

L 1 KR 96/05

Land
Hamburg
Sozialgericht
LSG Hamburg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
1
1. Instanz
SG Hamburg (HAM)
Aktenzeichen
S 28 KR 510/04
Datum
-
2. Instanz
LSG Hamburg
Aktenzeichen
L 1 KR 96/05
Datum
14.06.2006
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

1. Die Berufung wird zurückgewiesen. 2. Die Klägerin trägt die Kosten des Berufungsverfahrens. 3. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist die Vergütung für stationäre Krankenhausbehandlung eines Versicherten der Beklagten im Streit.

Die Klägerin betreibt in der Rechtsform einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung eine Klinik für die fachübergreifende Grund- und Regelversorgung des Bewegungs- und Stützapparates. Sie ist Plankrankenhaus der Hamburgischen Krankenhausgesellschaft, bietet die Versorgungsformen ambulant, tagesklinisch, kurzzeitstationär und vollstationär nebeneinander an und wirbt damit, die ärztliche Entscheidung über die für ihre Patienten optimale Versorgungsform unabhängig von finanziellen Aspekten zu treffen.

Am 23. Juni 2003 um 07.30 Uhr wurde der am 27. Februar 1932 geborene Versicherte H. E. der Beklagten aufgrund der am 4. Juni 2003 ausgestellten ärztlichen Verordnung von Krankenhausbehandlung des Facharztes für Orthopädie Dr. V. mit der Diagnose "Gonarthrose links, Arthroskopie links erbeten" bei der Klägerin stationär aufgenommen. In der an die Beklagte gerichteten Aufnahmemitteilung vom selben Tage wurde eine voraussichtliche Dauer der Krankenhausbehandlung von 1 – 2 Tagen angegeben. Im Aufnahmebogen des Krankenhauses wurde eine "Hypertonie" und eine Medikation mit Nitendipin sowie Allopurinol vermerkt, Sozialkontakt und häusliche Versorgung seien gesichert. Unter "Bezugsperson" wurde die Lebensgefährtin des Versicherten, H. M., aufgenommen. Die Entlassung sei gesichert, der Patient werde abgeholt. Noch am selben Morgen wurde der Patient von Dr. V. operiert. Dieser führte unter Vollnarkose eine arthroskopische Glättung des Innenmeniskus und des Knorpels an der inneren Oberschenkelrolle durch und legte zum Abschluss eine Redondrainage. Verordnet wurden Lagerungskissen und Eispack. Um 10.00 Uhr wurde der Versicherte in den Aufwachraum übernommen. Blutdruckkontrollen fanden um 10.00, 12.00, 13.35, 19.00 und 21.30 Uhr, sowie am darauf folgenden Morgen um 06.00 Uhr statt. Um 07.30 Uhr machte Dr. V. Visite. Bis dahin hatte die Drainage 80 ml gefördert. Um 09.20 Uhr wurde der Patient abgeholt. Unter dem 30. Juni 2003 stellte die Klägerin für die stationäre Aufnahme 1.174,71 EUR in Rechnung. Im Entlassungsbericht vom 10. Juli 2003 heißt es, der intra- und postoperative Verlauf habe sich bei stabilen Kreislaufverhältnissen unauffällig gestaltet. Der Patient sei wegen des fortgeschrittenen Alters und der im Kniegelenk verbliebenen Redondrainage eine Nacht stationär überwacht und nach Entfernung der Drainage unter antithrombotischer Prophylaxe und hausüblicher Schmerztherapie entlassen worden.

Die Beklagte holte eine Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) ein, der nach Einsicht in die Krankenakte und den Operationsbericht zu der Einschätzung gelangte, dass eine vollstationäre Durchführung der Maßnahme nicht erforderlich gewesen sei. Eine ambulante Operation wäre medizinisch ausreichend gewesen. Daraufhin lehnte die Beklagte die Begleichung der Rechnung für den Krankenhausaufenthalt ab.

