S 1 KA 3544/99

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Baden-Württemberg
Sozialgericht	Landessozialgericht Baden-Württemberg
Sachgebiet	Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung	5
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	sachlich-rechnerische Richtigstellung, ambulante Behandlung, stationäre Behandlung, Privatklinik
Leitsätze	Wird nach einer ambulanten Operation der Patient für 1-3 Tage in eine Privatklink auf eigene Kosten stationär aufgenommen,so handelt es sich insgesamt um eine stationäre Behandlung und zwar unabhängig davon, ob der stationäre Aufenthalt medizinisch notwendig war oder nicht. Die Leistungen für die ambulanten Operationen sind nicht zu Lasten der KV abrechenbar; ensprechende sachlich-rechnerische Richtigstellungen sind rechtmäßig.
Normenkette	§ 45 BMV-Ä (19.12.1994), § 3 Abs 2 Nr 11 u 12

1. Instanz

Aktenzeichen	S 1 KA 3544/99
Datum	01.03.2000

2. Instanz

Aktenzeichen	L 5 KA 1991/00
Datum	04.12.2002

3. Instanz

Datum	-

Die Berufung der KlÃ¤ger gegen das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 1. MÃ¤rz 2000 wird zurÃ¼ckgewiesen.

Die KlÃ¤ger haben der Beklagten auch die Kosten des Berufungsverfahrens zu erstatten. Im Ãbrigen sind Kosten nicht zu erstatten.

Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand:

Die KlÃ¤ger wenden sich gegen die Streichung von ihnen erbrachter Operationsleistungen im Quartal 1/98 im Rahmen einer sachlich rechnerischen Richtigstellung.

Die KlÃ¤ger sind als FachÃ¤rzte fÃ¼r OrthopÃ¤die in P. niedergelassen und zur vertragsÃ¤rztlichen Versorgung zugelassen. Sie betreiben eine Gemeinschaftspraxis.

In den hier streitigen FÃ¤llen waren die Patienten im Anschluss an die ambulante Operation jeweils noch zwischen ein und drei Tagen in der A. -Klinik untergebracht. Die A. -Klinik ist eine Privatklinik in der Rechtsform einer GmbH, bei der der KlÃ¤ger Ziff. 1 Mehrheitseigner ist. Die KlÃ¤ger haben ihre Praxis im 3. OG, im 4. OG betreibt die R+B GmbH die A. -Klinik. Die Gemeinschaftspraxis hat mit der A. -Klinik einen Mietvertrag Ã¼ber die entgeltliche Nutzung der OP-RÃ¤umlichkeiten geschlossen. In ihren MerkblÃ¤ttern zu verschiedenen Operationen empfehlen die KlÃ¤ger den Aufenthalt in der A. Sportklinik nach der ambulanten Operation. So heiÃt es in den Informationen Ã¼ber die Kreuzbandplastik und Ã¼ber Schulteroperationen " Sie bleiben im allgemeinen zwei Tage in der A. -Sportklinik und sollten sich dann abholen lassen, denn Sie dÃ¼rfen noch nicht selbst Auto fahren". Bei Ellenbogenoperationen wird der Hinweis gegeben: " Bei Ellenbogenoperationen wird meist eine stationÃ¤re Ãbernachtung vereinbart". FÃ¼r Pflichtversicherte der gesetzlichen Krankenkassen heiÃt es in einem anderen Merkblatt: " Die A. -Sportklinik ist eine Privatklinik. Es bestehen keine VertrÃ¤ge mit den gesetzlichen Krankenkassen. Wenn Sie sich dennoch von den Ãrzten der Gemeinschaftspraxis operieren lassen, trÃ¤gt Ihre Krankenkasse die Kosten fÃ¼r die ambulante Operation. Leistungen, die Sie von der A. -Sportklinik in Anspruch nehmen, mÃ¼ssen Sie in der Regel selbst bezahlen".

Die A. -Klinik hat mit den betroffenen Patienten jeweils fÃ¼r die "Unterbringung" einen "Behandlungsvertrag fÃ¼r Kassenpatienten" (so der im Quartal 1/98 verwendete Formularvertrag) geschlossen, in dem unter anderem ausgefÃ¼hrt ist: Die A. â Sportklinik hat als Privatklinik keine KostenÃ¼bernahmevertrÃ¤ge mit den gesetzlichen Krankenkassen fÃ¼r den stationÃ¤ren Aufenthalt. Die TagessÃ¤tze sowie sÃ¤mtliche weiteren Kosten aus gewÃ¼nschten Wahlleistungen (siehe Anlage Pflegekostentarife II u. III) mÃ¼ssen daher durch den Patienten selbst getragen werden. Der allgemeine Tagessatz im 3-Bett-Zimmer betrÃ¤gt 395,00 DM.

