L 1 KR 199/11

Land
Freistaat Sachsen
Sozialgericht
Sächsisches LSG
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
1
1. Instanz
SG Dresden (FSS)
Aktenzeichen
S 39 KR 87/08
Datum
06.07.2011
2. Instanz
Sächsisches LSG
Aktenzeichen
L 1 KR 199/11
Datum
12.11.2015
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze
1. zur Abgrenzung von Krankenhausbehandlung und Rehabilitationsmaßnahme
2. Der Begriff der Frührehabilitation in § 39 Abs. 1 Satz 3 Halbsatz 2 SGB V erfasst ausschließlich Maßnahmen im Rahmen der akutstationären Behandlung.
I. Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Dresden vom 6. Juli 2011 abgeändert. Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin 13.909,14 EUR nebst Zinsen hieraus in Höhe von 5 % über dem Basiszinssatz seit dem 17. September 2004 zu zahlen. Hinsichtlich des geltend gemachten Zinsanspruches für die Zeit vom 2. September 2004 bis 16. September 2004 wird die Klage abgewiesen.

II. Im Übrigen wird die Berufung zurückgewiesen.

III. Die Beklagte hat auch die Kosten des Berufungsverfahrens zu tragen. IV. Die Revision wird nicht zugelassen.

V. Der Streitwert wird auch für das Berufungsverfahren auf 13.909,14 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Vergütung für eine stationäre Krankenhausbehandlung, die der bei der Beklagten gesetzlich krankenversicherte Patient G K in der Zeit vom 29. Juli 2004 bis 10. August 2004 beim Kläger in Anspruch genommen hat.

Der am 1932 geborene und am 2004 verstorbene Versicherte wurde am 20. April 2004 von Passanten in alkoholisiertem Zustand und auf der Straße liegend aufgefunden. Daraufhin erfolgte seine Einweisung in das Kreiskrankenhaus B. Am 21. April 2004 wurde bei ihm bei progredienter Vigilanzminderung eine craniale Computertomographie durchgeführt, bei der sich ein epidurales Hämatom links parietal, eine subdurale Blutung bds., Kontusionsblutungen bitemporal und links frontobasal sowie eine Kiefer- und Nasenbeinfraktur zeigten. Zur weiteren neurochirurgischen Versorgung wurde er in das Klinikum B in H verlegt, wo er vom 21. April 2004 bis 29. April 2004 stationär behandelt wurde. Es erfolgten dort die Ausräumung des epiduralen Hämatoms und die Implantation einer ICP-Messsonde. Am 29. April 2004 wurde der Versicherte in intubiertem und beatmetem Zustand in das Kreiskrankenhaus B zurückverlegt. Bei zu erwartender Langzeitbeatmung erfolgte am 30. April 2004 eine Punktionstracheotomie. Der Versicherte konnte zügig vom Respirator entwöhnt werden, am 21. Mai 2004 erfolgte das Dekanülement.

Am 26. Mai 2004 wurde der Versicherte in der beigeladenen Klinik aufgenommen. Als Maßnahme weist die Aufnahmeanzeige der Beigeladenen vom 28. Mai 2004 "Neurologie Phase B" aus. Der Frühreha-Barthel-Index betrug -150 und ergab sich aus einem medizinisch überwachungspflichtigen Zustand, einer beaufsichtigungspflichtigen Orientierungsstörung und einer beaufsichtigungspflichtigen Schluckstörung.

Die Beigeladene ist ein gemäß § 107 Abs. 1 und § 108 Nr. 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) zugelassenes Krankenhaus, das im streitigen Zeitraum mit 25 Betten in den Krankenhausplan des Freistaates Sachsen aufgenommen war (Sächsisches Amtsblatt Sonderdruck Nr. 1/2002 vom 21. Januar 2002, S. 56 f.). Im Übrigen – weit größerem Umfang – handelt es sich bei der Beigeladenen um eine Rehabilitationseinrichtung gemäß § 107 Abs. 2 und § 111 SGB V.

Ausweislich des Berichts der Beigeladenen vom 5. August 2004 erfolgte am 26. Mai 2004 die Aufnahme des Versicherten zur rehabilitativen Behandlung. Ab dem Zeitpunkt seiner Aufnahme unterzog sich der Versicherte einem multidisziplinären Therapieprogramm, welches aus

Physiotherapie, Ergotherapie, Logotherapie und neuropsychologischer Therapie bestand. Im Rahmen der Einzelkrankengymnastik erfolgte eine Mobilisierung in den Aktivrollstuhl.

Mit Schreiben vom 21. Juni 2004 beantragte die Beigeladene die Verlängerung der Kostenzusage für die Zeit vom 23. Juni 2004 bis 21. Juli 2004 "in Phase B". Weitere geplante Behandlungen seien Physiotherapie (Stand-, Gang- und Transferausbau, Gleichgewichtstraining, allgemeine Konditionierung), Ergotherapie (oraler Kostaufbau, Kostfreigabe, Verbesserung der apraktischen Handlungsstörungen), Logopädie (Therapie der Sprachstörung) und Neuropsychologie (Reorientierung, Gedächtnis- und Konzentrationstraining im Rahmen einer Einzeltherapie sowie Gruppentherapie).

In dem Bericht der Beigeladenen vom 5. August 2004 heißt es unter "Rehabilitationsverlauf":

"Herr K wurde am 26.5.2004 zur rehabilitativen Behandlung in unserer Einrichtung aufgenommen. Bei Aufnahme war der Patient wach, zeigte ein inadäquates Aufforderungsbefolgen, war zeitlich und örtlich nicht orientiert. Es bestand ein allgemeines Kraftdefizit im Bereich aller Extremitäten sowie der Verdacht auf eine Apraxie und ein mittelgradiges hirnorganisches Psychosyndrom. In der krankengymnastischen Einzelbehandlung war der Patient bis zum Verlegungszeitpunkt in den Rollstuhl mobilisiert, es erfolgte die Gangschulung an 2 UA-Gehstützen, ein freier Gang war mit dem Patienten noch nicht möglich. Eine körperliche Konditionierung konnte während des Rehabilitationszeitraumes erzielt werden. Insgesamt war die Therapie durch das hirnorganische Psychosyndrom erschwert, da die Motivation sehr schwankend war und ausgeprägte Störungen des Kurzzeitgedächtnisses vorlagen.

In der ergotherapeutischen Einzelbehandlung erfolgte faszioorale Therapie. Bei Aufnahme war der Patient bereits dekanüliert. Aufgrund des kariösen Zahnstatus war nur weiche Kost frei gegeben. Zum Verlegungszeitpunkt war der Kostaufbau frei gegeben für alle Mahlzeiten. Herr K aß ohne therapeutische Begleitung selbständig, mußte jedoch auf eine ausreichende Trinkmenge hingewiesen werden. Geplant war die Aufnahme des Dusch- und Anziehtrainings zur Verbesserung von alltagsrelevanten Tätigkeiten.

