

L 4 KR 230/03

Land
Freistaat Bayern
Sozialgericht
Bayerisches LSG
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
4
1. Instanz
SG Regensburg (FSB)
Aktenzeichen
S 2 KR 507/98
Datum
24.07.2003
2. Instanz
Bayerisches LSG
Aktenzeichen
L 4 KR 230/03
Datum
27.04.2006
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

I. Auf die Berufung des Klägers wird das Urteil des Sozialgerichts Regensburg vom 24. Juli 2003 aufgehoben und die Beklagte verurteilt, dem Kläger EUR 20.940,59 zu bezahlen.
II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.
III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist, ob die Beklagte verpflichtet ist, an den Kläger Kosten in Höhe von 20.940,59 EUR für eine stationäre Krankenhausbehandlung des bei ihr versicherten, mittlerweile verstorbenen O. E. , des früheren Beigeladenen zu 1) in der Zeit vom 29.03. bis 10.07.1996 zu bezahlen.

Der 1928 geborene Versicherte litt an linksseitiger offener produktiver Lungentuberkulose und wurde vom 15.08.1995 bis 11.02.1996 stationär in der H.klinik M. behandelt. Trotz weiterhin nachgewiesener Infektiosität hat er am 11.02.1996 dieses Krankenhaus verlassen. Mit Bescheid vom 07.03.1996 wurde vom Amtsgericht M. im Wege einer einstweiligen Anordnung die vorläufige Unterbringung des Versicherten in einem abgeschlossenen Krankenhaus für die Dauer von sechs Wochen angeordnet. Die Anordnung wurde mit Beschluss vom 15.04.1996 verlängert und mit Beschluss vom 10.07.1996 aufgehoben. Der Versicherte wurde am 08.03.1996 in das Bezirkskrankenhaus P. , Fachklinik für Lungen- und Bronchialheilkunde des Klägers eingewiesen. Das Krankenhaus bat mit Schreiben vom 11.03.1996 die Beklagte um Kostenübernahme. Die Beklagte übernahm die Kosten lediglich für die Zeit vom 08.03.1996 bis 28.03.1996. Für die Zeit ab 29.03.1996 lehnte sie die Kostenübernahme mit der Begründung ab, Krankenhausbehandlung sei nicht notwendig. Im Befundbericht an das Gesundheitsamt M. vom 16.07.1996 führte der Ärztliche Direktor des Bezirkskrankenhauses P. , Dr.M. , aus, am 09.03.1996 habe sich kein Nachweis von frischen pneumonischen Infiltrationen im Mittel- und Unterfeld finden lassen. Der Versicherte sei bewusstseinsklar, jedoch verlangsamt, mürrisch, unkooperativ. Es lägen keine mnestischen oder kognitiven Leistungseinbußen vor, keine produktiv-psychotischen Denkinhalte. Es bestehe eine indifferente Grundstimmung und keine Suizidalneigungen. Eine weitere ambulante Behandlung sei erforderlich. Der Gesundheitszustand habe sich wesentlich gebessert. Nachdem der von der Beklagten eingeschaltete Medizinische Dienst der Krankenversicherung Nordrhein ausgeführt hatte, im Zeitpunkt der stationären Aufnahme in P. habe keine medizinische Indikation zu einer stationären Behandlung der bekannten Lungentuberkulose bestanden und es sei nicht Aufgabe der Krankenversicherung, einem unwilligen, nicht infektiösen Patienten unter klinischen Bedingungen die Medikamente verabreichen zu lassen, lehnte die Beklagte mit Schreiben vom 30.10.1996 eine weitere Kostenübernahme erneut ab. Dr.M. erwiderte hierauf im Schreiben vom 20.11.1996, der Versicherte leide an einer chronifizierten paranoiden Schizophrenie. Wegen dieser Erkrankung sei er auch sehr lange in stationärer psychiatrischer Behandlung gewesen. Neben dieser paranoiden Psychose habe eine behandlungsbedürftige Tuberkulose bestanden. Der Versicherte habe erklärt, er nehme grundsätzlich keine Medikamente ein. Diese Verweigerung sei voll und ganz dem psychotischen Denken entsprungen. Nach telefonischer Einwirkung der Angehörigen habe der Versicherte sich mit einer intravenösen Behandlung einverstanden erklärt und sich im restlichen Behandlungszeitraum einigermaßen kooperativ verhalten. Eine suffiziente Behandlung dieses uneinsichtigen Patienten sei nur mit den Mitteln eines geschlossenen Krankenhauses zu erreichen gewesen. Der von der Beklagten zu diesem Schreiben angehörte MDK Nordrhein blieb nach Durchsicht der Entlassungsberichte der H.klinik und des Bezirkskrankenhauses P. bei der Auffassung, eine stationäre Behandlung nur mit den Mitteln einer Klinik sei auch bei den hier nachträglich angegebenen Diagnosen mit Sicherheit nicht erforderlich gewesen. Die Stadt M. (Gesundheitsamt) lehnte mit Schreiben vom 05.02.1997 an die Beklagte eine Kostenerstattung ab. Das Bezirkskrankenhaus P. forderte dann am 22.09.1997 von der Beklagten insgesamt 54.615,79 DM für die Behandlung des Versicherten. Die Beklagte lehnte eine Zahlung (zuzüglich Verzugszinsen) mit Schreiben vom 29.09.1997 erneut ab. Nach weiterem Schriftwechsel und einer Äußerung des MDK ließ der Kläger durch seine Bevollmächtigten am 28.10.1998 Klage zum Sozialgericht Regensburg erheben. Die Kosten seien zu erstatten, weil eine ambulante Behandlung nicht möglich war, da der Versicherte aufgrund seiner psychischen Begleiterkrankungen

