S 13 KR 389/11

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
SG Aachen (NRW)
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
13
1. Instanz
SG Aachen (NRW)
Aktenzeichen
S 13 KR 389/11
Datum
18.10.2012
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 16 KR 729/12
Datum
16.04.2015
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Die Beklagte wird verurteilt, der Klägerin 520,56 EUR nebst Zinsen i. H. v. zwei Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 14.12.2007 und in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 22.12.2011 zu zahlen. Die Kosten des Verfahrens trägt die Beklagte. Der Streitwert wird auf 520,56 EUR festgesetzt. Die Berufung wird zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Zahlung der Restkosten einer stationären Krankenhausbehandlung in Höhe von 520,56 EUR.

Die Klägerin betreibt ein zugelassenes Krankenhaus. Im Rahmen der Behandlung eines Bandscheibenvorfalls der bei der Beklagten versicherten T.S., geb. 00.00.0000 (im Folgenden: Versicherte) war es 2006 nach dem Einsatz von zwei Medikamenten (Lidoject und Musaril) zu einer allergischen Reaktion mit ausgeprägten Quaddeln am gesamten Körper und Juckreiz gekommen. Zur Abklärung einer gegebenenfalls bestehenden Allergie auf die angewandten Arzneimittel verordnete der Hausarzt der Versicherten am 29.03.2007 eine Krankenhausbehandlung. Diese fand vom 02. bis 05.04.2007 im Krankenhaus der Klägerin statt. Da nach der Lidocainexposition eine allergische Reaktion in Form multipler Kratzspuren am Körper der Patientin festgestellt wurde, erfolgte ? ebenfalls aufgrund vertragsärztlicher Verordnung von Krankenhausbehandlung ? vom 22. bis 24.05.2007 zur Ermittlung eines von der Patientin tolerierten Ausweichpräparates eine Placebo kontrollierte Expositionstestung mit "Ultracain-DS" (Lokalanästhetikum). Am 22.05.2007 erhielt die Patientin zum Ausschluss psychischer Ursachen mit jeweils einstündigem Abstand zunächst drei mal 1 ml eines Placebopräparates. Am Folgetag, dem 23.05.2007, erfolgte die Expositionstestung mit 0.01, 0.1 und 1 ml "Ultracain-DS" im Verhältnis 1:200.000. Nach einem hierauf folgenden 24-stündigen Kontrollintervall wurde festgestellt, dass die verabreichten Mittel komplikationslos vertragen wurden. Die Patientin wurde sodann am 24.05.2007 zur weiteren ambulanten hausärztlichen Behandlung entlassen. Durch Rechnung vom 04.06.2007 forderte die Klägerin die Beklagte zur Zahlung von 1.247,72 EUR auf. Hierauf zahlte die Beklagte einen Teilbetrag von 727,16 EUR und leitete ein Prüfverfahren durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) ein. In einer Stellungnahme vom 22.11.2007 kam der MDK zum Ergebnis, dass, weil bereits im April 2007 eine stationäre Expositionstestung bei Verdacht auf Lidocainallergie durchgeführt worden sei, die erneute Kontrolle mit dem Ausweichpräparat Ultracain und die erneute Placebotestung unter stationären Bedingungen nicht begründet gewesen sei; ein stationärer Behandlungstag sei medizinisch ausreichend gewesen. Trotz dagegen erhobenen Widerspruchs der Klägerin wurde die Auffassung des MDK in zwei weiteren Stellungnahmen vom 21.04.2008 und 04.02.2010 bestätigt. Die Beklagte lehnte weiterhin die vollständige Vergütung ab.

Am 22.12.2011 hat die Klägerin Klage auf Zahlung der restlichen Behandlungskosten in Höhe von 520,56 EUR erhoben. Die im Mai 2007 durchgeführte Testung spiegele das evidenzbasierte Verfahren zur Feststellung bzw. zum Ausschluss allergischer Reaktionen wider und habe mit Blick auf die weitere (haus)ärztliche Behandlung der Abklärung der von der Patientin tolerierten Substanzen gedient. Entsprechend der "European Network of Drug Allergy" und der Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF) zur "Allergologischen Diagnostik von Überempfindlichkeitsreaktionen auf Arzneimitteln" seien Placebo kontrollierte Arzneimittelexpositionen der Behandlungsstandard, nach dem jede im Zusammenhang mit der Anwendung von Arzneimittel beobachtete Überempfindlichkeitsreaktion ausreichend geklärt werden müsse, um den Auslöser zu identifizieren und die psychische Einstellung des Patienten zu klären. Die Behandlung mit Placebos sei notwendig und diene dem Ausschluss psychischer Reaktionen auf die Einnahme von Medikamenten. Dieses Ziel könne mit einer sich von der echten Expositionstestung abhebenden ? etwa ambulanten ? Placebotestung nicht erreicht werden, da die Bedingungen dann für den Patienten erkennbar unterschiedlich seien und keine wirksame Aussage über die psychologischen Faktoren getroffen werden könnten. Neben der Überprüfung mit Placebos bestehe daher keine andere Möglichkeit, die psychische Einstellung des Patienten zum Medikament zu testen, wenn das Medikament selbst den pathologischen Zustand nicht hervorrufen könne. Es sei zwingend notwendig, dass auch die Abgabe von Placebos unter "realen" Bedingungen stattfinde. Für den

