

L 4 KR 3/06

Land
Sachsen-Anhalt
Sozialgericht
LSG Sachsen-Anhalt
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
4
1. Instanz
SG Magdeburg (SAN)
Aktenzeichen
S 6 KR 178/02
Datum
04.11.2005
2. Instanz
LSG Sachsen-Anhalt
Aktenzeichen
L 4 KR 3/06
Datum
04.06.2009
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie
Urteil

Die Berufung wird zurückgewiesen. Die Klägerin trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens. Die Revision wird nicht zugelassen. Der Streitwert für beide Instanzen wird auf 1.347,25 Euro festgesetzt.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten darüber, ob die Beklagte der Klägerin die Kosten einer stationären Behandlung für die Zeit vom 16. November bis zum 26. November 1999 in Höhe von 1.347,25 EUR zu zahlen hat.

Die Klägerin ist Trägerin des Krankenhauses S.-U. in N., das in den Krankenhausplan des Landes Sachsen-Anhalt aufgenommen ist. Der 1974 geborene G. M. (im Folgenden: der Versicherte) war im Jahr 1999 bei der Beklagten krankenversichert. Dr. S. war zu dieser Zeit seine behandelnde Hausärztin. Nach einer Verordnung von Dipl.-Med. R. vom 12. November 1999 nahm die Klägerin den Versicherten ab dem 16. November 1999 zur Behandlung eines chronischen Lendenwirbelsäulen (LWS) - Syndroms bei Bandscheiben - Degeneration stationär auf. Mit Scheiben vom 8. Dezember 1999 erteilte die Beklagte ab dem 16. November 1999 eine Kostenzusage unter dem ausdrücklichen Vorbehalt der medizinischen Notwendigkeit der Behandlung. Am 26. November 1999 wurde der Versicherte aus der stationären Behandlung entlassen.

Mit Rechnung vom 28. März 2000 verlangte die Klägerin die Zahlung von 2.635,- DM (= 1.347,25 EUR). Die Rechnung setzte sich aus einem Abteilungspflegesatz der Orthopädie in Höhe von 1.608,70 DM, einem Basispflegesatz in Höhe von 916,30 DM und einem Investitionszuschlag in Höhe von 110,- DM zusammen und bestimmte als Zahlungsfrist den 20. April 2000.

Im Schreiben vom 17. April 2000 forderte die Beklagte die Klägerin auf, die Krankenhausbehandlungsakten dem medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) in Mainz zu übersenden. Am 19. Mai 2000 ging beim MDK die Epikrise über den stationären Aufenthalt des Versicherten ein. Dort findet sich die Diagnose eines Pseudoradikulärsyndroms L5/S1 bei einer geringgradigen Bandscheibenprotusion. Die Einweisung des Versicherten sei wegen einer therapieresistenten Lumboischialgie erfolgt. Bei der Aufnahmeuntersuchung habe sich eine geringe linkskonvexe Skoliose (Verkrümmung) im Bereich der Lendenwirbelsäule (LWS)/Brustwirbelsäule (BWS), ein geringer Klopfschmerz im Bereich der mittleren BWS, ein seitengleicher Reflexstatus, sowie geringgradige Dysaesthesien (Missempfindungen) im Bereich der Unter- und der Oberschenkelvorderseite rechts ergeben. Das Laségue'sche Zeichen sei bei der Aufnahmeuntersuchung rechts bei 70° positiv gewesen. Nach einem MRT-Bildbefund vom 5. August 1999 seien in den Etagen L1/2 und L4/5 Bandscheibenvorwölbungen und bei L5/S1 linksgerichtete Wölbungen erkennbar. Ein Wurzel- oder Ganglienkonflikt bestehe nicht. Unter konservativer Therapie mit Tramal - Vitamin - Infusionen, Facetteninfiltrationen mit Xylocitin 1%ig sowie galvanischer Längsdurchflutung und Bewegungsbadanwendungen habe eine subjektiv starke Besserung des Befindens erreicht werden können. Eine neurologische Abklärung habe chronisch-neurogene Umbauvorgänge in der L5/S1 versorgten Muskulatur rechts ergeben. Hinweise auf eine akute Wurzelläsion lägen nach einer ENG/EMG - Untersuchung nicht vor. Während dieser Untersuchung habe sich der Versicherte sehr schmerzempfindlich und wenig kooperativ gezeigt. Er sei arbeitsfähig entlassen worden.