Mit Bescheid vom 15. Juli 1998 teilte die Beklagte den KlÃ¤gern mit, dass in der Abrechnung 1/98 Operationsleistungen gestrichen worden seien, da es sich nicht um ambulante Operationen, sondern um stationÃ¤re Behandlungen gehandelt habe. Die Abrechnung ambulant erbrachter Leistungen sei in den hier betroffenen FÃ¤llen nicht mÃ¶glich, da es sich tatsÃ¤chlich jeweils um stationÃ¤re Behandlung gehandelt habe.

Gegen den Bescheid erhoben die KlÃ¤ger Widerspruch. Im Rahmen des Widerspruchsverfahrens wurde sodann ermittelt, welche Patienten nach der ambulanten Operation nach Hause gegangen seien und welche in der A. -Klinik Ã¼bernachtet hatten. Es wurde darauf hin mit Widerspruchsbescheid vom 18. August 1999 der Bescheid der Beklagten vom 15. Juli 1998 abgeÃ¤ndert und die Berichtigungen fÃ¼r die Patienten, die nach ihren ambulanten Operationen am selben Tag nach Hause gegangen seien, aufgehoben. Im Ãbrigen wurde unter Berufung auf das Urteil des Senats vom 8. Juli 1998 (L 5 KA 2065/97) die Auffassung vertreten, fÃ¼r die Frage, ob ein stationÃ¤rer Aufenthalt vorgelegen habe, komme es nicht darauf an, aus welchen GrÃ¼nden die stationÃ¤re Aufnahme erfolgt sei.

Gegen den den KlÃ¤gern am 19. August 1999 zugestellten Widerspruchsbescheid haben diese am Montag, den 20. September 1999 Klage vor dem Sozialgericht Karlsruhe (SG) erhoben. Zur BegrÃ¼ndung haben sie, wie bereits im Widerspruchsverfahren geltendgemacht, bei der A. -Klinik handele es sich um eine Privatklinik, in der die Patienten nach DurchfÃ¼hrung der ambulanten Operationen auf ihren eigenen Wunsch untergebracht wÃ¼rden. Es stehe den Patienten selbstverstÃ¤ndlich offen, am postoperativen Tag zur Entfernung der Drainage und zum Verbandswechsel in die Praxis des einweisenden Arztes zu kommen. Die meisten Patienten wÃ¼rden es jedoch vorziehen, von dem Angebot der Ãbernachtung in der A. -Klinik Gebrauch zu machen, da sie aus entfernteren Regionen stammten. Die A. -Klinik habe bereits 1995 das Angebot erÃ¶ffnet, ambulant operierten Patienten im Anschluss an die ambulante Operation die Gelegenheit zu geben, ein bis zwei Tage in der Klinik zu Ã¼bernachten und im Bedarfsfall die angebotenen Leistungen in Anspruch zu nehmen. Entsprechend sei auch zwischen der Klinik und den Kassenpatienten eine Vereinbarung geschlossen worden, dass der Kassenpatient die dafÃ¼r anfallenden Kosten selbst zu tragen habe.

WÃ¤hrend des Klageverfahrens wurde in AusfÃ¼hrung des Widerspruchsbescheides eine Zahlung in HÃ¶he von 714.789,09 DM geleistet. Diese Zahlung enthielt auch die Leistungen fÃ¼r 219 Patienten, die in der A. -Klinik Ã¼bernachtet hatten. Die Beklagte hat im Klageverfahren richtiggestellt, dass Zahlungen in HÃ¶he von 493.013,01 DM irrtÃ¼mlich erfolgt seien, es hÃ¤tte lediglich eine Gutschrift in HÃ¶he von 301.260,28 DM fÃ¼r die Patienten erfolgen dÃ¼rfen, die nach Hause gegangen wÃ¤ren. Die KlÃ¤ger machten in diesem Zusammenhang mit Schriftsatz vom 29. Februar 2000 unter Bezugnahme auf 52 namentlich genannte Patienten noch ausstehendes Honorar in HÃ¶he von 131.481,55 DM geltend.

Mit Urteil vom 1. MÃ¤rz 2000 hat das SG die Klage abgewiesen. Es hat hierbei die Auffassung vertreten, Gegenstand des Klageverfahrens sei â unabhÃ¤ngig von der erfolgten Zahlung in HÃ¶he von 714.789,09 DM â der Bescheid der Beklagten vom "5. Juli 1998" (richtig: 15. Juli 1998) in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 18. August 1999 (Blatt 13 SG-Akte). Durch den Widerspruchsbescheid sei nur insoweit eine Abhilfeentscheidung getroffen worden, als die Patienten, die nach der ambulanten Operation an dem selben Tage nach Hause gegangen seien, nachvergÃ¼tet werden sollten. Im Ãbrigen sei der Widerspruch zurÃ¼ckgewiesen worden. Hieran Ã¤ndere auch die irrtÃ¼mlich erfolgte Zahlung nichts (insoweit

