L 11 KR 2084/19

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
11
1. Instanz
SG Karlsruhe (BWB)
Aktenzeichen
S 13 KR 1033/17
Datum
29.05.2019
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 11 KR 2084/19
Datum
18.08.2020
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze
Zur Indikation für die Implantation eines Ereignisrekorders (implantierbarer Loop-Rekorder - ILR) im Jahr 2016.
Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 29.05.2019 wird zurückgewiesen.

Die Beklagte trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens.

Der Streitwert für das Berufungsverfahren wird endgültig auf 3.374,74 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten im Zusammenhang mit der Vergütung einer stationären Krankenhausbehandlung iHv 3.374,74 EUR darüber, ob der Kläger einen Anspruch auf Kostenerstattung für die Implantation eines Ereignisrekorders (implantierbarer Loop-Rekorder - ILR) hat.

Der Kläger ist Träger eines im Krankenhausplan des Landes Baden-Württemberg aufgenommenen Krankenhauses mit Sitz in P., das zur Versorgung von Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassen ist (§ 108 Nr 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch – SGB V). Im Zeitraum vom 09.06. bis 15.06.2016 wurde im Krankenhaus des Klägers die 1929 geborene, bei der Beklagten versicherte I. W. (im Folgenden: Versicherte) stationär behandelt zur weiteren Abklärung eines Sturzes. Zuvor war sie notfallmäßig in der Klinik am E. aufgenommen worden, nachdem sie auf einer Autobahnraststätte auf der Fahrt zu einer Rehabilitationsmaßnahme bei einem Sturz eine Schädelprellung erlitten hatte. Bereits ein Jahr zuvor war die Versicherte aus dem Stehen nach hinten gestürzt und hatte in der Folge einen Steißbeinbruch erlitten. Im Krankenhaus des Klägers erfolgten zur weiteren Abklärung neben einem Ruhe-EKG mit Sinusrhythmus und ohne Pausen ein Langzeit-EKG vom 09.06. bis zum 10.06.2016 über 21 Stunden und 45 Minuten und ein weiteres Langzeit-EKG vom 11.06. bis zum 13.06.2016 über 46 Stunden und 34 Minuten. Des Weiteren wurde eine transthorakale sowie eine transösophageale Echokardiographie (TEE) durchgeführt. Am 14.06.2016 wurde zur weiteren Diagnostik ein ILR implantiert. Der ILR zeigte keine Episoden zu einem fraglichen präsynkopalen Ereignis zur Nacht auf den 15.06.2016. Am 15.06.2016 wurde die Versicherte zur weiteren Betreuung in die ambulante Behandlung entlassen.

Der Kläger rechnete auf Basis der DRG F12H (Implantation eines Herzschrittmachers, Ein-Kammersystem, ohne invasive kardiologische Diagnostik bei bestimmten Eingriffen, Alter) 15 Jahre, mit Implantation eines Ereignisrekorders) am 22.07.2016 gegenüber der Beklagten einen Gesamtbetrag in Höhe von 5.089,21 EUR ab. Zusatzentgelte für den ILR wurden nicht zur Abrechnung gebracht.

Mit Schreiben vom 12.08.2016 beauftragte die Beklagte den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) mit der Prüfung des Behandlungsfalls. Insbesondere solle die Verweildauer geprüft werden und ob eine Indikation für die Prozedur 5-377.8 (Ereignisrekorder) vorgelegen habe. Der MDK zeigte dem Krankenhaus mit Schreiben vom 15.08.2016 seine Beauftragung an und forderte dieses zur Übersendung diverser Unterlagen auf. Das Krankenhaus übersandte die Unterlagen mit Schreiben vom 22.08.2016.

Im sozialmedizinischen Gutachten vom 08.11.2016 gelangte der MDK (Dr. S.) zu dem Ergebnis, die vollstationäre Behandlung zur weiteren Abklärung sei für die gesamte Verweildauer plausibel. Der Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) 5-377.8 für die ILR-Implantation sei formal zutreffend verschlüsselt. Jedoch könne die medizinische Indikation für die ILR-Implantation nicht nachvollzogen werden. Es sei nicht ersichtlich, dass die in der Leitlinie zur Diagnostik und Therapie von Synkopen empfohlenen diagnostischen Verfahren ausgeschöpft worden seien. Die Durchführung einer Ergometrie, einer neurologischen Untersuchung, einer Karotissinusmassage sowie aktives Stehen und Kipptischuntersuchung (bei möglicher orthostatischer Ursache) seien aus den vorgelegten Unterlagen nicht ersichtlich. Die Behandlung sei

daher nach DRG F73Z (Synkope und Kollaps) zu vergüten.