Der MDK hielt unter dem 23. Mai 2000 eine ambulante Behandlung des Versicherten für ausreichend. Im Schreiben vom 31. Juli 2000 lehnte die Beklagte die Übernahme der entstandenen Behandlungskosten ab. Nach Einholung einer Einverständniserklärung des Versicherten vom 12. September 2000 übersandte die Klägerin die Patientenunterlagen an den MDK. In der Aufnahmeuntersuchung der Patientenakte ist Folgendes wörtlich aufgeführt: "seit 1998 Schmerzen im Bereich der unteren Lendenwirbelsäule, Beginn im Rahmen körperlich anstrengender beruflicher Tätigkeit (Autotransporter mit manuellen Einstellungen, mangelnder Sitzfederung laut Patienten angegeben, fährt dieses Fahrzeug 1 Jahr). Mäßig zunehmende Schmerzsymptomatik, Missempfindungen rechts im Fußrückenbereich 01/1999 bei Fr. Dr. S. =

Hausärztin vorgestellt, 02/1999 wieder arbeitsfähig 05/1999 erneut 3 Wochen arbeitsunfähig seit 31.10.1999 gekündigt, laufende Klage vor Arbeitsgericht, Krankenkasse / MDK bescheinigt Restleistungsvermögen, soll sich Arbeitsamt zur Verfügung stellen, Hausarzt soll Arbeitsunfähigkeits- Schreibungen unterlassen 08/1999 MRT Jena".

Auf Veranlassung der Beklagten erstattete Dr. St. das sozialmedizinische Gutachten des MDK vom 14. Februar 2001. Diese führte aus: Bereits vor der stationären Aufnahme des Versicherten habe die Kernspintomografie am 5. August 1999 keinen Hinweis auf einen Bandscheibenvorfall ergeben. Vielmehr hätten die Bildbefunde lediglich Bandscheibenprotusionen ohne einen Wurzel- oder einen Ganglienkonflikt gezeigt. Die Aufnahmeuntersuchung habe keinen Hinweis auf eine eindeutig neurologische Symptomatik erbracht. Dieses Ergebnis habe sich auch durch die am dritten stationären Tag durchgeführte neurologische Untersuchung mit ENG und EMG bestätigt. Die vom Versicherten geklagten Schmerzen hätten im Bereich der Lendenwirbelsäule oder der Brustwirbelsäule bzw. der Hüftgelenke nicht objektiviert werden können. Bereits bei stationärer Aufnahme des 25-jährigen Versicherten habe keine eindeutig therapiebedürftige Erkrankung vorgelegen. Nennenswerte Bewegungseinschränkungen der Wirbelsäule oder der Extremitäten hätten nicht bestanden.

Die Klägerin hat am 29. Juli 2002 Klage beim Sozialgericht Magdeburg erhoben und vorgetragen: Bereits mit Schreiben vom 8. Dezember 1999 habe die Beklagte eine unbedingte Kostenzusage erteilt. Das Bundessozialgericht habe dem Krankenhausarzt nach dem Urteil vom 13. Dezember 2001 - [B 3 KR 11/01 R](#) eine Beweiserleichterung zugebilligt. In Sachsen-Anhalt bestehe zwar kein Sicherstellungsvertrag im Sinne des [§ 112 SGB V](#). Zwischen den Beteiligten habe jedoch die Regelung des § 9 Pflegesatzvereinbarung gegolten. Hiernach werde der Betrag nach Ablauf von 15 Arbeitstagen nach Zugang der Rechnung fällig. Bis zur Fälligkeit des Zahlungsanspruches habe die Beklagte den MDK nicht mit der Prüfung der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit beauftragt. Dies sei vielmehr erst am 23. Mai 2000 erfolgt. Die Klägerin hat eine Stellungnahme von Chefarzt Dr. M. vom 19. Februar 2002 zur Gerichtsakte gereicht. Hiernach sei die stationäre Behandlung mit erweiternder neurologischer Diagnostik notwendig gewesen, um die Arbeitsfähigkeit des Patienten einschätzen zu können.

Mit Urteil vom 4. November 2005 hat das Sozialgericht Magdeburg den Antrag der Klägerin auf Zahlung von 1.347,25 EUR nebst 4% Zinsen seit 1. November 2001 abgewiesen: Nach dem Gutachten von Dr. St. ergebe sich weder aus der Einweisungsdiagnose, der durchgeführten Diagnostik noch aus den durchgeführten Therapiemaßnahmen ein Hinweis für eine Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit. Nach der Verordnung der einweisenden praktischen Ärztin Dipl.-Med. R. habe lediglich ein chronisches LWS-Syndrom bei bestehender Bandscheibendegeneration vorgelegen, das seit Monaten keine Besserungstendenz gezeigt habe.

Die Klägerin hat gegen das am 12. Dezember 2005 zugestellte Urteil am 14. Dezember 2005 einen Antrag auf Urteilsberichtigung gestellt. Das Sozialgericht Magdeburg hat mit Berichtigungsbeschluss vom 3. Januar 2006 den Tenor und die Entscheidungsgründe berichtigt. Das berichtigte Urteil hat das Sozialgericht der Klägerin am 9. Januar 2006 zugestellt.