stehe der Beklagten ein Erstattungsanspruch zu). In der Sache kÃ¶nnten die von den KlÃ¤gern erbrachten Leistungen nicht als ambulante vertragsÃ¤rztliche Leistungen abgerechnet werden. Die Beklagte habe berechtigterweise im Wege der sachlich â□□ rechnerischen Richtigstellung die entsprechenden Geb.-Nrn. gestrichen. Wie der KlÃ¤ger Ziff. 1 am Beispiel eines Patienten, bei dem eine rekonstruktive arthroskopische Operation durchgefÃ¼hrt worden sei, angegebenen habe, verblieben die Patienten in diesem Fall ohne medizinische Indikation in der A. -Klinik. Die A. -Klinik verfÃ¼ge Ã¼ber acht Betten in einer Wachstation und Ã¼ber 20 Betten auf der Normalstation. Die Ã¤rztliche Betreuung sei rund um die Uhr sichergestellt und die Klinik befinde sich im gleichen Haus wie die Praxis der KlÃ¤ger. Bei einem derartigen Sachverhalt kÃ¶nne nicht davon ausgegangen werden, dass es sich um ambulante Operationen gehandelt habe, vielmehr seien bei den streitigen FÃ¤llen die Patienten stationÃ¤r in die Klinik aufgenommen worden. Es handele sich damit um einen stationÃ¤ren Aufenthalt. FÃ¼r die Frage, ob ein stationÃ¤rer Aufenthalt vorliege, komme es nicht darauf an, aus welchen GrÃ¼nden die stationÃ¤re Aufnahme erfolge. Daher sei es auch nicht maÃ□geblich, ob die Aufnahme mit oder ohne medizinische Indikation und/oder auf eigenen Wunsch der Patienten oder ihrer Familien erfolgt sei. Es sei auch nicht entscheidend, ob eine Unterbringung ebenso gut in der Klinik oder in einem Hotel hÃ¤tte erfolgen kÃ¶nnen (mit Hinweis zum Urteil des erkennenden Senats vom 8. Juli 1998 â□□ L 5 KA 2065/97 -). Eine ambulante Behandlung liege nur dann vor, wenn der Patient behandelt werde, ohne dass er Unterkunft und Verpflegung erhalte, insbesondere also, wenn er nach der Operation und der AnÃ¤sthesie wieder nach Hause entlassen werde (mit Hinweis auf das Urteil des erkennenden Senats vom 19. Januar 2000 -L 5 KA 452/99 -). Bei allen Patienten, bei denen hier die Leistungen gestrichen worden seien, sei eine Aufnahme in die A. -Klinik erfolgt und habe es sich somit nicht um ambulante Leistungen, sondern um stationÃ¤re Leistungen gehandelt, die nicht aus der GesamtvergÃ¼tung zu bezahlen seien. Da die A. -Klinik nicht zu den zugelassenen KrankenhÃ¤usern gehÃ¶re, weil sie nicht in den Krankenhausplan aufgenommen worden sei, sei mit ihr ein Versorgungsvertrag auch nicht abgeschlossen worden. Die KlÃ¤ger hÃ¤tten daher keinen Anspruch auf die Bezahlung der in der A. -Klinik durchgefÃ¼hrten stationÃ¤ren Leistungen. Sie seien auch insoweit nicht BelegÃ¤rzte i. S. v. Â§ 121 SGB V, denn diese TÃ¤tigkeit setze ein zugelassenes Krankenhaus voraus. Es fehle somit an der Rechtsgrundlage fÃ¼r die VergÃ¼tung der erbrachten Leistungen, so dass dies auch nicht beansprucht werden kÃ¶nne.

Die KlÃ¤ger haben gegen das ihrer BevollmÃ¤chtigten am 11. April 2000 zugestellte Urteil am 11. Mai 2000 Berufung eingelegt. Zur BegrÃ¼ndung fÃ¼hren sie in der Person des KlÃ¤gers Ziff. 1 im ErÃ¶rterungstermin vom 19. Oktober 2001 aus, bei den hier streitigen Operationen sei es medizinisch ausreichend gewesen, diese ambulant durchzufÃ¼hren. Der Umstand, dass sich die Patienten anschlieÃ□end in die A. -Klinik begeben hÃ¤tten, habe allein auf deren individueller Entscheidung beruht. Es habe auch zahlreiche Patienten gegeben, die nicht in die Klinik gegangen seien, weil sie etwa in der NÃ¤he gewohnt hÃ¤tten oder Zuhause gut betreut gewesen seien. Andere Patienten hÃ¤tten sich fÃ¼r eine komfortablere Unterkunft entschieden. Eine medizinische Notwendigkeit, sich in einer Klinik nachbetreuen zu lassen, habe in keinem Fall bestanden. Die Motivation in der A. -Klinik zu