Patienten müsse sich die Situation genauso darstellen wie bei der Einnahme des vermeintlich die Allergie auslösenden Medikamentes. Eine hiervon abweichende Verabreichung mache für den Patienten transparent, dass er keinen wirkungsvollen Stoff erhalte und verhindere ggf. sichtbare psychische Effekte. Eine genaue Identifizierung des die Allergie auslösenden Mittels sei für die Patientensicherheit unabdingbar. Hierfür müsse zweifelsfrei feststehen, auf welches Medikament der Patient negativ reagiere. Es könne nicht verantwortet werden, den Patienten verunsichert oder ohne genaue Auskunft zu entlassen. Der Patient müsse wissen, welche Stoffe er seinem Körper zuführen dürfe und welche nicht. Neben der Patientensicherheit werde eine Behandlungssicherheit für die laufende bzw. künftige medizinische Versorgung begründet und eine wirtschaftliche Behandlung der Patienten sichergestellt, indem Folgekosten durch vermeidbare allergische Reaktionen verhindert würden. Nach alledem handele es sich bei der Placebo kontrollierten Expositionstestung um eine notwendige, dem aktuellen Stand der Medizin und Forschung entsprechende, wirtschaftliche Krankenhausbehandlung.

Die Klägerin beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, ihr 520,56 EUR nebst Zinsen in Höhe von zwei Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 14.12.2007 und in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 22.12.2011 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie räumt ein, dass eine Provokationstestung unter vollstationären Bedingungen zur erbringen gewesen sei. Sie meint aber, es sei ausreichend gewesen, zunächst eine Provokation mit einem ggf. allergieauslösenden Medikament (Verum) durchzuführen und eine Reaktion darauf abzuwarten; danach hätte sich bei positiver Reaktion eine Placebotestung anschließen können. Wäre die Reaktion auf das Verum negativ gewesen, so hätte dies im "Allergiepass" dokumentiert werden können und sei dann eine Placebotestung verzichtbar gewesen. Durch die Placebotestung könne nur eine "Momentaussage" getroffen werden. Ein sicherer Ausschluss bzw. das Vorliegen keiner Allergie sei mit oder ohne Placebo nicht abschließend möglich. Durch die der Verumtestung vorausgehende Placebotestung sei der Krankenhausaufenthalt unnötig verlängert worden. Auch sei es möglich gewesen, die Verumtestung vormittags, die Placebotestung nachmittags durchzuführen. Dadurch wäre es möglich gewesen, den stationären Aufenthalt auf den 22.05. und 23.05.2007 zu begrenzen. Die Beklagte stützt sich für ihre Auffassung auf ergänzende Stellungnahmen des MDK vom 10.05. und 13.08.2012.

Das Gericht aus zur weiteren Aufklärung des medizinischen Sachverhalts ein Gutachten von dem Internisten Dr. W. eingeholt. Wegen des Ergebnisses der Beweisaufnahme wird auf das Gutachten vom 30.06.2012 und die ergänzende Stellungnahme vom 11.10.2012 verwiesen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der zwischen den Beteiligten gewechselten Schriftsätze und den sonstigen Inhalt der Gerichtsakte sowie der beigezogenen die Versicherte betreffende Patientenakte der Klägerin und die Verwaltungsakte der Beklagten, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Klage ist als (echte) Leistungsklage nach § 54 Abs. 5 Sozialgerichtsgesetz (SGG) zulässig. Bei einer auf Zahlung der (Rest-)Behandlungskosten eines Versicherten gerichteten Klage eines Krankenhauses gegen eine Krankenkasse geht es um einen so genannten Parteienstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt (vgl. BSG, Urteil vom 17.06.2000 ? B 3 KR 33/99 R = BSGE 86,166 = SozR 3-2500 § 112 Nr. 1; Urteil vom 23.07.2002 ? B 3 KR 64/01 R = SozR 3-2500 § 112 Nr. 3). Ein Vorverfahren war mithin nicht durchzuführen, die Einhaltung einer Klagefrist nicht geboten.

