-

**Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland**

| | |
|---|---|
| Land | Bundesrepublik Deutschland |
| Sozialgericht | Bundessozialgericht |
| Sachgebiet | Krankenversicherung |
| Abteilung | 1 |
| Kategorie | Urteil |
| Bemerkung | - |
| Rechtskraft | - |
| Deskriptoren | - |
| Leitsätze | - |
| Normenkette | - |

**1. Instanz**

| | |
|---|---|
| Aktenzeichen | - |
| Datum | 14.01.2000 |

**2. Instanz**

| | |
|---|---|
| Aktenzeichen | - |
| Datum | - |

**3. Instanz**

| | |
|---|---|
| Datum | 20.11.2001 |

Die Revision der KlÃ¤gerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 14. Januar 2000 wird zurÃ¼ckgewiesen. Kosten des Rechtsstreits sind nicht zu erstatten.

GrÃ¼nde:

I

Der klagenden Allgemeine Ortskrankenkasse (AOK) wurden nach einer vom 25. MÃ¤rz bis zum 1. April 1996 (inklusive Aufnahme- und Entlassungstag: acht Kalendertage) dauernden stationÃ¤ren Behandlung ihres Versicherten F knapp 5.000 DM in Rechnung gestellt; neben der Fallpauschale fÃ¼r eine laparoskopische Cholezystektomie (Gallenblasenoperation) bezahlte die KlÃ¤gerin einen Investitionszuschlag von insgesamt 56 DM, der in 7 TagessÃ¤tzen berechnet wurde. Zum 1. April 1996 hatte der Versicherte zur beklagten Ersatzkasse gewechselt. Die KlÃ¤gerin hÃ¤lt die Beklagte fÃ¼r verpflichtet, ihr den Anteil der Fallpauschale zu erstatten, der auf den Tag nach dem Kassenwechsel (den 1. April 1996) entfÃ¤llt, wenn die Gesamtkosten Ã¼ber die achttÃ¤gige Dauer der stationÃ¤ren Behandlung gleichmÃ¤Ãig verteilt werden; streitig sind daher etwas Ã¼ber 600 DM.

Das Sozialgericht (SG) hat die Klage mit Urteil vom 14. Januar 2000 abgewiesen. FÃ¼r die Bestimmung der KassenzustÃ¤ndigkeit hÃ¤lt es den Zeitpunkt der Entstehung des Anspruchs fÃ¼r maÃgeblich â das sei der Tag der Einweisung ins Krankenhaus gewesen. Die Krankenhausbehandlung sei nicht teilbar, sondern ein einheitlicher Leistungsfall, fÃ¼r den somit allein die AOK zustÃ¤ndig sei. Das werde im vorliegenden Fall durch die VergÃ¼tung in Form einer Fallpauschale bestÃ¤tigt.

Mit der Revision rÃ¼gt die klagende AOK sinngemÃ¤Ã eine Verletzung von Â§ 19 Abs 1 FÃ¼nftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V). Seit dem Inkrafttreten dieser Vorschrift am 1. Januar 1989 sei der frÃ¼her geltende Grundsatz Ã¼berholt, daÃ ausschlieÃlich der Zeitpunkt des Versicherungsfalls fÃ¼r die Entstehung von LeistungsansprÃ¼chen maÃgeblich sei, ohne daÃ der Verlust der Mitgliedschaft an der Anspruchsberechtigung etwas geÃ¤ndert habe. Nach neuem Recht bestehe ein Leistungsanspruch lediglich so lange wie die ihm zugrundeliegende Mitgliedschaft. Bei einem Kassenwechsel werde deshalb die aufnehmende Kasse auch in bezug auf bereits laufende LeistungsfÃ¤lle zustÃ¤ndig. Da der Versicherte am Tage des Kassenwechsels (1. April 1996) Krankenhausbehandlung in Anspruch genommen habe, sei insofern die beklagte Ersatzkasse leistungspflichtig.

Die KlÃ¤gerin beantragt,

das Urteil des SG Berlin vom 14. Januar 2000 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, 616,44 DM zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,

die Revision zurÃ¼ckzuweisen.