Mit Schreiben vom 12.12.2016 kündigte die Beklagte an, den Betrag in Höhe von 3.374,74 EUR mit einer unstreitigen Forderung aus einem anderen Behandlungsfall (P. N.) zu verrechnen. Am 16.12.2016 verrechnete die Beklagte wie angezeigt.

Am 27.03.2017 hat der Kläger Klage zum Sozialgericht Karlsruhe (SG) erhoben. Er trägt vor, nach der Leitlinie zur Diagnostik und Therapie von Synkopen der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie aus dem Jahre 2009 sei eine ILR-Implantation indiziert gewesen, da es sich bei der Versicherten um eine sogenannte Hochrisikopatientin iSd Leitlinie gehandelt habe. Der MDK verkenne bei seiner Beurteilung schon im Ansatz die Maßgaben der Leitlinie und komme daher zu dem Schluss, die diagnostischen Maßnahmen vor einer ILR-Implantation seien leitlinienkonform noch nicht ausgeschöpft gewesen. Im Übrigen seien die vom MDK genannten diagnostischen Verfahren im Falle der Versicherten nicht zielführend bzw nicht möglich gewesen. Der MDK fordere eine Überdiagnostik vor einer ILR-Implantation. Ergänzend hat der Kläger eine fachärztliche Stellungnahme des Facharztes für Innere Medizin und Kardiologie Dr. S. vom 12.02.2018 vorgelegt. Dieser hat erläutert, dass ältere Menschen nach Synkopen häufig eine Amnesie aufwiesen und dementsprechend fälschlicherweise die erlittene Bewusstlosigkeit negierten. Die erhobene Anamnese, die fehlende andersartige Erklärung sowie die zugezogenen Verletzungen, welche auf eine fehlende Abfangbewegung hindeuteten, begründeten die Feststellung der Synkopen.

Die Beklagte hat ein weiteres MDK-Gutachten (Dr. S. vom 26.10.2017) vorgelegt. Danach könne nicht gesichert von tatsächlichen Synkopen ausgegangen werden. Aber selbst unter der Annahme von Synkopen hätten vor Implantation eines Ereignisrekorders noch weitere Langzeit-EKGs erfolgen können. Darüber hinaus sei die weitere Diagnostik nicht ausgeschöpft. Es sei nicht nachvollziehbar, dass vor der invasiven Maßnahme einer Ereignisrekorderimplantation weniger invasive diagnostische Maßnahmen ausgeschöpft worden seien. Es liege zudem keine Evidenz vor, die belege, dass eine ereignisrekorderbasierte diagnostische Strategie die Langzeitmortalität reduziere verglichen mit der Standarddiagnostik. Eine Kostenübernahme für den ILR könne nicht empfohlen werden.

Das SG hat Beweis erhoben durch Einholung eines medizinischen Sachverständigengutachtens des Facharztes für Innere Medizin Dr. V ... Dieser hat in seinem Gutachten vom 08.12.2018 ausgeführt, die Indikation zur Implantation eines Ereignisrekorders sei ebenso wie die Kodierung der zutreffenden Prozedur 5-377.8 nicht zu beanstanden. Bei der Versicherten sei aufgrund von rezidivierenden, ohne Prodromi (Frühsymptome) ua mit Frakturen einhergehenden Stürzen vom Vorliegen von rhythmogenen Synkopen auszugehen gewesen. Der frühzeitige Einsatz eines ILR habe den aktuellen Leitlinien und ärztlichen Standards entsprochen. Die Ärzte des Klägers hätten richtigerweise auf sämtliche weitere diagnostische Maßnahmen verzichtet und sich bei medizinisch plausiblem Verdacht auf das Vorliegen rhythmogener Synkopen für den frühzeitigen Einsatz eines ILR entschieden. Die Behandlung habe dem allgemeinen Standard der medizinischen Erkenntnisse entsprochen.

