L 1 KR 16/08

Land
Hessen
Sozialgericht
Hessisches LSG
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
1
1. Instanz
SG Gießen (HES)
Aktenzeichen
S 9 KR 597/04
Datum
21.11.2007
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 1 KR 16/08
Datum
15.01.2009
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 3 KR 6/09 B
Datum
15.06.2009
Kategorie
Urteil
Leitsätze
1. Ob eine stationäre Notfallbehandlung vorlag, ist am Maßstab der im Beschluss des Bundessozialgerichts vom 25. September 2007 – GS 1/06 - aufgestellten Grundsätze in vollem Umfang gerichtlich überprüfbar.

2. Der Notfallbegriff des § 76 Abs. 1 Satz 2 umfasst neben den medizinischen Begriffsmerkmalen auch systembezogene Merkmale, durch die sichergestellt wird, dass nur Fälle des Systemversagens vergütungsfähig sind.

3. Sowohl aus medizinischer Sicht (Dringlichkeit) als auch aus systembezogener Sicht (fehlende Verfügbarkeit eines zugelassenen Leistungserbringers) liegt keine Notfallbehandlung vor, wenn der Versicherte bei einem zugelassenen Leistungserbringer versorgt werden kann. Eine Behandlungsbedürftigkeit wegen eines Notfalls endet, wenn der Versicherte zu einem zugelassenen Leistungserbringer verlegt werden kann.
Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Gießen vom 21. November 2007 wird zurückgewiesen.

Die Kosten des Berufungsverfahrens hat die Klägerin zu tragen.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt die Zahlung einer Krankenhausbehandlungsvergütung für die Behandlung des bei der Beklagten versicherten C. Mit der Berufung verfolgt sie nach Teilanerkenntnis für die ersten zwei Behandlungstage und Klageabweisung im Übrigen die Durchsetzung des Restanspruches für den Zeitraum vom 16. Juni 2001 bis 2. Juli 2001.

Die Klägerin betrieb eine onkologische Fachklinik in O. Das Regierungspräsidium XY. erteilte ihr am 23. März 1999 eine Gewerbeerlaubnis zum Betrieb einer Privatkrankenanstalt. Ein Versorgungsvertrag oder eine sonstige Zulassung zur Krankenhausbehandlung im System der Gesetzlichen Krankenversicherung bestanden nicht. Hinsichtlich des von der Klägerin erfolglos betriebenen Rechtsstreits um den Abschluss eines Versorgungsvertrages wird auf die Urteile des Senats vom 17. Dezember 2007 - L 1 KR 62/04 - und des Bundessozialgerichts vom 28. Juli 2008 - B 1 KR 5/08 R - verwiesen. Die Eröffnung des Insolvenzverfahrens über das Vermögen der Klägerin wurde mangels Masse abgelehnt (Beschluss des Amtsgerichts GF. vom 23. Januar 2002 - xxx-). Rechtsmittel hiergegen blieben erfolglos. Die Auflösung der Klägerin wurde mit Datum vom 16. Juni 2003 ins Handelsregister eingetragen (Handelsregisterauszug des Amtsgerichts GF. Nr. xxx). Die Klägerin befindet sich seitdem im Stadium der Liquidation.

Der Versicherte C. wohnte in B. Er war seit Januar 2000 wegen eines Dickdarmkarzinoms in onkologischer Behandlung. Ausweislich der Patientenakte der Klägerin wurde der Versicherte in der Nacht vom 13. auf den 14. Juni 2001 nach Einweisung seines Hausarztes stationär aufgenommen. Zu diesem Zeitpunkt bestand eine fortschreitende Schmerzsymptomatik, vor allem im Bereich des rechten Oberbauches über der Leber. Der Versicherte hatte zuvor seit einiger Zeit aufgrund rezidivierenden Erbrechens keine Nahrung aufgenommen und seit zwei Monaten an Gewicht verloren. Nach Aufnahme wurden u.a. eine Schmerztherapie sowie Maßnahmen zur Verbesserung des Flüssigkeitshaushaltes eingeleitet. Mit Schreiben vom 21. Juni 2001 teilte die Klägerin der Beklagten eine Notfallaufnahme des Versicherten am 14. Juni 2001 mit. Ab 21. Juni 2001 kam es zu einer deutlichen Verschlechterung des Allgemeinzustandes, eines beginnenden Multiorganversagens. Der Versicherte verstarb am xx. Juli 2001. Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten der durchgeführten Behandlung wird auf den Inhalt der von der Klägerin übersandten Patientenakte verwiesen.

Mit Rechnung vom 16. Juli 2001 verlangte die Klägerin von der Beklagten die Zahlung von 8.100,- DM, für 18 Behandlungstage berechnete die Klägerin Tagessätze zu 450, DM. Die Beklagte lehnte mit Schreiben vom 30. Juli 2001 und 8. August 2001 die Zahlung ab, da die Klägerin kein Vertragskrankenhaus betreibe.

