L 7 V 10/05

Land
Sachsen-Anhalt
Sozialgericht
LSG Sachsen-Anhalt
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
7
1. Instanz
SG Dessau-Roßlau (SAN)
Aktenzeichen
S 5 V 3/04
Datum
25.05.2005
2. Instanz
LSG Sachsen-Anhalt
Aktenzeichen
L 7 V 10/05
Datum
25.08.2009
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze
Schädigungsfolgen nach dem BVG
Die Berufung wird zurückgewiesen. Die Klägerin trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens. Die Revision wird nicht zugelassen. Der Streitwert wird für beide Rechtszüge auf 1.921,70 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten darüber, ob die Beklagte der Klägerin weitere 1.921,70 EUR für die stationäre Behandlung der Patientin M. G. aus der Fallpauschale (FP) 17.092 oder nach tagesgleichen Pflegesätzen für die Zeit vom 20. Mai bis 26. Mai 2001 zu zahlen hat.

Die Klägerin ist Trägerin des KKH N., das in den Krankenhausplan des Landes Sachsen-Anhalt aufgenommen ist. Die im Jahr 1927 geborene M. G. (im Folgenden: Versicherte) war im Jahr 2001 bei der Beklagten krankenversichert. Auf Verordnung des Facharztes für Allgemeinmedizin Dr. K. nahm die Klägerin die Versicherte vom 8. bis 26. Mai 2001 stationär auf und implantierte ihr eine Knie-Totalendoprothese (TEP) im linken Bein. Die Beklagte erteilte für diese Behandlung am 11. Mai 2001 eine unbefristete Kostenzusage, behielt sich aber die Zahlung nur für die ärztlich notwendige Verweildauer vor.

Zunächst erstellte die Klägerin für die Behandlung der Versicherten bis zum Ende des Wundheildatums (19. Mai 2001) eine Rechnung vom 6. Juni 2001 nach der FP 17.091, die von der Beklagten auch bezahlt wurde. In einem späterem Schreiben vom 4. April 2002 verlangte die Klägerin unter Hinweis auf ein Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) vom 26. April 2001 – B 3 KR 5/00 R eine Nachberechnung und rechtfertigte dies mit der sog. B-Pauschale der FP 17.092. Dem Schreiben war eine Rechnung vom 8. April 2002 beigefügt, in der die Klägerin für die Weiterbehandlung der Versicherten bis zu deren Entlassung am 26. Mai 2001 weitere 3.758,51 DM geltend machte. Die FP 17.091 lautete: Gonarthrose Einbau einer Kniegelenks-Totalendoprothese, Versorgung bis Abschluss Wundheilung (z.B. Entfernung von Fäden/Klammern), mindestens jedoch bis Abschluss indikationsspezifischer Komplikationen

Die FP 17.092 hat folgenden Wortlaut: Gonarthose Weiterbehandlung im Anschluss an FP 17.091 bis zum Erreichen der Rehabilitationsfähigkeit; Mindestaufenthalt 7 Belegtage Im Schreiben vom 17. April 2002 erbat die Beklagte von der Klägerin weitere medizinische Unterlagen. Ihr wurde daraufhin ein OP-Bericht vom 9. Mai 2001 übersandt, den die Beklagte dem Sozialmedizinischen Dienst (SMD) zur Prüfung orlegte. Die Fachärztin für Innere Medizin S. gab in einem handschriftlich vorformulierten und kopierten Text folgende Bewertung ab: Die Notwendigkeit eines stationären Aufenthaltes über den abgerechneten Behandlungszeitraum lasse sich wegen des komplikationslosen Verlaufs von Mobilisation und Wundheilung nicht erkennen. Daraufhin lehnte die Beklagte mit Schreiben vom 5. Juni 2002 eine Zahlung ab.

Die Klägerin hat am 17. September 2002 Klage beim Sozialgericht Halle erhoben und geltend gemacht: Aus § 9 der zwischen den Beteiligten geltenden Pflegesatzvereinbarung 2001 sei der Rechnungsbetrag spätestens am 15. Arbeitstag nach Eingang der Rechnung fällig. Wegen der Kostenzusage der Beklagten und ihrer substanzlosen Behauptung, eine medizinische Notwendigkeit der vollstationären Behandlung ab dem 19. Mai 2001 zu bestreiten, sei diese antragsgemäß – ohne weitere gerichtliche Ermittlungen – zu verurteilen. Die Klägerin hat zum Verfahren einen Arztbrief des Chefarztes der Abteilung für Orthopädie Dr. M. vom 21. August 2001 vorgelegt, der bei der Versicherten u.a. eine Valgusgonarthorse links sowie einen Morbus Parkinson diagnostiziert und berichtet hatte, die Wundheilung sei mit der Entfernung der Wundklammern am 19. Mai 2001 eingetreten.