jegliche Art von Medikamentierung und sonstige behandelnde Maßnahmen verweigerte. Die Behandlung des Patienten mit den Mitteln eines abgeschlossenen Krankenhauses sei somit die einzige Möglichkeit einer ausreichenden Diagnostizierung der Krankheit und Linderung der Krankheitsbeschwerden bzw. deren Beseitigung gewesen.

Das Sozialgericht holte ein Gutachten nach Aktenlage vom Leitenden Medizinaldirektor Prof.Dr.S. (Chefarzt des Krankenhauses D. , Fachklinik für Erkrankungen der Atmungsorgane der LVA Niederbayern-Oberpfalz) ein. Der Gutachter kam zu dem Ergebnis, grundsätzlich sei eine ambulante Behandlung einer Tuberkulose durchführbar, wenn es sich um eine frische Tuberkulose handle, sogar unter Umständen Begleiterkrankungen, wie Diabetes mellitus oder Niereninsuffizienz bestünden und eine regelmäßige Medikamenteneinnahme gewährleistet sei, d.h., wenn der Patient die erforderliche Krankheitseinsicht und Mitwirkung zeige. Beim Versicherten seien diese Voraussetzungen nicht gegeben gewesen. Dementsprechend sei eine stationäre Behandlung erfolgt, die vorausgegangene sechsmonatige Behandlung in einer offenen Klinik habe nicht zu einem befriedigenden Behandlungserfolg geführt. Es habe eine behandlungsbedürftige Lungentuberkulose bestanden, wobei von den Vorbefunden her von einer ansteckungsfähigen Tuberkulose auszugehen war. Die Dauer der Therapie sei nicht unangemessen lang gewesen.

Das Sozialgericht hat die Klage mit Urteil vom 24.07.2003 abgewiesen. Die Klage sei unzulässig, soweit die Kostenübernahme für die Zeit vom 08.03. bis 28.03.1996 begehrt werde, insoweit habe die Beklagte eine Kostenübernahme zugesagt. Hinsichtlich der Kostenübernahme über den 28.03.1996 hinaus sei die Klage zulässig, aber nicht begründet. Die Unterbringung des Versicherten in der Klinik des Klägers begründe nicht schon deshalb einen Anspruch auf Krankenhauspflege, weil sie wegen einer Krankheit erfolgte und nur in einer geschlossenen Abteilung möglich war. Die Unterbringung und Versorgung eines Kranken in einer geschlossenen Abteilung sei für sich keine medizinische Behandlung. Es müsse als weitere Voraussetzung hinzu kommen, dass eine Behandlung durchgeführt werde, die nur mit den besonderen Mitteln eines Krankenhauses durchgeführt werden kann. Dies sei in P. nicht der Fall gewesen. Grundsätzlich könne die Behandlung einer Tbc-Erkrankung ambulant erfolgen, wenn die regelmäßige Medikamenteneinnahme gesichert sei und gewisse Auflagen zum Schutz Dritter eingehalten werden. Im Falle des krankheitsuneinsichtigen Versicherten sei eine Behandlung mit den besonderen Mitteln eines Krankenhauses nicht notwendig gewesen. Dies habe auch der gerichtliche Sachverständige Dr.S. ausgeführt. Der Krankenhausaufenthalt sei laut Gutachter wegen Selbst- oder Drittgefährdung nötig gewesen. Die Behandlung der Tuberkulose erfordere keinen stationären Aufenthalt.

