

L 1 KR 280/11

Land

Berlin-Brandenburg

Sozialgericht

LSG Berlin-Brandenburg

Sachgebiet

Krankenversicherung

Abteilung

1

1. Instanz

SG Frankfurt (Oder) (BRB)

Aktenzeichen

S 4 KR 38/08

Datum

26.08.2011

2. Instanz

LSG Berlin-Brandenburg

Aktenzeichen

L 1 KR 280/11

Datum

26.04.2013

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Frankfurt (Oder) vom 26. August 2011 aufgehoben. Die Klage wird abgewiesen. Die Klägerin trägt die Kosten des gesamten Verfahrens. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist die Vergütung einer Krankenhausleistung.

Die Klägerin ist Trägerin eines Plankrankenhauses im Sinne von [§ 108 Nr. 2](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V), in dem vom 04. bis zum 05. März 2007 bei einem 1947 geborenen Versicherten der Beklagten aufgrund einer vertragsärztlichen Verordnung vom 27. Februar 2007 im Rahmen einer teilstationären Behandlung eine kardiorespiratorische Schlaflabordiagnostik (Polysomnographie) durchgeführt worden ist. In der Verordnung der Fachärztin für Allgemeinmedizin Dipl. Med. C A vom 27. Februar 2007 wurde als Diagnose eine schlafbezogene Atmungsstörung (SBAS) und Tagesmüdigkeit angegeben. Weiter heißt es in der Verordnung: "Wiedervorstellung zur genauen Abklärung, Patient ist bekannt".

Der Versicherte war bereits vom 20. bis zum 24. Februar 2007 in dem Krankenhaus der Beklagten in stationärer Behandlung. In der dieser Behandlung zugrunde liegenden Verordnung der Fachärztin für Allgemeinmedizin Dipl.-Med. S R vom 08. Februar 2007 waren als Aufnahmediagnosen Narkolepsie und Kataplexie (G47.4), Kardiale Arrhythmie, nicht näher bezeichnet (I49.9), Dauertherapie (gegenwärtig) mit Antikoagulanzen in der Eigenanamnese (Z92.1), Lymphödem, andernorts nicht klassifiziert (I89.0), sonstige näher bezeichnete Bandscheibengeneration (M51.2), nicht primär insulinabhängiger Diabetes Mellitus (Typ2-Diabetes) (E11.90), Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet (I10.90), nicht näher bezeichneter Visusverlust (H54.7), Polyneuropathie (G92.9) und chronische Niereninsuffizienz, Stadium III (N18.83) benannt.

In dem Entlassungsbrief vom 26. Februar 2007 an die behandelnde Ärztin sind als Diagnosen angeführt: Nicht erholsamer Schlaf Tagesmüdigkeit, mäßiggradige SBAS (obstruktiv/zentral), DD zusätzlich bestehende Narkolepsie, Generalisiertes Lymphödem, Rezidivierende Thrombosen in der Anamnese, Arterieller Hypertonus, Insulinpflichtiger Diabetes mellitus, Chronische Niereninsuffizienz Stadium II, Intermittierendes Vorhofflimmern und Maligne Myopie. Unter der Überschrift "Therapie und Verlauf" wird ausgeführt, dass aufgrund der Anamnese eine kardiorespiratorische Polygraphie erfolgt sei. Zur weiteren diagnostischen Abklärung sei eine Aufnahme im Schlaflabor für den 04. März 2007 vereinbart worden.

In dem Bericht des Schlaflabors der Klinik an den behandelnden Arzt der Neurologischen Klinik vom 22. Februar 2007 heißt es insoweit, dass "differentialdiagnostisch eine zusätzlich bestehende Narkolepsie nicht sicher auszuschließen" sei. Für eine Kataplexie seien keine eindeutigen Hinweise gegeben. Weder im Entlassungsbrief noch in dem internen Bericht wird angegeben, dass ein multipler Schlaflatenz-Test durchgeführt worden ist.