In der neuropsychologischen Betreuung zeigten sich ausgeprägte Orientierungsstörungen, die auch unter der fast 2monatigen Behandlung keine wesentlichen Verbesserungen zeigten. Herr K war zum Verlegungszeitpunkt örtlich, situativ und zeitlich nicht ausreichend orientiert. Er konnte keine Hilfestellungen, wie Kalender nutzen. Er selbst bemerkte seine Defizite im kognitiven Bereich nicht und zeigte deshalb auch nur ein unzureichendes Krankheitsverständnis. Der allgemein klinische Verlauf des Patienten war zunächst unauffällig. Herr K klagte mehrfach über linksseitige Gesichtsschmerzen. Bei Z.n. Oberkieferfraktur links und Nasenbeinfraktur und Maxillainstabilität erfolgte eine nochmalige HNO-ärztliche Vorstellung des Patienten sowie bei subfebrilen Temperaturen und leichtem Anstieg der Entzündungsparameter die antibiotische Behandlung mit Clindamycin sowie die Schmerzmedikation mit Jenaprophen. Wegen weiterer Zunahme der Schmerzsymptomatik und plötzlich aufgetretener Schwellung am 27.7.2004 im linken Halsbereich erfolgte am gleichen Tag nachmittags eine nochmalige HNO-ärztliche Vorstellung des Patienten. Daraufhin wurde die Computertomographie des Schädels und des Halses veranlaßt. Diese erfolgte am 28.7.2004. Dabei ergaben sich bereits genannte Befunde. Klinisch zeigte sich seit dem 28.7.2004 eine deutliche Verschlechterung, so daß dem Patienten erneut eine Magensonde gelegt wurde. Unter dem Verdacht einer Aspirationspneunomie erfolgte die antibiotische Abschirmung mit Pipril und Combactam. Die Duplexsonographie der Halsgefäße vom 29.7.2004 ergab den Verdacht auf ein Aneurysma im Bereich der A. carotis links (Bulbusbereich) mit Verdacht auf Abszedierung. Nach Kontaktaufnahme mit der Gefäßchirurgie des Krankenhauses D -F durch OA O wurde die Verlegung des Patienten noch am gleichen Tag dorthin veranlaßt. Vorher wurde Herr K analgosediert, intubiert, maschinell beatmet und mit einer Arteriendruckmeßsonde sowie großvolumigen venösen Zugängen versorgt in das Krankenhaus D -F verlegt."

Unter "Ergänzende Diagnostik" werden in dem Bericht vom 5. August 2004 zahlreiche in der Zeit vom 27. Mai 2004 bis 29. Juli 2004 durchgeführte Maßnahmen aufgeführt.

Die Beigeladene rechnete den Aufenthalt des Versicherten durch Rechnungen vom 28. Juni 2004, 12. Juli 2004, 29. Juli 2004 und 11. August 2004 gegenüber der Beklagten ab. In jeder dieser Rechnungen findet sich die Position "Investitionszuschlag". In den Rechnungen wurde jeweils der "Pflegesatz Neurologie Phase B" in Ansatz gebracht (402,32 EUR pro Tag).

Vom 29. Juli 2004 bis 10. August 2004 wurde der Versicherte im klagenden Krankenhaus stationär behandelt. Am 10. August 2004 verstarb er.

Mit Rechnung vom 2. September 2004 rechnete das klagende Krankenhaus gegenüber der Beklagten für den stationären Aufenthalt des Versicherten vom 29. Juli 2004 bis 10. August 2004 einen Betrag von 30.964,55 EUR ab. Es werde gebeten, den Rechnungsbetrag innerhalb von 14 Tagen ab Rechnungsdatum zu begleichen.

Mit Schreiben vom 13. September 2004 teilte die Beklagte dem Kläger mit, vorliegend sei nach § 3 der Verordnung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser (KFPV 2004) wegen Nichteinhaltung der mittleren Verweildauer (von 26,3 Tagen) ein Abschlag zu ermitteln. Der Versicherte sei am 29. Juli 2004 direkt von der beigeladenen Klinik "(Frühreha-Phase B, entspricht Krankenhausbehandlung)" in das Krankenhaus des Klägers verlegt worden.

Nach Abzug von Verlegungsabschlägen für 14 Tage in Höhe von 13.909,14 EUR überwies die Beklagte dem Kläger am 14. September 2009 einen Betrag von 17.055,41 EUR.

Durch Schreiben vom 12. Oktober 2004 teilte die Beklagte dem Kläger mit, die Frührehabilitation - Phase B entspreche gemäß § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 5 des Gesetzes über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen (Krankenhausentgeltgesetz - KHEntgG) einer Krankenhausbehandlung im Sinne des § 39 Abs. 1 Satz 3 Halbsatz 2 SGB V. Mit Schreiben vom 23. November 2004 bekräftigte die Beklagte ihre Auffassung unter Hinweis darauf, dass die beigeladene Klinik über "Reha-Phasen B-Betten" verfüge.

Auf die Schreiben des Klägers vom 27. September 2004 und 3. November 2004 mit der Bitte um Übersendung eines Nachweises über die Verlegung in ein Akutbett der stationären Rehabilitationseinrichtung antwortete die Beklagte nicht.

Mit Schreiben vom 9. November 2005 forderte die Klägerseite die Beklagte zur Begleichung des Differenzbetrages von 13.909,14 EUR unter Fristsetzung bis zum 23. November 2005 auf. Die Voraussetzungen für Verlegungsabschläge lägen nicht vor. Gemäß § 1 Abs. 1 Satz 3 in Verbindung mit § 1 Abs. 1 Satz 2 KFPV 2004 sei für die Vornahme von Verlegungsabschlägen erforderlich, dass der Versicherte auch tatsächlich eine Krankenhausbehandlung erfahren habe. Diese müsse den engen Voraussetzungen des § 39 Abs. 1 Satz 3 SGB V entsprochen haben. Darüber hinaus hätte der Versicherte tatsächlich eines der nur 25 Krankenhausbetten der beigeladenen Klinik, die im Krankenhausbettenplan für den Freistaat Sachsen ausgewiesen seien, in Anspruch genommen haben müssen. Dies sei nach Auskunft der beigeladenen Klinik nicht der Fall gewesen. Denn für die Inanspruchnahme dieser 25 Krankenhausbetten sei Voraussetzung, dass die Versicherten beatmet sein müssten und es sich um eine Krankenhausbehandlung im Sinne des § 39 SGB V handele. Nur Versicherte, die beide Kriterien erfüllten, würden in eines dieser Betten eingewiesen und erhielten eine Krankenhausbehandlung. Alle übrigen Versicherten, insbesondere alle unter den Begriff "Frührehabilitation Neurologie/Phase B" fallenden Versicherten würden nach Auskunft der beigeladenen Klinik ausschließlich über deren Zulassung nach § 111 SGB V behandelt. Bei diesen Versicherten handele es sich daher um Rehabilitationspatienten und nicht um Krankenhauspatienten. Der Umstand, dass die beigeladene Klinik über "Rehaphasen B-Betten" verfüge, sei nicht geeignet, die vorgenommenen Abschläge zu begründen.