Die Klägerin hat am 18. Mai 2005 Klage erhoben und zur Begründung vorgetragen, dass der stationäre Aufenthalt des Patienten wegen Art und Umfang des Eingriffes mit operationsbedingter Immobilität, Schwell- und Nachblutungsneigung sowie unvorhersehbarer postoperativer Schmerzintensität erforderlich gewesen sei. Dies hätten die behandelnden Ärzte entschieden, denen ein Ermessen eingeräumt sei, einen Patienten nach der Operation einem stationären Aufenthalt zuzuführen, wenn ihnen dies angemessen erscheine. Dies folge aus § 2 Abs. 3 des Vertrages nach [§ 115 Abs. 1](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung – (SGB V) – Ambulantes Operieren im Krankenhaus (AOP-Vertrag). Danach seien die den Patienten betreuenden verantwortlichen Ärzte verpflichtet, im Vorwege und in jedem Einzelfall zu prüfen, ob Art und Schwere des beabsichtigten Eingriffes unter Berücksichtigung des Gesundheitszustandes des Patienten die ambulante Durchführung der Operation nach den Regeln der ärztlichen Kunst mit den zur Verfügung stehenden Mitteln erlaubten. Darüber hinaus habe der Arzt dafür Sorge zu tragen, dass der Patient nach der Entlassung aus der unmittelbaren Betreuung des operierenden Arztes

auch im häuslichen Bereich ärztlich und ggfs. pflegerisch angemessen versorgt werde.

Die Beklagte ist dem Vorbringen entgegen getreten. Kosten, die das Maß des Notwendigen überschritten, dürften nicht übernommen werden. Dies sei hier der Fall. Aus der Pflegeanamnese ergebe sich, dass die häusliche Versorgung gesichert gewesen sei. Im Übrigen hätte sich der Patient bei postoperativen Problemen an Dr. V. wenden können, der nicht nur die Operation durchgeführt, sondern den Kläger schon zuvor ambulant betreut habe.

Das Sozialgericht hat ein schriftliches Gutachten nach Aktenlage der Ärztin für Orthopädie Privatdozentin Dr. B. H. eingeholt. Dr. H. gelangt zu dem Ergebnis, dass angesichts Qualität und Quantität der Maßnahme sowie des intra- und postoperativen Verlaufs eine Notwendigkeit für eine stationäre Behandlung nicht bestanden habe. Die eingebrachte Redondrainage sei keine Kontraindikation für eine ambulante Behandlung. Auch angesichts des Gesundheitszustandes des Patienten habe kein Anlass bestanden, die postoperative Überwachung über mehr als den bei einer Vollnarkose üblichen Zeitraum von einigen Stunden auszudehnen.

Die Klägerin ist den Ausführungen der Gutachterin entgegen getreten. Vorliegend seien Leistungen nach den Nummern 2445 und 2447 der Anlage 1 zum Vertrag nach [§ 115b SGB V](#) erbracht worden. Diese würden regelmäßig stationär, könnten aber auch ambulant erbracht werden. Im Übrigen habe der MDK in vergleichbaren Fällen bisher stets die Auffassung vertreten, dass ein stationärer Aufenthalt indiziert gewesen sei.

Durch Urteil vom 12. September 2005 hat das Sozialgericht die Klage nach Anhörung der Fachärztin für Chirurgie und Unfallchirurgie Dr. S. im Termin zur mündlichen Verhandlung abgewiesen. Dr. S. war zu demselben Ergebnis gelangt, wie zuvor Dr. H. ... Zwar sei – so das Sozialgericht – nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts die Prognose des Krankenhausarztes, dass eine stationäre Behandlung erforderlich sei, von der Krankenkasse hinzunehmen, sofern sie vertretbar sei, weil der Arzt hierfür die volle strafrechtliche und zivilrechtliche Verantwortung trage. Seine Entscheidung sei daher stets aus einer vorausschauenden Sicht unter Zugrundelegung der im Entscheidungszeitpunkt bekannten oder auch nur erkennbaren Umstände zu beurteilen. Die Entscheidung sei dann nicht vertretbar, wenn sie im Widerspruch zur allgemeinen oder besonderen ärztlichen Erfahrung stehe oder medizinische Standards verletze. Nach diesen Maßstäben sei die Klägerin für das Vorliegen der Voraussetzungen beweispflichtig, die die Notwendigkeit der stationären Behandlung ergäben. Dieser Beweis sei nicht erbracht. Nach der Einschätzung der gerichtlichen Sachverständigen gebe es keine Anhaltspunkte dafür, dass ein stationärer Aufenthalt erforderlich gewesen sei. Das Urteil ist dem Prozessbevollmächtigten der Klägerin am 7. November 2005 zugestellt worden.