In der Aufnahmemitteilung/Kostenübernahmeantrag der Beklagten an die Klägerin vom 05. März 2007 wurden als Diagnosen Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus (G47.2), Schlafapnoe nicht näher bezeichnet (G47.39) und sonstige näher bezeichnete extrapyramidale Krankheiten und Bewegungsstörungen (G25.8) benannt. Die Behandlung erfolgte teilstationär. Es handele sich um einen Normalfall.

Für diese teilstationäre Behandlung beanspruchte die Klägerin Schlussrechnung vom 07. Februar 2008 eine Vergütung in Höhe von 253,02 EUR.

Die Beklagte veranlasste eine Einzelfallbegutachtung nach § 275 (SGB V). In seinem Gutachten vom 21. September 2007 teilte der Medizinische Dienst der Krankenversicherung Berlin-Brandenburg e. V. (MDK) mit, dass eine stationäre Behandlung des Versicherten medizinisch nicht erforderlich gewesen sei. Die vom 04. bis zum 05. März 2007 durchgeführte Polysomnographie mit der Diagnostik einer schlafbezogenen Atemstörung, ohne Einleitung einer Therapie, hätte auch in einem ambulanten Schlaflabor durchgeführt werden können.

Unter Hinweis auf dieses Gutachten lehnte die Beklagte mit Schreiben vom 15. Februar 2008 den Ausgleich dieser Rechnung ab.

Die Klägerin hat am 28. Februar 2008 Klage erhoben. Sie ist der Auffassung, dass die teilstationär durchgeführte Polysomnographie auf der Grundlage einer "Vereinbarung über einen teilstationären Pflegesatz (Zahlbetrag) für Leistungen der Polysomnographie (Stufe 4) im Schlaflabor" vom 10. April 2003 "durchgeführt werden durfte, selbst wenn diese Leistung auch ambulant hätte erbracht werden können."

Das Sozialgericht hat zur Notwendigkeit der teilstationären Behandlung des Versicherten Beweis erhoben durch Einholung eines schriftlichen Sachverständigengutachtens. Wegen des Ergebnisses dieser Beweisaufnahme wird auf das fachinternistische Sachverständigengutachten des Prof. Dr. med. habil. U B vom 28. März 2010 verwiesen. Das Sozialgericht hat diesen Sachverständigen zudem in der mündlichen Verhandlung vom 26. August 2011 als sachverständigen Zeugen vernommen. Hierbei hat der Sachverständige u. a. ausgeführt, dass "entscheidend für die Aufnahme des Versicherten im stationären Bereich" gewesen sei, "dass der notwendige Schlaflatenz-Test durchgeführt werden musste, der auch nach Auffassung des MDK dem Krankenhausbereich" vorbehalten sei.

Im erstinstanzlichen Verfahren hat die Klägerin eine ergänzende Stellungnahme der Krankenhausärzte Dr. med. J. K und Dr. med. U. M-L vom 26. November 2010 über die Behandlung des Versicherten in der Klinik der Klägerin vorgelegt. Darin heißt es, dass auf einen multiplen Schlaflatenz-Test verzichtet worden sei. Es sei zunächst ein differentialdiagnostisches Vorgehen favorisiert worden.