Sie hÃ¤lt das angefochtene Urteil fÃ¼r zutreffend. Auf die durch Â§ 19 SGB V angeblich verÃ¤nderte Rechtslage komme es nicht an. Ausschlaggebend sei allein, zu welchem Zeitpunkt der Leistungsanspruch entstanden und bei welcher Kasse der Versicherte zu diesem Zeitpunkt Mitglied gewesen sei. Bei der Krankenhausbehandlung entstehe der gesamte Anspruch mit der Einweisung in das Krankenhaus. Das gelte erst recht, wenn die Behandlung in Form einer Fallpauschale vergÃ¼tet werde. Deren HÃ¶he richte sich nach der Art der Leistung, die im konkreten Fall am 27. MÃ¤rz 1996 erbracht worden sei. Die Dauer des Krankenhausaufenthalts wirke sich auf die HÃ¶he der Fallpauschale nicht aus. Auch im Rehabilitationsrecht habe die Rechtsprechung auf das Interesse an einem einheitlichen RehabilitationstrÃ¤ger abgestellt (Hinweis auf BSG SozR 3-2600 Â§ 13 Nr 2).

II

Die Revision ist unbegrÃ¼ndet. Die AOK hat keinen Anspruch auf Erstattung der fiktiv fÃ¼r den 1. April 1996 aufgewendeten Krankenhauskosten. Eine tageweise Aufteilung einer im Krankenhaus angefallenen Fallpauschale nach der tatsÃ¤chlichen oder nach der kalkulatorischen Verweildauer ist unzulÃ¤ssig. Daher

konnte eine Leistungspflicht der Beklagten fÃ¼r den Krankenhausaufenthalt am 1. April 1996 nicht begrÃ¼ndet werden.

Einzig zu erwÃ¤gender Erstattungstatbestand ist derjenige des Â§ 105 SGB X. Nach Â§ 105 Abs 1 Satz 1 SGB X ist der zustÃ¤ndige LeistungstrÃ¤ger erstattungspflichtig, wenn der unzustÃ¤ndige LeistungstrÃ¤ger Sozialleistungen erbracht hat, ohne daÃ die Voraussetzungen des Â§ 102 SGB X vorliegen. Da sich die KlÃ¤gerin vor ihrer eigenen Leistung nicht an die Beklagte gewandt hat, kommt Â§ 102 SGB X ersichtlich nicht in Frage.

Die AOK ist der fÃ¼r den gesamten Krankenhausaufenthalt zustÃ¤ndige LeistungstrÃ¤ger. Allerdings vermag sich der Senat der Auffassung der Beklagten nicht anzuschlieÃen, daÃ mit der Einweisung ins Krankenhaus eine die ganze stationÃ¤re Behandlung umfassende Leistungspflicht der AOK entstanden sei, die schon deshalb vom spÃ¤teren Kassenwechsel nicht berÃ¼hrt werde. Die mit Beginn der Krankheit eingetretene oder durch die Krankenhausaufnahme belegte Behandlungsnotwendigkeit begrÃ¼ndet keine LeistungszustÃ¤ndigkeit der Krankenkasse fÃ¼r alle sich daraus ergebenden BehandlungsmaÃnahmen. Das wird dann deutlich, wenn der Versicherte nach der Feststellung der Krankheit aus der Versicherung ausscheidet oder wenn er trotz Feststellung der BehandlungsbedÃ¼rftigkeit tatsÃ¤chlich keine Versicherungsleistungen in Anspruch nimmt.

Nach Â§ 19 Abs 1 SGB V erlischt der Anspruch auf Leistungen mit dem Ende der Mitgliedschaft, soweit keine abweichenden Bestimmungen entgegenstehen. Durch den grundsÃ¤tzlichen AusschluÃ von Rechtswirkungen des MitgliedschaftsverhÃ¤ltnisses fÃ¼r die Zeit nach seiner Beendigung wird der mÃ¶gliche Zusammenhang zwischen der Erkrankung (Versicherungsfall) und der Kostenbelastung durch die einzelne BehandlungsmaÃnahme krankenversicherungsrechtlich jedenfalls dann fÃ¼r unerheblich erklÃ¤rt, wenn der Versicherte zwischenzeitlich die Mitgliedschaft verliert. Dementsprechend kann (umgekehrt) einem neu aufgenommenen Mitglied nicht entgegengehalten werden, es dÃ¼rfe Versicherungsleistungen nicht in Anspruch nehmen, weil sie auf einer vor der Mitgliedschaft festgestellten Behandlungsnotwendigkeit beruhten (vgl zum frÃ¼heren Recht BSG SozR 2200 Â§ 182b Nr 32). Das zwingt ganz generell zu der Annahme, daÃ die Leistungspflicht der Krankenkasse fÃ¼r eine konkrete BehandlungsmaÃnahme nicht von der Mitgliedschaft im Zeitpunkt des Versicherungsfalls, sondern von der Mitgliedschaft im Zeitpunkt der tatsÃ¤chlichen Leistungserbringung abhÃ¤ngt.