Die Klage ist auch begründet.

Rechtsgrundlage des geltenden gemachten restlichen Vergütungsanspruchs der Klägerin ist § 109 Abs. 4 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) i.V.m. dem aus § 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V folgenden Krankenhausbehandlungsanspruch der Versicherten. Die Zahlungsverpflichtung der Krankenkasse entsteht unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten (BSG, Urteil vom 13.12.2001 ? B 3 KR 11/01 R = SozR 3-2500 § 112 Nr. 2; Urteil vom 23.07.2002 ? B 3 KR 64/01 R = SozR 3-2500 § 112 Nr. 3). Die näheren Einzelheiten über Aufnahme und Entlassung der Versicherten, Kostenübernahme, Abrechnung der Entgelte sowie die Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung ist in den zwischen der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen einerseits und verschiedenen Krankenkassen sowie Landesverbänden der Krankenkassen andererseits geschlossenen Verträge nach § 112 Abs. 2 Nr. 1 und 2 SGB V geregelt. Es sind dies der Vertrag über allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung (KBV) und der Vertrag zur Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung (KÜV).

Ein Anspruch auf Krankenhausbehandlung zu Lasten der Krankenkasse und damit korrespondierend ein Zahlungsanspruch des Krankenhauses ist nicht gegeben, wenn die Krankenhausbehandlung nicht erforderlich ist (§ 12 Abs. 1 SGB V; § 3 Satz 1 KBV). Sie ist erforderlich, wenn das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- oder nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann (§ 39 Abs. 1 Satz 2, letzter Halbsatz SGB V) Ob dies der Fall ist, entscheidet der Krankenhausarzt erstmalig bei der Aufnahme und fortlaufend entsprechend den geplanten und durchgeführten Behandlungsschritten. Die Beurteilung der Krankenhaubehandlungsbedürftigkeit durch den verantwortlichen Krankenhausarzt ist im Abrechnungsstreit zwischen Krankenhaus und Krankenkasse immer darauf hin zu überprüfen, ob nach den objektiven medizinischen Befunden und wissenschaftlichen Erkenntnissen zum Zeitpunkt der Behandlung und dem damals verfügbaren Wissens- und Kenntnisstand des Krankenhausarztes ? ex ante ? eine Krankenhausbehandlung erforderlich war, seine Beurteilung also den medizinischen Richtlinien, Leitlinien und Standards entsprach und nicht im Widerspruch zur allgemeinen oder besonderen ärztlichen Erfahrung stand (BSG, Beschluss des Großen Senats vom 25.09.2007 ? GS 1/06 = BSGE 99,11 = SozR 4-2500 § 39 Nr. 10; Urteil vom 10.04.2008, B 3 KR 19/05 R = BSGE 100, 164 = SozR 4-2500 § 39 Nr. 12).

Die Notwendigkeit der stationären Krankenhausbehandlung, die als solche von der Beklagten nicht bestritten wird, konnte von ihr hinsichtlich der Behandlungsdauer vom 22. bis 24.05.2007 (zwei Belegtage) nicht mit der Begründung verweigert werden, es sei eine um einen Tag verkürzte Behandlung ausreichend gewesen, wie es die Beklagte ? gestützt auf mehrere MDK-Stellungnahmen ? dargestellt hat.

Insoweit folgt die Kammer der nachvollziehbaren, schlüssigen und überzeugenden Beurteilung des Sachverständigen Dr. W ... Dieser hat unter Einbeziehung und Auswertung der einschlägigen AWMF-Leitlinie und der Fachliteratur die Richtigkeit des ärztlichen Vorgehens und die Dauer der Krankenhausbehandlung der Versicherten vom 22. bis 24.05.2007 bestätigt, und zwar nicht nur im Gutachten vom 30.06.2012, sondern ? unter Auseinandersetzung mit den Argumenten der Beklagten und des MDK ? auch in der ergänzenden Stellungnahme vom 11.10.2012. Nach seiner Einschätzung war der stationäre Aufenthalt der Versicherten im gesamten Behandlungszeitraum aus medizinischen Gründen erforderlich. Die Durchführung einer leitliniengerechten Placebo kontrollierten Arzneimittelexposition habe durch die Verabreichung eines Placebos unter möglichst "realen" Bedingungen stattzufinden; die Untersuchungssituation müsse sich für den Patienten bei der Verabreichung eines Placebos genau so darstellen wie bei der Verabreichung eines Verums. Der Sachverständige hat im Übrigen festgestellt, dass der Vorschlag der Beklagten bzw. des MDK, zunächst eine Provokation mit dem Verum durchzuführen, dann die Reaktion auf diese Testung abzuwarten und nur bei positiver Reaktion eine Placebotestung anzuschließen, unter Berücksichtigung der Leitlinie der einschlägigen Fachgesellschaften abwegig sei und auch nicht dazu geeignet, in ausreichendem Maße Patienten- und Behandlungssicherheit (und damit auch nachhaltige Wirtschaftlichkeit) herzustellen. Somit sei die Krankenhausbehandlung zutreffend kodiert und in Rechnung gestellt worden.