Die Klägerin hat am 11. Januar 2006 Berufung beim Landessozialgericht Sachsen-Anhalt eingelegt und geltend gemacht: Der Hinweis der Vorinstanz auf einen CT-Befund vom 5. August 1999 könne nicht überzeugen, da sich der Zustand des Versicherten bis zur zeitlich später erfolgten stationären Aufnahme habe verschlechtern können. Der Versicherte habe an starken Rückenschmerzen gelitten. Nach den zum Entscheidungszeitpunkt dem Krankenhausarzt bekannten Umständen sei auf der Grundlage einer Einschätzungsprärogative die stationäre Behandlung ohne jeden Zweifel medizinisch vertretbar und damit notwendig gewesen.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Magdeburg vom 4. November 2005 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, die stationäre Behandlung des Patienten G. M. in Höhe von 1.347,25 EUR nebst 4% Zinsen ab dem 1. Januar 2001 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die erstinstanzliche Entscheidung für zutreffend.

Der Senat hat Beweis erhoben durch Einholung eines Sachverständigengutachtens von dem Chefarzt und Facharzt für Orthopädie Prof. Dr. M. (W.-Krankenhaus B. D.). Dieser hat in seinem Gutachten vom 1. September 2008 ausgeführt: Die bei der Klägerin durchgeführten Laboruntersuchungen hätten kein entzündliches Krankheitsgeschehen ergeben. Nach den angefertigten Röntgenaufnahmen der BWS und LWS sowie des Beckens ergebe sich eine geringe linkskonvexe Ausbiegung der BWS und eine rechtskonvexe Ausbiegung der LWS. Wesentliche degenerative Veränderungen im Bereich der BWS- und LWS bzw. im Bereich beider Iliosakralgelenke (Bereich des Darm- und Kreuzbeins (ISG)) und der Hüftgelenke seien nicht erkennbar. Eine am dritten Tag durchgeführte neuro-physiologische Untersuchung habe chronisch-neurogene Umbauprozesse in der S1 versorgten Muskulatur rechts gezeigt, jedoch eine akute Wurzelläsion nicht bestätigt. Therapeutisch habe der Versicherte täglich Musaril (½/½/1) sowie Infusionen mit 550 ml E 153 plus 500 mg Asvorvit, 100 mg Tramal und zwei Ampullen Vitamin-B Komplex erhalten. Weiter sei am 16. November 1999 an beiden ISG (Bereich des Darm- und Kreuzbeins) und am 21. November 1999 am linken ISG und L 4/L5, L5/S1 eine Infiltrationsbehandlung sowie am 23. November 1999 eine Facetten-Infiltration der genannten Bereiche durchgeführt worden. Zwischen dem 17. November 1999 bis 26. November 1999 habe der Versicherte Bewegungsbäder erhalten.

Nach Auffassung des Sachverständigen ergebe sich aus den erhobenen Befunden und den vorliegenden Diagnosen kein vollstationärer Krankenhausbehandlungsbedarf des Versicherten. Dabei sei zu beachten, dass der Versicherte von einer praktischen Ärztin und nicht von einem Facharzt für Orthopädie eingewiesen worden sei. Auf dieser Grundlage wäre der verantwortliche Krankenhausarzt verpflichtet gewesen, zu prüfen, ob eine fachärztliche ambulante Diagnostik vorrangig hätte erfolgen können. Ärztliche Aufzeichnungen, die sich mit einer solchen Entscheidung des Krankenhausarztes auseinandersetzen, seien in den Krankenhausunterlagen nicht vorhanden. Zu beachten sei auch, dass der Versicherte nicht von seiner ständigen Hausärztin, sondern von der Vertreterin eingewiesen worden sei. Dies sei für den aufnehmenden Krankenhausarzt ein weiteres Indiz, die Indikation zur stationären Behandlung kritisch zu überprüfen, da ein Vertretungsarzt üblicherweise den Gesundheitszustand eines ihm fremden Patienten schlechter einschätzen könne.

Zunächst hat die Klägerin auf das Gutachten erwidert: Zum Zeitpunkt der Behandlung habe es im Versorgungsgebiet des Versicherten keine Schmerzambulanzen gegeben, die eine Infusionsbehandlung hätten durchführen können.

Auf die Nachfrage des Berichterstatters, auf welche Tatsachengrundlage sich die Klägerin dabei stütze und ob es von ihrer Seite konkrete Versuche gegeben habe, eine ambulante Versorgung des Versicherten herbeizuführen, hat diese ergänzend vorgetragen: Eine Infusionsbehandlung könne und dürfe nur in Schmerzambulanzen durchgeführt werden. Diese habe es im Versorgungsgebiet zur damaligen Zeit nicht gegeben. Konkrete erfolglose Versuche der Klägerin, eine ambulante Behandlung durchzuführen, habe es nicht gegeben. Derartige Versuche seien jedoch dem einweisenden Arzt zu unterstellen. Schließlich sei die Einweisung erfolgt, weil die ambulanten Behandlungsversuche gerade nicht zur Schmerzfreiheit des Versicherten geführt hätten. Nach dem Urteil des Bundessozialgerichts vom 10. April 2008 könne eine ambulante Behandlung nur gefordert werden, wenn diese überhaupt zur Verfügung stehe und der Versicherte diese in zumutbarer Weise auch erreichen könne. Diese Voraussetzungen seien im vorliegenden Sachverhalt nicht gegeben.

