahme der Kontrolle der Vitalfunktion und eines EKG sowie einer Infusion zur Kreislaufstabilisierung für den Transport hat das Krankenhaus beim Versicherten keine weiteren Behandlungen vorgenommen. Die vom Krankenhaus behauptete Laboruntersuchung konnte der gerichtliche Sachverständige nicht bestätigen. Aktive lebenserhaltende Maßnahmen, die mit hohem Aufwand an Sachmitteln und Personal verbunden gewesen wären, sind den Krankenunterlagen nicht zu entnehmen. Diese eher geringe Behandlungsintensität bewertete der gerichtliche Sachverständige dann auch folgerichtig als bloße Routineuntersuchungen.

Auch die von der Beklagten vorgenommene Zahlung auf der Basis einer vorstationären Behandlung ist nicht zu beanstanden. Nach [§ 115 a Abs. 1 SGB V](#) können Versicherte in medizinisch geeigneten Fällen ohne Unterkunft und Verpflegung behandelt werden, um die Erforderlichkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung zu klären oder sie vorzubereiten (vorstationäre Behandlung). Ein derartiger Klärungsbedarf hat im vorliegenden Fall aus den oben genannten Gründen vorgelegen.

3. Der Beklagten kann keine Verletzung des Prüfverfahrens vorgeworfen werden. Insbesondere hat sie die Aufrechnung ausreichend begründet.

Bei der Bewertung des Prüfverfahrens der Krankenkassen geht das BSG von folgenden Grundsätzen aus: Das Krankenhaus hat grundsätzlich im Rahmen der wechselseitigen Leistungsbeziehungen zur Krankenkasse diejenigen Angaben zu machen und Unterlagen beizubringen, die zur Beurteilung der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit im Einzelfall erforderlich sind. Die Auskunftspflicht der Klägerin ergibt sich nach der Rechtsprechung des BSG (Urteil vom 22. April 2009 - [B 3 KR 24/07 R](#), zitiert nach juris) grundsätzlich aus [§ 100 Abs. 1 Satz 3](#) Zehntes Buch Sozialgesetzbuch – Verwaltungsverfahren – (SGB X) und hier speziell aus [§ 301 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V](#). Nach [§ 100 Abs. 1 Satz 3 SGB X](#) ist das Krankenhaus verpflichtet, dem Leistungsträger "im Einzelfall auf Verlangen Auskunft zu erteilen, soweit es für die Durchführung von dessen Aufgaben nach diesem Gesetzbuch erforderlich" ist und entweder der Betroffene eingewilligt hat ([§ 100 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB X](#)) oder dies gesetzlich zugelassen ist ([§ 100 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB X](#)); ausgenommen hiervon sind nach [§ 100 Abs. 2 SGB X](#) nur Angaben, die den Arzt oder ihm nahe stehende Personen der Gefahr aussetzen würden, wegen einer Straftat oder einer Ordnungswidrigkeit verfolgt zu werden. Nach den zwingenden gesetzlichen Auskunftspflichten aus [§ 284 Abs. 1 Nr. 4](#) und 7 SGB V (in der Fassung vom 12.12.1996, [BGBl. I S. 1859](#), die vom 1. Januar 1997 bis 31. Dezember 2001 gültig war) war die Erhebung von Sozialdaten im Versorgungszeitraum für die Zwecke der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zugelassen, soweit sie nach Maßgabe der Prüfaufträge von Krankenkasse und SMD u. a. für die "Prüfung der Leistungspflicht und die Gewährung von Leistungen an Versicherte (§§ 2 und 11)" und für die "Beteiligung des Medizinischen Dienstes (§ 275)" erforderlich waren. Die Vorschrift ist im Wesentlichen unverändert geblieben.

Hier hat die Beklagte frühzeitig den SMD mit der Prüfung des medizinischen Sachverhalts beauftragt. Dieser hat u.a. den Entlassungsschein sowie den Entlassungsbericht des Krankenhauses beigezogen und ausgewertet. Wegen der darin bereits beschriebenen sofortigen Weiterverlegung des Versicherten in eine Spezialklinik und der nach Aktenlage dokumentierten sehr kurzen Aufenthaltsdauer von nur 15 Minuten konnte nicht auf eine komplexe Krankenhausleistung geschlossen werden. Aus Sicht der Beklagten war die von der Klägerin vorgelegte vollstationäre Abrechnung damit offensichtlich unzutreffend. Die Beklagte durfte diese Rechnung ohne weitere Begründung zurückweisen und war nicht verpflichtet, die Patientenakte durch den SMD beizuziehen und genau auswerten zu lassen. Eine Verletzung des Prüfverfahrens liegt nicht vor.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197 a SGG](#).

Gründe für die Zulassung der Revision nach [§ 160 SGG](#) liegen nicht vor. Das BSG hat die Frage, bei welchen Fallgestaltungen eine vollstationäre Krankenhausbehandlung vorliegt, in seinen Urteilen vom 4. März 2004 - [B 3 KR 4/03](#), 8. September 2004 - [B 6 KA 14/03 R](#), 17. März 2005 - [B 3 KR 11/04 R](#) und 28. Februar 2007 - [B 3 KR 17/06 R](#) (jeweils zitiert nach juris) abschließend geklärt.

Die Streitwertfestsetzung folgt aus [§ 63 Abs. 2](#), [§ 52 Abs. 1](#) und [§ 47 Abs. 1](#) Gerichtskostengesetz (GKG).

Rechtskraft

Aus

Login
SAN
Saved
2012-09-24