

L 1 KR 151/03

Land
Hamburg
Sozialgericht
LSG Hamburg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
1
1. Instanz
SG Hamburg (HAM)
Aktenzeichen
S 28 KR 552/01
Datum
18.08.2003
2. Instanz
LSG Hamburg
Aktenzeichen
L 1 KR 151/03
Datum
18.05.2005
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

1. Auf die Berufung der Klägerin wird das Urteil des Sozialgerichts Hamburg vom 18. August 2003 abgeändert. Es wird festgestellt, dass die Klägerin nicht verpflichtet ist, die Kosten für die stationäre Behandlung des Beigeladenen in der Zeit vom 12. bis 25. November 1999 in Höhe von 6221,40 EUR zu tragen. Die Widerklage wird abgewiesen. 2. Der Beklagte hat die außergerichtlichen Kosten der Klägerin zu erstatten. Im Übrigen sind Kosten nicht zu erstatten. 3. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist die Kostentragungspflicht der Klägerin hinsichtlich der Kosten des (weiteren) stationären Aufenthalts des Beigeladenen in der Zeit vom 12. bis 25. November 1999 im Berufsgenossenschaftlichen Unfallkrankenhaus der Beklagten in Höhe von 6221,40 Euro streitig.

Der am XX.XXXXX 1952 geborene Beigeladene ist versicherungspflichtiges Mitglied der Klägerin. Nach einer im Jahre 1975 bei einem Motorradunfall erlittenen Oberschenkelrümmerfraktur bestand bei ihm rechtsseitig eine chronische Osteomyelitis mit Cox- und Gonarthrose sowie eine Beinverkürzung von 9 cm. Da in Nähe seines thüringischen Wohnorts die nach Durchführung der Osteotomie-Behandlung noch erforderliche Beinlängen- und Beinstellungskorrektur nicht möglich war, wurde eine stationäre Behandlung im Unfallkrankenhaus des Beklagten ab 7. Oktober 1999 durchgeführt (Verordnung des Chirurgen Dr. W. vom 13. September 1999), für welche die Klägerin dem Kostenübernahmeersuchen des Beklagten erst im Rahmen des Eilverfahrens für die Zeit ab 7. Oktober 1999 entsprach, die Kostenübernahme dann auf die Zeit bis zum 20. Oktober 1999 konkretisierte und später die Kostenübernahmeerklärung bis zum 11. November 1999 (einschließlich) verlängerte (Schreiben vom 29. Oktober 1999, bei der Beklagten eingegangen am 1. November 1999).

Zur Beurteilung des mit Schreiben vom 9. November 1999 (Eingang bei der Klägerin am 12. November 1999) gestellten weiteren Antrages auf Verlängerung der Kostenzusage, in dem ausgeführt wurde, die laufende Unterschenkelkorrektur mit "Hexapod und IlisaroxRingfixateur" - einem Spezialgerät, das neben der Verlängerung auch die Veränderung der Achsstellung von Gliedmaßen ermöglicht - sei weiter unter stationären Verhältnissen durchzuführen, schaltete die Klägerin den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) ein. Auf dessen Rückfrage nach den Gründen für die weitere stationäre Behandlung legte das Krankenhaus des Beklagten den inzwischen vorliegenden Entlassungsbericht (vom 7. Januar 1999) über die bis zum 25. November 1999 durchgeführte stationäre Behandlung vor. In diesem wird u.a. ausgeführt, nach der Operation des Beigeladenen am 14. Oktober 1999 sei ab 21. Oktober 1999 die schrittweise computergestützte Korrektur der Achsfehlstellung und ab 27. Oktober 1999 daneben auch die Beinverlängerung durchgeführt worden. Wegen der Komplexität der Korrektur bei gleichzeitiger Weichteilproblematik und verbleibender Rotationsfehlstellung des Kniegelenkes habe die Korrektur und Verlängerung nur sehr verzögert ausgeführt werden können und der sehr intensiven Betreuung bedurft. Unter entsprechender Röntgenkontrolle habe sich die errechnete zunehmend achsgerechte Stellung im rechten Unterschenkel ergeben, "so dass nach Abschluss des Achsausgleiches ab der 3. Woche postoperativ die ausschließliche Beinverlängerung durchgeführt wurde, die wegen o. g. Probleme ebenfalls anfangs noch stationär" erfolgt sei.