Die Beklagte hat hierzu ausgeführt: Bereits nach dem MDK-Gutachten vom 16. Februar 2001 stehe fest, dass ein Facharzt für Orthopädie oder ein entsprechend informierter Facharzt für Allgemeinmedizin die von der Klägerin veranlassten Maßnahmen hätte durchführen können. Nach Auskunft der AOK Sachsen-Anhalt habe es im Jahr 1999 im betreffenden Burgenlandkreis allein acht niedergelassene Orthopäden gegeben: Fünf davon in Weißenfels, zwei in Naumburg und einer in Laucha. Von einer fehlenden ambulanten Behandlungsmöglichkeit des Versicherten könne daher nicht einmal ansatzweise die Rede sein.

Der Sachverständige hat auf die Frage zur ambulanten Behandlungsmöglichkeit des Versicherten in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 6. Januar 2009 ausgeführt: Die stationäre Behandlung des Versicherten sei nicht gerechtfertigt, weil die Möglichkeiten der ambulanten Diagnostik und Therapie im vorliegenden Fall nicht ausgeschöpft worden seien. Die gebotene Schmerztherapie hätte von einem niedergelassenen Facharzt für Orthopädie bzw. ggf. von einem Allgemeinmediziner durchgeführt werden können. Die Notwendigkeit einer speziellen Schmerzambulanz, wie von der Klägerin behauptet, könne er nicht bestätigen.

Am 10. Februar 2009 hat die Beklagte und am 24. Februar 2009 die Klägerin einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung zugestimmt.

Für den weiteren Sach- und Streitstand wird auf die Gerichtsakte, die Verwaltungsakte sowie die Patientenakte verwiesen, welche Gegenstand der Beratung des Senats gewesen sind.

Entscheidungsgründe:

Der Senat konnte ohne mündliche Verhandlung entscheiden, da sich die Beteiligten hiermit einverstanden erklärt haben ([§ 124 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#)).

Die Berufung ist nach [§§ 143, 144 Abs. 1 Satz 2 SGG](#) statthaft, weil der Beschwerdewert von 500,- EUR überschritten wird. Sie ist auch form- und fristgerecht eingelegt worden ([§ 151 SGG](#)) und damit zulässig, jedoch unbegründet.

Die Klägerin macht den Anspruch auf Zahlung der Vergütung für erbrachte Krankenhausleistungen gegen die Beklagte zutreffend mit der (echten) Leistungsklage gemäß [§ 54 Abs. 5 SGG](#) geltend. Die Klage eines Krankenhausträgers wie der Klägerin auf Zahlung der Behandlungskosten eines Versicherten gegen eine Krankenkasse ist ein sog. Beteiligtenstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt, kein Vorverfahren durchzuführen und keine Klagefrist zu beachten ist (vgl. BSG, Urteil vom 10. April 2008 - [B 3 KR 19/05 R](#)).

Die Klägerin hat ihren Zahlungsanspruch in der Rechnung vom 28. März 2000 konkret beziffert. Diesen hat die Beklagte nicht beglichen. Rechtsgrundlage des Vergütungsanspruchs ist [§ 109 Abs. 4 Satz 3](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V) i.V.m. der Pflegesatzvereinbarung der Beteiligten für das Jahr 1999. Nähere vertragliche Regelungen i.S. von [§ 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1](#) und 2 SGB V über die allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung sowie die Überprüfung ihrer Notwendigkeit und Dauer existieren gerichtsbekannt für Sachsen-Anhalt nicht und werden von den Beteiligten auch nicht behauptet. Weder aus der Kostenzusage der Beklagten (dazu im Folgenden: 1.), den gesetzlichen Vorschriften (dazu im Folgenden 2.) noch der Pflegesatzvereinbarung der Beteiligten (dazu im Folgenden: 3.) lässt sich ein Vergütungsanspruch der Klägerin rechtfertigen.

1. Aus der Kostenzusage der Beklagten vom 8. Dezember 1999 ergibt sich kein Vergütungsanspruch der Klägerin. Grundsätzlich entsteht die Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse unabhängig von einer schriftlichen Kostenzusage, die nur als deklaratorisches Schuldanerkenntnis anzusehen ist (vgl. [BSGE 86, 166](#) (170)), unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten, wenn die Versorgung in einem - wie hier - zugelassenen Krankenhaus durchgeführt wird und im Sinne von [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) erforderlich ist. Die Kostenzusage hat also für den Vergütungsanspruch eines Krankenhauses kein eigenständig-konstitutives Gewicht. Sie kann jedoch unter Umständen im Abrechnungsverfahren eine besondere Bedeutung erlangen. Im vorliegenden Fall beschränkt sich jedoch die Kostenzusage inhaltlich auf die medizinisch notwendige Dauer der Behandlung und verweist damit auf die gesetzlichen Vorschriften. Aus dieser lediglich vorbehaltlich erklärten Kostenzusage kann die Klägerin daher keine Rechte herleiten.