19 SGB V gilt auch fÃ¼r den Verlust der Mitgliedschaft bei einer Kasse und den gleichzeitigen Beitritt zu einer anderen (Kassenwechsel). Der Wortlaut bezieht sich nicht nur auf das Ausscheiden aus der gesetzlichen Krankenversicherung schlechthin. Das folgt schon aus der Verwendung des Begriffs "Mitgliedschaft", der nach der Systematik der Â§Â§ 186 ff SGB V das VersicherungsverhÃ¤ltnis zu der fÃ¼r den Versicherten jeweils zustÃ¤ndigen Krankenkasse kennzeichnet (vgl fÃ¼r den Fall des Kassenwechsels: Â§ 186 Abs 10 SGB V sowie frÃ¼her Â§ 312 Abs 1 RVO). Eine â indirekte â BestÃ¤tigung erfÃ¤hrt diese Auslegung durch die

Sonderregelung in Â§ 19 Abs 2 SGB V, die ehemals Versicherungspflichtigen fÃ¼r lÃ¤ngstens einen Monat nach dem Ende der Mitgliedschaft einen nachgehenden Anspruch auf Leistungen gegen die frÃ¼here Krankenkasse zubilligt. Dieser nachgehende Anspruch ist subsidiÃ¤r; er wird durch eine neue Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse verdrÃ¤ngt (BSGE 51, 281, 285 = SozR 2200 Â§ 183 Nr 35 S 94; BSG SozR 2200 Â§ 214 Nr 2 S 2 f mwN). Demnach ist die Grundregel des Â§ 19 Abs 1 SGB V auch bei einem Kassenwechsel anzuwenden (ebenso: Peters, Handbuch der Krankenversicherung, Stand: 2000, Â§ 19 SGB V RdNr 11). Mit ihm ist deshalb ein Wechsel der LeistungszustÃ¤ndigkeit fÃ¼r alle danach durchgefÃ¼hrten Behandlungen verknÃ¼pft, auch wenn der sie veranlassende Versicherungsfall schon vorher eingetreten war und unabhÃ¤ngig davon, ob sich der krankheitsbedingte Behandlungsbedarf bereits gezeigt hatte und Ã¤rztlich festgestellt war. Der Zeitpunkt der BehandlungsmaÃnahme vor oder nach dem Beginn der Mitgliedschaft (Â§ 186 Abs 10 SGB V) entscheidet darÃ¼ber, ob die neue oder die alte Krankenkasse leistungspflichtig ist.

Dieses Ergebnis wird durch die Erkenntnis bestÃ¤tigt, daÃ Â§ 27 Abs 1 SGB V dem Versicherten lediglich ein "ausfÃ¼llungsbedÃ¼rftiges Rahmenrecht" einrÃ¤umt (BSGE 81, 54, 60 f = SozR 3-2500 Â§ 135 Nr 4 S 16 f mwN; BSGE 82, 158, 161 = SozR 3-2500 Â§ 39 Nr 5 S 27), so daÃ mit der darin vorausgesetzten Behandlungsnotwendigkeit eine konkrete Leistungspflicht der Krankenkasse noch nicht begrÃ¼ndet sein kann. AuÃerdem entspricht das Ergebnis der frÃ¼heren Regelung in Â§ 212 Reichsversicherungsordnung (RVO) und der dazu ergangenen Rechtsprechung. Hierzu hat der Senat im Urteil vom 20. November 2001 (B 1 KR 31/99 R, zur VerÃ¶ffentlichung bestimmt) nÃ¤here AusfÃ¼hrungen gemacht, auf die zur Vermeidung von Wiederholungen Bezug genommen wird.