Das Sozialgericht hat die Beklagte mit Urteil vom 26. August 2011 verurteilt, der Klägerin für die teilstationäre Behandlung des Versicherten 253,92 EUR (richtig: 253,02) nebst 2 Prozentpunkten Zinsen über dem Basiszinssatz seit dem 15. Februar 2008 zu zahlen und die Berufung gegen das Urteil zugelassen. Zur Begründung hat das Sozialgericht ausgeführt, dass die Polysomnographie grundsätzlich in ambulanten Schlaflaboren durchgeführt werden müsse. Im jeweiligen Fall sei aber eine Einzelfallbetrachtung vorzunehmen. Das Gericht orientiere sich bei seiner Entscheidung insoweit an der Arbeitshilfe "Schlafbezogene Atemstörungen" der sozialmedizinischen Expertengruppe "Versorgungsstrukturen" des MDK vom September 2006, auf welche der Sachverständige in seinem Gutachten hingewiesen habe. Das Gericht folge weiterhin den Ausführungen des Sachverständigen in seinem Gutachten und im Termin zur mündlichen Verhandlung. Er habe nachvollziehbar und schlüssig das Vorliegen einer Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit im Falle des Versicherten begründet. Dabei könne dahinstehen, "ob bereits die in der Person des Versicherten liegenden allgemeinen Einschränkungen, d.h. sein multimorbider Zustand, dass stattgehabte Auftreten eines Epilepsieanfalles und die weiteren psychischen Beeinträchtigungen, die der Sachverständige im Termin der mündlichen Verhandlung anhand der in der Krankenhausakte befindlichen ärztlichen Arztbriefe (geschildert habe), ausreichen(ten), um eine stationäre Schlaflabordiagnostik zu begründen. Maßgeblich (sei) für die Kammer, dass im Zusammenhang mit der Polysomnographie der Verdacht auf eine Narkolepsie abgeklärt werden sollte, was der Sachverständige in seinem Gutachten ausdrücklich (ausgeführt habe)." Er habe darauf hingewiesen, dass "zur Beantwortung der Frage, ob eine Narkolepsie vorlieg(e) oder nicht, die Polysomnographie die richtige Untersuchung (sei). Im Zusammenhang mit der Polysomnographie (könne) in einem neurologischen Schlaflabor nämlich ein multipler Schlaflatenz-Test durchgeführt werden. Dieser Schlaflatenz-Test müsse in stationären Schlaflaboren durchgeführt werden."

Gegen das ihr am 02. September 2011 zugestellte Urteil richtet sich die Berufung der Beklagten vom 22. September 2011. Zur Begründung wiederholt und vertieft die Beklagte ihr erstinstanzliches Vorbringen. Ergänzend trägt die Klägerin vor, dass bereits die Angabe G25.8 als Aufnahmediagnose in der Aufnahmemitteilung auf ein Muskelstarre-Syndrom hinweise, welches auch ein Symptom der Narkolepsie sein könne. Im Übrigen habe es sich bei dem Versicherten um einen multimorbiden und pflegebedürftigen Patienten gehandelt. Diese "Begleitumstände" seien der Beklagten bekannt gewesen, so dass eine gesonderte Begründung nicht notwendig gewesen sei.

Der Berichterstatter hat am 28. September 2012 mit den Beteiligten einen Erörterungstermin durchgeführt und hierbei insbesondere auf das Urteil des Bundessozialgerichts vom 16. Mai 2012 - [B 3 KR 14/11 R](#) - hingewiesen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die zwischen den Beteiligten gewechselten Schriftsätzen und den sonstigen Inhalt der Gerichtsakte sowie auf die Verwaltungsakte der Beklagten und die den Versicherten betreffende Patientenakte des Krankenhauses der Klägerin Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Frankfurt (Oder) vom 20. August 2011 ist begründet. Das Sozialgericht hat die Beklagte zu Unrecht verurteilt, an die Klägerin 253,92 EUR (gemeint 253,02 EUR) zu zahlen. Die Klägerin hat keinen Anspruch gegen die Beklagte auf Zahlung des streitbefangenen Betrages.

Rechtsgrundlage des Vergütungsanspruchs der Klägerin ist [§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) in Verbindung mit dem Vertrag über allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung vom 08. Oktober 1996 für das Land Brandenburg (ABK-Vertrag). Die Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse entsteht danach unabhängig von einer Kostenzusage unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten, wenn die Versorgung in einem zugelassenen Krankenhaus durchgeführt wird und im Sinne von [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) erforderlich ist.

Eine in diesem Sinne erforderliche Leistung hat die Klägerin nicht erbracht. Nach [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) haben Versicherte Anspruch auf vollstationäre Behandlung in einem, wie im vorliegenden Fall, zugelassenen Krankenhaus ([§ 108 SGB V](#)) nur, wenn die Aufnahme nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann. Die von der Klägerin durchgeführte vollstationäre Polysomnographie hätte der Versicherte deshalb nur beanspruchen können und wäre von der Beklagten als solche zu bezahlen, wenn die Versorgungsziele des [§ 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) mit ambulanter Diagnostik nicht zu erreichen gewesen wären.