2. Ein Vergütungsanspruch der Klägerin kann auch nach den gesetzlichen Vorschriften nicht bestehen.

Das Gesetz regelt die Voraussetzungen des Anspruchs auf vollstationäre Krankenhausbehandlung in [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#). Danach muss die Aufnahme des Patienten in das Krankenhaus bzw. seine weitere vollstationäre Behandlung erforderlich sein, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- oder nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann. Nach dem Wortlaut dieser Regelung steht fest, dass der Aufenthalt im Krankenhaus einem Behandlungszweck dienen muss und die Krankenkasse nicht leistungspflichtig ist, wenn der Patient aktuell keiner stationären Behandlung (mehr) bedarf, sondern ggf. aus anderen Gründen, etwa wegen Hilflosigkeit oder Pflegebedürftigkeit im Krankenhaus behalten wird (Großer Senat des BSG, Beschluss vom 25. September 2007, [GS 1/06](#), Seite 8 des Umdrucks [Abs. 16]).

Ob eine stationäre Krankenhausbehandlung aus medizinischen Gründen notwendig ist, hat das Gericht im Streitfall grundsätzlich

uneingeschränkt zu überprüfen. Es hat dabei von dem im Behandlungszeitpunkt verfügbaren Wissens- und Kenntnisstand des verantwortlichen Krankenhausarztes auszugehen. Eine "Einschätzungsprärogative" kommt dem Krankenhausarzt nicht zu (Großer Senat des BSG, a. a. O., Leitsatz 2). Die Entscheidung darüber, ob dem Versicherten ein Anspruch auf Gewährung vollstationärer Krankenhausbehandlung als Sachleistung zusteht und darin eingeschlossen die Entscheidung, ob eine stationäre Behandlung aus medizinischen Gründen notwendig ist, obliegt nicht dem Krankenhaus, sondern der Krankenkasse, gegen die sich der Anspruch richtet (Großer Senat des BSG, a. a. O., Seite 11 des Umdrucks [Abs. 28]).

Sowohl in den Fällen, in denen der Versicherte vorab die Genehmigung einer gemäß § 73 Abs. 2 Satz 1 Nr. 7 i. V. mit Abs. 4 SGB V vertragsärztlich verordneten Krankenhausbehandlung beantragt, als auch dann, wenn zu einem späteren Zeitpunkt über die Verlängerung des Krankenhausaufenthalts zu befinden ist, hat die Krankenkasse vor ihrer Entscheidung die Erforderlichkeit der stationären Behandlung eigenständig und ohne Bindung an die Beurteilung des zuständigen Krankenhausarztes zu prüfen. Nichts anderes gilt für das Gericht, das ggf. in einem nachfolgenden Rechtsstreit über den Behandlungsanspruch des Versicherten oder den Vergütungsanspruch des Krankenhauses zu entscheiden hat (Großer Senat des BSG, a. a. O., Seite 11 des Umdrucks [Abs. 28]).

Ob die Aufnahme ins Krankenhaus oder die Fortführung der stationären Behandlung über einen bestimmten Zeitpunkt hinaus nach objektiven Maßstäben medizinisch geboten war, lässt sich mit sachverständiger Hilfe auch rückschauend klären. Zu den praktischen Problemen, die bei der rückwirkenden Aufklärung der medizinischen Sachverhalte auftreten können, hat der Große Senat des BSG (a. a. O., Seite 13 des Umdrucks [Abs. 32]) ausgeführt: "Nicht in rechtlicher, wohl aber in tatsächlicher Hinsicht, also im Rahmen der Beweiswürdigung, wird allerdings in Grenz- oder Zweifelsfällen bei einer nachträglichen Prüfung der Beurteilung des behandelnden Arztes besonderes Gewicht zukommen können, weil sich die in der Vergangenheit liegende Behandlungssituation auch bei einer ordnungsgemäßen Dokumentation des Krankheitsgeschehens und des Behandlungsverlaufs unter Umständen nur begrenzt nachvollziehen lässt und der Krankenhausarzt im Zeitpunkt der Behandlung in Kenntnis des Patienten und aller für die medizinische Versorgung relevanten Umstände im Zweifel am ehesten einschätzen konnte, welche Maßnahmen medizinisch veranlasst waren. Das relativiert die Befürchtung, die Krankenkasse könne mit Hilfe eines vom MDK "am grünen Tisch" erstatteten Gutachtens jederzeit noch Wochen oder Monate nach Abschluss einer Behandlung deren Berechtigung in Zweifel ziehen oder ihre Leistungspflicht bestreiten".