Nach Auswertung der Krankenakte der Klägerin durch den SMD hat die Fachärztin für Allgemeinmedizin S. ausgeführt: Seit dem 20. Mai

2001 seien keine therapeutischen Maßnahmen mehr bei der Versicherten dokumentiert und eine stationäre Behandlung nicht mehr gerechtfertigt. Seit 19. Mai 2001 sei das linke Knie reizlos und ohne krankhaften Befund gewesen.

Das Sozialgericht Halle hat Beweis erhoben durch Einholung eines Sachverständigengutachtens nach Aktenlage. Der Sachverständige – Facharzt für Chirurgie und Unfallmedizin Dr. H. – hat unter dem 13. Februar 2004 angegeben: Nach dem OP-Bericht vom 9. Mai 2001 sei die Endoprothese komplikationslos implantiert worden. Bis zum 12. Mai 2001 sei das linke Bein in einer Schiene gelagert worden. In der Verlaufsdokumentation finde sich für die Tage 12. Mai, 17. Mai, 21. Mai, 22. Mai und nach dem 23. Mai 2001 keine Eintragung. Nach der Pflegebeobachtung sei die Versicherte bis zum 23. Mai 2001 zeitweilig verwirrt gewesen. Der Sachverständige hat für den streitigen Behandlungszeitraum folgende Diagnosen gestellt:

• Varusgonarthrose links mit Versorgungsstatus mittels Knieendoprothese links • Spannungsblasen am linken Fußrücken • Morbus Parkinson • Kompensierte Herzinsuffizienz • Arterielle Hypertonie • Zeitweiliger Verwirrungszustand.

Weiter hat er ausgeführt: Die Spannungsblasen seien bei der Versicherten am 11. Mai 2001 bemerkt worden, seien jedoch komplikationslos verheilt und hätten den allgemeinen Heilungsverlauf nicht negativ beeinflusst. Bei der Versicherten habe nach dem Entlassungsbrief seit 1999 ein Morbus Parkinson bestanden, der regelmäßig medikamentös behandelt worden sei. Seit April 2001 habe sie das Medikament Digitoxin eingenommen. Aus der Krankenakte seien keine Dekompensationszeichen ersichtlich und von einer unauffälligen Herzkreislauffunktion auszugehen. Die Versicherte habe einen erhöhten, aber regelmäßig kontrollierten Bluthochdruck gehabt. In der Pflegedokumentation seien Verwirrtheitszustände am 15. Mai 2001 und am 23. Mai 2001 vermerkt. Postoperative Verwirrungszustände wegen der Absenkung des Sauerstoffgehaltes seien gerade bei älteren Patienten nach einer Operation aufgrund der eingeschränkten Herzkreislauffunktion und der erheblichen psychischen Belastung durch den Wegfall der vertrauten Umgebung typisch. Bei der Behandlung der Parkinsonerkrankung habe die Versicherte das Medikament Madopar erhalten, das den Wirkstoff Levodopa enthalte. Zu den bekannten Nebenwirkungen dieses Medikaments gehörten mentale Veränderungen, psychotische Episoden einschließlich Verwirrung. Es könne daher zu einer Wechselwirkung mit den Medikamenten der Anästhesie (z.B. Benzodiazepin) gekommen sein.

Nach der Krankendokumentation habe mittels planmäßiger Beübung und Belastung eine gute Funktion des linken Kniegelenks innerhalb von vier Tagen nach der Operation erreicht werden können. Unter dem 13. Mai 2001 finde sich eine Eintragung, nach der die Versicherte mit Begleitung auf die Toilette gegangen sei. Auch am 15. Mai 2001 habe sich die Versicherte offenbar selbstständig, wenn auch verwirrt, auf der Station bewegt. Hinweise für eine Überlastungsreaktion des operierten linken Beines seien nicht dokumentiert. Nach der Patientenakte sei von einem exzellenten Behandlungsergebnis und einer sehr guten Beweglichkeit und Belastbarkeit des linken Knies auszugehen. Nach Einschätzung des Sachverständigen seien bis zum 19. Mai 2001 sämtliche Behandlungsziele erreicht worden. Danach seien kein Gefährdungsrisiko oder eine sonstige behandlungsbedürftige Gesundheitsstörung der Versicherten mehr erkennbar. Sie hätte nach dem 19. Mai nach Hause entlassen werden können.

Mit Urteil vom 7. Oktober 2004 hat das Sozialgericht Halle den Antrag der Klägerin auf Zahlung von weiteren 1.921,70 EUR nebst 4 % Zinsen seit dem 6. Mai 2002 abgewiesen. In den Entscheidungsgründen hat es im Wesentlichen ausgeführt: Ein Zahlungsanspruch ergebe sich nicht aus § 9 der Pflegesatzvereinbarung. Dieser begründe – bei entsprechenden Einreden – keine unbedingte Pflicht auf vorläufige Zahlung. Auch eine Verwirkung des Anspruchs komme nicht in Betracht. Nach den Stellungnahmen des SMD und der Einschätzung des gerichtlichen Sachverständigen habe ab dem 19. Mai 2001 keine Behandlungsbedürftigkeit unter stationären Bedingungen mehr bestanden.

