
-

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 KlÄgerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 14. Januar 2000 wird zurÄckgewiesen. Kosten des Rechtsstreits sind nicht zu erstatten.

GrÄnde:

I

Der klagenden Allgemeine Ortskrankenkasse (AOK) wurden nach einer vom 25. MÄrz bis zum 1. April 1996 (inklusive Aufnahme- und Entlassungstag: acht Kalendertage) dauernden stationÄren Behandlung ihres Versicherten F knapp 5.000 DM in Rechnung gestellt; neben der Fallpauschale fÄr eine laparoskopische Cholezystektomie (Gallenblasenoperation) bezahlte die KlÄgerin einen Investitionszuschlag von insgesamt 56 DM, der in 7 TagessÄtzen berechnet wurde. Zum 1. April 1996 hatte der Versicherte zur beklagten Ersatzkasse gewechselt. Die KlÄgerin hÄlt die Beklagte fÄr verpflichtet, ihr den Anteil der Fallpauschale zu erstatten, der auf den Tag nach dem Kassenwechsel (den 1. April 1996) entfÄllt, wenn die Gesamtkosten Äber die achttÄgige Dauer der stationÄren Behandlung gleichmÄÄig verteilt werden; streitig sind daher etwas Äber 600 DM.

Das Sozialgericht (SG) hat die Klage mit Urteil vom 14. Januar 2000 abgewiesen. Für die Bestimmung der Kassenzuständigkeit hält es den Zeitpunkt der Entstehung des Anspruchs maßgeblich an das sei der Tag der Einweisung ins Krankenhaus gewesen. Die Krankenhausbehandlung sei nicht teilbar, sondern ein einheitlicher Leistungsfall, für den somit allein die AOK zuständig sei. Das werde im vorliegenden Fall durch die Vergütung in Form einer Fallpauschale bestätigt.

Mit der Revision rügt die klagende AOK sinngemäß eine Verletzung von [Â§ 19 Abs 1](#) fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V). Seit dem Inkrafttreten dieser Vorschrift am 1. Januar 1989 sei der früher geltende Grundsatz überholt, daß ausschließlich der Zeitpunkt des Versicherungsfalls für die Entstehung von Leistungsansprüchen maßgeblich sei, ohne daß der Verlust der Mitgliedschaft an der Anspruchsberechtigung etwas geändert 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 Leistungsfälle zuständig. Da der Versicherte am Tage des Kassenwechsels (1. April 1996) Krankenhausbehandlung in Anspruch genommen habe, sei insofern die beklagte Ersatzkasse leistungspflichtig.

Die Klägerin 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 zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend. Auf die durch [Â§ 19 SGB V](#) angeblich veränderte 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 vergütet werde. Deren Höhe richte sich nach der Art der Leistung, die im konkreten Fall am 27. März 1996 erbracht worden sei. Die Dauer des Krankenhausaufenthalts wirke sich auf die Höhe der Fallpauschale nicht aus. Auch im Rehabilitationsrecht habe die Rechtsprechung auf das Interesse an einem einheitlichen Rehabilitationsträger abgestellt (Hinweis auf BSG [SozR 3-2600 Â§ 13 Nr 2](#)).

II

Die Revision ist unbegründet. Die AOK hat keinen Anspruch auf Erstattung der fiktiv für den 1. April 1996 aufgewendeten Krankenhauskosten. Eine tageweise Aufteilung einer im Krankenhaus angefallenen Fallpauschale nach der tatsächlichen oder nach der kalkulatorischen Verweildauer ist unzulässig. Daher

konnte eine Leistungspflicht der Beklagten für den Krankenhausaufenthalt am 1. April 1996 nicht begründet werden.

Einzig zu erwägender Erstattungstatbestand ist derjenige des [Â§ 105 SGB X](#). Nach [Â§ 105 Abs 1 Satz 1 SGB X](#) ist der zuständige Leistungsträger erstattungspflichtig, wenn der unzuständige Leistungsträger Sozialleistungen erbracht hat, ohne daß die Voraussetzungen des [Â§ 102 SGB X](#) vorliegen. Da sich die Klägerin vor ihrer eigenen Leistung nicht an die Beklagte gewandt hat, kommt [Â§ 102 SGB X](#) ersichtlich nicht in Frage.

