

L 11 KR 4366/05

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
11
1. Instanz
SG Stuttgart (BWB)
Aktenzeichen
S 10 KR 670/04
Datum
10.08.2005
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 11 KR 4366/05
Datum
05.08.2008
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 10. August 2005 wird zurückgewiesen.

Die Klägerin trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens.

Der Streitwert wird endgültig auf 2.377,08 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist die Erstattung einer vollstationären Krankenhausbehandlung vom 24. Januar bis 10. Februar 2001 in Höhe von 2.377,08 EUR streitig.

Die am 11. Juni 1935 geborene B. D. (im Folgenden D.) ist bei der Beklagten gesetzlich krankenversichert. Sie leidet an einem schlecht eingestellten Diabetes mellitus II b. 1990 erlitt sie einen apoplektischen Insult mit einer Hemiparese links. Sie ist im Rollstuhl mobilisiert, wobei die Versorgung im häuslichen Bereich über die Sozialberatung sowie durch Essen auf Rädern erfolgt.

D. wurde am 23. Januar 2001 von ihrer Hausärztin S. zur angiologischen Abklärung, Einstellung des Diabetes mellitus und Durchführung einer diätischen Schulung in die H.-Klinik B. S. eingewiesen, in der sie vom 24. Januar bis 10. Februar 2001 vollstationär behandelt wurde. Ausweislich des ärztlichen Entlassungsberichts vom 8. Februar 2001 wurde sie in unauffälligem Allgemein- und adipösem Ernährungszustand eingewiesen, wobei dies auch für den angiologischen Status galt. Bei den Werten waren pathologisch: Triglyceride 226 mg/dl, Cholesterin 229 mg/dl, HDL 57 mg/dl, HbA1c 8,67 %, BZ nüchtern kapillär 201 mg/dl, BZ um 11 Uhr 233 mg/dl. Der Blutzuckerwert (BZ-Wert) sei damit nicht befriedigend eingestellt, was sich in einem deutlich erhöhten HbA 1c-Wert von 8,67 % widerspiegelt habe. Deswegen sei die Diabetesmedikation auf Amaryl 3 mg 1-0-0 und Glucophage mite 1-0-1 geändert worden, wodurch die BZ-Werte ordentlich hätten eingestellt werden können. Hinweise auf eine Makroangiopathie bei langjährigem Diabetes mellitus hätten sich erfreulicherweise nicht ergeben. Während des stationären Aufenthalts habe D. an einer strukturierten Diabetikerschulung teilgenommen. Der weitere stationäre Aufenthalt habe sich komplikationslos gestaltet.

Die Klägerin stellte der Beklagten für die Behandlung der D. am 12. Februar 2001 unter Abzug der Eigenbeteiligung in Höhe von DM 238,- einen Gesamtbetrag von DM 4.649,16 (entspricht 2.377,08 EUR) in Rechnung.

Gestützt auf das Gutachten von Dr. S. vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) Baden-Württemberg, wonach die Notwendigkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung aus sozialmedizinischer Sicht weder angesichts der Schwere des Krankheitsbildes noch der Intensität der erforderlichen diagnostischen/therapeutischen Maßnahmen gerechtfertigt sei, vielmehr eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme zweckmäßig und ausreichend gewesen wäre, lehnte die Beklagte die Begleichung dieser Rechnung ab.

Auch unter Berücksichtigung der hierzu ergangenen Stellungnahmen der Klägerin, die stationäre Behandlung sei deswegen notwendig gewesen, da die ambulante Diabeteseinstellung der D. nicht suffizient möglich gewesen wäre, dies auch im Hinblick auf die arterielle Verschlusskrankheit und sekundäre Folgeschäden beachtlich wäre, blieb die Beklagte, gestützt auf ein weiteres Gutachten von Dr. L. vom MDK Baden-Württemberg bei ihrer Auffassung. Dieser hatte ausgeführt, der Umstand, dass erst am 25. Januar 2001 die Aufnahmelaboragnostik durchgeführt worden sei, unterstreiche, dass eine Dringlichkeitssituation nicht vorgelegen habe. Die bei der Aufnahme erhobenen Befunde begründeten die Notwendigkeit von Krankenhausbehandlung nicht.

Daraufhin erhob die Klägerin am 29. Dezember 2003 Klage beim Sozialgericht Freiburg. Zur Begründung ihrer mit Beschluss am 26. Januar 2004 an das Sozialgericht Stuttgart (SG) verwiesenen Klage trug die Klägerin im Wesentlichen vor, die durchgeführte stationäre Behandlung der D. sei zum Zwecke der Blutzuckereinstellung notwendig gewesen.