In seinem grundlegenden Urteil vom 10. April 2008 – [B 3 KR 19/05 R](#) hat der 3. Senat des BSG diese Entscheidung des Großen Senats bestätigt und in seiner praktischen Umsetzung für die Tatsachengerichte verdeutlicht. Hiernach ist die Beurteilung der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit durch den verantwortlichen Krankenhausarzt im Abrechnungsstreit zwischen Krankenhaus und Krankenkasse immer daraufhin 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, Urteil vom 10. April 2008 – [B 3 KR 19/05 R](#), a. a. O., RdNr 41 zitiert nach juris).

Entscheidend ist danach immer das medizinische Erfordernis im Einzelfall; Maßstab kann nicht ein "objektiver Patient" und dessen abstrakte Krankheitsgeschichte sein. Eine Krankenbehandlung, die nicht der besonderen Mittel eines Krankenhauses bedarf, ist grundsätzlich ambulant durchzuführen; insbesondere die vollstationäre Krankenhausbehandlung ist nachrangig gegenüber allen anderen Arten der Krankenbehandlung (vgl. [§ 39 Abs 1 Satz 2 SGB V](#) "weil ... nicht"). Ob die notwendige medizinische Versorgung nur mit den besonderen Mitteln eines Krankenhauses durchgeführt werden kann, ist immer an Hand der Umstände des konkreten Einzelfalles zu beurteilen; es kommt auf die Art und Schwere der Krankheit im Einzelfall an und ob dafür die medizinische Versorgung eines Versicherten gerade im Krankenhaus notwendig ist. Schon der 1. Senat des BSG hat im Urteil vom 4. April 2006 ([BSGE 96, 161](#), 169) darauf hingewiesen, dass für die ärztliche Entscheidung, Behandlungsverfahren ambulant oder stationär durchzuführen, vor allem Risikoabwägungen ausschlaggebend sind. Dabei kommt es insbesondere auf den Gesundheitszustand des Versicherten an, aber auch andere Faktoren können eine Rolle spielen - denn eine medizinische Versorgung, die als solche nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse in der Regel ambulant vorgenommen wird, kann gleichwohl auf Grund besonderer Gegebenheiten des Einzelfalles eine stationäre Krankenhausbehandlung erfordern (Urteil des BSG vom 19. November 1997, [SozR 3-2500 § 107 Nr. 1 S 7](#)). Entscheidend ist zudem, dass eine nach den Regeln der ärztlichen Kunst geeignete ambulante Variante überhaupt zur Verfügung steht, und zwar so, dass sie für den Versicherten verfügbar und in zumutbarer Weise erreichbar ist (vgl. dazu BSG, Urteil vom 10. April 2008 – [B 3 KR 19/05 R](#), zitiert nach juris).

Auf dieser rechtlichen Grundlage liegt insbesondere unter Einbeziehung der Epikrise der Klägerin vom 30. November 1999, des MDK Gutachtens vom 16. Februar 2001 und des gerichtlichen Sachverständigengutachten von Prof. Dr. M. vom 1. September 2008 und unter Berücksichtigung aller Umstände des Einzelfalles ein medizinischer Sachverhalt vor, der weder aufgrund der Art und Schwere der Erkrankung noch unter Risikogesichtspunkten sowie der Prüfung von ambulanten Möglichkeiten im konkreten Sachverhalt eine vollstationäre Versorgung des Versicherten rechtfertigen kann bzw. als vertretbar erscheinen lässt.

Beim Versicherten lag zum Zeitpunkt der Krankenhausaufnahme am 16. November 1999 kein akuter neuronaler Befund vor, der wegen seiner Art und Schwere eine stationäre Aufnahme hätte rechtfertigen können. So finden sich bereits nach der Epikrise der Klägerin vom 30. November 1999 keine Hinweise auf eine akute Wurzelläsion, Lähmungserscheinungen oder ähnlich erhebliche funktionelle Ausfallserscheinungen. Der Aufnahmebefund einer therapieresistenten Lumboischalgie bzw. eines Pseudoradikulärsyndroms ist von seiner Art und Schwere nicht so erheblich anzusehen, dass die Notwendigkeit einer stationären Aufnahme gerechtfertigt sein könnte. Nach der vom Sachverständigen Prof. Dr. M. wörtlich wiedergegebenen Anamnese in der Krankenakte der Klägerin hat der Versicherte über eine mäßig zunehmende Schmerzsymptomatik sowie über bloße Missempfindungen geklagt. Gegen eine akute und umfassende Schmerzsituation des Versicherten spricht auch dessen eigene Angabe bei der Aufnahme, er schlafe zuletzt gut. Gegenteiliges lässt sich auch nicht aus der Stellungnahme des Chefarztes der Klägerin Dr. M. vom 19. Februar 2002 ableiten. Hiernach ist die stationäre Behandlung mit erweiternder neurologischer Diagnostik notwendig gewesen, um die Arbeitsfähigkeit des Patienten einschätzen zu können. Hinweise auf eine akute Schmerzproblematik oder einen besonderen Behandlungsbedarf des Versicherten lassen sich aus dieser Bewertung des verantwortlichen Chefarztes der Klägerin nicht ableiten.