Im MDK-Gutachten vom 17. Januar 2000 kam die Diplommedizinerin H. zu der Einschätzung, eine Behandlung unter stationären Bedingungen sei über den 11. November 1999 hinaus nicht erforderlich gewesen. Daraufhin lehnte die Klägerin eine weitere Kostenübernahme mit Schreiben vom 27. Januar 2000 ab und blieb im Folgenden bei ihrer Auffassung.

Die Klägerin hat im Mai 2001 Klage mit dem Begehren erhoben festzustellen, dass sie die Kosten der stationären Behandlung des Beigeladenen für die Zeit vom 12. bis 25. November 1999 nicht zu übernehmen brauche. Im Wege der Widerklage hat der Beklagte eine Zahlung des Betrages vom 6.221,40 Euro für die streitige Behandlung zuzüglich Zinsen geltend gemacht.

Im sozialgerichtlichen Verfahren hat der Beklagte die Stellungnahme des den Beigeladenen behandelnden Oberarztes Dr. S. vom 18. Mai 2000 vorgelegt, der darauf hinweist, dass die bei dem Beigeladenen durchgeführte Korrektur äußerst komplex gewesen sei. An dem Spezialgerät zur Achsstellungskorrektur führe der Patient aufgrund rechnergestützter Berechnung durch Bedienung von sechs Stellschrauben Veränderungen durch. Eine röntgenologische Kontrolle zur Anpassung der vorzunehmenden Korrekturen sei erforderlich. Im Falle des Beigeladenen seien mehrfache Korrekturen vorgenommen und das Korrekturen-Verlängerungskonzept mehrfach geändert worden. Deswegen sei anfangs auch nur korrigiert und erst später verlängert worden. Es sei nicht vorhersehbar gewesen, ob die jeweilige Korrektur gelingen oder entsprechende Veränderungen im Konzept hätten vorgenommen werden müssen.

Des weiteren hat Dr. S1, der wissenschaftliche Leiter des Labors für Biomechanik und Entwickler des Hexapodensystems zur Achsstellungskorrektur, der zusammen mit dem behandelnden Oberarzt Dr. S. die Planung der Korrektur und die erforderlichen Berechnungen im Falle des Beigeladenen vorgenommen hatte, in seinen Stellungnahmen vom 19. Juli 2002 und 9. April 2003 ausgeführt, dass ausweislich seiner handschriftlichen Notizen noch am 17. November 1999 für den Beigeladenen unter Auswertung von Röntgenbildern sowie des klinischen Befundes eine Berechnung vorgenommen worden sei, aus der sich ergebe, dass von einer weiteren Korrekturerforderlichkeit nicht nur hinsichtlich der Länge des Beines, sondern auch hinsichtlich einer Verschiebung des körpernen Knochenfragments und seiner Kippung ausgegangen worden sei. Daraus ergebe sich, dass nicht nur eine Beinverlängerung durchgeführt worden sei, für die tatsächlich eine regelmäßige ambulante Kontrolle ausreichend gewesen wäre.

Im Gutachten vom 14. November 2002 ist der Chirurg M.-C. zu dem Ergebnis gekommen, die stationäre Behandlung des Beigeladenen sei über den 11. November 1999 erforderlich gewesen. Zu berücksichtigen sei, ob nur eine Verlängerung eines Knochens durchgeführt werde, welche ein einigermaßen intelligenter Patient rasch erlernen könne, denn dabei nehme er pro Tag an jeder Gewindestange die gleiche Einstellung vor. Etwas anderes gelte, wenn zusätzlich eine Drehfehlstellung oder Achsfehlstellungen zu korrigieren seien. Die äußerst komplizierte Methode, die hier bei dem Beigeladenen zur Korrektur der Achsfehlstellung zum Einsatz gekommen sei, überfordere nicht nur den Patienten, sondern jeden niedergelassenen Arzt. Eine über eine bloße Verlängerung hinausgehende Korrektur in weiteren Dimensionen (hier: Beseitigung einer O-Stellung, einer Vorverbiegungsfehlstellung und einer Rotationsfehlstellung) könne nur im Krankenhaus des Beklagten erfolgreich durchgeführt und ausreichend überwacht werden. Problematisch sei hier aber, dass den Krankenbehandlungsunterlagen nicht entnommen werden könne, welche Leistungen tatsächlich erbracht worden seien. Die Aufzeichnungen des Dr. S1 seien für einen Außenstehenden nicht lesbar.