Gegen dieses Urteil richtet sich die Berufung des Klägers, die damit begründet wird, das Sozialgericht sei nicht ausreichend auf die Ausführungen im Gutachten des Prof.Dr.S. eingegangen. Unberücksichtigt gelassen seien die Begleiterkrankungen, verbunden mit der Notwendigkeit einer stationären Behandlung. Es sei auch eine psychologische Betreuung erforderlich gewesen, die zum Behandlungserfolg geführt habe. Die Notwendigkeit der stationären Behandlung richte sich nach der Prüfung des Krankenhausarztes. Dr.M. habe stationäre Behandlung für erforderlich gehalten. Am 03.08.2005 wird eine aktuelle Stellungnahme des MDK Bayern vom 02.06.2005 übersandt. Hieraus könne entnommen werden, dass die Indikation für die durchgeführte Krankenhausbehandlung auch im Jahr 1996 durchgehend vorlag. In der Stellungnahme vom 02.06.2005 wird darauf hingewiesen, dass dem MDK von der Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassenverbände in Bayern am 22.11.2004 ein Auftrag zur Festlegung der Kriterien für eine stationäre Behandlung im Bezirkskrankenhaus P. erteilt worden sei. Die besondere Situation der Klinik bestehe darin, dass diese nur männliche Tuberkulosepatienten mit vorliegendem Unterbringungsbeschluss aufnehmen dürfe. Neben einer fehlenden Krankheitseinsicht liege bei diesen Patienten zumindest eine, zumeist mehrere schwerwiegende weitere Erkrankungen vor. Die Notwendigkeit einer stationären Behandlung ergebe sich dabei nicht isoliert aufgrund eines solchen Beschlusses, sondern weil die medizinischen Voraussetzungen für den Einsatz der besonderen Mittel des Krankenhauses als vollstationäre Behandlung erfüllt seien. Die Liste der Begleiterkrankungen wird vorgelegt.

Im Termin zur mündlichen Verhandlung am 27.04.2006 beantragt der Kläger, die Beklagte unter Aufhebung des Urteils vom 24.07.2003 zur Zahlung von 20.940,59 EUR zu verurteilen.

Die Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Die Beigeladene stellt keinen Antrag.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den Inhalt der Gerichtsakten beider Instanzen Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß [§ 151 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte Berufung, die nicht der Zulassung gemäß [§ 144 SGG](#) bedarf, ist zulässig und begründet.

Die vollstationäre Krankenhausbehandlung des Versicherten war auch in der Zeit vom 29.03.1996 bis 10.07.1996 "erforderlich" im Sinne des [§ 39 SGB V](#). Deshalb hat der Kläger zu Recht den Vergütungsanspruch in Höhe von 20.940,59 EUR gegen die Beklagte geltend gemacht. Die Forderung ist der Höhe nach nicht bestritten.