Die Kammer hat keine Bedenken, sich der Beurteilung des Sachverständigen Dr. W. anzuschließen. Der Gutachter verfügt als Facharzt für innere Medizin über die medizinische Kompetenz, den streitigen Sachverhalt medizinisch zu beurteilen. Als vormals Leitender Krankenhausarzt und seit Jahren tätiger Gutachter in Streitfällen zu Krankenhausabrechnungen (DRG-Fragen, korrekte Kodierung, primäre/sekundäre Fehlbelegung etc.) ? auch auf dem Gebiet der Dermatologie ? verfügt er auch über das notwendige Fachwissen, Abrechnungsfragen in Bezug auf Krankenhausbehandlungen kompetent zu beantworten.

Die von der Beklagten und dem MDK vorgebrachten Argumente für eine Verkürzung der stationären Krankenhausbehandlung auf einen Belegtag vermochte die Kammer nicht zu überzeugen. Insbesondere die Auffassung, dass, wenn mit einer Verumtestung begonnen worden wäre und diese zu einer negativen Reaktion geführt hätte, eine Placebotestung entbehrlich geworden wäre, steht dies mit der AWMF-Leitlinie "Allergologische Diagnostik von Überempfindlichkeitsreaktionen auf Arzneimitteln" gerade nicht in Einklang. Denn dort findet sich im Abschnitt "Bewertung" die Anmerkung, dass ein negativer Provokationstest eine Überempfindlichkeit nicht mit Sicherheit ausschließt. Insbesondere ein Einfluss der ursprünglich behandelten Krankheit, Arzneimittelinteraktionen oder eine Abnahme der Reagibilität im Zeitverlauf könne dafür verantwortlich sein. Im letzteren Fall könne der Provokationstest als "Booster" wirken. Zur Überprüfung sei gegebenenfalls eine Testwiederholung nach vier bis sechs Wochen sinnvoll. Zwar hat der MDK zu Recht darauf hingewiesen, dass bereits im April 2007 ein stationärer Krankenhausaufenthalt zum Zweck einer Allergietestung durchgeführt worden war. Allein dies vermag jedoch nicht zu rechtfertigen, die aufgrund einer verspäteten Allergiereaktion notwendige weitere Provokationstestung im Mai 2007 in verkürzter Form durchzuführen. Der Sachverständige Dr. W. hat überzeugend dargelegt, dass auch hier unter gleichen "realen" Bedingungen die stationäre Krankenhausbehandlung in ihrer gesamten Länge medizinisch notwendig gewesen war. Dementsprechend war die Beklagte zur Zahlung der Restkosten wie beantragt zu verurteilen.

Der Zinsanspruch ist unter dem Gesichtspunkt des Verzuges begründet. Nach § 15 Abs. 1 Satz 1 KBV sind Rechnungen innerhalb von 15 Kalendertagen nach Eingang zu begleichen. Die streitbefangene Rechnung über die Krankenhausbehandlung datiert vom 04.06.2007 und ist bei der Beklagten am selben Tag oder nur wenig später eingegangen. Da die Beklagte die Restzahlung endgültig abgelehnt hatte, ist das Zinsbegehren sowohl nach seinem geltend gemachten Beginn (vgl. § 286 Abs. 1, Abs. 2 und § 291 Satz 1 BGB) als auch der Höhe nach (vgl. § 15 KBV und § 288 Abs. 1 Satz 2 BGB) begründet.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Abs. 1 Satz 1 SGG i.V.m. §§ 154 Abs. 1, 161 Abs. 1, 162 Abs. 1 und 2 Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).

Die Streitwertfestsetzung beruht auf § 197a Abs. 1 Satz 1 SGG i.V.m. § 52 Abs. 1 und 3 Gerichtskostengesetz (GKG).

Die Kammer hat die im Hinblick auf den Beschwerdewert an sich nicht statthafte Berufung zugelassen, weil sie der Rechtssache grundsätzliche Bedeutung beimisst (vgl. § 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 i.V.m. Abs. 2 Nr. 1 SGG).
Rechtskraft
Aus
Login
NRW
Saved
2015-06-05