Mit Urteil vom 29.05.2019 hat das SG die Beklagte zur Zahlung von 3.374,74 EUR zzgl Zinsen hieraus seit dem 17.12.2016 iHv fünf Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz verurteilt. Der Beklagten habe kein Erstattungsanspruch zugestanden, mit welchem sie die unstreitige Vergütungsforderung des Klägers aus dem Behandlungsfall N. durch Aufrechnung hätte zum Erlöschen bringen können. Die ILR-Implantation bei der Versicherten habe dem Qualitätsgebot gemäß § 2 Abs 1 Satz 3 SGB V entsprochen und sei gemäß der maßgeblichen Leitlinie der deutschen Gesellschaft für Kardiologie aus dem Jahre 2009 indiziert gewesen. Danach sei ein ILR einerseits indiziert in der Diagnostik bei Patienten mit rezidivierenden Synkopen unklarer Genese, Fehlen von Hochrisikokriterien und hoher Rezidivwahrscheinlichkeit während der Batteriedauer des ILR sowie andererseits bei Hochrisikopatienten, bei denen eine ausführliche Abklärung keine Ursache oder Therapie erbracht habe. Die Ärzte des Klägers seien zu Recht vom Vorliegen von Synkopen ausgegangen. Die Synkope sei definiert als ein vorübergehender Bewusstseinsverlust infolge einer transienten globalen zerebralen Hyperfusion, charakterisiert durch rasches Einsetzen, kurze Dauer und spontane vollständige Erholung. Zwar habe die Versicherte nach dem Behandlungsbericht der Klinik am E. wohl keinen Bewusstseinsverlust bei dem Sturz angegeben. Jedoch spreche für das Vorliegen von Synkopen, dass die Stürze jeweils ohne Prodromi einhergegangen seien. Auch die Art der erlittenen Verletzungen (Steißbeinbruch und Schädelprellung) legten den Verdacht einer Synkope nahe. Die gemäß der Leitlinie möglichen diagnostischen Verfahren seien ausgeschöpft gewesen. Bei der Versicherten habe es sich bereits aufgrund ihres Alters von 86 Jahren um eine Hochrisikopatientin gehandelt. Die Genese der Synkopen habe durch die zuvor erfolgten Maßnahmen (EKG, Langzeit-EKG, Echokardiogramm, TEE) nicht geklärt werden können. In der durchgeführten Echokardiographie habe sich allerdings ein Prolaps des posterioren Mitralsegels mit exzentrischem Insuffizienzjet, am ehesten bei Mitralinsuffizienz Grad II gezeigt, was die Vermutung von rhythmogenen Synkopen nahelegt habe. Die vom MDK geforderten weiteren Verfahren seien entweder nicht möglich oder nicht zielführend. Die Durchführung einer Ergometrie sei bei fehlendem Hinweis auf das Vorliegen belastungsabhängiger Synkopen und in Anbetracht des Alters und reduzierten Allgemeinzustandes der Versicherten verzichtbar gewesen. Gleiches gelte für den Einsatz des Kipptischtests. Ein solcher sei gemäß der Leitlinie indiziert beim Verdacht auf Synkopen orthostatischer Genese. Dies sei vorliegend nicht der Fall gewesen. Die vom MDK geforderte Karotissinusmassage sei laut dem Kommentar der Deutschen Gesellschaft - Herz- und Kreislaufforschung e.V. (DGK) zur Leitlinie zur Diagnostik und Therapie von Synkopen in Deutschland ungebräuchlich. Ein negativer Test habe einen hohen negativen prädikativen Wert, jedoch liege im Falle einer Karotissinushypersensivität ein unzureichend positiv prädikativer Wert vor. Letztlich wäre Folge eines auffälligen Tests ohnehin die Implantation eines ILR. Neurologische Untersuchungen seien im Hinblick auf den Verdacht des Vorliegens von Synkopen nicht indiziert gewesen.