Auch von einer deutlichen Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Versicherten nach der MRT-Untersuchung in Jena im August 1999, deren Befund der Klägerin in der Aufnahmesituation vorlag, kann nicht ausgegangen werden. In der Verordnung der praktischen

Ärztin R. auf Krankenhausbehandlung findet sich als Einweisungsgrund eine seit Monaten fehlende Besserungstendenz, jedoch kein Hinweis auf eine akute Verschlechterung des Gesundheitszustandes. Dies hatte auch der Versicherte bei der Aufnahme nicht angegeben. Ein derartiger Akutfall wird auch von der Klägerin nicht konkret behauptet. Ihr Sachvortrag beschränkt sich vielmehr auf die bloße Vermutung, der Gesundheitszustand des Versicherten hätte sich nach der MRT-Aufnahme verschlechtern können. Objektivierbare Befunde, die für eine tatsächliche erhebliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Versicherten nach August 1999 sprechen könnten, liegen nicht vor und sind den Krankenunterlagen auch nicht zu entnehmen. Nach dem bekannten MRT-Befund von August 1999 war von bloßen Bandscheibenprotusionen ohne Wurzel- oder Ganglienkonflikt auszugehen. Gegen einen dringenden Bedarf, wegen eines akuten oder unklaren Krankheitsbildes zu ermitteln, sprechen auch die erst nach drei Tagen von der Klägerin vorgenommenen labortechnischen Untersuchungen. Im Übrigen haben diese Untersuchungen auch nur das Fehlen eines entzündlichen Krankheitsgeschehens bestätigt.

Auch der vom Sachverständigen Prof. Dr. M. beschriebene Behandlungs- und Therapieverlauf bei der Klägerin lässt den Rückschluss auf eine besonders risikoträchtige Behandlungssituation des Versicherten nicht zu. Die Klägerin beschränkte sich auf eine orale Medikation, tägliche Infusionen sowie Infiltrations- und eine galvanische Strombehandlung und Bewegungsbäder, die grundsätzlich auch ambulant erbracht werden können. Ein besonderer behandlungs- oder pflegespezifischer Mehraufwand des Versicherten oder Hinweise auf spezifische Mehr Risiken, die in der Person des Versicherten begründet waren (z.B. Mehrfacherkrankung), finden sich in der Behandlungsakte an keiner Stelle und werden von der Klägerin auch nicht konkret behauptet.

Gegen eine unter Risikoaspekten erforderliche vollstationäre Behandlung des Versicherten spricht auch die Behandlungsintensität vor der eigentlichen Einweisung bei der Klägerin. Die Verordnung des Versicherten zur stationären Aufnahme erfolgte nicht von einem Facharzt für Orthopädie nach einer längeren intensiven schmerztherapeutischen Behandlung, sondern lediglich von der Vertreterin der Hausärztin, die, worauf der Sachverständige Prof. Dr. M.r zutreffend hinwies, erfahrungsgemäß das Erkrankungsbild eines für sie fremden Patienten nicht so gut einschätzen kann, wie der Hausarzt. Die Entscheidung der Vertreterin der ständigen Hausärztin, eine vollstationäre Behandlung des Versicherten für notwendig zu erachten, war daher aus Sicht des aufnehmenden Krankenhausarztes kritisch zu würdigen, zumal kein Hinweis auf ein akutes Krankheitsgeschehen bestand. Hierbei sind auch die von der Klägerin selbst dokumentierten Angaben des Versicherten zu beachten. Der Versicherte hatte bei der Krankenhausaufnahme angegeben, dass die Krankenkasse bzw. der MDK ihm ein ausreichendes Restleistungsvermögen bescheinigt und ihn sogar aufgefordert hatte, sich dem Arbeitsmarkt zur Verfügung zu stellen. Darüber hinaus soll die ihn ständig behandelnde Hausärztin von Seiten der Krankenkasse sogar gedrängt worden sein, weitere Krankschreibungen zu unterlassen. Damit hat der Versicherte selbst ärztliche Einschätzungen vorgetragen, die seinen Gesundheitszustand deutlich besser bewerteten.

Entgegen der Ansicht der Klägerin kann von den ihr bekannten Informationen in der Aufnahmeentscheidung noch nicht auf eine Ausschöpfung aller ambulanten therapeutischen Möglichkeiten im Einzelfall geschlossen werden, da der Versicherte zuvor gerade keine längere fachärztliche und speziell schmerztherapeutische Behandlung erhalten hatte. Eine konkretisierbare gesundheitliche Gefährdung des Versicherten hat damit nach den damals bekannten Tatsachen zum Aufnahmezeitpunkt des 16. November 1999 nicht bestanden. Schließlich handelte sich um einen Patienten, der nach seinen eigenen Angaben lediglich unter mäßigen Schmerzen ohne akute Ausfallerscheinungen litt und der in schmerztherapeutischer Hinsicht noch nicht als austherapiert angesehen werden konnte. Unter Risikoaspekten sind daher keinerlei objektivierbaren Tatsachen erkennbar, die eine vollstationäre Behandlung des Versicherten nachvollziehbar erscheinen lassen.