Rechtsgrundlage des geltend gemachten Vergütungsanspruchs des Klägers ist [§ 109 Abs.4 Satz 3 SGB V](#) i.V.m. dem Versorgungsvertrag nach [§ 108 Nr.3 SGB V](#) zwischen dem Bezirkskrankenhaus P. des Klägers und der Arbeitsgemeinschaft der Bayerischen Krankenkassenverbände aus dem Jahr 1990 sowie der Pflegesatzvereinbarung für das Jahr 1996. Nach [§ 1](#) des Versorgungsvertrages erbringt die Krankenanstalt für die Versicherten der Mitgliedskassen der Krankenkassenverbände Krankenbehandlung für Tuberkulosepatienten, die nach [§ 37 Bundesseuchengesetz](#) i.V.m. [§ 10 Freiheitsentziehungsgesetz](#) abgeschlossen unterzubringen sind. Diese Voraussetzung lag beim Versicherten vor. Die Beklagte ist zwar nicht Vertragspartner, der Vertrag ist für sie jedoch gemäß [§ 109 Abs.1 Satz 3 SGB V](#) unmittelbar verbindlich. Auch die grundsätzliche Zahlungsverpflichtung ist zwischen den Beteiligten nicht streitig, die Beklagte hat für die Zeit, in der sie Krankenhausbehandlung bei ihrem Versicherten für erforderlich hielt, die Zahlung an den Kläger geleistet.

Entgegen der Auffassung des Sozialgerichts und der Beklagten war auch in der noch streitgegenständlichen Zeit für den Versicherten Krankenhauspflege gemäß [§ 39 SGB V](#) erforderlich. Gemäß [§ 39 Abs.1 Satz 1](#) wird Krankenhausbehandlung vollstationär, teilstationär, vor-

und nachstationär sowie ambulant erbracht. Gemäß Satz 2 haben Versicherte Anspruch auf vollstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus, wenn die Aufnahme nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann. Die Notwendigkeit vollstationärer Behandlung des Versicherten in der Krankenanstalt des Klägers ergibt sich für den Senat aufgrund des vom Sozialgericht eingeholten Gutachtens des Prof.Dr.S ... Der Gutachter weist daraufhin, dass grundsätzlich eine ambulante Behandlung einer Tuberkulose durchführbar sei, auch wenn es sich um eine frische Tuberkulose handele, sogar unter Umständen eine Begleiterkrankung wie Diabetes mellitus oder Niereninsuffizienz bestehen und wenn eine regelmäßige Medikamenteneinnahme gewährleistet sei, d.h. wenn der Patient die erforderliche Krankheitseinsicht und Mitwirkung zeige. Beim Versicherten seien diese Voraussetzungen nicht gegeben gewesen. Entsprechend erfolgte eine stationäre Behandlung zunächst wegen akuter kardialer Symptomatik, die zur Diagnosestellung Tuberkulose führte, dann eine stationäre Behandlung für die Dauer von sechs Monaten in einer pneumologischen Fachabteilung, ohne dass eine Negativierung der Tbc-Kulturen erreicht werden konnte. Kompliziert geworden sei der Krankheitsverlauf durch eine kardiale Dekompensation während der stationären Behandlung und einen unzureichend eingestellten Diabetes mellitus, bedingt durch unzureichende Kooperation von Seiten des Versicherten. Es sei bekannt, dass die Behandlung einer Tuberkulose erschwert ist bei Diabetes mellitus mit unzureichender Einstellung, wie auch umgekehrt ein Diabetes mellitus sich schlecht einstellen lasse, wenn eine Tuberkulose vorhanden sei. Die sechsmonatige Behandlung in einer offenen Klinik habe nicht zu einem befriedigenden Behandlungserfolg geführt, die Erregerausscheidung sei bestehen geblieben, erst die viermonatige Behandlung in der geschlossenen Abteilung habe den gewünschten Behandlungserfolg gebracht. Im Hinblick auf die sich doch als sehr schwierig darstellende Behandlung des Versicherten hält der Senat die Ausführung des Gutachters für überzeugend, dass die stationäre Krankenhausbehandlung für den Zeitraum 08.03. bis 28.03.1996 mit Sicherheit nicht ausreichend gewesen war, um eine stabile Krankheitsphase zu erreichen.