Soweit die Beklagte mit Schriftsatz vom 28.12.2018 (eingegangen am 09.01.2019) erklärt habe, mit der Beauftragung von Dr. V. "keinesfalls einverstanden" zu sein, sei dies unbeachtlich. Einen Ablehnungsantrag hätte sie nach § 118 Abs 1 Satz 1 Sozialgerichtsgesetz (SGG) iVm § 406 Abs 2 Zivilprozessordnung (ZPO) spätestens binnen zwei Wochen nach Verkündung oder Zustellung des Beschlusses über die Ernennung des Sachverständigen stellen müssen. Die Beauftragung des Sachverständigen sei bereits mit gerichtlicher Verfügung vom 18.04.2018 erfolgt und das Gutachten am 08.12.2018 erstellt worden. Die formlose Mitteilung der Ernennung des Sachverständigen genüge, um die Frist des § 406 Abs 2 ZPO in Lauf zu setzen. Wenn die Beklagte schließlich vorbringe, das Gericht habe nach § 404 ZPO der Einigung der Parteien über einen Sachverständigen Folge zu leisten, sei darauf hinzuweisen, dass zwar gemäß § 118 Abs 1 Satz 1 SGG § 404 ZPO gelte, aber wegen des Untersuchungsgrundsatzes nicht dessen Abs 5.

Gegen das ihr am 06.06.2019 zugestellte Urteil richtet sich die am 27.06.2019 eingelegte Berufung der Beklagten. Sie verweist auf das Gutachten des MDK (Dr. S.) vom 20.12.2019. Zunächst sei eine Synkope nicht bewiesen, ein Bewusstseinsverlust sei in der Krankenakte nicht dokumentiert. Selbst bei Ausgehen von einer Synkope sei die Indikation für die Implantation eines ILR nicht gegeben. Das

Patientenalter sei nach der Pocket-Leitlinie nicht als Kriterium für das Vorliegen einer Hochrisikosituation aufgelistet. Ein hohes Risiko werde gesehen bei ausgeprägter struktureller oder koronarer Herzerkrankung sowie bei klinischen oder EKG-Merkmalen, die eine arrhythmogene Synkope vermuten ließen. Der bei der Versicherten dokumentierte Befund könne mit einer strukturellen Herzerkrankung vereinbart werden. Eine "ausgeprägte" Herzerkrankung werde jedoch nicht plausibel belegt, da eine Herzinsuffizienz, niedrige Auswurffraktion oder ein früherer Myokardinfarkt nicht dokumentiert seien. Die Funktion der linken Herzkammer (LVEF) sei als "gut" angegeben worden. Eine Herzinsuffizienz mit entsprechenden Beschwerden (Wassereinlagerungen, Atemnot, Stauungszeichen im Röntgen) oder ein NYHA-Stadium seien im Entlassungsbericht ebenfalls nicht dokumentiert. Klinische oder EKG-Merkmale, die eine arrhythmogene Synkope vermuten ließen und dann ein eigenständiges Kriterium für das Vorliegen einer Hochrisikosituation wären, seien in den Unterlagen auch nicht dokumentiert. Selbst wenn man von einer ausgeprägten strukturellen Herzerkrankung ausginge, wäre ein ILR nur indiziert, wenn eine ausführliche Abklärung keine Ursache oder Therapie erbracht hätte. Eine solche Abklärung könne der Dokumentation nicht entnommen werden. Ein Monitoring sei nicht erfolgt. In der Krankenakte werde die Differentialdiagnose einer orthostatischen Ursache der Synkope in den Raum gestellt, ohne dass diesbezüglich eine gezielte Diagnostik durchgeführt worden wäre. Laut Pflegedokumentation am 15.06. um 04:30 Uhr habe sich die Versicherte gemeldet, sie sei beinahe gestürzt, habe sich gerade noch festhalten können. Eine orthostatische Synkope sei daher möglich und nicht abgeklärt worden. Darüber hinaus kämen laut MDK für die rezidivierenden Stürze der Versicherten eine "ausgeprägte Anämie" und eine "Elektrolytstörung" in Betracht. Aus den eingereichten Patientenunterlagen gehe eine normozytäre Anämie hervor. Eine weitere Abklärung, beispielsweise mittels eines Differentialblutbildes, sei nicht erfolgt. Des Weiteren seien den Unterlagen erniedrigte (hypotone) Blutdruckwerte zu entnehmen.