Die Klägerin hat gegen das ihr am 20. Oktober 2004 zugestellte Urteil am 15. November 2004 Berufung beim Landessozialgericht Sachsen-Anhalt eingelegt und geltend gemacht: Nach wie vor habe die Beklagte keinerlei substantiierte Einwendungen erhoben und sei daher antragsgemäß zu verurteilen. Der gerichtliche Sachverständige sei von einem unzutreffenden Begriff der medizinischen Vertretbarkeit ausgegangen. Die Versicherte habe an einer Vielzahl chronischer und schwerwiegender Begleiterkrankungen gelitten. Unter Zugrundlegung einer ex ante Betrachtung des behandelnden Krankenhausarztes sei die Fortsetzung der vollstationären Behandlung vertretbar gewesen.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Halle vom 7. Oktober 2004 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, an sie für die stationäre Behandlung der Patientin G. vom 20. bis 26. Mai 2001 1.921,70 EUR nebst 4 % Zinsen hieraus seit dem 6. Mai 2002 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die erstinstanzliche Entscheidung für zutreffend.

Der Berichterstatter hat den Chefarzt des J. KKH S. Dr. B. mit einem weiteren Sachverständigengutachten nach Aktenlage beauftragt. In seinem Gutachten vom 19. August 2008 hat er ausgeführt: In den Folgetagen nach der Operation seien nahezu täglich Verlaufnotizen bezüglich der Beweglichkeit des operierten Kniegelenks angefertigt worden. Den Unterlagen sei die Heilung der Spannungsblasen im Bereich des linken Sprunggelenks zu entnehmen sowie die Klammerentfernung am 19. Mai 2001. In der Pflegedokumentation finde sich für den 20. Mai 2001 eine Wundbehandlung über dem Spann. Unter dem 23. Mai 2001 sei formuliert: "Patientin war sehr verwirrt! Wollte immer heim zu ihrem Mann!" Die letzte Kontrolle der Laborwerte habe am 19. Mai 2001 einen normalen Befund ohne Hinweis auf Entzündungszeichen und ein normales Blutbild ergeben. Nach den Verlaufsnotizen der Physiotherapie hätten am 21. Mai 2001 "Spannungsübungen, Bewegungsübungen, Gehschule, Flur und Treppe sowie eine manuelle Lymphdrainage am linken Bein" stattgefunden. Vergleichbare Eintragungen fänden sich für den 22. Mai und 23. Mai 2001. Am 24. Mai 2001 (gesetzlicher Feiertag) seien keine Eintragungen vorgenommen worden. Unter dem 21. und 25. Mai 2001 sei eine Verwirrtheit der Versicherten, die alleine auf dem Flur gelaufen sei und die Behandlung verweigert habe, vermerkt.

Die Abrechnung gegenüber der Beklagten im Jahr 2001 habe nach den Fallpauschalen der Bundespflegeverordnung erfolgen müssen. Die FP 17.092 definiere sich im Anschluss an die FP 17.091 bis zum Erreichen der Rehabilitationsfähigkeit bei einer Mindestaufenthaltsdauer von 7

Belegtagen. In der frührehabilitativen Phase bestehe die klinische Aufgabe darin, die frisch operierten Patienten auf die anschließende Behandlung in einer Reha-Klinik vorzubereiten. Diese Phase sei durch eine intensive physiotherapeutische Behandlung gekennzeichnet, bei der es um die Wiederherstellung der selbständigen Gehfähigkeit gehe. Der Versicherte solle sich ohne Hilfe auf Stationsebene bewegen sowie sich selbständig waschen und ernähren können. Die Abrechnung der Klägerin auf der Grundlage der FP 17.092 sei daher gerechtfertigt. Weder der SMD noch der gerichtliche Sachverständige Dr. H. hätten die notwendige Prüfung der FP 17.092 vorgenommen. Wegen der Verwirrtheitszustände der Versicherten und der notwendigen intensiven Beübung sei sie am 19. Mai 2001 noch nicht rehabilitationsfähig gewesen. Unter Beachtung der Sorgfaltspflicht des Krankenhausarztes aus einer ex ante Sicht hätte die Versicherte daher vollstationär weiter behandelt werden müssen.