Obwohl nach diesen GrundsÃ¤tzen die beklagte Ersatzkasse fÃ¼r alle nach dem Kassenwechsel am 1. April 1996 durchgefÃ¼hrten BehandlungsmaÃnahmen leistungspflichtig ist, muÃ sie der bis dahin zustÃ¤ndigen AOK die vom Krankenhaus in Rechnung gestellte Fallpauschale nicht anteilig erstatten. Eine Aufteilung der ZustÃ¤ndigkeit fÃ¼r verschiedene Phasen einer Krankenhausbehandlung ist unzulÃ¤ssig, wenn der Krankenhausaufenthalt bzw die dabei durchgefÃ¼hrte Behandlung eine untrennbare Einheit bilden. Mit RÃ¼cksicht auf die Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung, den Versicherten durch die GewÃ¤hrung von Sachleistungen von den sonst bei einer Erkrankung zu erwartenden Kostenbelastungen freizustellen, kommt es in diesem Zusammenhang darauf an, welche MaÃnahmen eine Zahlungspflicht der Krankenkasse auslÃ¶sen bzw ohne das Eintreten der Krankenkasse beim Versicherten auslÃ¶sen wÃ¼rden. Die insoweit einschlÃ¤gige Bundespflegesatzverordnung (BPflV) faÃt den Krankenhausaufenthalt des F einschlieÃlich aller dabei in Anspruch genommenen BehandlungsmaÃnahmen zu einer Abrechnungseinheit zusammen, so daÃ es sich krankenversicherungsrechtlich um eine Einmalleistung handelt, fÃ¼r die eine Aufteilung von ZustÃ¤ndigkeiten nicht in Betracht kommt.

Die BPflV legt im dazugehÃ¶rigen Entgeltkatalog fÃ¼r die laparoskopische Cholezystektomie eine Fallpauschale fest, die auf einer kalkulatorischen Verweildauer von 7,29 Tagen beruht und einen Krankenhausaufenthalt von bis zu

15 Tagen (sog Grenz-Verweildauer) abdeckt. Erst wenn der Aufenthalt diese Dauer Ã¼berschreitet, entstehen nach Â§ 14 Abs 7 Satz 1 BPflV Ã¼ber die Fallpauschale hinaus weitere ZahlungsansprÃ¼che des Krankenhauses. In dem durch die Grenz-Verweildauer gesteckten Rahmen ist es fÃ¼r die Kostenbelastung der Kasse bzw eines eventuellen Privatpatienten unerheblich, wie lange der Krankenhausaufenthalt tatsÃ¤chlich dauert. Die dadurch erreichte grundsÃ¤tzliche Abkopplung der Leistungspflicht von der tatsÃ¤chlichen Behandlungsdauer wÃ¼rde unterlaufen, wenn fÃ¼r die ZustÃ¤ndigkeitsabgrenzung bei Kassenwechseln wiederum gerade darauf zurÃ¼ckgegriffen werden mÃ¼Ãte. TagessÃ¤tze kÃ¶nnen auch nicht in Anlehnung an eine normative Verweildauer berechnet werden. Dagegen spricht bereits, daÃ nicht klar wÃ¤re, ob man an der Grenz-Verweildauer von 15 Tagen oder an der Durchschnittsdauer von 7,29 Tagen anzuknÃ¼pfen hÃ¤tte. AuÃerdem wÃ¤ren in beiden FÃ¤llen wenig einleuchtende Ergebnisse zu befÃ¼rchten. Wenn der Durchschnittswert wie hier keine vollen Tage ausweist, kann der danach errechnete Tagessatz nicht auf eine bestimmte Kassenmitgliedschaft bezogen werden, weil diese sich nach Kalendertagen richtet. Die Berechnung nach der Grenz-Verweildauer kÃ¶nnte dazu fÃ¼hren, daÃ eine Ã¼bernehmende Kasse leistungspflichtig wird, obwohl der Versicherte bereits vor dem Kassenwechsel aus dem Krankenhaus entlassen wurde. Dies alles zeigt, daÃ die Fallpauschale nicht aufgespalten und auf bestimmte Aufenthaltstage bezogen werden darf.

Im Zusammenhang kann aus den dargestellten Regelungen deshalb nur der SchluÃ gezogen werden, daÃ es sich bei Krankenhausbehandlungen, die mit einer Fallpauschale abgerechnet werden, um Einmalleistungen handelt, fÃ¼r die nur eine einzige Krankenkasse zustÃ¤ndig sein kann. Da an die tatsÃ¤chliche oder kalkulatorische Aufenthaltsdauer nicht angeknÃ¼pft werden kann, ist eine ZustÃ¤ndigkeitsaufteilung entsprechend einer stichtagsbezogenen ZÃ¤sur in der Mitgliedschaft unzulÃ¤ssig. Insofern gilt dasselbe wie fÃ¼r andere Einmalleistungen: Die Kosten fÃ¼r ein vom Versicherten am letzten Tag seiner Mitgliedschaft bezogenes Hilfsmittel sind von der neuen Kasse nicht deshalb zu erstatten, weil das Mittel vor allem wÃ¤hrend der neuen Mitgliedschaft genutzt werden kann und der neuen Kasse Kosten erspart.