Die Klägerin hat am 5. Dezember 2005 Berufung eingelegt, mit der sie ihr Zahlungsbegehren unter Wiederholung ihres Vorbringens aus dem erstinstanzlichen Verfahren weiter verfolgt. Ergänzend trägt sie vor, aus § 2 Abs. 2 des AOP-Vertrages lasse sich entnehmen, dass dem behandelnden Arzt ein Beurteilungsspielraum dafür zustehe, ob die Operation ambulant oder stationär durchgeführt werde. Dies gelte auch für die vorliegend durchgeführte Operation, da diese nicht regelhaft ambulant durchzuführen sei. Auf der Grundlage dieses Spielraumes hätten die behandelnden Ärzte sich für eine kurzzeitige stationäre Überwachung des Patienten entschieden. Hierzu habe sie Art und Umfang des Eingriffes mit operationsbedingter Immobilität, Schwell- und Nachblutungsneigung sowie unvorhersehbarer postoperativer Schmerzintensität bewogen. Überdies sei der Patient 71 Jahre alt gewesen und habe an Bluthochdruck gelitten. Auch die angelegte Drainage sei ein Umstand, der die stationäre Aufnahme gerechtfertigt habe, zumal diese 80 ml gefördert habe. In ähnlich gelagerten Fällen habe der MDK diesen Umstand ausreichen lassen, um die Erforderlichkeit des stationären Aufenthalts zu bejahen.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Hamburg vom 12. September 2005 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin 1.174,71 EUR zuzüglich Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 20.12.2003 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die Entscheidung des Sozialgerichts für zutreffend. Es gebe keine Anhaltspunkte dafür, dass der vorliegend durchgeführte Eingriff in der Regel stationär erbracht werde. Dies sei mit der Systematik des SGB V auch nicht vereinbar, denn hier gelte der Grundsatz "ambulant vor stationär". Der Eingriff sei ex ante betrachtet ambulant durchzuführen gewesen. Dies ergäben die Äußerungen der gerichtlichen Sachverständigen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der ausweislich der Niederschrift der öffentlichen Senatssitzung zum Gegenstand der mündlichen Verhandlung und Beratung des Senats gemachten Akten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung gegen das Urteil des Sozialgerichts ist nach [§§ 143, 144](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) statthaft und im Übrigen zulässig, namentlich fristgerecht ([§ 151 Abs. 1 SGG](#)) eingelegt worden.

Die Berufung ist nicht begründet. Das Sozialgericht hat die im Hinblick auf das Gleichordnungsverhältnis der Beteiligten nach [§ 54 Abs. 1 SGG](#) zulässige Leistungsklage (vgl. Bundessozialgericht, BSG, vom 17. Mai 2000 - [B 3 KR 33/99 R](#), [SozR 3-2500 § 112 Nr. 1](#)) zu Recht abgewiesen. Der Klägerin steht der geltend gemachte Anspruch nicht zu.