Die Beklagte hat eine Stellungnahme der Fachärztin für Allgemeinmedizin K. vom 17. Oktober 2008 zur Akte gereicht: Danach sei der Krankenakte nach dem 19. Mai 2001 kein aufwändiger Behandlungsbedarf mehr zu entnehmen. Lediglich am 23. Mai 2001 sei eine nächtliche Verwirrtheit dokumentiert worden. Nach den Unterlagen habe aber keine medizinische Behandlung der Verwirrtheitszustände stattgefunden. So habe die Versicherte an Physiotherapiemaßnahmen zwischen dem 18. Mai 2001 bis 23. Mai 2001 teilnehmen können. Eine stationäre Behandlungsbedürftigkeit der Versicherten nach dem 19. Mai 2001 lasse sich anhand der Behandlungsakte daher nicht rechtfertigen. Stattdessen hätte die Weiterbehandlung ambulant erfolgen können. Ferner sei bei der Versicherten auch keine unmittelbar an den Krankenhausaufenthalt anschließende Behandlung geplant gewesen.

Der Sachverständige Dr. B. hat in einer ergänzenden Stellungnahme vom 26. November 2008 dieser Ansicht widersprochen und nochmals die fehlende Rehabilitationsfähigkeit der Versicherten hervorgehoben.

Auf Veranlassung des Berichterstatters hat die Beklagte die genauen Rehabilitationsunterlagen der Versicherten vorgelegt und hierzu vorgetragen: Bereits in dem Anschlussheilbehandlungs(AHB)-Antrag habe der verantwortliche Arzt der Klägerin die Frage einer Direktverlegung in die AHB verneint. Tatsächlich habe sich die Versicherte am 29. Mai 2001 von zu Hause in die AHB begeben, diese jedoch am 14. Juni 2001 auf eigenen Wunsch und gegen den ärztlichen Rat vorzeitig beendet, um ins häusliche Milieu zurückzukehren. Der Stellungnahme der Beklagten war der Reha-Entlassungsbericht vom 27. Juni 2001 von Chefarzt Dr. E. (Reha-Zentrum B. D.) beigefügt. Hiernach hätten der Krankenhausaufenthalt und die stationäre Reha-Maßnahme bei der Versicherten zu einer psychischen Irritation geführt. Sie habe ihr häusliches Milieu (verheiratet, Mietwohnung in der ersten Etage) sehr vermisst und deswegen die AHB vorzeitig abgebrochen.

Für den weiteren Sach- und Streitstand wird auf die Gerichtsakte und die Verwaltungsakte verwiesen, welche Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung ist nach den §§ 143, 144 Abs. 1 Satz 2 Sozialgesetzbuch (SGG) statthaft. Sie ist auch form- und fristgerecht eingelegt worden (§ 151 SGG) und damit zulässig.

Die Klage ist als Leistungsklage nach § 54 Abs. 5 SGG zulässig, weil es sich um einen Parteienstreit im Gleichordnungsverhältnis handelt, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt. Ein Vorverfahren war mithin nicht durchzuführen und die Einhaltung einer Klagefrist nicht geboten (BSG, Urteil vom 17. Mai 2000 - B 3 KR 33/99 R -, zitiert nach juris; stRspr).

Die Berufung der Klägerin ist jedoch unbegründet. Ihr steht kein weiterer Anspruch auf Erstattung der Kosten für den Krankenhausaufenthalt der Versicherten für die Zeit vom 19. Mai 2001 bis 26. Mai 2001 zu. Eine Zahlungspflicht der Beklagten ergibt sich weder aus ihrer Kostenzusage (dazu im Folgenden unter 1.), noch aus den gesetzlichen Anspruchsvoraussetzungen (dazu im Folgenden unter 2.) oder aus einem Einwendungsausschluss der Beklagten (dazu im Folgenden unter 3.).

1. Die Kostenzusage der Beklagten im Schreiben vom 11. Mai 2001 begründet keinen eigenständigen Zahlungsanspruch der Klägerin.

Eine vorbehaltlose Kostenzusage einer Krankenkasse über eine stationäre Aufnahme eines Versicherten führt nach der Rechtsprechung des BSG nicht zu einem eigenen Anspruch aus einem sog. konstitutiven Schuldanerkenntnis. Vielmehr hat das BSG – bei ordnungsgemäßer Dokumentation des Krankenhauses im Übrigen – die vorbehaltlose Kostenzusage einer Krankenkasse lediglich als deklaratorisches Schuldanerkenntnis mit allenfalls beweisrechtlichen Auswirkungen bewertet (dazu grundlegend: BSG, Urteil vom 17. März 2000 – B 3 KR 33/99 R; Urteil vom 13. Dezember 2001 – B 3 KR 11/01 R, zitiert nach juris). Diese Beweiswirkung kann jedoch nur dann entstehen, wenn der Erklärung nach Wortlaut, Sinn und Zweck sowie Zusammenhang entsprechend des objektiven Empfängerhorizonts (vgl. §§ 133, 157 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB)) ein derartiger Erklärungsgehalt entnommen werden kann.