Ã¼bernachten sei immer auch in den verhÃ¤ltnismÃ¤ÃÃig weiten Wegstrecken zu sehen, die einige Patienten sonst zurÃ¼ckzulegen gehabt hÃ¤tten. Nach ambulanten Operationen mÃ¼sse am nÃ¤chsten, in einzelnen FÃ¤llen auch erst am Ã¼bernÃ¤chsten Tag ein Verbandswechsel erfolgen, seien Drainagen zu ziehen und eine Kontrolluntersuchung durch den Arzt vorzunehmen. Die Patienten hÃ¤tten die MÃ¶glichkeit, wenn sie weiter entfernt wohnten, diese Ã¤rztlichen Handlungen auch bei dem Arzt ihres Vertrauens in der NÃ¤he ihres Wohnortes vornehmen zu lassen, dies sei in der Regel der zuweisende Kollege. FÃ¼r diese Variante entschieden sich eine ganze Reihe von Patienten. Andere entschieden sich dafÃ¼r, in der NÃ¤he der Operationspraxis zu Ã¼bernachten, um sich weite Wege, am Abend die Heimfahrt und am nÃ¤chsten Tag die Anfahrt, zu ersparen. In der Zwischenzeit sei man dazu Ã¼bergegangen, im Hinblick auf die Probleme mit der A. -Klinik die Patienten in einem benachbarten Hotel unterzubringen. In den hier streitigen FÃ¤llen sei in keinem einzigen Fall eine mehr als sechsstÃ¼ndige postoperative ÃberwachUng durchgefÃ¼hrt worden, dies bedeute, dass jeder der hier streitigen Patienten hÃ¤tte nach Hause fahren kÃ¶nnen, wenn er dies gewollt hÃ¤tte. Medizinische GrÃ¼nde hÃ¤tten einer Heimfahrt nicht entgegengestanden. In keinem der hier streitigen FÃ¤lle habe eine medizinische Notwendigkeit bestanden, die Patienten stationÃ¤r nachzubetreuen. Dies zeige auch der Umstand, dass ihre Praxis bereits 1994 in genau gleicher Weise ein vergleichbares Patientengut ambulant operiert habe und sÃ¤mtliche Patienten damals nach Hause gefahren seien, ohne von ihnen nachbehandelt werden zu mÃ¼ssen. Eine vergleichbare Unterkunft sei damals nicht angeboten worden.

Die KlÃ¤ger beantragen,

das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 1. MÃ¤rz 2000 sowie den Bescheid der Beklagten vom 15. Juli 1998 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 18. August 1999 aufzuheben und die Beklagte zu verpflichten, in Bezug auf das Quartal 1/98 die Leistungen der aufgefÃ¼hrten Patienten in der Liste 2 mit der Bezeichnung "Patienten, bei der â im Anschluss an die ambulante OP erfolgte â ÃbernachtUng handelt es sich um eine durch die Krankenkassen nicht erstattungsfÃ¤hige, vom Patient freigewÃ¤hlte, medizinisch nicht indizierte Leistung" (Nr. 1 bis 275)] nachzuvergÃ¼ten,

hilfsweise, die Revision zuzulassen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung der KlÃ¤ger zurÃ¼ckzuweisen,

hilfsweise Herrn H. als Zeugen zu vernehmen

Sie hÃ¤lt die Entscheidung des SG fÃ¼r zutreffend.

Die Beigeladenen haben keine AntrÃ¤ge gestellt.

Im Rahmen des ErÃ¶rterungstermins vom 19. Oktober 2001 waren unter anderem

die KlÃ¤ger aufgefordert worden das Formular (BehandlungsvertrÃ¤ge), das den Patienten vor der Ãbernachtung in der Klinik ausgehÃ¤ndigt worden sei, vorzulegen sowie im Zusammenhang damit hinsichtlich des behandelten Patientengutes 1994 und 1998 die Vergleichszahlen vorzulegen, aus denen sich ergibt, dass das Patientengut vergleichbar gewesen sei, in diesem Falle aber keine UnterkÃ¼nfte angeboten worden seien. Diese Unterlagen wurden erst zwei Tage vor der mÃ¼ndlichen Verhandlung dem Senat vorgelegt. Die Beklagte war daneben aufgefordert worden, anhand der Behandlungsscheine in 50 FÃ¤llen zu Ã¼berprÃ¼fen, inwieweit eine stationÃ¤re Nachbetreuung medizinisch notwendig bzw. nicht notwendig gewesen sei. Hierzu teilt die Beklagte mit, dass sie mit Schreiben vom 3. Juli 2002 in diesem Zusammenhang die KlÃ¤ger um Ãberlassung der OP-Berichte gebeten habe, diese Unterlagen jedoch bis heute nicht eingegangen seien. Diese Dokumente wurden erst am Tage vor der mÃ¼ndlichen Verhandlung vorgelegt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Beteiligtenvorbringens wird auf die Verwaltungsakten der Beklagten betreffend die Quartale 1/98 und 2/96 bis 1/97 (vgl Bl. 17 LSG-Akte) sowie die Gerichtsakten erster und zweiter Instanz Bezug genommen.

EntscheidungsgrÃ¼nde:

I.