Nach Beiziehung der Patientenakte wies das SG die Klage mit Urteil vom 10. August 2005, der klägerischen Bevollmächtigten zugestellt am 26. September 2005, die Klage mit der Begründung ab, die (echte) Leistungsklage nach § 54 Abs. 5 des Sozialgerichtsgesetzes - SGG - sei zwar zulässig, jedoch unbegründet. Bei der von der Klägerin betriebenen H.-Klinik handele es sich zwar um ein Krankenhaus mit Versorgungsvertrag. Der Vergütungsanspruch des Krankenhausträgers gegen die Krankenkasse reiche jedoch grundsätzlich nur soweit, wie auch ein Behandlungsanspruch des Versicherten gegen seine Krankenkasse gegeben sei. Der (Rahmen-) Anspruch des Versicherten auf Krankenhausbehandlung werde durch die Entscheidung des Krankenhausarztes über die Aufnahme erstmalig und durch die jeweils geplanten und durchgeführten Behandlungsschritte fortlaufend konkretisiert und erfüllt. Stelle sich bei Aufnahme und Behandlung nach vorausschauender Betrachtung ("ex ante") die vollstationäre Krankenhausbehandlung als erforderlich dar, so müsse die Krankenkasse aufgrund der Konkretisierung des Sachleistungsanspruchs durch den Leistungserbringer diese Entscheidung zuletzt aufgrund des hierdurch geschaffenen Vertrauensstatbestandes gegen sich geltend lassen und den Versicherten von jeder Zahlungsverpflichtung freistellen, auch wenn sich nachträglich ("ex post") herausstelle, dass die vollstationäre Krankenhausbehandlung nicht erforderlich gewesen wäre. Im Verhältnis zum Leistungserbringer sei die Krankenkasse aber nicht gehindert, nachträglich Einwendungen gegen ihre Leistungspflicht geltend zu machen. Eine Zahlungsverpflichtung für die stationäre Versorgung entfalle dann, wenn sich die Entscheidung des Krankenhausarztes nach seinen jeweiligen Erkenntnismöglichkeiten als nicht vertretbar herausstelle. Der Anscheinsbeweis der Notwendigkeit mit Dauer einer bestimmten Krankenhausbehandlung sei nur durch substantiierte und einzelfallbezogene Einwendungen der Krankenkasse zu erschüttern. Aufgrund der vorliegenden Unterlagen sei dies bei D. der Fall. Die vollstationäre Krankenhausbehandlung sei nicht die alleinige geeignete Behandlungsform gewesen. Vielmehr hätte die Einstellung des bestehenden Diabetes mellitus Typ II und die Durchführung der Diabetikerschulung entweder ambulant bei einem hierfür geeigneten niedergelassenen Facharzt für innere Medizin oder (teil-) stationär in einer entsprechenden Rehabilitationsklinik erfolgen können. Dies ergebe sich aus den beiden Gutachten des MDK Baden-Württemberg, deren Richtigkeit durch die medizinischen Unterlagen und die Stellungnahmen der Klägerin nicht widerlegt würden. Danach bestehe zwar die Notwendigkeit einer Optimierung der Einstellung des bestehenden Diabetes mellitus sowie die Erforderlichkeit einer Diabetikerschulung und angiologischen Diagnostik, diese müsse aber nicht vollstationär im Krankenhaus durchgeführt werden. Das werde insbesondere durch den Aufnahmezustand der D. bestätigt. D. sei erst am 30. Januar 2001 zur Diabetikerschulung angemeldet worden, an der sie erstmals am 31. Januar 2001 teilgenommen habe. Nach komplikationslosem stationärem Aufenthalt sei sie dann am 10. Februar 2001 in weitere hausärztliche Betreuung entlassen worden. Nach der am 30. Januar 2001 erfolgten Visite durch den Facharzt für Innere Medizin Dr. D., Chefarzt der H.-Klinik B. S., sei das Hauptproblem bei D. die Diabeteseinstellung und Schulung gewesen. Sonst hätten keinerlei Besonderheiten vorgelegen, die Dauer der Behandlung habe sich allein nach der Diabetesschulung gerichtet. Auch aus den Verlaufsblättern seien keinerlei Besonderheiten oder Komplikationen im Behandlungsverlauf zu erkennen gewesen. Der Facharzt für Innere Medizin Dr. L. habe zwar darauf hingewiesen, dass die Blutzuckereinstellung bei D. unter ambulanten Bedingungen nicht möglich gewesen sei, seine Ansicht jedoch nicht näher begründet. So reiche allein die Tatsache, dass D. von ihrer Hausärztin eingewiesen worden wäre, nicht aus. Selbst wenn die Fachärztin für Allgemeinmedizin S., aus welchen Gründen auch immer, nicht in der Lage gewesen wäre, bei D. die Blutzuckereinstellung unter ambulanten Bedingungen durchzuführen, wäre eine Weiterbehandlung bei einem niedergelassenen Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt in der Behandlung von Diabetikern möglich und ausreichend gewesen. Entsprechende Schulungen würden auch von niedergelassenen Ärzten, Diabetes-Schwerpunktpraxen sowie Selbsthilfeorganisationen angeboten. Deswegen habe die Beklagte zu Recht die Zahlung des ihr in Rechnung gestellten Betrages abgelehnt. Bei nicht bestehender Hauptforderung sei auch der geltend gemachte, von der Hauptforderung abhängige Zinsanspruch nicht gegeben.