Aus dem Schreiben der Beklagten vom 11. Mai 2001 lässt sich keine vorbehaltlose Kostenübernahmeerklärung ableiten. Dies setzt eine vorläufige Erklärung der Beklagten voraus, im konkreten Fall – ohne jede weitere Einschränkung – von der Erforderlichkeit der stationären Behandlung des Versicherten ab dem 8. Mai 2001 bis auf weiteres ausgehen zu wollen. Aus dem Schreiben ist jedoch eine ausdrückliche Feststellung des Vorliegens der stationären Behandlungsbedürftigkeit des Versicherten nicht zu entnehmen. Gegen einen derartigen Erklärungswillen der Beklagten spricht bereits ihr ausdrücklicher Vorbehalt, nur für medizinisch notwendige Behandlungen einstehen zu wollen und sich weitere Prüfungen ausdrücklich vorzubehalten. Die Beklagte hat mit der Kostenzusage daher keine verbindliche Entscheidung zur Notwendigkeit der Behandlung der Versicherten getroffen.

2. Der Klägerin steht auch kein Zahlungsanspruch nach §§ 39, 108 Nr. 1 und 109 Abs. 1 Satz 2 SGB V, i.V.m. der im bundesweiten Fallpauschalen-Katalog geregelten FP 17.092 oder nach tagesgleichen Pflegesätzen zu.

Rechtsgrundlage für den geltend gemachten Vergütungsanspruch der Klägerin ist § 109 Abs. 4 Satz 3 des Sozialgesetzbuchs Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V) i.V.m. der Pflegesatzvereinbarung der Beteiligten für das Jahr 2001. Die Zahlungsverpflichtung der gesetzlichen Krankenkasse entsteht unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch die Versicherte. Der Behandlungspflicht der zur Versorgung der Versicherten zugelassenen Krankenhäuser im Sinne des § 109 Abs. 4 Satz 2 SGB V steht ein Vergütungsanspruch gegenüber, der auf der Grundlage der gesetzlichen Ermächtigung in den §§ 16, 17 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) nach Maßgabe

der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) in der Pflegesatzvereinbarung zwischen Krankenkasse und Krankenhausträgern festgelegt wird (BSG, Urteil vom 23. Juli 2002 – B 3 KR 64/01 R). Die Klägerin betreibt ein so genanntes Plankrankenhaus im Sinne des § 108 Nr. 2 SGB V, dass in den Krankenhausplan des Landes Sachsen-Anhalt aufgenommen wurde und für das deshalb der Abschluss eines Versorgungsvertrages gemäß § 109 Abs. 1 Satz 2 Halbsatz 2 SGB V fingiert wird. Ein Sicherstellungsvertrag zwischen den Beteiligten besteht nicht. Da es hieran fehlt, verbleibt als vertragliche Regelung nur die Pflegesatzvereinbarung.

Der Senat kann dabei ausdrücklich offenlassen, ob die Voraussetzungen des Vergütungsanspruchs aus der FP 17.092 einschließlich der Mindestverweildauer bei der Versicherten konkret vorgelegen haben (vgl. § 17 b KHG in der Fassung vom 27. April 2001 i.V.m. §§ 11, 12, 17 der Pflegesatzverordnung vom 27. April 2001) oder von der Klägerin nur eine Abrechnung nach tagesgleichen Pflegesätzen hätte erfolgen dürfen. Unabhängig von der Frage der vergütungsrechtlichen Richtigkeit der Abrechnung nach der FP 17.092 bzw. nach dem tagesgleichen Pflegesatz kann ein Anspruch auf Vergütung einer stationären Behandlung nur dann bestehen, soweit die zu prüfende Behandlung während der gesamten Zeit medizinisch notwendig gewesen ist (vgl. dazu allgemein BSG, Urteil vom 12. Mai 2005 – B 3 KR 30/04 R, zitiert nach juris). Dabei korrespondiert der Zahlungsanspruch des Krankenhauses mit dem Anspruch des Versicherten auf Krankenhausbehandlung. Dabei genügt es nicht, wenn eine Krankenhausbehandlung stattgefunden hat. Von einer durchgeführten Krankenhausbehandlung ist hier nach der von den Sachverständigen angegebenen Diagnostik und Therapie auszugehen. Es müssen zusätzlich beim Versicherten grundsätzlich auch die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für die Inanspruchnahme einer solchen Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sowie Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit vorgelegen haben.