Der in der mündlichen Verhandlung vor dem Sozialgericht am 18. August 2003 vernommene Chirurg Dr. D. hat ebenfalls die Auffassung vertreten, die stationäre Behandlung des Beigeladenen sei über den 11. November 1999 erforderlich gewesen. Die angewandte Behandlungsmethode sei im Krankenhaus des Beklagten entwickelt worden und werde nur in diesem angewendet. Angesichts der Komplikationsmöglichkeiten bei ihrer Anwendung könne ein Patient eine Achsenkorrektur nicht selbständig nach Plan durchführen, sondern es bedürfe hierzu – auch angesichts der räumlichen Entfernung des Wohnorts des Beigeladenen – einer stationären Betreuung. Lediglich eine bloße Längenkorrektur sei bei entsprechender Eignung des Patienten unter ambulanten Bedingungen durchführbar. Allerdings fehle es weitgehend an einer Dokumentation über den Verlauf der stationären Behandlung. Aus den Unterlagen seien für den streitigen Zeitraum nur eine Röntgenanwendung und ein Visitenbericht vom 22. November, ein Pflegebericht bis zum 18. November und ein Physiotherapieeintrag unter dem 22. November 1999 ersichtlich.

Mit Urteil vom 18. August 2003 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen und der Widerklage in der Hauptforderung stattgegeben, bezüglich der Zinsforderung die Widerklage abgewiesen. Die Klägerin sei zur Übernahme der Kosten für den Aufenthalt des Beigeladenen im Krankenhaus des Beklagten auch im streitigen Zeitraum verpflichtet. Wie sich insbesondere aus den Äußerungen der beiden im Verfahren tätig gewordenen medizinischen Sachverständigen ergebe, sei eine Behandlung des Beigeladenen mit den Mitteln des Krankenhauses weiter erforderlich gewesen.

Gegen diese Entscheidung hat die Klägerin Berufung eingelegt. Zur Begründung trägt sie vor, zu Unrecht sei das Sozialgericht davon ausgegangen, in dem streitigen Zeitraum habe mehr als eine bloße Beinverlängerung durch den Beigeladenen selbst stattgefunden. Eine Dokumentation des Behandlungsverlaufs fehle fast vollständig. Die handschriftlichen Notizen des Dr. S1 seien nicht verwertbar. Der Entlassungsbericht weise ausdrücklich aus, dass die Achskorrektur des Beines bereits mit der 3. Woche postoperativ abgeschlossen gewesen sei. Damit gingen die beiden erstinstanzlich gehörten Sachverständigen von einem unzutreffenden Sachverhalt aus und ihre gutachtlichen Äußerungen könnten daher nicht entscheidungserheblich sein. Da dem Beklagten wegen der fehlenden Dokumentation die Beweislast für die Umstände obliege, welche einen weiteren stationären Behandlungsbedarf begründen, und die tatsächlich erfolgte Behandlung zumindest nicht im Sinne des erforderlichen Vollbeweises festgestellt werden könne, sei die Klägerin zur Kostentragung nicht verpflichtet. Hinzu komme, dass im streitigen Zeitraum auch keine Komplikation im Behandlungsverlauf eingetreten sei, die zu einer Notwendigkeit stationärer Behandlung geführt haben könnte. Die Möglichkeit von Komplikationen allein sei nicht ausreichend, um eine Behandlungsbedürftigkeit im Krankenhaus zu begründen.

Die Klägerin beantragt, das Urteil des Sozialgerichts Hamburg vom 18. August 2003 abzuändern und unter Abweisung der Widerklage des Beklagten festzustellen, dass die Klägerin nicht verpflichtet ist, die Kosten für die stationäre Behandlung des Beigeladenen in der Zeit vom 12. bis 25. November 1999 in Höhe von 6221,40 Euro zu tragen.

Der Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Er hält die erstinstanzliche Entscheidung für zutreffend. Bei dem Beigeladenen sei nicht nur eine Beinverlängerung, sondern im streitigen Zeitraum auch noch weiter eine Achskorrektur durchgeführt worden, die eine stationäre Betreuung erforderlich gemacht habe. Dies ergebe sich aus der von Dr. S1 noch am 17. November 1999 durchgeführten Berechnung. Erst unmittelbar vor Entlassung, nämlich am 22. November 1999, sei dann die weitere Röntgenkontrolle durchgeführt worden. Zu Recht gingen daher die in der ersten Instanz tätig gewordenen medizinischen Sachverständigen von der Notwendigkeit einer Behandlung unter stationären Bedingungen bis zum 25. November 1999 aus.

Der Beigeladene hat sich im gesamten Verfahren zur Sache nicht geäußert und keinen Antrag gestellt.

Die Klage des Beklagten gegen den Beigeladenen auf Zahlung der Behandlungskosten im streitigen Zeitraum wurde mit rechtskräftigem Urteil des Landgerichts Hamburg vom 6. März 2002 abgewiesen.