Die Berufung ist zulÃ¤ssig. Sie ist insbesondere statthaft. Ein Berufungsausschlussgrund gem. Â§ 144 Abs. 1 Sozialgerichtsgesetz (SGG) liegt nicht vor. Der Beschwerdewert von 1000 DM, seit 2. Januar 2002 500 EUR, ist Ã¼berschritten. In dem hier streitigen Quartal 1/98 stehen KÃ¼rzungen in einer GrÃ¶Ãenordnung von 493.013 DM, im Streit.

II.

Die Berufung der KlÃ¤ger ist jedoch unbegrÃ¼ndet. Die von den KlÃ¤gern erbrachten Leistungen kÃ¶nnen nicht als ambulante vertragsÃ¤rztliche Leistungen abgerechnet werden.

Das SGB V unterscheidet zwischen ambulanter Behandlung durch die VertragsÃ¤rzte und Krankenhausbehandlung (Â§Â§ 27 Abs. 1 Satz 2. Nrn. 1 und 5, 73 SGB V). DarÃ¼ber hinaus enthalten die GesamtvertrÃ¤ge (Â§Â§ 82, 83 SGB V), deren Bestandteile der Bundesmantelvertrag fÃ¼r Ãrzte und der Einheitliche BewertungsmaÃstab (EBM) sind, Regelungen darÃ¼ber, ob und unter welchen Voraussetzungen ein Vertragsarzt in einem Krankenhaus erbrachte Leistungen abrechnen darf. Die vertragsÃ¤rztliche Versorgung umfasst danach keine Leistungen, deren Sicherstellung anderen Leistungserbringern obliegt (Â§ 3 Abs. 1 Satz 1 BMV -Ã). Der Vertragsarzt darf grundsÃ¤tzlich nicht Leistungen abrechnen, die im Krankenhaus stationÃ¤r oder teilstationÃ¤r erbracht werden (Â§ 3 Abs. 2 BMV -Ã, insbesondere Nr. 12). Er ist auf die Erbringung und Abrechnung ambulanter Leistungen beschrÃ¤nkt. Ausgenommen sind im wesentlichen davon

nur die belegÃ¤rztlichen Leistungen in einem zugelassenen Krankenhaus (Â§Â§ 121, 108 SGB V).

Nach Â§ 45 Abs. 2 Satz 1 BMV-Ã und Â§ 34 Abs. 4 Satz 1 und 2 EKV-Ã obliegt den KassenÃ¤rztlichen Vereinigungen die PrÃ¼fung der von den VertragsÃ¤rzten vorgelegten Abrechnungen ihrer vertragsÃ¤rztlichen Leistungen hinsichtlich der sachlich-rechnerischen Richtigkeit. Dies gilt insbesondere fÃ¼r die Anwendung des Regelwerkes. Die KassenÃ¤rztliche Vereinigung berichtigt die Honorarforderung des Vertragsarztes bei Fehlern hinsichtlich der sachlich-rechnerischen Richtigkeit. Der leicht abweichende Wortlaut des Â§ 34 EKV-Ã enthÃ¤lt in der Sache keine andere Regelung. Nach Â§ 3 Abs. 1 in Verbindung mit Â§ 1 Abs. 1 des auf der Grundlage des Â§ 85 Abs. 4 SGB V ergangenen HVM sind fÃ¼r die Abrechnungen die gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen sowie die autonomen Satzungsnormen der Beklagten maÃgebend. Nach Â§ 5 Buchst. a HVM prÃ¼ft die Beklagte die Honoraranforderungen u. a. auf sachliche und rechnerische Richtigkeit. Dabei ist unter anderem darauf zu achten, dass die richtigen GebÃ¼hrenordnungsziffern in Ansatz gebracht wurden.

Die PrÃ¼fung auf sachlich-rechnerische Richtigkeit einer Abrechnung erstreckt sich auf die Frage, ob die abgerechneten Leistungen ordnungsgemÃ¤Ã â also ohne VerstoÃ gegen gesetzliche oder vertragliche Bestimmungen mit Ausnahme des Wirtschaftlichkeitsgebotes â erbracht worden sind.

Bei den hier allein streitigen FÃ¤llen, bei denen die Patienten im Anschluss an die bei den KlÃ¤gern durchgefÃ¼hrte Operation in der A. -Klinik Ã¼bernachtet haben, sind die betroffenen Patienten im Ergebnis stationÃ¤r in die Klinik aufgenommen worden, sodass die Abrechnung der Operationsleistungen durch die KlÃ¤ger als ambulante Operationen nicht (mehr) mÃ¶glich ist.