Die AOK ist der für den gesamten Krankenhausaufenthalt zuständige Leistungsträger. Allerdings vermag sich der Senat der Auffassung der Beklagten nicht anzuschließen, daß mit der Einweisung ins Krankenhaus eine die ganze stationäre Behandlung umfassende Leistungspflicht der AOK entstanden sei, die schon deshalb vom späteren Kassenwechsel nicht berührt werde. Die mit Beginn der Krankheit eingetretene oder durch die Krankenhausaufnahme belegte Behandlungsnotwendigkeit begründet keine Leistungszuständigkeit der Krankenkasse für alle sich daraus ergebenden Behandlungsmaßnahmen. Das wird dann deutlich, wenn der Versicherte nach der Feststellung der Krankheit aus der Versicherung ausscheidet oder wenn er trotz Feststellung der Behandlungsbedürftigkeit tatsächlich 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 grundsätzlichen Ausschluß von Rechtswirkungen des Mitgliedschaftsverhältnisses für die Zeit nach seiner Beendigung wird der mögliche Zusammenhang zwischen der Erkrankung (Versicherungsfall) und der Kostenbelastung durch die einzelne Behandlungsmaßnahme krankenversicherungsrechtlich jedenfalls dann für unerheblich erklärt, wenn der Versicherte zwischenzeitlich die Mitgliedschaft verliert. Dementsprechend kann (umgekehrt) einem neu aufgenommenen Mitglied nicht entgegengehalten werden, es dürfe Versicherungsleistungen nicht in Anspruch nehmen, weil sie auf einer vor der Mitgliedschaft festgestellten Behandlungsnotwendigkeit beruhen (vgl zum früheren Recht BSG SozR 2200 Â§ 182b Nr 32). Das zwingt ganz generell zu der Annahme, daß die Leistungspflicht der Krankenkasse für eine konkrete Behandlungsmaßnahme nicht von der Mitgliedschaft im Zeitpunkt des Versicherungsfalls, sondern von der Mitgliedschaft im Zeitpunkt der tatsächlichen Leistungserbringung abhängt.

§ 19 SGB V gilt auch für 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§§ 186 ff SGB V](#) das Versicherungsverhältnis zu der für den Versicherten jeweils zuständigen Krankenkasse kennzeichnet (vgl für den Fall des Kassenwechsels: [Â§ 186 Abs 10 SGB V](#) sowie früher [Â§ 312 Abs 1 RVO](#)). Eine indirekte Bestätigung erfährt 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 BehandlungsmaÃnahme 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 "ausfÃ¼llungsbedÃ¤rftiges 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. AuÃerdem 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 BehandlungsmaÃnahmen 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 MaÃnahmen eine Zahlungspflicht der Krankenkasse auslÃ¶sen bzw ohne das Eintreten der Krankenkasse beim Versicherten auslÃ¶sen wÃ¼rden. Die insoweit einschlÃ¤gige Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) faÃt den Krankenhausaufenthalt des F einschlieÃlich aller dabei in Anspruch genommenen BehandlungsmaÃnahmen zu einer Abrechnungseinheit zusammen, so daÃ es sich krankensicherungsrechtlich um eine Einmalleistung handelt, fÃ¼r die eine Aufteilung von ZustÃ¤ndigkeiten nicht in Betracht kommt.

Die BPfIV 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 überschreitet, entstehen nach [Â§ 14 Abs 7 Satz 1 BPfIV](#) über die Fallpauschale hinaus weitere Zahlungsansprüche des Krankenhauses. In dem durch die Grenz-Verweildauer gesteckten Rahmen ist es für die Kostenbelastung der Kasse bzw eines eventuellen Privatpatienten unerheblich, wie lange der Krankenhausaufenthalt tatsächlich dauert. Die dadurch erreichte grundsätzliche Abkopplung der Leistungspflicht von der tatsächlichen Behandlungsdauer würde unterlaufen, wenn für die Zuständigkeitsabgrenzung bei Kassenwechseln wiederum gerade darauf zurückgegriffen werden müsste. Tagessätze können auch nicht in Anlehnung an eine normative Verweildauer berechnet werden. Dagegen spricht bereits, dass nicht klar wäre, ob man an der Grenz-Verweildauer von 15 Tagen oder an der Durchschnittsdauer von 7,29 Tagen anzuknüpfen hätte. Außerdem wären in beiden Fällen wenig einleuchtende Ergebnisse zu befürchten. 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 könnte dazu führen, dass eine übernehmende Kasse leistungspflichtig wird, obwohl der Versicherte bereits vor dem Kassenwechsel aus dem Krankenhaus entlassen wurde. Dies alles zeigt, dass die Fallpauschale nicht aufgespalten und auf bestimmte Aufenthaltstage bezogen werden darf.