Seit der Ergänzung der Richtlinie "Methoden vertragsärztliche Versorgung" durch den am 11. November 2004 in Kraft getretenen Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 15. Juni 2004 ist Polysomnographie in der Regel Gegenstand der vertragsärztlichen Versorgung und daher ambulant durchzuführen. Als stationäre Leistung hätte die Schlaflabordiagnostik deshalb hier nur erbracht und abgerechnet werden können, wenn entweder der Versicherte an weiteren gravierenden gesundheitlichen Beschwerden gelitten hätte, die nur mit den spezifischen Möglichkeiten des Krankenhauses zu bewältigen gewesen wären, oder wenn – im Hinblick auf die noch nicht so lange zurückliegende Freigabe für den niedergelassenen Bereich eine ambulante Versorgung für den Versicherten nicht in dem notwendigen Maße zur Verfügung gestanden hätte (Urteil des Bundessozialgerichts vom 16. Mai 2012 – [B 3 KR 14/11 R](#) –, zitiert nach juris).

Liegen diese Voraussetzungen vor, vermag eine entsprechende (teil-)stationäre Behandlung einen Zahlungsanspruch gegen die beklagte Krankenkasse allerdings nur dann auszulösen, wenn das Krankenhaus in der Aufnahmemitteilung oder in den nach [§ 301 Abs. 1 Nr. 3 SGB V](#) der Krankenkasse zu übermittelnden Dateninformation den Grund der Aufnahme und damit eine der zentralen Angaben, die eine Krankenkasse für die ordnungsgemäße Abrechnungsprüfung benötigt, mitteilt. Im Falle einer kardiorespiratorische Polysomnographie gehört hierzu die Angabe, warum diese ausnahmsweise stationär durchgeführt werden soll. Genügt die Anzeige des Krankenhauses diesen (Mindest-) Anforderungen nicht, fehlt es bereits an der Fälligkeit der Vergütungsforderung (BSG, a. a. O).

Im vorliegenden Fall hat die Klägerin diese Mitteilungspflichten nicht erfüllt. In der Aufnahmemitteilung vom 05. März 2007 hat sie als Aufnahmegrund angegeben: "lt. [§ 301 SGB V](#) teilstationär Normalfall" und als Diagnosen Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus (G47.2), Schlafapnoe, nicht näher bezeichnet (G47.39) und sonstige näher bezeichnete extrapyramidale Krankheiten und Bewegungsstörungen (G25.8) angegeben. Eine Begründung, warum in diesem Fall entgegen dem Regelfall eine stationäre Behandlung erforderlich ist, hat sie nicht angegeben. Entsprechende Angaben enthält auch nicht der Ausdruck des Datentransfers nach [§ 301 SGB V](#).

Die Klägerin hat die stationäre Leistungserbringung auch im Folgenden nicht begründen können. Soweit sie im Berufungsverfahren mit Schriftsatz vom 23. Januar 2013 vorträgt, dass der Beklagten "ausreichende Gründe im Rahmen der Aufnahmeanzeige mitgeteilt worden (seien), welche eine teilstationäre Behandlungssituation belegt(en)" und auf dem "der Beklagten übersandten Einweisungsschein zudem die Diagnosen benannt" worden seien, "die die Multimorbidität des Patienten und die Indikation für eine teilstationäre Behandlung" beleg(ten), vermag dieser Vortrag eine stationäre Behandlungsbedürftigkeit nicht zu begründen.

Die Aufnahmemitteilung vom 5. März 2007 erschöpft sich in der Mitteilung verschiedener Diagnosen, die möglicherweise den Verdacht einer bestehenden Narkolepsie begründen. So "deutet" letztlich auch die Diagnose "extrapyramidale Krankheiten und Bewegungsstörungen (G25.8)" nach Auffassung der Klägerin auf ein "Muskelstarre-Symptom hin, welches ein Symptom der Narkolepsie sein "könne." Eine stationäre Behandlungsbedürftigkeit begründet diese Diagnose per se nicht.