Nach der Einlassung der KlÃ¤ger, wiederholt insbesondere durch die persÃ¶nliche ErklÃ¤rung des KlÃ¤gers Ziff. 1 im ErÃ¶rterungstermin, seien diese Patienten ohne medizinische Notwendigkeit in der A. -Klinik verblieben. Die A. -Klinik verfÃ¼gt Ã¼ber acht Betten in einer Wachstation und Ã¼ber 20 Betten auf der Normalstation. Die Ã¤rztliche Betreuung ist rund um die Uhr sichergestellt und die Klinik befindet sich im Ãbrigen im gleichen Haus wie die Praxis der KlÃ¤ger. In Ãbereinstimmung mit dem SG kann auch nach Auffassung des Senats hier nicht mehr davon ausgegangen werden, dass es sich um ambulante Operationen gehandelt hat. Vielmehr sind in den streitigen FÃ¤llen die Patienten stationÃ¤r in die Klinik aufgenommen worden und es handelte sich damit um einen stationÃ¤ren Aufenthalt.

Der Zusammenhang zwischen der vorangegangenen Operation und dem anschlieÃenden stationÃ¤ren Aufenthalt ist hier offensichtlich. Eine Aufteilung in zwei voneinander unabhÃ¤ngige Behandlungsteile, eine ambulante Behandlung und eine stationÃ¤re Nachbetreuung, ist schon vom Ã¤uÃeren Ablauf her, der Operation in den RÃ¤umen der A. -Sportklinik mit anschlieÃendem stationÃ¤ren Aufenthalt in derselben Klinik, nicht mÃ¶glich. Auch rechtlich kÃ¶nnen die VorgÃ¤nge nicht getrennt betrachtet werden. Insbesondere kann ein stationÃ¤rer

Aufenthalt nicht mit der BegrÃ¼ndung verneint werden, er sei medizinisch nicht notwendig gewesen und stelle eine private Angelegenheit des jeweiligen Patienten dar.

FÃ¼r die Frage, ob ein stationÃ¤rer Aufenthalt vorliegt, kommt es nicht darauf an, aus welchen GrÃ¼nden die stationÃ¤re Aufnahme erfolgt, insbesondere ist nicht zu verlangen, dass der stationÃ¤re Aufenthalt aus objektivierbaren medizinischen GrÃ¼nden erfolgt ist.

Eine ambulante Behandlung liegt nur dann vor, wenn der Patient behandelt wird, ohne dass er Unterkunft und Verpflegung in einer Klinik erhÃ¤lt, insbesondere also, wenn er nach der Operation und der AnÃ¤sthesie nach Hause entlassen wird (siehe hierzu Urteil des erkennenden Senats vom 19. Januar 2000 â L 5 KA 452/99 -; s.a. Schulin, Handbuch des Sozialversicherungsrechts -Band 1 Krankenversicherungsrecht- 1994, Â§ 22 Rdnr.362 mit Hinweis auf BSGE 37, 130, 133). DemgegenÃ¼ber definiert Â§ 39 SGB V in Abs. 1 Satz 3 die Krankenhausbehandlung dahingehend, dass sie im Rahmen des Versorgungsauftrages des Krankenhauses alle Leistungen umfasst, die im Einzelfall und nach Art und Schwere der Krankheit fÃ¼r die medizinische Versorgung der Versicherten im Krankenhaus notwendig sind, insbesondere Ã¤rztliche Behandlung (Â§ 28 Abs. 1), Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Unterkunft und Verpflegung (Hervorhebung durch den Senat). Nach Â§ 115a SGB V kann das Krankenhaus bei Verordnung von Krankenhausbehandlung Versicherte in medizinisch geeigneten FÃ¤llen ohne Unterkunft und Verpflegung behandeln, um 1. die Erforderlichkeit einer vollstationÃ¤ren Krankenhausbehandlung zu klÃ¤ren oder die vollstationÃ¤re Krankenhausbehandlung vorzubereiten (vorstationÃ¤re Behandlung) oder 2. im Anschluss an eine vollstationÃ¤re Krankenhausbehandlung den Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen (nachstationÃ¤re Behandlung). Entscheidendes Kriterium fÃ¼r die Abgrenzung (voll-) stationÃ¤r zu ambulant bzw. vorstationÃ¤r/nachstationÃ¤r ist also auch hier die Frage, ob neben der medizinischen Behandlung Unterkunft und Verpflegung gewÃ¤hrt wird. Im gleichen Sinne auch Â§ 2 Satz 1 Nr. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG), der KrankenhÃ¤user definiert als Einrichtungen, in denen durch Ã¤rztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten, Leiden oder KÃ¶rperschÃ¤den festgestellt, geheilt oder gelindert werden sollen oder Geburtshilfe geleistet wird und (Hervorhebung durch den Senat) in denen die zu versorgenden Personen untergebracht und verpflegt werden kÃ¶nnen.