Die Klägerin hat mit Schriftsatz vom 9. September 2004, eingegangen bei dem Sozialgericht Gießen am 13. September 2004, die dort bereits unter dem Aktenzeichen S 9 KR 95/04 anhängige Klage u. a. um den hier streitgegenständlichen Anspruch erweitert. Mit Beschluss vom 20. Dezember 2004 hat das Sozialgericht Gießen diesen Rechtsstreit abgetrennt und unter dem Aktenzeichen S 9 KR 597/04 weitergeführt. Die Klägerin hat vorgetragen, dass die Aufnahme des Versicherten notfallmäßig erfolgt sei, als er unter stärksten Bauchschmerzen, vor allem in der Lebergegend gelitten habe. Er sei ausgetrocknet gewesen, es habe ein beginnendes Leberversagen mit Gelbfärbung der Haut bestanden. Die Klägerin hat die Rechtsauffassung vertreten, dass eine weite Anreise einen Notfall nicht ausschließe. Regelmäßig könne erst nach Erhebung der Anamnese und des Aufnahmestatus überhaupt festgestellt werden, ob im konkreten Fall eine Notfallsituation vorliege. Hierin liege bereits eine vergütungspflichtige Leistung. Die Beklagte hat sich auf ein sozialmedizinisches Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung in Hessen (MDK) vom 14. März 2006 berufen. Hiernach habe aus medizinischer Sicht die Indikation zu einer stationären Behandlung bestanden. Beschrieben werde ein Patient in reduziertem Allgemein- und Ernährungszustand, mit Übelkeit, Schmerzen und Erbrechen sowie leichter Exsikkose. Es sei gerechtfertigt gewesen, den Patienten zur Einleitung einer Infusionsbehandlung und Schmerztherapie stationär aufzunehmen. Es sei allerdings nicht ersichtlich, weshalb diese medizinisch notwendige stationäre Behandlung zwingend in der Klinik der Klägerin habe durchgeführt werden müssen. Die Entfernung des Wohnortes des Versicherten zum Behandlungsort betrage 224 km. Bei einer Notfallsituation wäre eine Einweisung in das am nächsten gelegene Krankenhaus erforderlich gewesen. Damit hätte eine raschere Schmerz- und Infusionsbehandlung begonnen werden können. Die Beklagte hat zunächst die Einrede der Verjährung erhoben, nach Bekanntwerden der Entscheidung des Bundessozialgerichts im Rechtsstreit B 3 KR 32/04 R aber nicht mehr daran festgehalten. Das Sozialgericht hat gemäß Beweisanordnung vom 14. November 2006 und Beschluss vom 2. Januar 2007 Beweis erhoben durch Einholung eines Sachverständigengutachtens von Prof. Dr. J., welches unter dem Datum vom 25. Juni 2007 vorgelegt worden ist. Der Sachverständige hat die Beweisfrage nach einem unaufschiebbaren Behandlungsbedarf dahingehend beantwortet, dass zum Zeitpunkt der Aufnahme eine Verzögerung der Behandlung mit weiteren medizinischen Risiken verbunden gewesen wäre. Es habe akuter Behandlungsbedarf bestanden. Die Verlegung in das nächst erreichbare Krankenhaus wäre nicht förderlich für die Gesundheit des Patienten gewesen. Die Frage nach der erforderlichen Behandlungsdauer hat der Sachverständige dahingehend beantwortet, dass der notwendige Ausgleich der Elektrolytstörung innerhalb eines angemessenen Rahmens von 24 bis 48 Stunden ohne Probleme habe erfolgen können. Des Weiteren habe ein Ausgleich des Eiweißmangels innerhalb einer überschaubaren Zeit von 24 bis 36 Stunden erfolgen können. Insgesamt sei davon auszugehen, dass die Behandlung im Rahmen eines Notfalles 36 Stunden im vorliegenden Fall nicht habe überschreiten können. Dies korreliere mit der in den Akten dargestellten Situation, wonach nach initialer Stabilisierung für maximal drei Tage eine wesentliche subjektive wie objektive Allgemeinzustandsverbesserung des Patienten eingetreten sei. Zu diesem Zeitpunkt sei eine Verlegung in ein Akutkrankenhaus möglich gewesen. Zu berücksichtigen sei allerdings die schwierige ethische Situation, einen final kranken, jungen Patienten mutmaßlich gegen seinen Willen und den seiner Ehefrau zu verlegen. Nach einer circa drei Tage später folgenden erneuten Verschlechterung der klinischen Situation scheine nach Aktenlage eine Verlegung nicht mehr möglich gewesen zu sein. Die Beklagte hat daraufhin die geltend gemachte Forderung anteilig in Höhe von 460,16 EUR zuzüglich Zinsen – dies entspricht zwei Behandlungstagen – anerkannt. Die Klägerin hat das Anerkenntnis angenommen. Das Sozialgericht Gießen hat die Klage mit Urteil vom 21. November 2007, der Klägerin zugestellt am 6. Dezember 2007, abgewiesen und die Kosten des Rechtsstreits der Klägerin zu 8/9 und der Beklagten zu 1/9 auferlegt. Als alleinige Anspruchsgrundlage komme § 76 Abs. 1 Satz 2 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung – (SGB V) in Betracht. Nach dieser Vorschrift könnten andere als zugelassene Ärzte nur in Notfällen in Anspruch genommen werden. Vorliegend seien die Voraussetzungen für eine Notfallbehandlung ab 15. Juni 2001 nicht mehr gegeben gewesen. Dies stehe zur Überzeugung der Kammer fest aufgrund des gut nachvollziehbaren und in sich widerspruchsfreien Gutachtens des Sachverständigen. Nach dessen Ansicht haben der Ausgleich der Elektrolytstörung und des Eiweißmangels in einem Rahmen von 24 bis 36 Stunden erfolgen können. Ab diesem Zeitpunkt sei eine Verlegung in ein Akutkrankenhaus möglich gewesen. Dass nach drei Tagen eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Versicherten eingetreten sei, sei nicht zu berücksichtigen. Für die Frage, ob eine Notfallbehandlung vorliege, seien allein die Befunde zum Zeitpunkt der Aufnahme maßgebend. Spätere Verschlechterungen des Gesundheitszustandes könnten keine Notfallbehandlung begründen. Die Beklagte sei auch nicht mit Einwendungen wegen der nicht zeitnahen Einschaltung des MDK ausgeschlossen. Die entsprechende Rechtsprechung des Bundessozialgerichts, dass das Krankenhaus das Vorliegen der weiteren Behandlungsbedürftigkeit nur dann nachweisen müsse, wenn die Beklagte das Verfahren eingehalten habe, welches in den abgeschlossenen Rahmenverträgen zu § 112 Abs. 2 SGB V vereinbart worden sei oder wenn das Krankenhaus durch sein Verhalten die Durchführung des vereinbarten Verfahrens unmöglich gemacht oder zumindest erheblich erschwert habe, sei vorliegend nicht anwendbar. Die Klägerin berufe sich für einen Zahlungsanspruch auf eine Notfallbehandlung und nicht auf einen Versorgungsvertrag, der auch nicht bestehe.