Die Beklagte beantragt,

das Urteils des Sozialgerichts Karlsruhe vom 29.05.2019 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Der Kläger beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Wie der Oberarzt Dr. S. bereits in seiner Stellungnahme vom 12.02.2018 ausgeführt habe, gebe es keine andere Erklärung für die Stürze als einen kurzzeitigen Bewusstseinsverlust. Äußere Faktoren (stolpern oder anrempeln) seien nicht beschrieben. Auch die Kollegen am Klinikum am E. seien von Synkopen ausgegangen. Die zugezogenen Verletzungen passten zu einem Bewusstseinsverlust, denn die Versicherte sei "ungebremst" aufgeschlagen. Zudem sei bei entsprechend betagten Patienten die Aussage zu einem Bewusstseinsverlust mit Vorsicht zu genießen. Soweit der MDK keine Indikation für einen ILR nach der Leitlinie sehe, werde zwar das Alter in der Leitlinie nicht als Risikofaktor angeführt. Das Krankenhaus habe aber auch darauf nicht abgestellt. Maßgeblich für die Risikostratifizierung sei aus Sicht der behandelnden Ärzte eine ausgeprägte strukturelle Herzerkrankung infolge eines diagnostizierten Mitralklappenprolaps mit resultierender mittelgradiger Mitralklappeninsuffizienz gewesen. Dies scheine Dr. S. in ihrer Stellungnahme ebenfalls zu erkennen, was die Formulierung nahelege, der Befund sei mit einer "strukturellen Herzerkrankung vereinbar". Sie führe dann jedoch aus, dass sie als Gutachterin nicht klar beurteilen könne, ob die Erkrankung als "ausgeprägt" einzustufen sei. Als zusätzlichen Aspekt führe die Leitlinie synkopenbedingte Verletzungen auf, welche eine Abklärung im stationären Setting (Favor admission to hospital: injury caused by syncope; s. ESC guidelines for the diagnosis and management of syncope) rechtfertigten (die Versicherte habe rezidivierende Stürze mit Verletzungen im Gesicht sowie multiple Frakturen erlitten). Die MDK-Gutachterin beharre auf weiteren invasiven Maßnahmen. Für das kardiale Monitoring von Vorhofflimmern und anderen Herzrhythmusstörungen stehe als Goldstandard das Langzeit-EKG zur Verfügung. Dieses sei für 48 Stunden, also sozusagen zweimal Langzeit-EKGs jeweils 24 Stunden durchgeführt worden. Soweit die MDK-Gutachterin andeute, dass ein Langzeit-EKG auch noch öfters durchgeführt werden könne, übersehe sie die Empfehlung in der Leitlinie, wonach ein Langzeit-EKG bei Patienten mit häufigen Synkopen oder Präsynkopen ()= 1/Woche) durchzuführen sei. Soweit wiederholt mit einer Anämie argumentiert werde, habe hierzu Dr. S. bereits Stellung genommen. Ergänzend verweist der Kläger auf ein Rechtsgutachten des Herstellers des Ereignisrekorders zur Erstattungsfähigkeit in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung des Senats ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten zum Vorbringen der Beteiligten und zum Sach- und Streitstand wird auf die Patientenakte, die Verwaltungsakte der Beklagten sowie die Gerichtsakten erster und zweiter Instanz Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung der Beklagten, über die der Senat mit dem Einverständnis der Beteiligten gemäß §§ 153 Abs 1, 124 Abs 2 Sozialgerichtsgesetz (SGG) ohne mündliche Verhandlung entscheidet, hat keinen Erfolg.

Die form- und fristgerecht (§ 151 Abs 1 SGG) eingelegte Berufung der Beklagten ist statthaft und zulässig (§§ 143, 144 Abs 1 Satz 1 Nr 1 SGG), sie ist in der Sache jedoch nicht begründet. Das SG hat zu Recht der Klage stattgegeben, denn die Beklagte war nicht berechtigt, iHv 3.374,74 EUR gegen eine andere (unstreitige) Forderung aufzurechnen. Ein öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch (zum öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch bei Überzahlung von Krankenhausentgelten vgl eingehend Bundessozialgericht (BSG) 25.10.2016, B 1 KR 9/16 R, SozR 4-5562 § 11 Nr 2; 01.07.2014, B 1 KR 24/13 R, SozR 4-2500 § 301 Nr 2), mit dem die Beklagte hätte aufrechnen können, besteht nicht. Der Kläger hat zu Recht für die stationäre Behandlung des Versicherten unter Ansatz des OPS 5-377.8 nach DRG F12H einen Gesamtbetrag iHv 5.089,21 EUR abgerechnet.