Soweit die Klägerin auf den "Einweisungsschein" verweist und insoweit, wie bereits auch im erstinstanzlichen Verfahren (Anlage zum Klageschriftsatz vom 25. Februar 2008), die "Verordnung zur Krankenhausbehandlung der Dipl.-Med. R vom 8. Februar 2007 zitiert, ist dies nicht die Verordnung der in diesem Verfahren streitbefangenen Behandlung, sondern der Behandlung des Versicherten in dem Krankenhaus der Klägerin vom 20. bis 24. Februar 2007. Grundlage der vorliegenden streitbefangenen teilstationären Behandlung des Versicherten in dem Krankenhaus des Beklagten ist die Verordnung der Dipl.- Med. C A vom 27. Februar 2007, in der lediglich die Diagnosen SBAS und Tagesmüdigkeit genannt werden.

Im Übrigen hat diese Ärztin ausweislich dieser Verordnung nicht selbst eine stationäre Behandlungsbedürftigkeit festgestellt, sondern, wie dem Entlassungsbericht des Krankenhauses vom 26. Februar 2007 zu entnehmen ist, wurde bereits nach dem stationären Aufenthalt des Versicherten in dem Krankenhaus der Klägerin vom 20. bis zum 24. Februar 2007 von dem Krankenhaus "zur weiteren diagnostischen Abklärung eine Aufnahme (des Versicherten) im Schlaflabor für den 4. März 2007 vereinbart." In der Verordnung der behandelnden Ärztin heißt es dementsprechend: "Wiedervorstellung zur genauen Abklärung, Patient ist bekannt."

Schließlich hat auch der Sachverständige zur Überzeugung des Senats eine stationäre Behandlungsbedürftigkeit nicht überzeugend begründen können. In seinem Gutachten hat er dargelegt, dass bei "klinisch begründetem Verdacht auf eine Narkolepsie die Durchführung einer Polysomnographie indiziert gewesen" sei. Eine überzeugende Begründung, warum im Falle des Versicherten diese Behandlung stationär, statt ambulant, durchgeführt werden musste, ist dem Gutachten nicht zu entnehmen. Als Sachverständiger hat er schließlich in dem Termin zur mündlichen Verhandlung mit Beweisaufnahme am 26. August 2011 ausgesagt, dass das Krankenhaus dem Verdacht auf eine Narkolepsie nachgehen musste. "Vom Gesundheitszustand des Versicherten her (sei er) ein problematischer Patient gewesen. Entscheidend (sei) allerdings für die Aufnahme im stationären Bereich, dass der notwendige Schlaflatenz-Test durchgeführt werden musste."

Dieser nach Auffassung des Gutachters notwendige Test ist aber ausweislich der Krankenhausunterlagen nicht durchgeführt worden. Mit einer derartigen Begründung hat auch die Klägerin niemals eine stationäre Behandlungsbedürftigkeit begründet. Der Senat kann deshalb offen lassen, ob ein multipler Schlaflatenz-Test im Rahmen der hier streitbefangenen teilstationären Behandlung geplant war und ob dieser Test tatsächlich nur stationär durchgeführt werden kann. Jedenfalls war dieser Test im Falle des Versicherten nicht indiziert gewesen. Denn ausweislich der im erstinstanzlichen Verfahren vorgelegten Stellungnahme der behandelnden Krankenhausärzte vom 26. November 2010 wurde auf den multiplen Schlaflatenz-Test verzichtet und "unter Berücksichtigung der Gesamtsituation des Patienten zunächst ein differentialtherapeutisches Vorgehen favorisiert."

Schließlich hat auch die Beklagte mit Schriftsatz vom 10. Juni 2008 substantiiert dargelegt, dass eine ambulante Versorgung des Versicherten in dem notwendigen Maße zur Verfügung gestanden hat.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 197a SGG](#) in Verbindung mit [§ 154 Abs. 1](#) Verwaltungsgerichtsordnung.

Gründe für die Zulassung der Revision gemäß [§ 160 Abs. 2 Nr. 1 und 2 SGG](#) liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BRB
Saved
2013-06-07