Die hiergegen gerichtete Berufung der Klägerin ist am Montag, den 7. Januar 2008 bei dem Hessischen Landessozialgericht in Darmstadt eingegangen.

Die Klägerin trägt vor, es sei kein privatärztlicher Behandlungsvertrag mit dem Versicherten abgeschlossen worden. Der Sachverständige habe einen Notfall über den 15. Juni 2001 hinaus nicht verneint. Vielmehr habe er ausgeführt, dass eine Abgrenzung des Notfalls schwer zu beurteilen sei und ein Ausgleich der Elektrolytstörung innerhalb von 24 bis 48 Stunden möglich gewesen sei. Dies bedeute aber nicht, dass der Notfall auf maximal 48 Stunden beschränkt werden könne. Der Sachverständige habe erkannt, dass nach drei Tagen wieder ein Notfall eingetreten sei. Dies habe das Gericht ohne eigene medizinische Sachkunde unberücksichtigt gelassen. Nach Auffassung der behandelnden Ärzte sei die Notfallbehandlung nach der vorübergehenden Stabilisierung eben nicht abgeschlossen gewesen. Diese Einschätzung habe sich als richtig erwiesen, denn das Krankheitsbild habe sich unmittelbar wieder verschlechtert. Der Versicherte sei schließlich verstorben. Es handele sich insoweit nicht um einen erneuten Notfall, sondern um das Wiederaufflammen eines fortbestehenden, nicht ausreichend beherrschbaren Notfalls. Die Klägerin habe bereits erstinstanzlich den Beweisantrag gestellt gehabt, den Chefarzt und aufnehmenden Arzt Dr. H. als sachverständigen Zeugen zu hören. Aus der vorgelegten Aufstellung über die Anzahl der insgesamt behandelten Patienten und der Notfallpatienten im Zeitraum vom 1. Januar 1999 bis zum 21. Juli 2002 werde deutlich, dass nur eine geringe Anzahl von Patienten als Notfall behandelt worden sei. Die Klägerin ist der Rechtsauffassung, dass die Ansicht des Sozialgerichts, wonach die Entwicklung des Gesundheitszustandes des Versicherten nach der Aufnahme keine Rolle mehr spiele, nicht nachvollziehbar sei. Es sei menschenverachtend, weil hiernach trotz eines Notfalles eine Behandlung zu unterbleiben hätte. Die vom Sachverständigen angeführten Schwierigkeiten zur Einschränkung eines Notfalles, weil es sich um einen im terminalen Sterbeprozess befindlichen Patienten handele, gingen zu Lasten der