Der geltend gemachte Zahlungsanspruch ist deshalb nur gerechtfertigt, wenn die Versorgung der Versicherten im Krankenhaus der Klägerin i.S. von § 39 SGB V erforderlich gewesen ist. Nach dieser Vorschrift haben Versicherte Anspruch auf vollstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus (§ 108 SGB V), 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 (§ 39 Abs 1 Satz 2 SGB V). Konkret umfasst die Krankenhausbehandlung alle Leistungen, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung eines Versicherten im Krankenhaus notwendig sind, insbesondere ärztliche Behandlung, Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Unterkunft und Verpflegung (§ 39 Abs 1 Satz 3 SGB V). Aus der Aufgabenstellung der GKV, der Systematik des Krankenversicherungsrechts sowie dem Zweck und der Entstehungsgeschichte des § 39 Abs 1 SGB V ergibt sich, dass die Krankenkasse eine vollstationäre Krankenhausbehandlung nur schuldet, wenn der Gesundheitszustand des Patienten sie aus medizinischen Gründen auch erfordert hat. Genügt nach den Krankheitsbefunden eine teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Therapie, so hat die Krankenkasse die Kosten einer dennoch durchgeführten vollstationären Krankenhausbehandlung auch dann nicht zu tragen, wenn der Versicherte aus anderen, nicht mit der Behandlung zusammenhängenden Gründen eine spezielle Unterbringung oder Betreuung benötigt, die gegenwärtig außerhalb des Krankenhauses nicht gewährleistet ist.

Bei dieser Prüfung ist der unbestimmte Rechtsbegriff "aus medizinischen Gründen" näher auszufüllen. Maßgeblich ist daher, ob die vollstationäre Fortsetzung der Behandlung der Versicherten ab dem 19. Mai 2001 bis 26. Mai 2001 "aus medizinischen Gründen" erforderlich gewesen ist. Aus sprachlicher Sicht hat der Begriff keinen eindeutigen Inhalt, er muss deshalb durch Auslegung konkretisiert werden. Entscheidend ist dabei immer das medizinische Erfordernis im Einzelfall; Maßstab kann nicht ein "objektiver Patient" und dessen abstrakte Krankheitsgeschichte sein. Die Auslegung muss deshalb stets eine Bewertung aller Umstände des Einzelfalls einschließen, in dem der Begriff konkret angewandt werden soll.

Dies folgt schon aus § 39 Abs 1 Satz 3, 1. Halbsatz SGB V, wonach die Krankenhausbehandlung im Rahmen des Versorgungsauftrags des Krankenhauses alle Leistungen umfasst, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung der Versicherten im Krankenhaus notwendig sind, insbesondere ärztliche Behandlung, Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Unterkunft und Verpflegung. Krankenhausbehandlung ist dabei grundsätzlich zielgerichtet i.S. von § 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V. Sie muss notwendig sein, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern, und hierfür müssen "die besonderen Mittel eines Krankenhauses" erforderlich 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 darauf, ob dafür die medizinische Versorgung eines Versicherten gerade im Krankenhaus notwendig ist. Allerdings lässt sich die Frage, ob ambulante oder stationäre Behandlung angezeigt ist, nicht immer eindeutig beantworten. So hat schon der 1. Senat des BSG (Urteil vom 4. April 2006, BSGE 96, 161, 169 = SozR 4-2500 § 13 Nr. 8) 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, weil eine medizinische Versorgung, die als solche nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse in der Regel ambulant vorgenommen wird, gleichwohl auf Grund besonderer Gegebenheiten des Einzelfalles eine stationäre Krankenhausbehandlung erfordern kann (Urteil des BSG vom 19. Nov. 1997, SozR 3-2500 § 107 Nr. 1 S. 7). Wesentlich ist ferner, 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. grundlegend dazu BSG, Urteil vom 10. April 2008 – B 3 KR 19/05 R, zitiert nach juris).

Nach ausführlicher Auswertung der Krankenunterlagen durch zwei gerichtliche Sachverständige sind keine hinreichende Gesichtspunkte dafür erkennbar, dass die vollstationäre Behandlung der Versicherten nach dem 19. Mai 2001 unter Risikoabwägungen oder wegen der Art und Schwere der Erkrankung oder wegen sonstiger Gesichtspunkte unter stationären Bedingungen fortzusetzen war.

a) In Bezug auf die Mobilisierung der Versicherten nach der TEP-Operation am linken Knigelenk lässt sich eine Fortsetzung der stationären Behandlung nach dem 19. Mai 2001 nicht rechtfertigen. Weder der Sachverständige Dr. H. noch der Sachverständige Dr. B. haben Hinweise für atypische oder gefährdende Bewegungsdefizite der Versicherten feststellen können. Gegenteiliges hat die Klägerin auch nicht behauptet. So sind z. B. bei der Versicherten keine Gangstörungen oder andere deutliche Mobilisierungsdefizite als Folge der Operation beschrieben. Auch sind mit Ausnahme der zu vernachlässigenden Spannungsblasen, die am 19. Mai 2001 bereits abgeheilt waren und auch keine besonderen Behandlungsprobleme mit sich brachten, keine Schwierigkeiten in der Wundheilung erkennbar, die eine Weiterbehandlung der Klägerin unter vollstationären Bedingungen erforderlich gemacht haben. Der Senat folgt insoweit der Einschätzung

von Dr. H., der ein gutes Operationsergebnis mit guter Mobilisation bei der Versicherten festgestellt hat. Schließlich vermochte sie sich schon am 15. Mai 2001 selbständig auf der Station zu bewegen und konnte offenbar auch am 18. Mai 2001 ohne Schwierigkeiten an einer Physiotherapie teilnehmen. Diesem Fortschritt bei der Mobilisierung ist auch der Sachverständige Dr. B. nicht entgegengetreten. So beschreibt auch er keine Gangstörungen oder ähnliches und bezeichnet die letzten Laborwerte vom 19. Mai 2001 als normal und ohne Hinweis auf Entzündungszeichen.