Wegen des Sachverhalts im Einzelnen wird auf die Prozessakte und die Verwaltungsakte der Klägerin und des Beklagten verwiesen. Sie sind Gegenstand der Beratung des Senats gewesen.

Entscheidungsgründe:

Das Gericht konnte ohne mündliche Verhandlung entscheiden, da die Beteiligten ihr Einverständnis hiermit erklärt haben ([§ 124 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#)).

Die statthafte, form- und fristgerecht eingelegte und auch im Übrigen zulässige Berufung der Klägerin (vgl. [§§ 143, 144, 151 SGG](#)) ist begründet.

Die Klägerin verfolgt ihr Begehren zu Recht im Wege einer gemäß [§ 55 Abs. 1 Satz 1 SGG](#) zulässigen negativen Feststellungsklage. Sie hat ein berechtigtes Interesse an der alsbaldigen Feststellung des Nichtbestehens ihrer Leistungspflicht gegenüber dem Beklagten und ist nicht darauf zu verweisen, eine (selbständige) Leistungsklage des Beklagten abzuwarten (Bundessozialgericht (BSG) 21.11.91 - [3 RK 32/89](#), [BSGE 70, 20](#)).

Die Zahlungspflicht der Klägerin gegenüber dem Beklagten als Plankrankenhaus, für das gemäß [§ 109 Abs. 1 2. Halbsatz SGB V](#) der Abschluss eines Versorgungsvertrages fingiert wird, richtet sich wegen des Fehlens eines Sicherstellungsvertrages im Sinne des [§ 112 SGB V](#) gemäß der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG 28.5.03 - [B 3 KR 10/02 R](#), [SozR 4-2500 § 109 Nr. 1](#)) nach [§ 109 Abs. 4 Satz 3 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch \(SGB V\)](#). Die Höhe des Tagessatzes ergibt sich auf der Grundlage der gesetzlichen Ermächtigung in den §§ 16, 17 Krankenhausfinanzierungsgesetz aus der Bundespflegesatzverordnung in Verbindung mit dem Behandlungskostentarif des Beklagten und ist zwischen den Beteiligten nicht streitig.

Ein Zahlungsanspruch zugunsten des Beklagten scheidet daran, dass nicht mit der erforderlichen, an Sicherheit grenzenden Wahrscheinlichkeit die Notwendigkeit des weiteren stationären Aufenthalts des Beigeladenen im streitigen Zeitraum festgestellt werden kann und der Beklagte die Folgen dieser Beweislosigkeit trägt.

Der Zahlungsanspruch des Krankenhauses korrespondiert mit dem Anspruch des Beigeladenen auf Krankenhausbehandlung. Das bedeutet vor allem, dass bei der Aufnahme in das Krankenhaus grundsätzlich die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für die Inanspruchnahme von Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung und Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit vorliegen müssen, wobei unter Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit im Sinne von [§ 39 SGB V](#) ein Krankheitszustand zu verstehen ist, dessen Behandlung den Einsatz der besonderen Mittel eines Krankenhauses erforderlich macht.

Die Klägerin gab ursprünglich eine unbefristete Kostenübernahmeerklärung ab, befristete diese jedoch später mit Wirkung für die Zukunft. Mit der Kostenübernahmeerklärung wird das Vorliegen bestimmter, den Vergütungsanspruch des Krankenhauses begründender Tatbestandsvoraussetzungen vorab festgestellt. Sie hat damit die Wirkungen eines sog. deklaratorischen Schuldanerkenntnisses und führt hinsichtlich des Zeitraums, für den sich abgegeben wurde, zu einer Umkehr der Beweislast dergestalt, dass die Krankenversicherung grundsätzlich die fehlende Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung beweisen muss (BSG 17.5.00 - [B 3 KR 33/99 R](#), [BSGE 86, 166](#)). Da vorliegend eine Befristung mit Wirkung für die Zukunft abgegeben wurde, erschöpft sich die Wirkung der Kostenübernahmeerklärung mit dem 11. November 1999. Für den streitigen Zeitraum gab die Klägerin eine Kostenübernahmeerklärung nicht ab, so dass der Beklagte beweispflichtig hinsichtlich des Vorliegens der Voraussetzungen für die (weitere) Notwendigkeit der stationären Behandlung des Beigeladenen ist.