Überzeugend sind auch die Ausführungen des Gutachters, wenn er sich mit der Auffassung des Medizinischen Dienstes auseinandersetzt, der eine stationäre Behandlung in P. nur bis zum 28.03.1996 akzeptieren wollte. Die Uneinsichtigkeit des Versicherten in seine Krankheitssituation lässt sich aufgrund der Vorgeschichte mit stationärer Behandlung wegen psychiatrischer Erkrankung erklären. Für die Gesamtbeurteilung ist darüber hinaus wesentlich, dass der Versicherte in der offenen Krankenhausbehandlung in M. nicht bereit war, die Notwendigkeit medikamentöser Behandlung zu akzeptieren. Erst die Kombination von stationärer Unterbringung in einer geschlossenen Abteilung, intensiver Zuwendung und damit erreichter Krankheitseinsicht, die vorher nicht gelungen war, hat als Therapiekombination zum Erfolg geführt. Es ist damit der Auffassung des Gutachters zu folgen, dass eine frühere Einweisung des Versicherten in eine geschlossene Abteilung (Krankenhaus des Klägers) zu einem schnelleren Behandlungserfolg geführt hätte. Dem Gutachter ist auch dahingehend zu folgen, dass die Fragestellung des Sozialgerichts, wonach die Krankheitsuneinsichtigkeit des Versicherten keine Berücksichtigung finden durfte, der Krankheitssituation nicht gerecht wird. Der Senat kommt zu dem Ergebnis, die stationäre Behandlung des Versicherten im Krankenhaus des Klägers war erforderlich und nicht unangemessen lang. Das in P. zur Verfügung stehende Behandlungsangebot ist als stationäre Maßnahme gerade für solche Patienten wie den Kläger gedacht, bei denen eine ambulante Behandlung nicht zum Ziel führt.

Im Übrigen wird die Richtigkeit des Gutachtenergebnisses bestätigt durch die im Jahr 2005 durchgeführte Konkretisierung des Versorgungsvertrages von 1990. Im Auftrag der Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassenverbände in Bayern sollte der MDK Kriterien für eine stationäre Behandlung im Bezirkskrankenhaus P. festlegen. Die aufgestellten Kriterien treffen für den Versicherten zu. Es liegt ein Unterbringungsbeschluss vor, Mitarbeit bei Diagnostik und Therapie war nicht gegeben, Begleiterkrankungen wie psychische Störungen und Diabetes mellitus lagen vor. Die Richtigkeit der Einschätzung der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung beim Versicherten wird damit im Nachhinein bestätigt. Ambulante Behandlungsalternativen standen im Einzelfall konkret nicht zur Verfügung.

Der Senat stützt seine Entscheidung nicht auf das Urteil des Bundessozialgerichts vom 13.05.2004, [B 3 KR 18/03 R \(SozR 4-2500 § 39 Nr.2\)](#). Nach Auffassung des dritten Senats des Bundessozialgerichts hat eine Krankenkasse, wenn sie den weiteren Krankenhausaufenthalt eines psychiatrisch behandlungsbedürftigen Versicherten wegen ambulanter Behandlungsalternativen nicht für erforderlich hält, die Entscheidung der Krankenhausärzte, die stationäre Behandlung fortzusetzen, als vertretbar hinzunehmen, wenn sie die Behandlungsalternativen - soweit nicht flächendeckend vorhanden - den Krankenhausärzten und dem Versicherten bzw. Betreuer nicht konkret und nachprüfbar aufgezeigt hat. Die beklagte AOK Rheinland hat aktenkundig keine ambulanten Behandlungsalternativen für ihren Versicherten aufgezeigt, so dass bereits deshalb ihre Verurteilung möglich wäre. Es haben jedoch im Sozialgerichtsverfahren Ermittlungen stattgefunden, die Einschätzung der Krankenhausärzte zur Behandlungsnotwendigkeit ist nicht ausschlaggebend. Daher ist auch die Antwort auf die Anfrage des 1. Senats BSG vom 04.04.2006 [B 1 KR 32/04 R](#) nicht abzuwarten.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#) in der hier noch anwendbaren, bis zum 01.01.2002 gültigen alten Fassung (vgl. [§ 197a SGG](#) i.V.m. Art.17 Abs.1 Satz 2 6. SGG-Änderungsgesetz vom 17.08.2001, [BGBl.I 2144](#)).

Gründe, die Revision gemäß [§ 160 SGG](#) zuzulassen, sind nicht gegeben. Die Entscheidung wird ausdrücklich nicht auf das Urteil des Dritten Senats vom 13.05.2004 gestützt.

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2006-09-04