Dieses Ergebnis wird nicht dadurch in Frage gestellt, daÃ die Fallpauschale im konkreten Fall um einen in 7 TagessÃ¤tzen berechneten Investitionszuschlag erhÃ¶ht wurde. Dadurch wird ein Teil der gezahlten VergÃ¼tung nur scheinbar aufenthaltsbezogen, so daÃ der Charakter als Einmalleistung dadurch nicht verÃ¤ndert wird â abgesehen davon, daÃ der Entlassungstag den fraglichen Zuschlag auch bei einer VergÃ¼tung nach tagesgleichen PflegesÃ¤tzen nicht auslÃ¶sen wÃ¼rde (vgl Â§ 11 Abs 8 Satz 2 iVm Abs 2 Satz 1 BPflV). Es handelt sich um einen Ausgleich dafÃ¼r, daÃ das Krankenhaus nicht mit Landesmitteln gefÃ¶rdert wird (vgl Â§ 11 Abs 6 Nr 5, Abs 8 BPflV); die Art und Weise der Berechnung knÃ¼pft nur dann an die tatsÃ¤chliche Aufenthaltsdauer an, wenn diese sowieso schon Kalkulationsgrundlage ist. Bei der Abrechnung nach Fallpauschalen kommt es nach Art 14 Abs 3 Satz 1 Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) lediglich auf die kalkulatorische Verweildauer an, die sich â wie bereits ausgefÃ¼hrt â einer Aufteilung auf Zeiten der Mitgliedschaft entzieht. DaÃ es

sich um einen pauschalen Zuschlag handelt, der keinen EinfluÃ auf die krankenversicherungsrechtliche Einordnung der vom Krankenhaus erbrachten Leistungen haben kann, wird dadurch unterstrichen, daÃ Â§ 11 Abs 6 Nr 6 BPflV die Erhebung des Investitionszuschlags in einem Prozentsatz der Fallpauschale zulÃ¤Ãt.

Mit der Einordnung einer mehrtÃ¤gigen Krankenhausbehandlung als Einmalleistung ist allerdings noch nicht die Frage beantwortet, auf welchem Ereignis die Leistungspflicht und somit die ZustÃ¤ndigkeit der Krankenkasse basiert. Da die Abrechnung mit einer Fallpauschale nach den in Â§ 14 Abs 5 Satz 1 und 2, Abs 11 Satz 1 BPflV geregelten Fallgestaltungen immer davon abhÃ¤ngt, ob bzw in welchem Krankenhaus die Hauptleistung erbracht wird, ist grundsÃ¤tzlich deren Zeitpunkt â hier der Zeitpunkt der Gallenblasenoperation â maÃgebend. Denn jedenfalls wenn eine stationÃ¤re Behandlung wie hier ohne weitere Besonderheiten mit einer Fallpauschale abzurechnen ist, deren Leistungsbeschreibung keinen Mindestaufenthalt und keine anderen Bedingungen fÃ¼r den AbschluÃ des Behandlungsfalls enthÃ¤lt, steht zu diesem Zeitpunkt fest, welche konkreten Zahlungspflichten der Krankenhausaufenthalt auslÃ¶st.

Da die AOK fÃ¼r den gesamten Krankenhausaufenthalt die zustÃ¤ndige Kasse war, hat sie keinen Erstattungsanspruch gegen die Beklagte. Das hat bereits das SG zutreffend erkannt, so daÃ die Revision zurÃ¼ckzuweisen ist.

Die Kostenentscheidung ergibt sich aus Â§ 193 Abs 4 Satz 1 Sozialgerichtsgesetz. Satz 2 der Vorschrift findet keine Anwendung, weil kein Fall des Â§ 116 Abs 2 Nr 1 oder Nr 4 BundesrechtsanwaltsgebÃ¼hrenordnung vorliegt.

Erstellt am: 18.08.2003

Zuletzt verändert am: 20.12.2024