Die vorliegenden Krankenhausunterlagen enthalten eine so lückenhafte Dokumentation des Behandlungsverlaufs, dass sich ihnen praktisch nichts über die im streitigen Zeitraum durchgeführte Behandlung entnehmen lässt. Zwar ist ab dem 29. Oktober 1999 vermerkt, der "Patient verlängert", aber dies bedeutet auch nach Darlegung des Beklagten lediglich, dass der Beigeladene ab diesem Zeitpunkt die Stellschrauben des Spezialgerätes zur Veränderung der Achsstellung selbst betätigt hat, sagt aber nichts darüber aus, ob es sich dabei um die Durchführung einer bloßen, auch – zumindest unter Betreuung durch das Krankenhaus des Beklagten - ambulant durchführbaren Beinverlängerung oder einer Korrektur der Achsstellung, welche eine stationäre Betreuung erfordert, handelt. Mit der am 22. November 1999 noch gefertigten Röntgenaufnahme wurde der Behandlungserfolg kontrolliert. Eine solche Kontrolle lässt aber ebenfalls nicht auf eine bis zu diesem Datum durchgeführte Achskorrektur schließen.

Im zeitnah gefertigten und vom behandelnden Oberarzt Dr. S. mit unterschriebenen Entlassungsbericht wurde ausdrücklich ausgeführt, dass die Achskorrektur des Beines bereits mit der 3. Woche postoperativ abgeschlossen gewesen sei. Daraus folgt, dass im streitigen Zeitraum nur noch die Beinverlängerung durchgeführt wurde. Dem widerspricht Dr. S. auch in seiner Stellungnahme vom 18. Mai 2000 nicht. Vielmehr weist er auf die (nicht bestrittene) Komplexität der Gesamtbehandlung hin.

Zwar führt Dr. S1 in seinen Stellungnahmen vom 19. Juli 2002 und 9. April 2003 aus, er habe am 17. November 1999 noch Berechnungen durchgeführt, die auch von einer weiter bestehenden Notwendigkeit einer Achskorrektur ausgingen, und es liege auf der Hand, dass solche Berechnungen einer praktischen Umsetzung dienen sollten, aber Dr. S1 führte selbst die Behandlung des Beigeladenen nicht durch. Seine Aufzeichnungen enthalten keine Hinweise auf die Durchführung der von ihm berechneten Maßnahme. Das reicht zum Beweis einer durchgeführten Achskorrektur angesichts der gegenteiligen Aussage durch den behandelnden Arzt im Entlassungsbericht nicht aus.

Aus den erstinstanzlich eingeholten gutachtlichen Äußerungen ergibt sich ebenfalls keine Durchführung einer Achskorrektur im streitigen Zeitraum. Beide Gutachter weisen ausdrücklich darauf hin, dass sie angesichts der lückenhaften Dokumentation durch das Krankenhaus keine Feststellungen hinsichtlich der im streitigen Zeitraum durchgeführten Maßnahmen treffen können. Es besteht zwischen ihnen Einigkeit, dass eine bloße Beinverlängerung nicht der (weiteren) stationären Behandlung bedarf. Diese Auffassung teilt im Übrigen auch Dr. S1 in seiner Stellungnahme und dem entspricht ebenso der Vortrag des Beklagten selbst. Der sicherlich nachvollziehbare Respekt vor den

Leistungen des Krankenhauses angesichts der Komplexität der dort angewendeten neuen Behandlungsmethode reicht zur Begründung der Notwendigkeit einer stationären Behandlung nicht aus. Komplikationen im Behandlungsverlauf sind im streitigen Zeitraum nicht eingetreten. Eine besondere Gefahr für den Eintritt von Komplikationen und die dadurch erforderliche differenzierte Überwachung mit den Mitteln des Krankenhauses beschreiben auch Dres. S. und S1 nur für die Zeit der Durchführung der Achskorrektur.

Aus der fehlenden Verpflichtung der Klägerin zur Kostenübernahme für die stationäre Behandlung des Beigeladenen im streitigen Zeitraum folgt auch die Abweisung der Widerklage des Beklagten.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 Abs. 1 und 4 SGG](#) in der bis 1. Januar 2002 gültigen und hier noch anzuwendenden Fassung. Eine Kostenerstattung zugunsten des Beigeladenen, der in keinem Stadium des Verfahrens eine Äußerung gemacht oder einen Antrag gestellt hat, entspricht nicht der Billigkeit.

Der Senat hat die Revision nicht zugelassen, weil die Voraussetzungen des [§ 160 Abs. 2 Nr. 1 oder Nr. 2 SGG](#) nicht vorliegen.

Rechtskraft

Aus

Login

HAM

Saved

2005-07-05