Nachdem der Versicherte der Beklagten vollstationäre Krankenhausbehandlung in Anspruch genommen hat, ist Rechtsgrundlage des von der Klägerin geltend gemachten und von der Beklagten der Höhe nach nicht bestrittenen Vergütungsanspruchs [§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) i.V.m. dem Versorgungsvertrag, der für die Klägerin durch deren Aufnahme in den Krankenhausplan des Landes Hamburg ([§ 108 Nr. 2 SGB V](#), sog. Plankrankenhaus) nach [§ 109 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) fingiert wird (Bundessozialgericht, a.a.O.). Dabei korrespondiert der Zahlungsanspruch des Krankenhauses mit dem Anspruch des Versicherten auf Krankenhausbehandlung, der in [§ 39 SGB V](#) geregelt ist. Die

Zahlungsverpflichtung der Krankenkasse entsteht unabhängig von einer Kostenzusage unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten, wenn dessen Versorgung im Krankenhaus im Sinne des [§ 39 SGB V](#) erforderlich gewesen ist (ständige Rechtsprechung des Bundessozialgerichts, vgl. vom 7. Juli 2005 - [B 3 KR 40/04 R](#), JURIS). Nach Satz 2 dieser Vorschrift haben Versicherte Anspruch auf vollstationäre Aufnahme 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. Ausgangspunkt der Prüfung der Erforderlichkeit ist [§ 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#), wonach Versicherte Anspruch auf Krankenhausbehandlung haben, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten und Krankheitsbeschwerden zu lindern. Die Voraussetzungen für die Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung müssen danach zwar objektiv gegeben sein. Nach der ständigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (vgl. vom 13. Mai 2004 - [B 3 KR 18/03 R](#), [SozR 4-2500 § 39 Nr. 2](#); vom 7. Juli 2005 - [B 3 KR 40/04 R](#), JURIS) ist dies jedoch nicht im Wege einer nachträglichen Betrachtung (ex post) zu beantworten, sondern aus einer Vorausschau (ex ante), wobei auf die Prognose des behandelnden Arztes abzustellen ist, dem hierbei ein Einschätzungsspielraum zukommt. Die Einschätzung des Krankenhausarztes ist aber dann nicht maßgeblich, wenn sie ersichtlich verfehlt oder als Verstoß gegen medizinische Standards, mithin nicht vertretbar erscheint (Bundessozialgericht a.a.O. sowie vom 13. Dezember 2001 - [B 3 KR 11/01 R](#), [SozR 3-2500 § 112 Nr. 2](#)).

Hieran gemessen besteht der geltend gemachte Anspruch auf Vergütung der gewährten vollstationären Versorgung nicht. Insoweit unterliegt es zwischen den Beteiligten keinem Streit und ist auch im Übrigen nicht in Zweifel zu ziehen, dass die Erkrankung des Versicherten H. E. der Behandlung in einem Krankenhaus bedurfte. Nach dem Gesamtergebnis des Verfahrens bedurfte diese Erkrankung aber nicht der Behandlung im Rahmen vollstationärer Aufnahme, vielmehr hätte ambulante Krankenhausbehandlung im Sinne des [§ 115b SGB V](#) ausgereicht. Wie sich aus der Anlage zu § 3 des Vertrages nach [§ 115b Abs. 1 SGB V](#) - Ambulantes Operieren im Krankenhaus - in der hier anzuwendenden Fassung vom 1. Juli 2002 (AOP-Vertrag) ergibt, gehört die vorliegend durchgeführte Maßnahme zu den im Einheitlichen Bewertungsmaßstab, Stand 1. Oktober 2001 (EBM 2001), aufgeführten Operationen, die regelmäßig ambulant durchgeführt werden. Im EBM 2001 sind diese deshalb mit einem Zusatzkennzeichen (-) versehen. Die am 1. April 2004 in Kraft getretene Neufassung des AOP-Vertrages (AOP-Vertrag n.F.) nimmt diese Kennzeichnung nunmehr durch das Zusatzkennzeichen "1" oder "2" (1 = Leistungen, die in der Regel ambulant erbracht werden können, bzw. 2 = Leistungen, die sowohl ambulant als auch stationär erbracht werden können) vor. Wenn auch ein Alter des Patienten über 60 Jahre und Vornahme einer Operation wie der vorliegend in Rede stehenden im Einzelfall Anlass für eine stationäre Aufnahme sein kann (vgl. die Anlage zum AOP-Vertrag n.F.), so bietet der Sachverhalt bei der gebotenen ex-ante-Betrachtung keinen Anhaltspunkt dafür, dass in dem vorliegenden Einzelfall eine stationäre Aufnahme hätte erfolgen müssen. In diesem Sinne äußern sich auch die gerichtlich bestellten medizinischen Sachverständigen. Dieser Einschätzung folgt der Senat. Der Patient war gesund, als einzige Begleiterkrankung war ein Bluthochdruck dokumentiert, der medikamentös eingestellt war. Im Übrigen lagen die nach § 2 Abs. 1 und 2 AOP-Vertrag erforderlichen Voraussetzungen, namentlich ein gesichertes häusliches Umfeld, vor und auch die häusliche ärztliche Versorgung war als gesichert anzusehen, zumal behandelnder niedergelassener und einweisender Arzt sowie Operateur personenidentisch waren. Auch die Redondrainage hinderte die Entlassung nicht. Sie hätte ambulant entfernt oder kontrolliert werden können. Die von der Klägerin angeführten möglichen Komplikationen wie "operationsbedingte Immobilität, Schwell- und Nachblutungsneigung sowie unvorhersehbare postoperative Schmerzintensität" stellen allgemeine Risiken dieser Operation dar und beziehen sich ersichtlich nicht auf diesen Einzelfall. Auch insoweit legt der Senat seiner Entscheidung die gutachtlichen Äußerungen der gerichtlich bestellten medizinischen Sachverständigen zugrunde. Dass die bloße Möglichkeit derartiger Komplikationen die ambulante Versorgung im Krankenhaus nicht ausschließt, folgt schon aus der Systematik des AOP-Vertrages.