Eine Zahlung der Differenz durch die Beklagte erfolgte nicht.

Am 3. August 2008 hat die Klägerseite Klage auf Zahlung des ihrer Auffassung nach offenen Differenzbetrages von 13.909,14 EUR nebst Zinsen hieraus ab 2. September 2004 beim Sozialgericht (SG) Dresden erhoben.

Sie hat vorgetragen, bei der Klinik der Beigeladenen handele es sich um eine Rehabilitationsklinik, die bei rund 1.000 Betten auch über 25 Krankenhausbetten verfüge. Diese seien aber solchen Patienten vorbehalten, die beatmet würden und Krankenhausbehandlung in Anspruch nähmen (insoweit Hinweis auf den ab 1. Januar 2005 geltenden B -Krankenhausbehandlungs-Index). Der Versicherte sei aber ohne künstliche Beatmung behandelt worden. Er habe keine Krankenhausbehandlung, sondern Rehabilitationsleistungen in Anspruch genommen. Er sei nicht im abgetrennten Bereich der 25 Krankenhausbetten aufgenommen worden. Der Versicherte sei nicht als Krankenhauspatient, sondern als Rehabilitationspatient aus der beigeladenen Klinik in das von der Klägerseite betriebene Klinikum verlegt worden. Es habe sich daher nicht um eine Verlegung aus einem anderen Krankenhaus im Sinne des § 3 Abs. 2 Satz 1 KFPV 2004 gehandelt. Denn die Verlegung aus einem Krankenhaus erfordere zwingend, dass der betreffende Versicherte beim abgebenden Leistungserbringer eine Krankenhausbehandlung erhalten habe. Dies sei vorliegend nicht der Fall gewesen. Zwar könne ein Leistungserbringer an ein und derselben Stelle ein Krankenhaus und zugleich eine Rehabilitationseinrichtung betreiben, Voraussetzung hierfür sei jedoch eine strikte wirtschaftliche, organisatorische und räumliche Trennung beider Bereiche und die eindeutige Zuordnung aller Betriebsteile zu dem jeweiligen Sektor (Hinweis auf Bundessozialgericht [BSG], Urteil vom 19. November 1997 – 3 RK 1/97 – juris Rn. 17; SG 46). Gemäß § 1 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 KHEntgG gelte das KHEntgG ausdrücklich nicht für Krankenhäuser, die nach § 5 Abs. 1 Nr. 7 KHG nicht gefördert würden; damit seien Rehabilitationseinrichtungen aus der Geltung des KHG vollständig ausgenommen. Mit dieser Regelung wäre es nicht vereinbar, wenn allgemeine rehabilitative Maßnahmen, für die das Krankenhausvergütungsrecht nicht gelte, gestützt auf § 3 Abs. 2 Satz 1 KFPV 2004 zu einem Vergütungsabschlag für Krankenhausbehandlungen führten. Auch der systematische Zusammenhang zwischen § 3 Abs. 1 und Abs. 2 KFPV 2004 spreche dafür, dass die Übernahme eines allgemeinen Rehabilitationspatienten in ein Krankenhaus keinen Verlegungsabschlag begründe. Die beiden Regelungen sollten nämlich solche Fälle erfassen, in denen die Krankenhausbehandlung eines Patienten nicht durch ein einziges, sondern durch zwei oder mehr Krankenhäuser erbracht werde. Sie sollten sicherstellen, dass die Vergütung, die für die Krankenhausbehandlung eines Patienten in Höhe der jeweils einschlägigen Fallpauschale zu zahlen sei, nicht dadurch steige, dass der Patient von einem Krankenhaus in ein anderes verlegt werde und beide Krankenhäuser die volle Fallpauschale abrechneten. Die Gefahr eines Anstiegs der Krankenhausvergütung über die jeweils einschlägige Fallpauschale drohe aber bei der Aufnahme eines Patienten in einem Krankenhaus nach vorangehender Rehabilitationsmaßnahme ohnehin nicht. Eine Maßnahme der Frührehabilitation, die als Teil einer Krankenhausbehandlung anzusehen wäre, habe in der beigeladenen Klinik – unabhängig davon, ob der B -Krankenhausbehandlungs-Index für maßgeblich gehalten werde - nicht stattgefunden. § 39 Abs. 1 Satz 3 Halbsatz 2 SGB V und § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 5 KHEntG änderten daran nichts. Dort würden frührehabilitative Maßnahmen leistungsrechtlich zum Bestandteil der Krankenhausbehandlung erklärt und die Vergütung solcher Maßnahmen den Vorschriften der Krankenhausvergütung unterstellt. Mit der Zurechnung der Frührehabilitation zur Krankenhausbehandlung trage der Gesetzgeber dem Umstand Rechnung, dass Rehabilitationserfolg und Rehabilitationschancen umso größer seien, je frühzeitiger und umfassender Rehabilitationsmaßnahmen einsetzten. Deshalb sollten sich Krankenhäuser als erstes Glied in der Rehabilitationskette verstehen und Maßnahmen der Frührehabilitation in die Akutbehandlung integrieren. In diesem Sinne verdeutliche § 39 Abs. 1 Satz 3 Halbsatz 2 SGB V, dass die akut-stationäre Krankenhausbehandlung auch Leistungen zur Frührehabilitation umfasse. Das Gesetz stelle insoweit auf die Integration der Frührehabilitation in die Akut-Krankenhausbehandlung ab. Frührehabilitation sei danach Teil der Akutbehandlung; sie sei in diese integriert und untrennbar mit ihr verbunden. Wenn der Gesetzgeber mit § 39 Abs. 1 Satz 3 Halbsatz 2 SGB V entschieden habe, dass es leistungsrechtlich keine sektorale Exklusivität zwischen Krankenhausbehandlung und Rehabilitation gebe, und wenn diese Entscheidung auch die Auslegung des KHG und der KFPV 2004 bestimme, so könne die Grenzziehung, ob eine Frührehabilitationsmaßnahme leistungs- und vergütungsrechtlich Teil der Krankenhausbehandlung oder eigenständige Rehabilitationsmaßnahme sei, nur danach erfolgen, ob und inwieweit die Rehabilitationsmaßnahme im Einzelfall Teil einer akutstationären Krankenhausbehandlung sei. Eine Akut-Krankenhausbehandlung habe der Versicherte in der beigeladenen Klinik jedoch nicht erfahren. Deren Behandlung sei vielmehr über zwei Monate hinweg lediglich neuro-rehabilitativer Art gewesen. Als sich sein gesundheitlicher Zustand plötzlich verschlechtert habe, sei er deshalb sogleich in das Klinikum der Klägerseite zur Krankenhausbehandlung verlegt worden. Erst dort habe dann eine akutstationäre Behandlung des Versicherten stattgefunden. Da die Voraussetzungen für Verlegungsabschläge nicht vorlägen, sei die klagende Klinik mit der von der Beklagten vorgenommenen Kürzung nicht einverstanden. Auf ein möglicherweise falsches Abrechnungsverhalten der beigeladenen Klinik komme es nicht an, weil allein die tatsächlich erbrachte Behandlungsform, nämlich eine stationäre Rehabilitationsleistung, maßgeblich sei. Der Verweis der Beklagten auf die Empfehlungen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) ändere nichts daran, dass nur in einer Akutbehandlung integrierte Maßnahmen der Frührehabilitation als Teil einer Krankenhausbehandlung angesehen werden könnten.