Mit ihrer hiergegen am 24. Oktober 2005 eingelegten Berufung macht die Klägerin geltend, bei D. habe es sich damals um eine 65-jährige alleinstehende Patientin gehandelt, die nach einem Schlaganfall seit 1992 halbseitig gelähmt und auf den Rollstuhl angewiesen sei. Trotz Hinweises auf "Diabetische Nephropathie", "Panaritium am 1. Strahl des linken Fußes" und "Hypertonie" als weiteren Risikofaktor für eine arterielle Gefäßerkrankung sei bei D., die bereits einen Schlaganfall erlitten habe und komplett halbseitengelähmt im Rollstuhl säße, keine Gefäßduplexuntersuchung durchgeführt worden. Eine diabetische Gangrän sei nicht einmal gedanklich in Erwägung gezogen worden. Ihre Blutzuckerwerte seien immer schwankend gewesen, erstmals Ende 2000 wieder häufiger in kritischen Bereichen weit über 300 mg/dl. Deswegen wären Anrufe des Pflegedienstes der katholischen Sozialstation zu verzeichnen gewesen, die ebenso eine stationäre Neueinstellung aus pflegerischer Sicht befürwortet hätten. Da es in Karlsruhe selbst keine Fachklinik mit entsprechender Kompetenz der symptomübergreifenden Diagnostik und Behandlung auf dem Gebiet Angiologie/Kardiologie/Diabetologie gäbe, habe Fachärztin S. der Versicherten die H.-Klinik B. S. empfohlen. Eine ambulante "Transportiererei" in verschiedene Fachambulanzen sei wegen der schweren Behinderung unzumutbar gewesen. Es müsse weiter berücksichtigt werden, dass die Beklagte der Versicherten auch häusliche Krankenpflege für die Zeit vom 1. Januar bis 31. März 2001 ebenso wie die verordnete Pflege in Form von Blutzuckermessungen für die Zeit vom 19. März bis 31. Mai 2001 abgelehnt habe. Bereits im Januar 2002 habe die Versicherte eine ambulante Rehabilitation wahrgenommen, bei der sie auf dem Nachhauseweg aus dem Rollstuhl gefallen und sich dabei die linke Hüfte und das linke Knie verletzt habe. Deswegen sei eine vollstationäre Behandlung auch unter Berücksichtigung des sozialen Lebenshintergrundes vertretbar gewesen. D. habe bei der stationären Aufnahme pflegerischer Hilfen hinsichtlich Waschen, Anziehen und Essen richten bedurft, zwischenzeitlich eine Bettpfanne. Am 26. Januar 2001 sei sie sehr unsicher gewesen, alleine aus dem Bett zu kommen. Der Langzeitzucker belege die schlechte Diabeteseinstellung. Im weiteren Fortgang sei dann die Schulung anfänglich durch Einzelberatungen durch die auf der Station tätige Diabetes-Assistentin vorgenommen worden. Ab 31. Januar 2001 habe D. dann zusätzlich die strukturierte Gruppenschulung wahrgenommen. Nachdem eine diabetische Nierenschädigung hätte ausgeschlossen werden können, sei am 2. Februar 2001 die medikamentöse Umstellung erfolgt. Am 6. Februar 2001 habe sich erhöhter Pflegebedarf eingestellt. Die Versicherte habe nachts erbrochen und