b) Die am 15. Mai 2001 und am 23. Mai 2001 beschriebenen Verwirrtheitszustände der Versicherten rechtfertigen keine Fortsetzung der vollstationären Krankenhausbehandlung nach dem 19. Mai 2001.

Am 19. Mai 2001 lag der erstmals dokumentierte Verwirrtheitszustand vom 15. Mai 2001 bereits mehrere Tage zurück, so dass prognostisch ab dem 19. Mai 2001 nicht ohne weiteres von einer Wiederholung dieses Vorfalls auszugehen war. Es fehlen auch Hinweise, dass wegen dieser psychischen Auffälligkeit der eigentliche Behandlungserfolg oder die anstehende Reha-Maßnahme ernsthaft gefährdet waren. Die Pflegebeobachtung vom 15. Mai 2001 hat auch zu keiner zielgerichteten ärztlich Folgebehandlung im psychischen Bereich geführt. Das Fehlen jeglicher klinischen Reaktion auf diesen Pflegevorfall lässt darauf schließen, dass die behandelnden Ärzte in den Verwirrtheitszuständen der Versicherten kein besonderes Eigengefährdungs- oder Behandlungsrisiko gesehen haben. Gegenteiliges hat auch die Klägerin nicht konkret behauptet. Bei den Folgebehandlungen nach dem 15. Mai 2001 einschließlich der Physiotherapieeinheit am 18. Mai 2001 werden keine weiteren psychischen Auffälligkeiten der Versicherten berichtet, worauf bereits die Fachärztin für Allgemeinmedizin K. vom SMD treffend hingewiesen hat.

Nach Abschluss der Wundheilung am 19. Mai 2001 lag daher kein aktueller und selbst- oder behandlungsgefährdender psychischer Befund der Versicherten vor, der einer Entlassung ernsthaft entgegengestanden hätte. Hinweise für eine Wiederholungs- oder Verschlimmerungsgefahr des Verwirrtheitszustandes im häuslichen Umfeld ergeben sich daher nicht. Die erst am 23. Mai 2001 wieder aufgetretene Verwirrtheit der Versicherten ist daher für den Zeitpunkt der Entscheidung am 19. Mai 2001 nicht von wesentlicher Bedeutung und rechtfertigt daher nicht die fortgesetzte stationäre Behandlung. Davon abgesehen gilt auch für diesen zweiten Pflegevorfall das zuvor Gesagte. Auch dieser führte nicht zu einer klinischen Intervention von Seiten der behandelnden Ärzte der Klägerin. Der geringe Selbst- und Behandlungsgefährdungsgrad der Versicherten wegen ihrer psychischen Gemütslage wird auch durch die später erfolgte Reha-Maßnahme ab dem 29. Mai 2001 bestätigt. Auch hier begehrte sie gegen den ärztlichen Rat, offenbar wiederum ohne konkrete Eigen- oder Behandlungsgefährdung, eine vorzeitige Entlassung, um in ihre vertraute Umgebung zurückkehren zu können. Hinweise für einen gravierenden, risikoreichen psychischen Zustand der Versicherten, der eine ärztliche Intervention erfordert hätte, finden sich wiederum nicht.

Der Sachverständige Dr. B. ist zwar der Ansicht, aufgrund der Verwirrtheitszustände und der notwendigen intensiven Beübung auf eine fehlende Rehabilitationsfähigkeit der Versicherten noch nach dem 19. Mai 2001 bis zu Entlassung am 26. Mai 2001 schließen zu können. Mit dieser Annahme verlässt er jedoch die rechtlich maßgeblichen Fragestellungen des vorliegenden Abrechnungsfalls. Entgegen seiner Ansicht kann die Frage der Reha-Fähigkeit der Versicherten nach der FP 17.092 nicht von der rechtlich allein entscheidenden Frage der medizinischen Notwendigkeit einer vollstationären Behandlung getrennt werden. Es bedarf daher unter Risikoabwägungen der Art und Schwere der Erkrankung oder sonstiger objektivierbarer Gesichtspunkte konkreter Tatsachen, die nach dem 19. Mai 2001 eine vollstationäre Krankenhausbehandlung der Versicherten noch notwendig gemacht haben. Hieran fehlt es hier aber. Auch nach der Auswertung der Krankenhausdokumentation durch den Sachverständigen Dr. B. finden sich in psychischer Hinsicht keine Belege, die den Rückschluss auf die besondere Gefährdungslage der Versicherten zulassen. Insbesondere fehlt es an erheblichen psychisch motivierten Verhaltensauffälligkeiten der Versicherten oder einer darauf ausgerichteten medizinischen Behandlung bei der Klägerin. Auch eine mangelnde Compliance der Versicherten ist nach der Patientenakte nicht belegt. Vielmehr ist sie den Anforderungen einer Physiotherapie bereits am 18. Mai 2001 gewachsen gewesen.