Die Beklagte hat daran festgehalten, dass die Berechnung von Verlegungsabschlägen korrekt sei. Rechtsgrundlage hierfür sei § 3 Abs. 2 Satz 1 KFPV 2004. Dafür, dass der Versicherte in der beigeladenen Klinik Krankenhausleistungen in Anspruch genommen habe, spreche der Umstand, dass die Rechnungen der beigeladenen Klinik jeweils einen Investitionszuschlag pro Tag auswiesen. Dieser könne nur von Krankenhäusern für Krankenhausleistungen abgerechnet werden. Darüber hinaus seien die in den Rechnungen geltend gemachten Pflegesatzvereinbarungen mit dem Träger des Krankenhauses der beigeladenen Klinik geschlossen worden, mithin explizit für den

Krankenhausbereich der Einrichtung (Basispflegesatz von 58,80 EUR und Abteilungspflegsatz von 343,52 EUR [insgesamt 402,32 EUR]). Die beigeladene Klinik habe somit eine Krankenhausbehandlung gegenüber der Beklagten abgerechnet. Folglich sei eine Verlegung von einem Krankenhaus in ein anderes erfolgt. Der Versicherte habe in der beigeladenen Klinik tatsächlich eine Krankenhausbehandlung erhalten. Nach den "Empfehlungen zur Neurologischen Rehabilitation von Patienten mit schweren und schwersten Hirnschädigungen in Phasen B und C" der BAR vom 2. November 1995 sei die Behandlung im Rahmen der Phase B leistungsrechtlich der Krankenhausbehandlung gemäß § 39 SGB V zuzuordnen. Die Phase B bezeichne die Behandlungsphase, in der noch intensiv-medizinische Behandlungsmöglichkeiten vorgehalten werden müssten. Es handele sich hierbei um bewusstlose bzw. qualitativ oder quantitativ schwer bewusstseinsgestörte Patienten mit schwersten Hirnschädigungen sowie Patienten mit anderen schweren neurologischen Störungen. Die primäre Akutversorgung sei abgeschlossen, eine aktuelle operative Intervention sei nicht erforderlich. Der B -Krankenhausbehandlungs-Index sei erst zum 1. Januar 2005 eingeführt worden. Der hier zu Grunde liegende Fall datiere aus dem Jahre 2004. Ungeachtet dessen seien diese internen Kriterien für die Beklagte nicht bindend. Die Rückzahlung von Investitionszuschlägen sei ohne Zuordnung zu Einzelfällen erfolgt. Dadurch sei für die Beklagte nicht zu erkennen, ob auch für den streitigen Behandlungsfall eine Rückzahlung von Investitionszuschlägen stattgefunden habe.

Die Beigeladene hat vorgetragen, die Verwendung des Begriffs Frührehabilitation in den Empfehlungen der BAR einerseits und in § 39 Abs. 1 Satz 3 Halbsatz 2 SGB V andererseits sei nicht deckungsgleich. Frührehabilitation als Krankenhausleistung könne nur für einen Krankenhauspatienten erbracht werden, weshalb der Patient noch krankenhausbehandlungsbedürftig gewesen sein müsse. Handele es sich aber – wie hier – um einen originären Rehabilitationspatienten – werde Frührehabilitation im Rahmen des Aufenthalts als Rehabilitationspatient erbracht. Der Versicherte sei während des gesamten Aufenthalts in der beigeladenen Rehabilitationsklinik Rehabilitationspatient gewesen. Dies belege zum einen schon der Umstand, dass er erst in das klägerische Klinikum verlegt worden sei, nachdem sich sein Zustand akut verschlechtert gehabt habe. Dies stehe im Einklang damit, dass im Leistungsantrag vom 17. Mai 2004, im Verlängerungsantrag vom 21. Juni 2004 und in der Kostenübernahmeerklärung der Beklagten vom 24. Mai 2004 von der "Reha-Klinik K " bzw. "Rehabilitation" die Rede sei. Zum anderen werde dies durch die Stellungnahme der Chefärzte der beigeladenen Klinik - Prof. Dr. O und Dr. P - vom 6. Januar 2010 nachgewiesen. Darin heißt es:

"Bei Aufnahme zu Rehabilitation in der Klinik B K am 26.05.2004 war der o.g. Patient rehabilitationsfähig. Er war wach und zeigte bei zeitlicher und örtlicher Desorientierung ein inadäquates Aufforderungsbefolgen. Zusätzlich bestand ein allgemeines Kraftdefizit.

Am 27.07.2004 kam es zu einer Schwellung im Halsbereich, welche eine entsprechende Diagnostik zur Folge hatte (siehe Krankenblatt). Bei weiterer Verschlechterung vom 28.07.2004 zum 29.07.2004 erfolgte am 29.07.2004 eine Duplex-Sonographie der Halsgefäße mit dem Verdacht auf ein Aneurysma im Bereich der A. carotis links.

Infolge dieses potentiell lebensbedrohlichen Befundes war der Patient am 29.07.2004 nicht mehr rehabilitationsfähig, wurde für den Transport stabilisiert und in das Krankenhaus D -F eingewiesen."