massive Durchfälle gehabt. Am 7. Februar 2001 habe sie sich beim Mittagessen verschluckt und stark gehustet. Am Abend habe sie nochmals Magenschmerzen angegeben und Tropfen benötigt. Nach Beschwerdebesserung sei dann die Dosis noch einmal am 9. Februar 2001 erhöht worden, so dass sie am 10. Februar 2001 hätte entlassen werden können. Sie hat hierzu eine ärztliche Stellungnahme von der Allgemeinärztin S. vorgelegt.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 10. August 2005 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, an sie 2.377,08 EUR nebst Zinsen hieraus in Höhe von 2 % über dem Basiszinssatz seit 1. März 2001 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie verweist darauf, dass die nicht angezweifelte Neueinstellung der Blutzuckerwerte und Ernährungsberatung auch ohne "Transportiererei" in einer Rehabilitationseinrichtung hätte durchgeführt werden können. Zu der Ablehnung von häuslicher Krankenpflege sei darauf hinzuweisen, dass aus der Verordnung nicht ersichtlich gewesen wäre, ob eine Erst- und/oder Neueinstellung eines Diabetes oder die Fortsetzung der sogenannten intensivierten Insulintherapie hätte erfolgen sollen. Im Rahmen einer Ausnahmeregelung habe sie sich aber bereit erklärt, die Kosten rückwirkend vom 6. Februar 2001 zu übernehmen. Die behandelnde Ärztin hätte demzufolge eine neue Verordnung mit konkreter Begründung ausstellen können. Da sie diesen zweiten Antrag nicht gestellt habe, sei eine Bewilligung nicht möglich gewesen. Dieser Sachverhalt sowie die fehlende Mobilität begründeten jedoch nicht die medizinische Notwendigkeit einer stationären Behandlung in einem Akutkrankenhaus. Vielmehr sei eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme auch nach den Gutachten des MDK zweckmäßig und ausreichend gewesen. Bei der Aufnahme sei vom Krankenhausarzt eine Stoffwechselentgleisung gerade nicht unterstellt worden, da eine Dringlichkeit für Labordiagnostik am Aufnahmetag nicht gesehen worden sei. Es habe auch für die Patientin kein Risiko bestanden, die Neueinstellung des Diabetes und die Ernährungsberatung in einer Rehabilitationseinrichtung durchzuführen. Auch die Magen-Darm-Infektion am 6. Februar 2001 wäre in einer Rehabilitationseinrichtung beherrschbar gewesen. Dass die Patientin im Pflegebericht als unselbständig und auf fremde Hilfe angewiesen beschrieben werde, widerspreche den Eintragungen im Pflegebericht. Danach sei sie sehr selbständig gewesen, habe wenig Unterstützung gebraucht, allein zur Toilette gehen und sich abends allein versorgen können. Die Tatsache, dass sie aus dem Rollstuhl gefallen sei, stehe in keinem Zusammenhang mit der Beurteilung, ob am 24. Januar 2001 eine medizinische Notwendigkeit für stationäre Behandlung vorgelegen habe.