c) Für eine sonstige Gefährdungslage der Versicherten, die im Falle einer Entlassung ab dem 19. Mai 2001 in die häusliche Umgebung hätte entstehen können, sind keine objektivierbaren Belege erkennbar. Nach Auswertung der Krankenunterlagen sind nach Abschluss der Wundheilung am 19. Mai 2001 und normalen Laborbefunden keine Versuche der Klägerin unternommen worden, der Versicherten eine ambulante Behandlung in der Nähe ihres häuslichen Umfeldes zu ermöglichen. Entsprechend sind auch keine Hinweise dafür erkennbar, die einer ambulanten Physiotherapie der Versicherten in B. oder dem näheren Wohnumgebung hätten entgegen stehen können. Nichts anderes hat die Klägerin auch vorgetragen. Auch die im späteren Reha-Bericht beschriebene häusliche Situation der Versicherten enthält keine Hinweise, die gegen eine ambulante Weiterbehandlung ab dem 19. Mai 2001 im häuslichen Umfeld gesprochen haben. Für den Senat besteht daher keine Veranlassung, die ambulante physiotherapeutische Behandlungslage in B. und Umgebung für das Jahr 2001 weiter aufzuklären.

3. Der Beklagten ist es auch nicht verwehrt, die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung zu bestreiten, da kein genereller Einwendungsausschluss vorliegt.

a) Ein solcher Einwendungsausschluss ergibt sich nicht aus der Pflegesatzvereinbarung für das Jahr 2001 oder aus landesvertraglichen Vereinbarungen. Nach § 9 der Pflegesatzvereinbarung ist der Rechnungsbetrag spätestens 15 Arbeitstage nach Eingang der Rechnung fällig. Diese Vertragsregelung enthält keine Regelung über das Prüfungsverfahren der Beteiligten, sondern beschränkt sich nach dem Wortlaut ausschließlich auf die Frage der Fälligkeit. Denn es liegt auf der Hand, dass bei Ablauf dieser Frist die von der Krankenkasse durchzuführende Prüfung, ob die abgerechneten Leistungen tatsächlich erbracht worden sind und nach ihren jeweiligen Voraussetzungen sowie nach Art und Umfang notwendig waren (§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V), auch bei zügiger Bearbeitung vielfach noch nicht abgeschlossen sein kann. Die Regelung kann daher nicht so verstanden werden, dass die Prüfung der Erforderlichkeit innerhalb dieser Frist abgeschlossen sein muss. Auch für eine Auslegung, nach der das Prüfverfahren zumindest innerhalb der Frist durch die Beklagte eingeleitet sein muss, ergeben sich keine Anhaltspunkte.

Landesvertragliche Vereinbarungen im Sinne 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 gab es jedenfalls im betroffenen Zeitraum in Sachsen-Anhalt nicht. Damit ist auch eine mögliche Rüge hinfällig, die Beklagte habe gegen ein landesvertraglich vereinbartes Beschleunigungsverbot verstoßen.

b) Auch für eine schwere Verletzung des Prüfungsverfahrens durch die Beklagte und eines damit verbundenen Einwendungsausschluss bleibt kein Raum. Dagegen spricht bereits der Ablauf des konkreten Abrechnungsfalls. Die Klägerin hat erst nach einem Zeitraum von fast einem Jahr den bei ihr "an sich" zeitlich abgeschlossenen Abrechnungsfall wieder aufgegriffen und von der Beklagten erst im April 2002 eine B-Pauschale über die FP 17.092 verlangt.

Die Kostenentscheidung beruht auf dem ab 2. Januar 2002 anzuwendenden § 197 a SGG i.V.m. § 154 Abs. 2 der Verwaltungsgerichtsordnung.

Gründe für die Zulassung der Revision nach § 160 SGG liegen nicht vor. Durch die Entscheidung des Großen Senats des BSG vom 25. September 2007 (GS 1/06) und die Folgeentscheidungen des BSG haben die Krankenhausabrechnungsstreitigkeiten eine entscheidende Klärung erlangt.

Die Streitwertfestsetzung folgt aus § 63 Abs. 2, § 52 Abs. 1 und § 47 Abs. 1 Gerichtskostengesetz (GKG).
Rechtskraft
Aus
Login
SAN
Saved
2012-10-02