Die Beigeladene hat weiter ausgeführt, ihr seien für ihre Leistungen auch keine Krankenhausbehandlungen vergütet worden. Sie habe keinen Investitionszuschlag erhalten. Dieser sei zwar in Rechnung gestellt worden, in Bezug auf stationäre Rehabilitationsleistungen, für die kein Zuschlag zu zahlen gewesen sei, jedoch zurückgezahlt worden. Die Beigeladene habe gegenüber der Beklagten die der Höhe nach identische Pflegesatzpauschale von 402,32 EUR für die durchgeführte stationäre medizinische Rehabilitationsmaßnahme abgerechnet, nicht aber – wie von der Beklagten behauptet – Krankenhausleistungen.

Im Termin zur mündlichen Verhandlung vor dem SG am 6. Juli 2011 hat Prof. Dr. O für die Beigeladene Folgendes erklärt:

"Aus unserer Sicht ist der Patient bei uns zur Anschlussrehabilitation aufgenommen worden. Für uns stellt sich der Aufenthalt klar als eine Rehabilitationsbehandlung dar und ist auch gegenüber der Krankenkasse so abgewickelt worden. Aus dem am 28.05.2004 erhobenen Frühreha-Barthel-Index, in den Einsicht gewährt wird, Bl. 4 der Verwaltungsakte der Beklagten, [und dem?] festgehaltenen intensiv-medizinisch überwachungspflichtigen Zustand ergibt sich nicht, dass eine Krankenhausbehandlung erfolgt ist. Dies stellt für mich nur eine Momentaufnahme dar. Es kann durchaus sein, dass in diesem Moment eine Überwachungspflicht bestand. Das bedeutet aber für mich nicht, dass der gesamte Aufenthalt unter dem Aspekt der Krankenhausbehandlung zu sehen ist ... Am 09.06./16.06. und 23.06. ist nochmals geprüft worden, ob ein solch überwachungspflichtiger Zustand bestand. Dies konnte nicht mehr bestätigt werden und ist auch im weiteren Verlauf nicht mehr eingetreten. Es ergab sich dann am letzten Tag des Rehabilitationsaufenthaltes eine lebensbedrohliche entzündliche Aussackung im Halsbereich, die ich auch selbst festgestellt habe und die die Indikation war für eine sofortige chirurgische Intervention, die bei uns nicht durchgeführt werden konnte. Deswegen ist die Einweisung zur akuten Krankenhausbehandlung in F veranlasst worden."

Mit Urteil vom 6. Juli 2011 hat das SG die Beklagte verurteilt, an das klagende Krankenhaus 13.909,14 EUR nebst Zinsen hieraus in Höhe von 5 % über dem Basiszinssatz seit dem 2. September 2004 zu zahlen. Zur Begründung hat das SG ausgeführt, die Beklagte habe keinen Abschlag nach § 3 Abs. 2 in Verbindung mit Abs. 1 KFPV 2004 geltend machen dürfen. Grundlage für den Vergütungsanspruch der Klägerseite seien das KHG, das KHEntgG und die auf der Grundlage des § 17b KHG erlassene und für die Zeit vom 18. Oktober 2003 bis 31. Dezember 2004 geltende KFPV 2004. Nach § 1 Abs. 1 KfPV 2004 würden die Fallpauschalen jeweils von dem die Leistung erbringenden Krankenhaus nach dem am Tag der Aufnahme geltenden Fallpauschalenkatalog und den dazu gehörenden Abrechnungsregeln abgerechnet. Im Falle der Verlegung in ein anderes Krankenhaus rechne jedes beteiligte Krankenhaus eine Fallpauschale ab. Gemäß § 3 Abs. 2 in Verbindung mit Abs. 1 KFPV 2004 werde ein Abschlag dann vorgenommen, wenn ein Patient aus einem anderen Krankenhaus in das aufnehmende Krankenhaus verlegt werde und die mittlere Verweildauer im aufnehmenden Krankenhaus unterschritten werde. Habe die Behandlung im verlegenden Krankenhaus nicht länger als 24 Stunden gedauert, so sei im aufnehmenden Krankenhaus kein Verlegungsabschlag nach Satz 1 vorzunehmen. Die von der Klägerseite in ihrer Rechnung vom 2. September 2004 ausgewiesenen Beträge seien zwischen den Beteiligten nicht streitig, ebenso wenig, dass die mittlere Verweildauer unterschritten worden sei. Streitig sei allein, ob die Beklagte einen Abschlag nach § 3 Abs. 2 Satz 1 KFPV 2004 habe vornehmen dürfen, weil der Patient aus der beigeladenen Klinik am 29. Juli 2004 in die Klinik der Klägerseite verlegt worden sei. Voraussetzung für den Verlegungsabschlag sei, dass es sich dabei um eine Verlegung von einem Krankenhaus in ein anderes gehandelt habe. Die beigeladene Klinik sei zum Verlegungszeitpunkt sowohl mit 25 Betten in den Krankenhausplan des Freistaates Sachsen aufgenommen gewesen, sie sei daneben aber auch Rehabilitationsklinik gemäß § 107 Abs. 2 SGB V gewesen. Bei dem Aufenthalt des Versicherten vom 26. Mai 2004 bis 29. Juli 2004 habe es sich um den Aufenthalt in einer Rehabilitationsklinik gehandelt. Die beigeladene Klinik sei im Falle des Versicherten als solche tätig geworden. Der Versicherte habe in dem