Beklagten. Die Beklagte sei mit ihren Einwendungen ausgeschlossen, da sie den MDK nicht unverzüglich zur Prüfung eingeschaltet habe; entgegen der Auffassung des Sozialgerichts komme es nicht darauf an, dass sich die Klägerin nicht auf vertragliche Regelungen berufen könne. Sie mache Vergütungsansprüche aus Notfallbehandlungen nach § 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V geltend, wonach es auf vertragliche Regelungen gerade nicht ankomme. Die Klägerin rügt Verstöße gegen die Grundsätze des fairen Verfahrens und des rechtlichen Gehörs.

Die Klägerin beantragt,
das Urteil des Sozialgerichts Gießen vom 21. November 2007 abzuändern und die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin 3.681,30 EUR nebst 5 Prozentpunkten Zinsen über dem Basiszinssatz seit Rechtshängigkeit zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,
die Berufung zurückzuweisen.

Die Beklagte trägt vor, dass nach den eindeutigen Ausführungen im Sachverständigengutachten über den Zeitraum von 36 Stunden hinaus eine Notfallsituation nicht mehr vorgelegen habe. Der Sachverständige habe ausdrücklich ausgeführt, dass die weitere Behandlung nach Stabilisierung des Versicherten in einem Vertragskrankenhaus nach einer Verlegung hätte stattfinden können. Mehrere gemäß § 108 SGB V zugelassene Akutkrankenhäuser hätten im näheren Umfeld der Klinik der Berufungsklägerin zur Verfügung gestanden. Die Beklagte sei nicht mit Einwendungen ausgeschlossen, da eine vertragliche Beziehung mit der Klägerin fehle. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts sei eine nachträgliche Prüfung unter Einschaltung des MDK möglich, wenn für das Prüfungsverfahren maßgebende Vereinbarungen fehlten. Auch nach der Entscheidung des Großen Senats des Bundessozialgerichts vom 25. September 2007 sei die medizinische Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung uneingeschränkt zu überprüfen.

Zum Sach- und Streitstand im Übrigen wird auf den Inhalt der Gerichtsakte sowie der von der Klägerin übersandten Patientenakte Bezug genommen, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung am 15. Januar 2009 gewesen sind.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung der Klägerin ist unbegründet. Das Sozialgericht hat die Klage zu Recht abgewiesen.

Klarstellend weist der Senat darauf hin, dass Streitgegenstand die Behandlungsvergütung ab 16. Juni 2001 ist. Die Ausführungen im Sachverständigengutachten und im Urteil des Sozialgerichts sind insoweit mehrdeutig, als wechselnd von einem Behandlungsbeginn am 13. und 14. Juni 2001 ausgegangen wird. Das angenommene Anerkenntnis bezieht sich allerdings auf die Vergütung für die ersten beiden geltend gemachten Behandlungstage, mithin auf den 14. und 15. Juni 2001.

Die Klägerin hat keinen Anspruch aus der entsprechenden Anwendung des § 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V in Verbindung mit den Regelungen über die Vergütung stationärer Krankenhausleistungen, da die streitgegenständliche Behandlung jedenfalls ab dem 16. Juni 2001 keine vergütungsfähige Notfallbehandlung war.