Die pauschale Behauptung der Klägerin, es habe an geeigneten und dem Versicherten zumutbaren ambulanten Behandlungsmöglichkeiten gefehlt, genügt auch nicht, um zu einer anderen Bewertung zu gelangen. Bereits die Annahme der Klägerin, allein eine spezielle Schmerzambulanz wäre im vorliegenden Fall indiziert gewesen, findet keine medizinische Bestätigung. So hat der gerichtliche Sachverständige Prof. Dr. M. nachvollziehbar dargelegt, dass die im vorliegenden Fall gebotene ambulante Schmerztherapie nicht an eine besondere, quasi institutionelle Schmerzambulanz gebunden gewesen wäre. Nach seiner überzeugenden Einschätzung hätte grundsätzlich jeder Facharzt bzw. ggf. sogar jeder Hausarzt die gebotene schmerztherapeutische Behandlung durchführen können. Diesen Ausführungen ist die Klägerin auch nicht mehr entgegengetreten. Auch hat die Klägerin auf ausdrückliche Nachfrage des Berichterstatters keine konkreten Tatsachen in der Aufnahmesituation des Versicherten behauptet und beschrieben, die für eine spezifische, objektivierbare ambulante Versorgungslücke im vorliegenden Einzelfall hätten sprechen können. Aus der Patientenakte ergibt sich – worauf der Sachverständige bereits zutreffend hingewiesen hat – kein einziger Anhaltspunkt für Versuche der Klägerin, eine spezielle ambulante schmerztherapeutische Versorgung zu organisieren oder andere Umstände, die eine ambulante Behandlung hätten ausschließen oder gefährden können. Die Beklagte hat zudem nachvollziehbar zahlreiche alternative Möglichkeiten einer fachärztlichen Behandlung des Versicherten zum Behandlungszeitpunkt in der unmittelbaren Behandlungsregion genannt. Diese hätte der Versicherte – mangels gegenteiliger Anhaltspunkte – auch wahrnehmen können. Gegen das Vorhandensein von beachtlichen Hindernissen für eine ambulante Behandlung sprechen auch die eher geringen Beschwerdeangaben des Versicherten, das wenig ausgeprägte klinische Bild der Erkrankung ohne neurologische Störungen und der Behandlungsverlauf im Krankenhaus.

3. Auch aus der Pflegesatzvereinbarung der Beteiligten des Jahres 1999 kann die Klägerin keinen unmittelbaren Zahlungsanspruch ableiten. Zwar hat der 3. Senat des BSG in seinem Urteil vom 28. Mai 2003 – [B 3 KR 10/02 R](#) eine Zahlungsbestimmung in einer Pflegesatzvereinbarung im Sinne einer unmittelbaren Zahlungsverpflichtung der Krankenkasse ausgelegt. Der Senat sieht die vorliegende Regelung als bloße Fälligkeitsbestimmung an, die nur für den Eintritt eines Verzuges und möglicher Verzugszinsen bedeutsam ist. Es gibt keinen Anhaltspunkt für eine Auslegung, dass die Vertragsparteien damit eine unbedingte Zahlungspflicht selbst bei schwerwiegenden Zweifeln gegen die Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit festlegen wollten. Dann wäre eine Formulierung wie "Rechnungen sind stets innerhalb von 14 Tagen zu zahlen" verwandt worden. Zumindest kann die Klausel nicht so ausgelegt werden, dass nach abgeschlossenem Prüfverfahren und festgestellt fehlender Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit die Beklagte die Rechnung gleichwohl zu zahlen hätte (vgl. BSG, Urteil vom 28. September 2006 – [B 3 KR 23/05 R](#), SozR 4 – 2500, § 112 Nr. 6). Schließlich wäre die Klägerin in diesem Fall – aus den oben genannten Gründen – umgehend wieder zur Rückzahlung an die Beklagte verpflichtet. Auch ist unsicher, ob der 3. Senat des BSG diese stark von der Einschätzungsprärogative geprägte Rechtsprechung tatsächlich noch aufrecht erhält.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs. 1 SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 1](#) Verwaltungsgerichtsordnung, die Streitwertfestsetzung ergibt sich aus [§§ 197a Abs. 1 SGG](#) i.V.m. [§ 13 Abs. 2](#), [25 Abs. 2](#) Gerichtskostengesetz in der bis zum 30. Juni 2004 geltenden Fassung.

Der Senat hat die Revision nicht zugelassen, weil nach der Entscheidung des 3. Senats des BSG vom 10. April 2008 – [B 3 KR 21/05 R](#) (zitiert nach juris) nunmehr geklärt ist, in welchem Umfang die mit dem Recht der Krankenversicherung befassten Senate des BSG ihre zukünftige Rechtsprechung unter Beachtung der Entscheidung des Großen Senats vom 26. September 2007 ausrichten.

Rechtskraft

Aus

Login

SAN

Saved

2012-10-02