Der Kläger hat mit der erhobenen (echten) Leistungsklage nach § 54 Abs 5 SGG die richtige Klageart gewählt (dazu nur BSG 14.10.2014, B 1 KR 25/13, juris; BSG 14.10.2014, B 1 KR 26/13 R, SozR 4-2500 § 301 Nr 3). Es handelt sich um einen sog Parteienstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt, kein Vorverfahren durchzuführen und eine Klagefrist nicht zu beachten ist (BSG 28.11.2013, B 3 KR 33/12 R, SozR 4-5562 § 9 Nr 5).

Die Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse entsteht unmittelbar mit Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten kraft Gesetzes, wenn die Versorgung - wie hier - in einem zugelassenen Krankenhaus erfolgt und iSv § 39 Abs 1 Satz 2 SGB V erforderlich ist (st

Rspr BSG 16.12.2008, B 1 KN 1/07 R, BSGE 102, 172 = SozR 4-2500 § 109 Nr 13; BSG 08.11.2011, B 1 KR 8/11 R, BSGE 109, 236 = SozR 4-5560 § 17b Nr 2). Rechtsgrundlage des Vergütungsanspruchs ist § 109 Abs 4 Satz 3 SGB V iVm § 7 Abs 1 Satz 1 Nr 1 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) und § 9 Abs 1 Satz 1 Nr 1 KHEntgG (beide idF des KHSG vom 10.12.2015, BGBl I 2229) sowie § 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG; ebenfalls idF vom 10.12.2015) und die Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2016 (Fallpauschalenvereinbarung 2016 - FPV-2016) einschließlich der Anlagen 1 bis 6 sowie der Vertrag nach § 112 Abs 2 Satz 1 Nr 1 SGB V über "Allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung" zwischen der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft und den Verbänden der Krankenkassen.

Der Zahlungsanspruch des Krankenhauses korrespondiert in aller Regel mit dem Anspruch des Versicherten auf Krankenhausbehandlung. Demgemäß müssen beim Versicherten bei der Aufnahme in das Krankenhaus grundsätzlich die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für die Inanspruchnahme von Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung sowie Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit vorliegen, wobei unter Krankenhausbehandlungs-bedürftigkeit ein Krankheitszustand zu verstehen ist, dessen Behandlung den Einsatz der besonderen Mittel eines Krankenhauses erfordert (BSG 17.05.2000, B 3 KR 33/99 R; 13.05.2004, B 3 KR 18/03 R). Eine Krankenkasse ist nach § 109 Abs 4 Satz 3 SGB V verpflichtet, die vereinbarten Entgelte zu zahlen, wenn eine Versorgung im Krankenhaus durchgeführt und iSv § 39 SGB V erforderlich (gewesen) ist. 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 (BSG 10.04.2008, B 3 KR 19/05 R). Dabei müssen Qualität und Wirksamkeit der im Krankenhaus durchgeführten Maßnahmen den in § 2 Abs 1 Satz 3, § 12 Abs 1 und § 28 Abs 1 SGB V festgelegten Qualitätskriterien, insbesondere dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen (vgl BSG 21.03.2013, B 3 KR 2/12 R, aaO).

Die Versicherte war vorliegend berechtigt, eine stationäre Krankenhausbehandlung zur Abklärung ihrer Stürze in Anspruch zu nehmen. Dies ist zwischen den Beteiligten unstreitig und vom MDK bestätigt worden. Zur Überzeugung des Senats steht fest, dass die Implantation eines ILR medizinisch notwendig war und dem Qualitätsgebot entsprach. Der Senat stützt sich dabei insbesondere auf das gerichtliche Sachverständigengutachten von Dr. V ... Der Kläger hat daher zu Recht unter Ansatz von OPS 5-377.8 nach der Schrittmacher-DRG F12H abgerechnet.