In Notfällen können nach § 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V auch Krankenhäuser ohne Kassenzulassung Leistungen zu Lasten der Krankenkassen erbringen (zum Folgenden: BSG, Urteil vom 9. Oktober 2001 – B 1 KR 6/01 R – juris). Das gilt für die ambulante wie für die stationäre Versorgung gleichermaßen, auch wenn § 39 Abs. 1 SGB V, der die Modalitäten der Krankenhausbehandlung regelt, eine dem § 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V entsprechende ausdrückliche Klarstellung nicht enthält. Wird ein gesetzlich versicherter Patient als Notfall in ein nicht zugelassenes Krankenhaus aufgenommen, so wird dieses für die Dauer der Notfallbehandlung in das öffentlich-rechtlich geprägte Sachleistungssystem der Krankenversicherung einbezogen und erbringt seine Leistungen nach denselben Grundsätzen, die für zugelassene Krankenhäuser gelten. Der Vergütungsanspruch richtet sich nicht gegen den Versicherten, sondern allein gegen die Krankenkasse. Aus der entsprechenden Anwendung des § 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V folgt allein die Einbeziehung von Leistungserbringern ohne Kassenzulassung in das System der Gesetzlichen Krankenversicherung, indes noch nicht die Rechtsfolge des Vergütungsanspruchs (offen lassend: BSG, Urteil vom 9. Oktober 2001 – B 1 KR 6/01 R –). Die Rechtsgrundlage des Vergütungsanspruchs dem Grunde und der Höhe nach ergibt sich im Falle der ambulanten Krankenhausbehandlung aus den Vorschriften des Vertragsarztrechts über die Honorierung ärztlicher Leistungen (BSG, Urteil vom 19. August 1992 - 6 RKa 6/91 - BSGE, 71, 117ff.), im stationären Bereich aus den entsprechenden Vergütungsregelungen des Krankenhausrechts, im damaligen Zeitraum insbesondere aus den Rechtsgedanken der §§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V, 16 ff. Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) und der Bundespflegesatzverordnung (BPflV). Allerdings kann auf das diese Vorschriften konkretisierende Vertragsregelwerk, insbesondere die Sicherstellungs- und Überprüfungsverträge sowie die bilateralen Pflegesatzvereinbarungen gerade mangels vertraglicher Bindung nicht ohne Weiteres zurückgegriffen werden (siehe dazu i. E. unten – vgl. für das Vertragsarztrecht: BSG, Urteil vom 19. August 1992 a.a.O.).

Ein Notfall im Sinne von § 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V liegt vor, wenn aus medizinischen Gründen eine umgehende Behandlung des Patienten so dringlich ist, dass ein zugelassener Leistungserbringer nicht in der gebotenen Eile herbeigerufen oder aufgesucht werden kann (BSG, Urteil vom 31. Juli 1963 – 3 RK 92/59 – BSGE 19, 270 ff.; Beschluss vom 14. Dezember 2006 – B 1 KR 114/06 – juris; Krauskopf in: ders. (Hrsg.) Soziale Krankenversicherung – Pflegeversicherung, Stand: 61. EL, § 76 SGB V Rdnr. 11). Eine solche Dringlichkeit oder Unaufschiebbarkeit ist gegeben, wenn ohne eine sofortige Behandlung durch einen nicht zugelassenen Leistungserbringer Gefahren für Leib oder Leben entstehen oder heftige Schmerzen unzumutbar lange andauern würden (LSG Bad.-Württ., Beschluss vom 27. Juli 2006 – L 11 KR 1804/06 – juris m. w. N.; vgl. Hess in: Kasseler Kommentar, 44. EL, § 76 SGB V, Rdnr. 12 m. w. N.). Damit weist der hier anzuwendende Notfallbegriff des Leistungserbringerrechts grundlegend andere Merkmale als der medizinische oder der strafrechtliche Notfallbegriff des § 323c StGB auf und ist daher auch strikt von den letztgenannten Begriffen zu unterscheiden (Orlowski in: GKV-Komm. 143. EL, § 76 SGB V Rdnr. 29; LSG Bad.-Württ. Beschluss vom 27. Juli 2006 - L 11 KR 1804/06 - juris). Begriffsprägend ist, ob gerade das System der Gesetzlichen Krankenversicherung in der Lage ist, die dringliche Behandlung sicherzustellen. Der Notfallbegriff umfasst neben den medizinischen Begriffsmerkmalen nach der o. g. Definition also auch systembezogene Merkmale, durch die sichergestellt wird, dass nur Fälle des Systemversagens vergütungsfähig sind (vgl. F.J. Dahm, MedR 2002, 6 [7]). Sowohl aus medizinischer Sicht (Dringlichkeit) als auch aus systembezogener Sicht (fehlende Verfügbarkeit eines zugelassenen Leistungserbringers) liegt keine Notfallbehandlung vor, wenn der Versicherte bei einem zugelassenen Leistungserbringer versorgt werden kann. Eine Behandlungsbedürftigkeit wegen eines Notfalls endet, wenn der Versicherte zu einem zugelassenen Leistungserbringer verlegt werden kann (zuletzt BSG, Urteil vom 28. Juli 2008 - B 1 KR 5/08 R -

Rdnr. 47 m. w. N.).

Gemessen an diesem Maßstab ist der Senat nicht von der Durchführung einer Notfallbehandlung ab dem 16. Juni 2001 überzeugt, weil der Versicherte verlegungsfähig war.