Unterkunft und Verpflegung sind also gerade in Verbindung mit der medizinischen Behandlung das entscheidende Kriterium zur Abgrenzung zwischen der stationÃ¤ren Krankenhausbehandlung und der ambulanten bzw. vorstationÃ¤ren/nachstationÃ¤ren (Krankenhaus -) Behandlung. Entgegen der Auffassung der KlÃ¤ger ist die Notwendigkeit stationÃ¤rer Behandlung als Entscheidungskriterium fÃ¼r die Abgrenzung ambulant/stationÃ¤rer nicht geeignet. MaÃgeblich ist, ob der Patient das medizinische Potential eines Krankenhauses in Anspruch nimmt. Typisch fÃ¼r KrankenhÃ¤user ist, dass dort stÃ¤ndig Krankenpfleger und Ãrzte im Bereitschaftsdienst zur VerfÃ¼gung stehen, die im Falle von Komplikationen unter Heranziehung der vorhandenen medizinischen

GerÃ¤te in kÃ¼rzester Zeit Hilfe leisten kÃ¶nnen. In diesem Sinne haben die von den KlÃ¤gern operierten Patienten das Hilfspotential der A. -Sportklinik in Anspruch genommen.

Im vorliegenden Fall macht fÃ¼r frisch operierte Patienten die Ãbernachtung in einer Klinik nur den Sinn, beim Auftreten von befÃ¼rchteten Komplikationen den medizinischen Apparat der A. -Sportklinik zur VerfÃ¼gung zu haben und in Anspruch nehmen zu kÃ¶nnen. Dadurch unterscheiden sie sich gerade von den sie eventuell begleitenden AngehÃ¶rigen, die der Einfachheit halber in der Klinik mit Ã¼bernachten und ersichtlich nur eine Ãbernachtungsstelle in Anspruch nehmen wollen. Auch die Preise von 380 DM fÃ¼r ein Dreibettzimmer bzw. 520 DM fÃ¼r ein Einzelzimmer sprechen dagegen, dass die Patienten nur Ã¼bernachten wollten. Die Preise sind nur dann gerechtfertigt, wenn damit pflegerische und medizinische Betreuung mit abgegolten ist.

In diesem Zusammenhang ist auch weiterhin zu berÃ¼cksichtigen, dass es sich ausweislich des "Behandlungsvertrages" um einen "stationÃ¤ren Aufenthalt" und nicht um einen "normalen Hotelaufenthalt" (wie allerdings wohl in der Zwischenzeit organisiert) handelt. Ganz abgesehen davon, dass hier im konkreten Fall zwischen der Klinik und der klÃ¤gerischen Gemeinschaftspraxis zumindest insoweit auch eine Verbindung und ein geschÃ¤ftliches Interesse daran besteht, als der KlÃ¤ger Ziff. 1 Mehrheitsgesellschafter der die A. -Klinik betreibenden GmbH ist.

Damit ist es nicht von Bedeutung, ob die Aufnahme mit oder ohne medizinische Indikation und/oder auf eigenen Wunsch der Patienten oder ihrer Familien erfolgte. Es ist in diesem Zusammenhang auch nicht zu entscheiden, ob eine Unterbringung ebenso gut in der Klinik oder in einem Hotel hÃ¤tte erfolgen kÃ¶nnen (siehe dazu Urteil des erkennenden Senats vom 8. Juli 1998 â L 5 KA 2065/97 -). Auch sonst gilt, dass ein medizinisch objektiv nicht erforderlicher Aufenthalt in einem Krankenhaus als stationÃ¤re Behandlung gewertet und abgerechnet wird, ebenso wie eine ohne medizinische Notwendigkeiten erfolgte Konsultation eines Vertragsarztes mit den entsprechenden GebÃ¼hrennummern des EBM abgerechnet wird.

Aber selbst wenn man mit den KlÃ¤gern der Auffassung wÃ¤re, dass eine medizinisch unnÃ¶tige stationÃ¤re Nachbetreuung den Charakter der vorhergehenden Operation als ambulanter Operation nicht beeintrÃ¤chtigt, wÃ¤re in den hier streitigen FÃ¤llen die fehlende medizinische Notwendigkeit der stationÃ¤ren Aufnahme (also ihre medizinische ÃberflÃ¼ssigkeit) nicht erwiesen.

Die KlÃ¤ger mÃ¼ssen sich zunÃ¤chst vorwerfen lassen, die Frage nach der medizinischen Notwendigkeit unterschiedlich zu beantworten. GegenÃ¼ber der Beklagten und dem Gericht legen sie Wert auf die Feststellung, dass sÃ¤mtliche Patienten noch am selben Tage hÃ¤tten zu Hause Ã¼bernachten kÃ¶nnen. GegenÃ¼ber dem Patienten erwecken sie jedoch den Eindruck, die Ãbernachtung in der A. -Klinik sei medizinisch sinnvoll. In den von ihnen herausgegebenen MerkblÃ¤ttern wird es als Regelfall dargestellt, nach der ambulanten Operation fÃ¼r ein bis drei Tage in der Klinik zu verbleiben. Es handelt sich um eine Ã¤rztliche

Empfehlung, die beim Leser den Eindruck erwecken muss, er handele medizinisch unvernÃ¼nftig, wenn er nach der Operation nicht in der A. -Sportklinik verbleibt.