streitigen Zeitraum keine Krankenhausbehandlung erhalten. Daraus, dass begrifflich eine Frührehabilitation "Phase B" durchgeführt worden sei, lasse sich noch nicht schließen, dass eine Krankenhausbehandlung vorgelegen habe. Gemäß § 39 Abs. 1 Satz 3 Halbsatz 2 SGB V umfasse die akutstationäre Behandlung auch Leistungen zur Frührehabilitation. Sinn und Zweck der Regelung über die Frührehabilitation sei es jedoch nicht, den Krankenhäusern die eigenständige Erbringung von medizinischen Rehabilitationsleistungen zu ermöglichen. Die Regelung diene vielmehr dazu klarzustellen, dass im Rahmen der akutstationären Krankenhausbehandlung die Chancen der medizinischen Rehabilitation konsequent genutzt werden sollten, ohne dass dadurch die Rehabilitationsmaßnahmen in Rehabilitationseinrichtungen - insbesondere Anschlussheilbehandlungen - ersetzt werden sollten (Hinweis auf Wahl in jurisPK-SGB V, 2. Auflage, § 39 Rn. 86). Nach § 39 Abs. 1 Satz 3 Halbsatz 2 SGB V umfasse die akutstationäre Behandlung auch Leistungen zur Frührehabilitation. Abgrenzungsmerkmal sei damit die akute Behandlungsbedürftigkeit. Rehabilitative Leistungen dürften nur von Krankenhäusern erbracht werden, wenn sie im Rahmen einer stationären Akutbehandlung erbracht würden. Frührehabilitative Leistungen könnten von dem Krankenhaus nur als integraler Bestandteil der eigentlichen stationären Behandlung erbracht werden. Sollten Leistungen der Frührehabilitation Gegenstand der Krankenhausbehandlung sein, müssten sie daher innerhalb der für die Akutbehandlung erforderlichen Verweildauer erfolgen. Ohne akutstationären Behandlungsbedarf dürften frührehabilitative Leistungen im Krankenhaus nicht mehr durchgeführt werden (Hinweis auf Wahl in jurisPK-SGB V, 2. Auflage, § 39 Rn. 87). Hieraus ergebe sich, dass die Frührehabilitation nicht vollständig den Krankenhäusern zugeordnet sei. Für die Frührehabilitation seien die Krankenhäuser nur zuständig, solange akutstationärer Behandlungsbedarf bestehe. Sei dies nicht der Fall, hätten auch frühzeitig einsetzende medizinische Rehabilitationsmaßnahmen in Rehabilitationseinrichtungen zu erfolgen (Hinweis auf Wahl in jurisPK-SGB V, 2. Auflage, § 39 Rn. 88). Die Abgrenzung, ob akute Krankenhausbehandlung vorgelegen habe oder Rehabilitationsleistungen erbracht worden seien, richte sich damit nach den allgemeinen Kriterien des § 107 SGB V. Aus der Umschreibung in § 107 Abs. 1 Nr. 3 SGB V, dass die Krankenhausbehandlung "vorwiegend durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung" zu erfolgen habe, lasse sich der Schluss ziehen, dass dies die wesentlichen Leistungen eines Krankenhauses darstellten (Hinweis auf BSG, Urteil vom 10. April 2008 – B 3 KR 14/07 R – juris Rn. 16). Für eine Rehabilitationseinrichtung hingegen sei insbesondere kennzeichnend, dass die Behandlungsziele "nach einem ärztlichen Behandlungsplan vorwiegend durch Anwendung von Heilmitteln einschließlich Krankengymnastik, Bewegungstherapie, Sprachtherapie oder Arbeits- und Beschäftigungstherapie" zu verfolgen seien (§ 107 Abs. 2 Nr. 2 SGB V). Die Zuordnung einer Versorgung entweder zum Sektor Krankenhausbehandlung oder zu dem der stationären Rehabilitation hänge damit weitgehend von der Intensität der ärztlichen Tätigkeit und den verfolgten Behandlungszielen ab (Hinweis auf BSG, Urteil vom 10. April 2008 – B 3 KR 14/07 R – juris Rn. 19 f.). Die akutstationäre Behandlung des Versicherten habe nach Sturz, epiduralem Hämatomen, subduraler Blutung, Kontusionsblutungen sowie Kiefer- und Nasenbeinfraktur vom 20. April 2004 bis 26. Mai 2004 im Kreiskrankenhaus B und dem Klinikum B in H stattgefunden. Im Krankenhaus B in H sei vom 21. April 2004 bis 29. April 2004 unter anderem die operative Ausräumung des epiduralen Hämatoms und die Implantation einer ICP-Messsonde erfolgt. Postoperativ sei der Versicherte in analgosediertem, kontrolliert beatmetem Zustand auf die dortige Intensivstation übernommen worden. Im Kreiskrankenhaus B sei am 30. April 2004 eine Punktionstracheostomie durchgeführt worden. Der Versicherte habe in der Folgezeit vom Respirator entwöhnt werden können und habe seit dem 8. Mai 2004 mit relativ guter Vigilanz und vorhandenen Reflexen geatmet, so dass die Trachealkanüle am 21. Mai 2004 habe entfernt werden können. Die Ernährung sei primär über die Sonde erfolgt, im Verlauf sei ein oraler Kostaufbau durchgeführt worden. Der Versicherte sei in den Reha-Stuhl mobilisiert gewesen. Aus den Patientenakten der Beteiligten ergebe sich nicht, dass ab der Aufnahme in der beigeladenen Klinik noch akutstationäre Maßnahmen im Vordergrund der Behandlung gestanden hätten. Wäre dies der Fall gewesen, hätte eine Weiterbehandlung auch im Kreiskrankenhaus B erfolgen können. In der beigeladenen Klinik seien ab 26. Mai 2004 nicht vorwiegend ärztlich und pflegerische Hilfeleistungen erbracht worden. Aus den Empfehlungen der BAR könnten insoweit nur Anhaltspunkte entnommen werden. Maßgeblich seien die Intensität der ärztlichen Behandlungen und die verfolgten Behandlungsziele im Einzelfall. In der beigeladenen Klinik seien bei dem Versicherten Behandlungsziele verfolgt worden, die vorwiegend durch die Anwendung von Heilmitteln, einschließlich Krankengymnastik, Bewegungstherapie und Sprachtherapie zu verfolgen gewesen seien. Der Versicherte habe ein Behandlungsprogramm aus Physiotherapie, Ergotherapie, Logotherapie und neuropsychologischer Therapie sowie Einzelkrankengymnastik erhalten. Behandlungsziele seien dabei - wie sich aus dem Zwischen- und dem Abschlussbericht ergebe – gewesen: Mobilisierung (Stand, Gang-, Transferaufbau), oraler Kostaufbau, Kostfreigabe, Verbesserung der apraktischen Störungen, Therapie der Sprachstörung und Reorientierung mit Gedächtnis- und Konzentrationstraining im Rahmen einer Einzeltherapie sowie Gruppentherapie. Geplant sei ferner die Aufnahme des Dusch- und Anziehtrainings zur Verbesserung von alltagsrelevanten Tätigkeiten gewesen. Dabei habe es sich um rehabilitationstypische Zielsetzungen gehandelt. Mit ihnen hätten Behinderungen beziehungsweise Pflegebedürftigkeit abgewendet, verhütet beziehungsweise deren Folgen gemindert werden sollen (Hinweis auf § 11 Abs. 2 SGB V). Ärztliche Vorstellungen seien lediglich zum Aufnahmezeitpunkt und später aufgrund eines intermittierenden Harnwegsinfektes und bei Verschlechterung des Zustands ab 27. Juli 2004 erfolgt. Diese hätten im Hinblick auf die tägliche Anwendung von Physiotherapie, Ergotherapie, Logotherapie und neuropsychologischer Therapie sowie Einzelkrankengymnastik nicht im Vordergrund gestanden. Maßgeblich sei damit auch nicht, dass sich am Tag vor der Entlassung in die Klinik der Klägerseite der ärztliche Aufwand aufgrund der Verschlechterung im Gesundheitszustand des Versicherten erhöht habe, da dies dem Aufenthalt nicht das Gepräge gegeben habe. Die durchgeführte Rehabilitationsleistung sei durch die Intensivierung des ärztlichen Aufwands nicht zur Krankenhausbehandlung geworden. Bei Aufnahme in die beigeladene Klinik habe nach dem Barthel-Index ein intensivmedizinisch überwachungspflichtiger Zustand vorgelegen. Überprüfungen am 9. Juni, 16. Juni und 23. Juni 2004 hätten nach der Erklärung von Prof. Dr. O aber kein Erfordernis einer intensivmedizinischen Überwachung mehr ergeben. Dass eine solche nach Aufnahme durchgeführt worden sei, lasse sich der Patientenakte der beigeladenen Klinik auch nicht entnehmen. Nach den Ausführungen der beigeladenen Klinik seien nach internen Vorgaben die Krankenhausbetten beatmeten Patienten vorbehalten. Bei dem Versicherten habe es sich auch nicht um einen solchen Patienten gehandelt. Zur akutstationären Behandlung sei der Versicherte schließlich, nachdem sich sein Zustand am 28. Juli 2004 zunehmend verschlechtert gehabt habe, am 29. Juli 2004 in die Klinik der Klägerseite verlegt worden. In der Entlassungsmitteilung vom 30. Juli 2004 sei von einer "Entlassung wegen interkurrenter Erkrankung ins Krankenhaus" die Rede, was ebenfalls dafür spreche, dass zuvor gerade keine Krankenhausbehandlung durchgeführt worden sei. Ob durch die beigeladene Klinik der für die Behandlung des Versicherten abgerechnete Investitionszuschlag tatsächlich an die Beklagte zurückgezahlt worden sei, könne im Hinblick auf die Überweisung eines Pauschalbetrages für alle Fälle des Jahres 2004 nicht nachvollzogen werden. Die Beantwortung dieser Frage könne aber dahinstehen, weil eine nicht korrekte Abrechnung durch die beigeladene Klinik keine Auswirkung auf die Zuordnung der durchgeführten Maßnahme im Verhältnis der Beklagten zum klagenden Krankenhaus haben könne. Die Vereinnahmung eines Investitionszuschlages würde allenfalls ein Indiz darstellen, dass Krankenhausbehandlung habe erbracht werden sollen. Dieses Indiz sei aber in Bezug auf die oben aufgezählten überwiegenden Anhaltspunkte, die für eine Rehabilitationsleistung sprächen, nicht geeignet, am Charakter der Maßnahmen Zweifel zu begründen. Da die Verlegung somit nicht aus einem Krankenhaus, sondern aus einer Rehabilitationseinrichtung erfolgt sei, sei kein Verlegungsabschlag vorzunehmen gewesen. Eine analoge Anwendung des § 3 Abs. 1 KFPV 2004 komme nicht in Betracht, da nach Sinn und Zweck dieser Regelung verhindert werden solle, dass die Vergütung bei Verlegung dadurch steige, dass beide Krankenhäuser bei einer Verlegung die volle Fallpauschale abrechneten. Dies sei aber bei der Aufnahme eines