Ob eine Notfallbehandlung vorlag, ist in vollem Umfang gerichtlich überprüfbar. Der Senat kann sich bei der Würdigung der die Verlegungsfähigkeit betreffenden medizinischen Tatsachen uneingeschränkt auf das vom Sozialgericht eingeholte Sachverständigengutachten stützen und das Gutachten des MDK einbeziehen. Die Beklagte ist nicht mit ihren Einwendungen ausgeschlossen; die Amtsermittlung ist nicht beschränkt. Das Gericht hat von dem im Behandlungszeitpunkt verfügbaren Wissens- und Kenntnisstand des verantwortlichen Krankenhausarztes auszugehen; eine "Einschätzungsprärogative" kommt dem Krankenhausarzt hingegen nicht zu (vgl. BSG, Beschluss vom 25. September 2007 – GS 1/06). Anwendung findet derselbe Beweismaßstab wie bei der Prüfung der Erforderlichkeit der Krankenhausbehandlung bei einem zugelassenen Leistungserbringer, wenn der Versicherte ohne vorherige Kostenübernahmeprüfung durch die Krankenkasse aufgenommen wurde. Für die Dauer der Notfallbehandlung wird das nicht zugelassene Krankenhaus nämlich in das öffentlich-rechtlich geprägte Sachleistungssystem der Krankenversicherung einbezogen und erbringt seine Leistungen nach denselben Grundsätzen, die für zugelassene Krankenhäuser gelten. Dies rechtfertigt auch die Anwendung derselben beweisrechtlichen Grundsätze. Hiernach können auch entgegen der von der Klägerin zitierten, überkommenen Rechtsprechung des 3. Senats des Bundessozialgerichts (vgl. Urteil vom 13. Dezember 2001 - B 3 KR 11/01 R - juris) keine beweisrechtlichen Beschränkungen durchgreifen. Die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung ist im gerichtlichen Verfahren auch dann vollständig zu überprüfen, wenn die Krankenkasse ihre Leistungspflicht nachträglich für einen zurückliegenden Zeitraum bestreitet (BSG, Beschluss vom 25. September 2007 a. a. O.). Ein Fall der Beweisvereitelung mit der Folge einer Beweislastumkehr nach allgemeinen Regeln liegt hier nicht vor. Insbesondere ist nach dem Vortrag der Klägerin nicht erkennbar, dass die beigezogene Patientenakte zur Beurteilung der medizinischen Komponente des Notfalls unzureichend sein sollte und dass nur eine zeitnahe Untersuchung vor Ort durch den MDK bereits zu Beweiszwecken erforderlich gewesen wäre. Auf einen Einwendungsauschluss aus Vertragsrecht (§ 242 BGB) kann sich die Klägerin in Ermangelung eines Vertrages nicht berufen. Die Klägerin war als Krankenhaus ohne Versorgungsvertrag bzw. entsprechender Fiktion nicht in den Geltungsbereich des am 1. September 1990 in Kraft getretenen "Vertrages zur Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung" einbezogen, der in § 2 seinerzeit entsprechende Prüfungsobliegenheiten der Krankenkasse und des MDK vorsah. Insbesondere aufgrund der Beweisaufnahme durch das Sozialgericht ist der Senat davon überzeugt, dass der Versicherte spätestens ab dem 16. Juni 2001 verlegungsfähig war. Der vom Sozialgericht bestellte Sachverständige Prof. Dr. J. stellt nachvollziehbar auf die Verlegungsfähigkeit des Patienten als Endpunkt für die Notfallbehandlung ab. Insoweit kommt er unter Offenlegung der Schwierigkeiten der Beantwortung der Beweisfrage zu einer Notfallbehandlungsdauer von 36 Stunden (S. 11 des Gutachtens). Die Behandlungsdauer der aus medizinischer Sicht einen Notfall begründenden Umstände gibt er bei der Elektrolytstörung mit 24 bis 48 Stunden, bei dem Ausgleich des Eiweißmangels mit 24 bis 36 Stunden und bei der Schmerzsymptomatik mit 1 bis 4 Stunden an. Hinsichtlich der verbleibenden Unsicherheit der Feststellungen im Hinblick auf die Situation eines multimorbiden Patienten hat der Sachverständige ausgeführt, dass seine Einschätzung mit der in den Akten dargestellten Situation korreliere. Nach initialer Stabilisierung sei für einen Zeitraum von maximal drei Tagen eine wesentliche subjektive wie objektive Allgemeinzustandsverbesserung des Patienten eingetreten. Zu diesem Zeitpunkt sei eine Verlegung möglich gewesen. Der Sachverständige knüpft damit widerspruchsfrei an die Beschreibung der medizinisch-pflegerischen Maßnahmen während des Aufenthaltes in der Patientenakte an, die im Gutachten als kurzzeitige Verbesserung des Allgemeinzustandes referiert wird, so ausweislich der Pflegeprotokolle an den Tagen des 15. und 16. Juni 2001 (S. 6 des Gutachtens). Auch von ärztlicher Seite sei am 17. Juni 2001 eine Allgemeinzustandsverbesserung beschrieben worden. Damit geht der Sachverständige unter Würdigung der Patientenakte von dem im Behandlungszeitpunkt verfügbaren Wissens- und Kenntnisstand aus. Aufgrund einer Gesamtwürdigung unter Einbeziehung der Umstände der tatsächlich durchgeführten Behandlung, wie sie sich dem Sachverständigen aus der Patientenakte erschlossen hat, kann mithin mit hinreichender Wahrscheinlichkeit eine Verlegungsfähigkeit spätestens am 16. Juni 2001 angenommen werden. Die Feststellungen des Sachverständigen befinden sich auch in Einklang mit der Würdigung des MDK im Gutachten vom 14. März 2006, wonach am 14. Juni 2001 eine Infusionsbehandlung nach Plan verlaufen und der Versicherte "weitgehenst unauffällig" gewesen sei. Da der Tag der Verlegung bzw. des Eintritts der Verlegungsfähigkeit bei einem mehrtägigen stationären Aufenthalt nicht vergütungsfähig ist (vgl. § 14 Abs. 2 Satz 1 2. Halbsatz BPflV in der vom 5. Mai 2001 bis 31. Dezember 2001 geltenden Fassung) kann auch offenbleiben, ob die Elektrolytstörung bereits am 15. Juni 2001 oder erst zu Beginn des 16. Juni 2001 nicht mehr behandlungsbedürftig war.