Wenn die Klägerin schließlich ihren Vortrag so verstanden wissen will, dass die behandelnden Ärzte sich erst im zeitlichen Zusammenhang mit der Operation zur stationären Aufnahme entschlossen und dies in das Zeugnis der behandelnden Ärzte stellt, so widerspricht dies dem Entlassungsbericht, in dem keinerlei Komplikationen berichtet werden. Überdies stünde ein derartiger Vortrag im Widerspruch zu der Aufnahmemitteilung. Denn schon dort wird von einer Verweildauer von 1 - 2 Tagen ausgegangen. Hierdurch wird belegt, dass die stationäre Aufnahme von vornherein geplant und nicht Folge des Operationsverlaufes war. Diesem Vorbringen brauchte der Senat deshalb nicht weiter nachzugehen.

Der von der Klägerin reklamierte Beurteilungsspielraum ist dem AOP-Vertrag nicht zu entnehmen. Schon der Wortlaut von § 2 AOP-Vertrag gibt für die Annahme nichts her, dass die Entscheidung des Krankenhausarztes nicht nachträglich sollte überprüft werden können. Vielmehr enthält dieser lediglich die Verpflichtung des behandelnden Arztes zu gewissenhafter Überprüfung der Fallumstände auf ihre Eignung für eine ambulante Operation. Eine Regelung, die es ausschliesse, die Entscheidung des Krankenhausarztes einer Überprüfung zuzuführen, stünde auch im Widerspruch zur erwähnten Rechtsprechung des Bundessozialgerichts. Sie entzöge die vollstationäre Aufnahme der Überprüfung durch die Kassen und letztlich die Gerichte. Derartiges dürfen die Kassen nicht zu Lasten der Versichertengemeinschaft vereinbaren.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 197a SGG](#) in Verbindung mit [§ 154 Abs. 2](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO). Als erfolglose Rechtsmittelführerin hat die Klägerin auch die Kosten des Berufungsverfahrens, d.h. nach [§ 162 VwGO](#) sowohl die Gerichtskosten als auch die zur zweckentsprechenden Rechtsverteidigung der Beklagten notwendigen Aufwendungen der Beklagten, zu tragen, da weder sie noch die Beklagte zu den in [§ 183 SGG](#) genannten Personen gehören.

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

Rechtskraft

Aus

Login

HAM

Saved

2006-09-27