Die Beteiligten haben einer Entscheidung des Senats ohne mündliche Verhandlung zugestimmt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhaltes und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Gerichtsakten erster und zweiter Instanz sowie die von der Beklagten vorgelegten Verwaltungsakte und die Patientenakte verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die nach den [§§ 143, 151 Abs. 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) form- und fristgerecht eingelegte Berufung der Klägerin, über die der Senat im Einverständnis der Beteiligten ohne mündliche Verhandlung entschieden hat, ist statthaft im Sinne des [§ 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG](#), da die erforderliche Berufungssumme von damals 500 EUR überschritten wird.

Die danach insgesamt zulässige Berufung der Klägerin ist indessen unbegründet. Das SG hat die Leistungsklage zu Recht abgewiesen. Denn die Klägerin hat keinen Vergütungsanspruch in Höhe von 2.377,08 EUR nebst Zinsen hieraus in Höhe von 2 % über dem Basiszinssatz seit 1. März 2001.

Rechtsgrundlage des Vergütungsanspruchs der Klägerin ist [§ 109 Abs. 4 Satz 3](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V), wonach die Krankenkassen verpflichtet sind, unter Beachtung der Vorschriften des SGB V mit dem Krankenhausträger Pflegesatzverhandlungen nach Maßgabe des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG), des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) und der Bundespflegesatzverordnung (BPFV) zu führen. Die Vorschrift besagt allerdings nicht, dass die Krankenkassen verpflichtet sind, die Krankenhausbehandlung der Versicherten zu vergüten, sondern setzt diese Vergütungspflicht als selbstverständlich voraus (BSG [SozR 3-2500 § 112 Nr. 1](#)). Die Leistungspflicht des zugelassenen Krankenhauses ergibt sich aus [§ 109 Abs. 4 Satz 2 SGB V](#), ohne dass dort der Leistungsumfang näher beschrieben wird. Die Vorschrift begrenzt die Leistungspflicht lediglich auf den Rahmen des Versorgungsauftrages des Krankenhauses. Aus dem Gesetzeszusammenhang und den ergänzend abgeschlossenen Landesverträgen über die allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung nach [§ 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V](#) ergibt sich ferner, dass das Krankenhaus vorleistungspflichtig ist. Die Krankenkasse hat danach die Vergütung erst zu entrichten, wenn das Krankenhaus seine Leistung erbracht hat; ein Anspruch auf Abschlagszahlungen bei länger dauernden Erkrankungen bleibt davon unberührt (§ 14 Abs. 4 BPFV).

Ein Zahlungsanspruch der Klägerin kommt nur in Betracht, wenn die von ihr erbrachte Leistung (Gewährung von Krankenhausbehandlung als Sachleistung) rechtmäßig von der Beklagten zu erbringen gewesen wäre. Das wäre der Fall, wenn die Versicherte D. als Mitglied der Beklagten in der streitbefangenen Zeit gegen sie einen Anspruch auf (vollstationäre) Krankenhausbehandlung gemäß [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) gehabt hätte. Danach muss die Aufnahme des Patienten in das Krankenhaus erforderlich sein, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann. Krankenhausbehandlung stellt eine komplexe Gesamtleistung dar (vgl. speziell zur psychiatrischen Behandlung BSG [SozR 4-2500 § 39 Nr. 4](#)). Sie umfasst eine Vielzahl von Maßnahmen, die im Rahmen einer ambulanten Versorgung entweder überhaupt nicht oder nicht in dieser Weise, insbesondere dieser Kombination und Konzentration ergriffen werden könnten. Dabei ist einzuräumen, dass die Grenzen nicht generell abstrakt gezogen werden können, sondern die Übergänge fließend sind. Im Kern handelt es sich bei der Krankenhausbehandlung um den kombinierten Einsatz personeller (Ärzte, Pflegepersonal) und sächlicher (Arzneien, technische Apparaturen) Mittel zu Behandlungszwecken. Die in der Regel daneben zur Verfügung gestellte Unterkunft und Verpflegung sowie die reine Grundpflege (z.B. Waschen, Anziehen) haben lediglich dienende Funktion. Sie sollen die erfolgversprechende Durchführung der stationären Behandlung ermöglichen. Krankenhäuser sind also Einrichtungen, in denen durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten, Leiden oder Körperschäden festgestellt, geheilt oder gelindert werden sollen oder Geburtshilfe geleistet wird und in dem die zu versorgenden Personen untergebracht und verpflegt werden können (so BSG [SozR 4-2500 § 39 Nr. 7](#)).

In Ansehung dieser rechtlichen Gegebenheiten hat das SG zutreffend ausgeführt, dass bei D. die Voraussetzungen der Notwendigkeit einer stationären Krankenhausbehandlung nicht vorliegen. Ob einem Versicherten vollstationäre Krankenhausbehandlung zu gewähren ist, richtet sich allein nach medizinischen Erfordernissen. Reicht nach den Krankheitsbefunden eine ambulante Therapie aus, so hat die Krankenkasse die Kosten eines Krankenhausaufenthalts auch dann nicht zu tragen, wenn der Versicherte aus anderen, nicht mit der Behandlung zusammenhängenden Gründen eine spezielle Unterbringung oder Betreuung benötigt oder wegen des Fehlens einer geeigneten Einrichtung vorübergehend im Krankenhaus verbleiben muss. Ob eine stationäre Krankenhausbehandlung aus medizinischen Gründen notwendig ist, hat das Gericht im Streitfall 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 (so BSG Großer Senat, Beschluss vom 25.09.2007, [GS 1/06](#), [NJW 2008, 1980](#)).

Diese Voraussetzungen liegen bei der Klägerin nicht vor. Zwar hat die behandelnde Hausärztin der D. wie der Krankenhausarzt eine stationäre Krankenhausbehandlung für erforderlich erachtet, dies ist aber aufgrund der vorgelegten Unterlagen, insbesondere der Patientenakte der Klägerin wie dem Entlassungsbericht, nicht nachvollziehbar. Der Senat schließt sich insoweit den Ausführungen des SG in vollem Umfang an und sieht auch insoweit von einer weiteren Darstellung der Entscheidungsgründe nach [§ 153 Abs. 2 SGG](#) ab.