Den Qualitätskriterien des § 2 Abs 1 Satz 3 SGB V entspricht eine Behandlung, wenn die große Mehrheit der einschlägigen Fachleute (Ärzte, Wissenschaftler) die Behandlungsmethode befürwortet und von einzelnen, nicht ins Gewicht fallenden Gegenstimmen abgesehen, über die Zweckmäßigkeit der Therapie Konsens besteht. Als Basis für die Herausbildung eines Konsenses können alle international zugänglichen einschlägigen Studien dienen; in ihrer Gesamtheit kennzeichnen sie den Stand der medizinischen Erkenntnisse (BSG SozR 4-2500 § 18 Nr 5 mwN; BSG SozR 3-2500 § 92 Nr 12; BSG SozR 3-2500 § 18 Nr 6). In diesem Zusammenhang ist von Bedeutung, wenn sich unter Fachleuten konsensfähige medizinische Erkenntnisse sogar bereits in ärztlichen Leitlinien niedergeschlagen haben (BSG 13.12.2005, B 1 KR 21/04 R, SozR 4-2500 § 18 Nr 5).

Für die hier streitige Behandlung sind die Pocket-Leitlinie "Diagnostik und Therapie von Synkopen" der DGK von 2009 sowie der Kommentar der DGK hierzu von 2011 heranzuziehen. Nach der Pocket-Leitlinie von 2009 ist ein ILR indiziert mit Empfehlungsgrad I (Evidenz und/oder allgemeine Übereinkunft, dass eine Therapieform oder eine diagnostische Maßnahme effektiv, nützlich oder heilsam ist) und Evidenzgrad B (Daten aus einer randomisierten Studie oder mehreren großen nicht randomisierten Studien): - früh in der Diagnostik bei Patienten mit rezidivierenden Synkopen unklarer Genese, Fehlen von Hochrisikokriterien und hoher Rezidivwahrscheinlichkeit während der Batterielebensdauer des ILR - Hochrisikopatienten, bei denen eine ausführliche Abklärung keine Ursache oder Therapie erbracht hat. Als Kriterien eines kurzfristig hohen Risikos sind in der Leitlinie genannt: ausgeprägte strukturelle oder koronare Herzerkrankung (Herzinsuffizienz, niedrige Auswurffraktion oder früherer Myokardinfarkt), klinische oder EKG-Merkmale, die eine arrhythmogene Synkope vermuten lassen (wird näher ausgeführt), und wichtige Komorbiditäten (ausgeprägte Anämie, Elektrolytstörung).

In Übereinstimmung mit dem SG sind auch nach Auffassung des Senats die behandelnden Ärzte des Klägers zu Recht vom Vorliegen von abklärungsbedürftigen Synkopen bei der Versicherten ausgegangen. Der Senat stützt sich insoweit auf das Gutachten von Dr. V ... Die Synkope ist nach der maßgebenden Leitlinie definiert als ein vorübergehender Bewusstseinsverlust infolge einer transienten globalen zerebralen Hyperfusion, charakterisiert durch rasches Einsetzen, kurze Dauer und spontane vollständige Erholung. Für dieses Symptom gibt es verschiedene Ursachen, die harmlos oder aber auch prognostisch relevant sein können (zB hohes Risiko für plötzlichen Herztod bei arrhythmogenen Synkopen). Die fehlende Angabe eines Bewusstseinsverlustes durch die Versicherte im Behandlungsbericht der Notaufnahme der Klinik am E. steht der Annahme von Synkopen nicht entgegen. Dr. S. hat hier bereits in seiner Stellungnahme vom 12.02.2018 zutreffend darauf hingewiesen, dass bei älteren Patienten häufig eine Amnesie nach Synkopen auftritt, dh sie verneinen fälschlicherweise die erlittene Bewusstlosigkeit (nachgewiesen in einer Studie, in der Patienten nach einer durch einen Kipptisch induzierten Synkope diesbezüglich befragt wurden). Für das Vorliegen von Synkopen spricht, dass die Versicherte im Abstand von einem Jahr zwei Mal gestürzt ist und dabei erhebliche Verletzungen erlitten hat (Knochenbrüche, Schädelprellung), die für fehlende Abfangbewegungen sprechen. Zudem werden keinerlei äußere Einwirkungen (stolpern oder rempeln) berichtet. Dass die Stürze jeweils ohne Prodromi, also Vorzeichen wie Schwindel, Blässe, Übelkeit erfolgt sind, spricht zudem für eine arrhythmogene Genese der Synkopen. Dies führt der Gutachter Dr. V. wie auch der behandelnde Arzt Dr. S. nachvollziehbar aus.