Im Zusammenhang kann aus den dargestellten Regelungen deshalb nur der Schluss gezogen werden, dass es sich bei Krankenhausbehandlungen, die mit einer Fallpauschale abgerechnet werden, um Einmalleistungen handelt, für die nur eine einzige Krankenkasse zuständig sein kann. Da an die tatsächliche oder kalkulatorische Aufenthaltsdauer nicht angeknüpft werden kann, ist eine Zuständigkeitsaufteilung entsprechend einer stichtagsbezogenen Zursur in der Mitgliedschaft unzulässig. Insofern gilt dasselbe wie für andere Einmalleistungen: Die Kosten für ein vom Versicherten am letzten Tag seiner Mitgliedschaft bezogenes Hilfsmittel sind von der neuen Kasse nicht deshalb zu erstatten, weil das Mittel vor allem während der neuen Mitgliedschaft genutzt werden kann und der neuen Kasse Kosten erspart.

Dieses Ergebnis wird nicht dadurch in Frage gestellt, dass die Fallpauschale im konkreten Fall um einen in 7 Tagessätzen berechneten Investitionszuschlag erhöht wurde. Dadurch wird ein Teil der gezahlten Vergütung nur scheinbar aufenthaltsbezogen, so dass der Charakter als Einmalleistung dadurch nicht verändert wird. Abgesehen davon, dass der Entlassungstag den fraglichen Zuschlag auch bei einer Vergütung nach tagesgleichen Pflegesätzen nicht auslösen würde (vgl [Â§ 11 Abs 8 Satz 2](#) iVm Abs 2 Satz 1 BPfIV). Es handelt sich um einen Ausgleich dafür, dass das Krankenhaus nicht mit Landesmitteln gefördert wird (vgl [Â§ 11 Abs 6 Nr 5, Abs 8 BPfIV](#)); die Art und Weise der Berechnung knüpft nur dann an die tatsächliche 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 wie bereits ausgeführt einer Aufteilung auf Zeiten der Mitgliedschaft entzieht. Dass es

sich um einen pauschalen Zuschlag handelt, der keinen Einfluss auf die krankenversicherungsrechtliche Einordnung der vom Krankenhaus erbrachten Leistungen haben kann, wird dadurch unterstrichen, dass [Â§ 11 Abs 6 Nr 6 BPfIV](#) die Erhebung des Investitionszuschlags in einem Prozentsatz der Fallpauschale zulässt.

Mit der Einordnung einer mehrtägigen Krankenhausbehandlung als Einmalleistung ist allerdings noch nicht die Frage beantwortet, auf welchem Ereignis die Leistungspflicht und somit die Zuständigkeit der Krankenkasse basiert. Da die Abrechnung mit einer Fallpauschale nach den in [Â§ 14 Abs 5 Satz 1](#) und 2, Abs 11 Satz 1 BPfIV geregelten Fallgestaltungen immer davon abhängt, ob bzw in welchem Krankenhaus die Hauptleistung erbracht wird, ist grundsätzlich deren Zeitpunkt hier der Zeitpunkt der Gallenblasenoperation maßgebend. Denn jedenfalls wenn eine stationäre Behandlung wie hier ohne weitere Besonderheiten mit einer Fallpauschale abzurechnen ist, deren Leistungsbeschreibung keinen Mindestaufenthalt und keine anderen Bedingungen für den Abschluss des Behandlungsfalls enthält, steht zu diesem Zeitpunkt fest, welche konkreten Zahlungspflichten der Krankenhausaufenthalt ausfließt.

Da die AOK für den gesamten Krankenhausaufenthalt die zuständige Kasse war, hat sie keinen Erstattungsanspruch gegen die Beklagte. Das hat bereits das SG zutreffend erkannt, so dass die Revision zurückzuweisen 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 Bundesrechtsanwaltsgebührenordnung vorliegt.

Erstellt am: 18.08.2003

Zuletzt verändert am: 20.12.2024