Versicherten in einem Krankenhaus nach vorangegangener Rehabilitationsmaßnahme nicht der Fall.

Gegen das ihr am 21. September 2011 zugestellte Urteil hat die Beklagte am 17. Oktober 2011 Berufung eingelegt.

Die Beklagte trägt vor, die Auffassung des SG, in der beigeladenen Klinik habe keine Krankenhausbehandlung stattgefunden, treffe nicht zu. Ausweislich des Entlassungsberichts der beigeladenen Klinik vom 5. August 2004 sei beim Versicherten auch eine umfangreiche "Ergänzende Diagnostik" durchgeführt worden (Seite 3 bis 4 des Berichts). Die Abrechnung des Pflegesatzes Neurologie Phase B spreche ebenfalls für die Einordnung als Krankenhausbehandlung. Bei einer Zuordnung zur Frühreha-Phase B sei von einer Krankenhausbehandlung auszugehen. Es sei daher rechtsfehlerhaft, dass das SG ohne Hinzuziehung medizinischen Sachverstandes nach eigener Einschätzung der vorgelegten Krankenunterlagen zu dem Ergebnis gekommen sei, dass nicht Krankenhausbehandlungsmaßnahmen im Vordergrund gestanden hätten, sondern vielmehr eine Rehabilitationsbehandlung durchgeführt worden sei. Die Angaben von Prof. Dr. O im Termin zur mündlichen Verhandlung vor dem SG, am 9. Juni, 16. Juni und 23. Juni 2004 sei nochmals überprüft worden, ob beim Versicherten ein überwachungspflichtiger Zustand bestanden habe, würden bestritten. Sie ergäben sich nicht aus der Patientenakte, sondern ausschließlich aus dem mündlichen Vortrag von Prof. Dr. O. Bei Aufnahme in die beigeladene Klinik habe der Versicherte noch intensivmedizinischer Überwachung bedurft. Es habe deshalb Krankenhausbehandlung vorgelegen. Die interne Vorgabe der beigeladenen Klinik, die Krankenhausbetten nur mit beatmeten Patienten zu belegen, entfalte keine Außenwirkung. Nach alledem müssten auch die Abrechnungsindizien seitens der beigeladenen Klinik anders gewertet werden.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Dresden vom 6. Juli 2011 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Das klagende Krankenhaus beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Die Beigeladene beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Das klagende Krankenhaus hält die erstinstanzliche Entscheidung für zutreffend. Die in der beigeladenen Rehabilitationsklinik erbrachten Behandlungsmaßnahmen hätten nahezu ausschließlich rehabilitationstypische Zielsetzungen verfolgt und seien deshalb dem Bereich der Rehabilitationsbehandlung zuzuordnen. Der zweimonatige Aufenthalt des Versicherten in der beigeladenen Klinik sei nicht durch eine Akutbehandlung, sondern vorwiegend durch rehabilitationstypische Behandlungsziele (Physiotherapie, Ergotherapie, Logotherapie und neuropsychologische Therapie sowie Einzelkrankengymnastik) geprägt gewesen. Daran ändere auch die Erhöhung des ärztlichen Aufwands aufgrund der Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Versicherten am 29. Juli 2004 nichts. Die Verlegung sei somit nicht aus einem Krankenhaus, sondern aus einer Rehabilitationseinrichtung erfolgt. Die Voraussetzungen für einen Verlegungsabschlag lägen deshalb nicht vor. Die BAR-Empfehlungen stellten eine unverbindliche Richtlinie dar.