DarÃ¼ber hinaus konnte der Einwand der KlÃ¤ger, die Aufenthalte in der A. -Klinik seien keinesfalls medizinisch notwendig gewesen, nicht bestÃ¤tigt werden. Die KlÃ¤ger haben es bis zur mÃ¼ndlichen Verhandlung unterlassen, der Beklagten trotz Aufforderung unter anderem die OP-Berichte in den 50 FÃ¤llen, die die Beklagte auf die medizinische Notwendigkeit/fehlende medizinische Notwendigkeit exemplarisch prÃ¼fen sollte, vorzulegen. Damit konnte diese Frage gerade nicht geklÃ¤rt werden, da die OP-Berichte notwendige Voraussetzung sind, um anhand dessen die Frage klÃ¤ren zu kÃ¶nnen, ob der anschlieÃ□ende Aufenthalt in der A. -Klinik etwa auf Grund der Schwere des Eingriffes oder mÃ¶glicher Komplikationen etc. im Einzelfall doch entgegen der Einlassung der KlÃ¤ger mÃ¶glicherweise medizinisch notwendig war oder es sich um vÃ¶llig komplikationslose Eingriffe handelte, bei denen ein anschlieÃ□ender stationÃ¤rer Aufenthalt in der A. -Klinik nicht notwendig gewesen ist.

Die KlÃ¤ger haben es ferner auch bis heute nicht fÃ¼r notwendig befunden, Vergleichszahlen fÃ¼r die Jahre 1994 und 1998 bezÃ¼glich ihres jeweiligen damaligen Patientengutes vorzulegen, um auf diese Weise die weitere Einlassung der KlÃ¤ger zu Ã¼berprÃ¼fen, 1994 seien bei gleichem Patientengut alle Patienten nach dem Eingriff jeweils nach Hause gegangen, da eine Ã□bernachtungsmÃ¶glichkeit damals Ã¼berhaupt nicht vorhanden, dies aber sowohl 1994 wie 1998 aus medizinischen GrÃ¼nden auch kein Problem gewesen sei.

Vor dem Hintergrund dieses wenig kooperativen Verhaltens der KlÃ¤ger bleiben aber fÃ¼r den Senat erhebliche Zweifel an der sachlichen Richtigkeit der klÃ¤gerischen Einlassungen.

Zusammenfassend ist damit festzustellen, dass jedenfalls in den hier streitigen FÃ¤llen die betroffenen Patienten im Anschluss an die durchgefÃ¼hrte Operation bei den KlÃ¤gern stationÃ¤r in die A. -Klinik aufgenommen wurden und weder nach dem "Behandlungsvertrag" noch nach sonstigen UmstÃ¤nden festgestellt werden kann, dass es sich tatsÃ¤chlich ausschlieÃ□lich in allen FÃ¤llen lediglich um eine reine Hotelunterkunft gehandelt hat.

Die Beklagte hat daher zu Recht in den hier noch streitigen FÃ¤llen die geltend gemachten Leistungen im Wege der sachlich-rechnerischen Richtigstellung gekÃ¼rzt, da es sich um stationÃ¤re und nicht um ambulante Behandlungen gehandelt hat. Im Hinblick darauf kann dahinstehen, ob die Leistungen auch unter dem Gesichtspunkt der Falschabrechnung hÃ¤tten gestrichen werden kÃ¶nnen.

III.

Die Kostenentscheidung beruht auf Â§ 193 Abs. 1 SGG. Die Aufwendungen der Beklagten sind erstattungsfÃ¤hig. Â§ 193 Abs. 4 Satz 2 SGG ist zwar durch Art. 1 Nr. 66 Buchst. b des Sechsten Gesetzes zur Ã□nderung des Sozialgerichtsgesetzes (6.

SGGÃndG) vom 17. August 2001 (BGBl. I, 2144) mit Wirkung zum 2. Januar 2002 aufgehoben worden. Eine Ãbergangsvorschrift fÃ¼r vor dem 2. Januar 2002 anhÃ¤ngig gewordene Verfahren enthÃ¤lt das 6. SGGÃndG nicht. Allerdings hat sich durch das 6. SGGÃndG an der ErstattungsfÃ¤higkeit der Kosten des Beklagten nichts geÃ¤ndert. Sie ergibt sich nunmehr aus Â§ 197a Abs. 1 SGG i.V.m. Â§ 162 Abs. 1 der Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO), der allerdings auf vor dem 2. Januar 2002 anhÃ¤ngig gewordene Verfahren nicht anzuwenden ist (Art. 17 Abs. 1 Satz 2 6. SGGÃndG). Bei dieser Sachlage kann deshalb nicht davon ausgegangen werden, dass der Gesetzgeber fÃ¼r die vor dem 2. Januar 2002 anhÃ¤ngig gewordenen Verfahren die ErstattungsfÃ¤higkeit der Kosten der Beklagten hat beseitigen wollen.

IV.

Der Senat hat die Revision wegen der grundsÃ¤tzlichen Bedeutung der hier aufgeworfenen Fragen zugelassenen.

Erstellt am: 19.10.2004

Zuletzt verändert am: 21.12.2024