Eine weitere Beweisaufnahme ist nicht geboten. Dem in der mündlichen Verhandlung präzisierten Antrag auf weitere Ermittlung der für die Anwendung des Notfallbegriffs maßgeblichen medizinischen Sachverhalte auch unter dem Aspekt des Systemversagens durch Sachverständigengutachten und dem schriftsätzlichen Beweisangebot der Vernehmung des Dr. H. als sachverständigen Zeugen ist nicht nachzugehen. Im Vortrag der Klägerin sind keine Tatsachen erkennbar, die nicht als wahr unterstellt werden könnten, ohne dass die obige Würdigung eine Änderung erfahren müsste. Sowohl das Sozialgericht als auch der MDK und der vom Sozialgericht bestellte Sachverständige sind von der Dokumentation im Rahmen der von der Klägerin selbst vorgelegten Patientenakte ausgegangen. Da keine Widersprüche zwischen vorliegenden (Partei-)Gutachten und dem vom Sozialgericht eingeholten Sachverständigengutachten vorliegen und auch keine neue Tatsachen vorgetragen wurden, die eine weitere Sachverhaltsaufklärung erforderlich machen, kann sich der Senat der vom Sachverständigen vertretenen Bewertung zur Verlegungsfähigkeit anschließen, ohne ein weiteres Gutachten einzuholen. Dass die Klägerin zu einer anderen Würdigung des Gutachtens kommt, führt noch nicht zur Notwendigkeit der Einholung eines weiteren Sachverständigengutachtens (vgl. Keller in: Mayer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 9. Aufl., § 128 Rdnr. 7e m.w.N.).

Auch die ab 21. Juni 2001 aufgetretene Situation einer Verschlechterung des Allgemeinzustandes bis hin zum beginnenden Multiorganversagen mit akuter Gefahr für Leib oder Leben des Versicherten kann vorliegend keinen Notfall i. S. d. § 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V begründen. Die Notfallbehandlungsvergütung für den nicht zugelassenen Leistungserbringer rechtfertigt sich allein aus dem Aspekt des Systemversagens, was auch für einen denkbaren "Notfall nach dem Notfall" gilt: Nur wenn die konkrete Situation dadurch geprägt ist, dass ein zugelassener Leistungserbringer nicht in der gebotenen Eile herbeigerufen oder aufgesucht werden kann, wird der nicht zugelassene Leistungserbringer für die Dauer der Notfallbehandlung in das öffentlich-rechtlich geprägte Sachleistungssystem der Krankenversicherung einbezogen und erbringt seine Leistungen nach denselben Grundsätzen, die für zugelassene Krankenhäuser gelten (BSG, Urteil vom 9. Oktober 2001 – B 1 KR 6/01 R – juris). An einem solchen Systemversagen fehlt es aber, wenn – wie hier – der Patient nach einer stationären Behandlung verlegungsfähig ist, aber gleichwohl im nicht zugelassenen Krankenhaus verbleibt und aus anderen Gründen eine Therapie fortsetzt. Stellt sich der dann fortgesetzte Aufenthalt wegen der Verlegungsfähigkeit als stationäre Behandlung außerhalb des Systems der Gesetzlichen Krankenversicherung dar, so ist eine Behandlung auch dann nicht vergütungsfähig, wenn später eine akut gefahrträchtige

Situation entsteht. Wegen der notfallunabhängigen Fortsetzung findet diese Behandlung nach der Zäsur der Verlegungsfähigkeit als Einheit außerhalb des Systems statt (zum Prinzip der Behandlungseinheit vgl. Hessisches LSG, Urteil vom 4. Dezember 2008 – L 1 KR 213/06 –; BSG, Urteil vom 22. März 2005 – B 1 KR 3/04 R – m.w.N.). Die Anerkennung eines Notfalls gleichsam "bei Gelegenheit" einer außerhalb des Systems der Gesetzlichen Krankenversicherung erfolgenden Behandlung widerspräche der Funktion des § 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V, allein das Systemversagen auszugleichen.