Die Beigeladene hält die erstinstanzliche Entscheidung ebenfalls für zutreffend. Die Verlegung des Versicherten sei aus der Rehabilitationsklinik der Beigeladenen und nicht aus deren Fach- und Privatkrankenhaus erfolgt. Bei den BAR-Empfehlungen handele sich um ein rechtliches Nullum. Der Begriff "Phase B" dürfe nicht mit "Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit" gleichgesetzt werden. Deshalb heiße es auf Seite 10 unter 3.1.3 der BAR-Empfehlungen zur Phase B auch:

"Fortführung der in Phase A begonnenen kurativmedizinischen Maßnahmen (inklusive ggf. erforderlicher intensivmedizinischer Behandlung, außer kontrollierter Beatmung)".

Demnach habe der Vorhalt intensivmedizinischer Interventionsmöglichkeiten mit der leistungsgerechten Zuordnung eines Patienten zur Krankenhausbehandlung gemäß § 39 SGB V oder zur medizinischen Rehabilitation nach § 40 SGB V nichts zu tun. Auch die vorliegend durchgeführte Rehabilitationsleistung sei durch die Intensivierung des ärztlichen Aufwands nicht zur Krankenhausbehandlung geworden. Abzustellen sei auf die Intensität der ärztlichen Behandlung und die verfolgten Behandlungsziele im Einzelfall. Krankenhausbehandlung mit Frührehabilitation sei nicht identisch mit neurologischer Rehabilitation Phase B.

Dem Senat haben die Verwaltungsakte der Beklagten sowie die Gerichtsakten beider Rechtszüge vorgelegen, ebenso die Patientenakten der Klägerseite und der beigeladenen Klinik.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung der Beklagten ist überwiegend unbegründet (1). Lediglich im Hinblick auf den von der Klägerseite geltend gemachten Zinsanspruch ist sie zum Teil begründet (2).

1. Es kann insoweit gemäß § 153 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz (SGG) im Wesentlichen auf die Gründe der erstinstanzlichen Entscheidung verwiesen und von einer weiteren Darstellung der Entscheidungsgründe abgesehen werden.

Ergänzend ist lediglich auszuführen:

a) Die Begründung der Beklagten, bei einer Zuordnung zur Frühreha-Phase B sei von einer Krankenhausbehandlung auszugehen, verfängt nicht. Der Begriff der Frührehabilitation in § 39 Abs. 1 Satz 3 Halbsatz 2 SGB V erfasst ausschließlich Maßnahmen im Rahmen der akutstationären Behandlung (siehe nur Wahl in jurisPK-SGB V, 2. Auflage, § 39 Rn. 85 f.). Frührehabilitation ist daher nicht vollständig den Krankenhäusern zugeordnet. Das von der BAR erarbeitete Phasenmodell stimmt nicht mit den Begrifflichkeiten des SGB V überein (so Wahl in jurisPK-SGB V, 2. Auflage, § 39 Rn. 86; vgl. auch Bundesgerichtshof, Urteil vom 18. November 2010 – III ZR 239/09 – juris Rn. 18-22). So

wird etwa in den Empfehlungen der BAR die Phase A als "Akutbehandlungsphase" definiert, die Phase B als "Behandlungs-/Rehabilitationsphase, in der noch intensivmedizinische Behandlungsmöglichkeiten vorgehalten werden müssen". Deshalb kann im Rahmen der neurologischen Rehabilitation die Phase B sowohl im Krankenhaus als auch in einer Rehabilitationseinrichtung, entweder vollständig oder anteilig – orientiert am überwiegend akutmedizinischen Behandlungsbedarf – ausgeführt werden (Fuchs, Soziale Sicherheit 2005, 168, 171 f.). Eine Krankenhausbehandlung endet, wenn kein akutmedizinischer Behandlungsbedarf mehr besteht oder dieser nicht mehr überwiegt und somit keine stationäre Versorgung in einem Krankenhaus erfordert (so ausdrücklich Fuchs, Soziale Sicherheit 2005, 168, 172). Die vom SG vorgenommene Schwerpunktbildung begegnet keinen Bedenken. Sie ist vielmehr schlüssig und nachvollziehbar. Daran ändert die von der Beklagten erwähnte "Ergänzende Diagnostik", die in der beigeladenen Klinik durchgeführt wurde, nichts. Diese war nämlich nicht der Schwerpunkt der Behandlungsmaßnahmen in der beigeladenen Klinik, sondern diente deren Ergänzung. Die Durchführung intensivmedizinischer Maßnahmen schließt aber die Annahme von Rehabilitationsmaßnahmen in einer Rehabilitationseinrichtung nicht aus. Erst als die intensivmedizinischen Behandlungsmaßnahmen wegen der deutlichen Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Versicherten nicht mehr genügten, bedurfte er akutmedizinischer Behandlungsmaßnahmen. Aus diesem Grund erfolgte dann auch die Verlegung des Versicherten in die Klinik der Klägerseite. Unter diesen Umständen war das SG nicht gehalten, ein Sachverständigengutachten zur Abgrenzung von Rehabilitationsleistungen einerseits und Krankenhausleistungen andererseits einzuholen.

b) Bei dieser Sachlage bedurfte es auch nicht der erneuten Einvernahme von Prof. Dr. O durch den Senat. Denn ob dessen Einlassungen vor dem SG zutreffend gewesen sind, ist für die vom Senat vorgenommene Abgrenzung zwischen akuter Krankenhausbehandlung und Rehabilitationsbehandlung nach den Ausführungen unter a nicht erheblich.

2. In Bezug auf den von der Klägerseite geltend gemachten Zinsanspruch ist die Berufung der Beklagten zum Teil begründet.

Die Klägerseite kann Zinsen in der geltend gemachten Höhe erst ab 17. September 2004 verlangen (§ 69 Satz 3 SGB V in Verbindung mit § 286 Abs. 2 Nr. 1, § 288 Abs. 1 Bürgerliches Gesetzbuch). Denn die Rechnung vom 2. September 2004 war bis 16. September 2004 zahlbar.

3. Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Abs. 1 SGG in Verbindung mit § 154 Abs. 1 Satz 3 Verwaltungsgerichtsordnung.

4. Gründe, die Revision zuzulassen, bestehen nicht (§ 160 Abs. 2 SGG).

5. Die Streitwertfestsetzung für das Berufungsverfahren folgt aus § 197a Abs. 1 Satz 1 Halbsatz 1 SGG in Verbindung mit § 47 Abs. 1 Satz 1, § 52 Abs. 3 Satz 1 Gerichtskostengesetz.

Klotzbücher Schanzenbach Dr. Wietek
Rechtskraft
Aus
Login
FSS
Saved
2015-11-24