Ergänzend ist auszuführen, dass sich aus dem Vorbringen im Berufungsverfahren kein anderes Ergebnis ergibt. Dass sich die D. unzweifelhaft in einer schwierigen Lebenssituation als schwer behinderte Alleinstehende befunden hat, begründet nicht die Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung. Denn dies sind keine medizinischen Gründe. Nachdem das SGB V nicht nur die medizinischen, sondern auch die ergänzenden Leistungen der Krankenbehandlung selbst abschließend regelt (siehe dazu bereits [BSGE 81, 240, 244](#) = [SozR 3-2500 § 27 Nr. 9](#) S 30; BSG [SozR 3-2500 § 38 Nr. 4](#) S. 28), verbietet sich auch aus rechtssystematischen Gründen eine Auslegung, welche den Anwendungsbereich des [§ 39 Abs. 1 SGB V](#) auf Fälle erstreckt, in denen die Notwendigkeit einer stationären Krankenhausbehandlung nicht mit medizinischen Erfordernissen, sondern mit dem Fehlen alternativer Versorgungs- oder Unterbringungsmöglichkeiten begründet wird (so auch BSG Großer Senat a.a.O.). Vielmehr kann eine Diabetikerschulung, die hier allein im Vordergrund der Behandlung stand, unzweifelhaft ambulant durch entsprechende Fachärzte durchgeführt werden. Allein dies hätte die einweisende Hausärztin veranlassen müssen. Dass D. bei der stationären Rehabilitation gestürzt ist, hat ebenfalls mit der hier streitigen Behandlung nichts zu tun und begründet deswegen auch nicht die Erforderlichkeit einer stationären Krankenhausbehandlung. Dass bei D. weiter eine neue Einstellung der Blutzuckerernährungsberatung erforderlich war, besagt nichts anderes, denn dies kann auch ohne "Transportiererei" in einer (teilstationären) Rehabilitationseinrichtung durchgeführt werden. Ob die Beklagte in der Vergangenheit und aus welchen Gründen Regeln zur Blutzuckermessung oder häusliche Krankenpflege abgelehnt hat, hat keinen sachlichen Zusammenhang zu der Erforderlichkeit von stationärer Krankenhausbehandlung, die sich allein nach medizinischen Kriterien richtet.

Aus dem Aufnahmestatus der D., wie er sich aus dem Entlassungsbericht darstellt, kann auch zur Überzeugung des Senats unzweifelhaft abgeleitet werden, dass sich die D. in einem solchen Zustand befand, dass für sie kein Risiko bestand, die Neueinstellung des Diabetes und die Ernährungsberatung in einer Rehabilitationseinrichtung durchzuführen. Den problematischen BZ-Wert hätte man ohnehin auch ambulant einstellen könne, der angiologische Zustand wurde ausdrücklich als unauffällig vermerkt, so dass auch von dieser Seite eine Behandlungsbedürftigkeit mit den Mitteln eines Krankenhauses nicht bestand. Dies wird im Weiteren auch durch die nicht sehr engmaschige Behandlung belegt, wie sie sich aus der Patientenakte ergibt. In einer (teilstationären) Rehabilitationseinrichtung wäre auch der eventuell vorliegende Pflegebedarf gesichert gewesen. Die Beklagte hat in diesem Zusammenhang zutreffend darauf hingewiesen, dass dort auch die im Berufungsverfahren geschilderte Magen-/Darminfektion vom 6. Februar 2001 behandelbar gewesen wäre.

Ohne Bedeutung ist schließlich auch, dass die Behandlung der Patientin bei der Klägerin letztlich erfolgreich war, denn dies schließt nicht aus, dass dieser Erfolg nicht auch auf andere - hier aufgezeigte - Weise erzielt worden wäre.

Nach alledem ist deshalb die Berufung als unbegründet zurückzuweisen, wobei die Kostenentscheidung auf [§ 197 a SGG](#), [§ 154 Abs. 2](#) Verwaltungsgerichtsordnung beruht.

Der Streitwert wird im Hinblick auf den im Streit stehenden Vergütungsanspruch nach [§§ 197 a Abs. 1 SGG](#) i.V.m. [63 Abs. 1](#), [52 Abs. 1 GKG](#) gültig auf 2.377,08 EUR festgesetzt.

Gründe, die Revision zuzulassen, liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2008-08-18