Der Senat verkennt dabei nicht die auch vom Sachverständigen angesprochene schwierige ethische Situation, in der sich Krankhausarzt und –betreiber gerade bei der Aufnahme schwerstkranker Patienten befinden, wenn von ihnen nicht nur in medizinischer Hinsicht die Abgrenzung einer akuten Notfallbehandlungsbedürftigkeit von der Behandlungsbedürftigkeit latent oder mittelfristig lebensbedrohlicher Leiden gefordert wird, sondern sich der Krankenhausträger auch mit dem Wunsch eines in der Gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Patienten konfrontiert sieht, gerade in seiner Klinik versorgt zu werden. Indes ist diese Situation insbesondere vom Betreiber einer Privatklinik – auch während schwebender Verhandlungen um einen Versorgungsvertrag – dahingehend teilweise auflösbar, dass er gegenüber dem Patienten von vornherein für Kostentransparenz sorgt.

Der Klägerin steht auch nicht als "minus" ein Anspruch für die ärztliche Tätigkeit zur Prüfung der Erforderlichkeit einer Notfallbehandlung zu. Weder liegen die Voraussetzungen für eine solche Vergütung vor noch kann die Klägerin als Krankenhausträgerin gerade von der Beklagten eine solche Vergütung beanspruchen. Sucht ein Versicherter einen nicht zugelassenen Leistungserbringer auf, weil er subjektiv eine Notfallsituation annimmt, so muss zur Klärung, ob eine sofortige Untersuchung und Behandlung notwendig ist, ein Arzt hinzugezogen werden, der sich zumindest über die Beschwerden des Patienten und dessen Zustand unterrichten muss, ehe er eine Entscheidung über das weitere Vorgehen treffen kann. Bereits diese orientierende Befragung und Untersuchung ist zwar eine ärztliche Tätigkeit im Rahmen der Krankenbehandlung, die nach allgemeinen Grundsätzen einen Vergütungsanspruch nach sich ziehen kann (vgl. BSG, Urteil vom 1. Februar 1995 - 6 RKa 9/94 - SozR 3 2500 § 76 Nr. 2). Jedoch ist eine solche Tätigkeit hier von Seiten der Klägerin weder vorgetragen worden noch sonst ersichtlich. Die Klägerin beansprucht eine nach Tagespflegesätzen berechnete, nicht weiter aufgeschlüsselte Vergütung für die behauptete stationäre Notfallbehandlung und trägt unter Bezugnahme auf die vorgelegte Patientenakte eine Aufnahmeuntersuchung zur stationären Behandlung vor. Hierbei handelt sich um ein "aliud" zur o.g. ärztlichen Tätigkeit: Im Rahmen der stationären Behandlung ist die auf die Prüfung des Notfalls hin erfolgte Untersuchung für das Krankenhaus nicht gesondert vergütungsfähig (vgl. §§ 10 ff. BPflV in der vom 5. Mai 2001 bis 31. Dezember 2001 geltenden Fassung). Hätte sich die Klägerin bzw. der behandelnde Krankenhausarzt auf die Erhebung der Anamnese und des Aufnahmestatus beschränkt, so wäre dies möglicherweise als ambulante Krankenhausleistung vergütungsfähig. Der Vergütungsanspruch wäre am damaligen Maßstab der entsprechenden Anwendung der § 76 Abs. 1 Satz 2 i. V. m. § 120 Abs. 1 SGB V in der bis 31. Dezember 2002 geltenden Fassung nicht von der Klägerin gegenüber der Beklagten, sondern vom Krankenhausarzt gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung geltend zu machen gewesen (vgl. Knittel in: Krauskopf (Hrsg.), Soziale Krankenversicherung – Pflegeversicherung, 32. EL, § 120 SGB V Rdnr. 5; siehe auch die Konstellation in BSG, Urteil vom 1. Februar 1995 a.a.O.).

Auch die Kostenentscheidung hat das Sozialgericht zutreffend am Maßstab von § 197a SGG i.V.m. § 155 Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO) getroffen.

Die Entscheidung über die Kosten der Berufung beruht auf § 197a SGG i. V. m. § 154 Abs. 2 VwGO.

Der Senat hat die Revision nicht zugelassen, da Zulassungsgründe nach § 160 Abs. 2 Nrn. 1 und 2 SGG nicht vorgelegen haben.
Rechtskraft
Aus
Login
HES
Saved
2009-06-24