Entgegen der Auffassung des MDK lag bei der Versicherten auch eine Hochrisikosituation vor. Dabei ist zwar das Alter der Versicherten nicht maßgeblich, jedoch sehr wohl die ausgeprägte strukturelle Herzerkrankung (diagnostizierter Mitralklappenprolaps mit resultierender mittelgradiger Mitralklappeninsuffizienz), die vermehrt mit Herzrhythmusstörungen einhergeht, so Dr. V ... Die in der Klinik des Klägers erfolgte ausführliche Abklärung hat dabei keine Ursache oder Therapie erbracht. Weitere diagnostische Maßnahmen waren nicht erforderlich. In der Pocket-Leitlinie von 2009 werden folgende diagnostische Maßnahmen empfohlen (jeweils mit näheren Ausführungen zu Indikation und diagnostischen Kriterien): Karotissinusmassage, aktives Stehen, Kipptischuntersuchung, EKG-Monitoring, elektrophysiologische Untersuchung (EPU), Adenosintriphosphat-Test, Echokardiographie, Ergometrie, psychiatrische Abklärung, neurologische Abklärung. Bei der Versicherten erfolgte EKG-Monitoring (Ruhe-EKG und zwei Langzeit-EKGs) sowie eine TEE. Noch weitere Langzeit-EKGs waren hier nicht geboten. Für verzichtbar hält auch der MDK nach weiterer Prüfung (Gutachten Dr. S. vom 26.10.2017) im vorliegenden Fall eine Karotissinusmassage, EPU, Ergometrie und eine psychiatrische Abklärung. Ein Adenosintriphosphat-Test wird vom MDK ebenfalls nicht gefordert; dieser ist wegen fehlender Korrelation zwischen spontaner Synkope und Testergebnis hier nicht geeignet

(siehe Pocket-Leitlinie von 2009, S 22). Eine fachärztlich-neurologische Untersuchung war verzichtbar, da bereits Anzeichen für kardial bedingte Synkopen vorlagen, wie der Gutachter Dr. V. nachvollziehbar und schlüssig ausführt. Zudem wird nach der Leitlinie die neurologische Abklärung vor allem bei Verdacht auf epileptische Anfälle empfohlen; ein solcher Verdacht bestand bei der Versicherten nicht. Eine orthostatische Ursache für die Synkopen wurde von den Ärzten des Klägers im Entlassungsbericht zwar diskutiert, aber für unwahrscheinlich gehalten. Die typischen Symptome einer Orthostasereaktion (wiederholte Schwindelgefühle insbes am Morgen, Schwarzwerden vor Augen nach Lagewechsel, Kollapsneigung) waren bei der Versicherten nicht vorhanden. Das Blutdruckverhalten wurde evaluiert und eine Reduktion der Blutdruckmedikamente empfohlen. Weitere Untersuchungen wie aktives Stehen, nach der Pocket-Leitlinie von 2009 indiziert als initiale Abklärung bei Va orthostatische Hypotonie, oder eine Kipptisch-Untersuchung waren daher nicht erforderlich. Eine Kipptisch-Untersuchung ist mit einer I B – Empfehlung nach der Leitlinie indiziert bei einer einzelnen, ungeklärten Synkope mit Hochrisiko-Situation (zB Vorliegen oder potentielles Risiko einer Verletzung oder bei beruflicher Bedeutung) oder bei rezidivierenden Synkopen bei Fehlen einer organischen Herzerkrankung oder bei Vorliegen einer organischen Herzerkrankung nach Ausschluss kardialer Ursachen der Synkope. Dr. V. hat insoweit nachvollziehbar und überzeugend für den Senat dargelegt, dass auch diese Untersuchung angesichts der bereits bestehenden Hinweise auf eine arrythmogene Synkope im vorliegenden Fall entbehrlich war. Hinzu kommt, dass es kaum zumutbar war, von der 86-jährigen Versicherten, die in erheblich reduziertem Allgemeinzustand aufgenommen wurde, das Stehen auf einem Kipptisch (nach der Leitlinie mindestens 20, maximal 45 Minuten) zu verlangen. Nach alledem entsprach es einem leitliniengerechten Vorgehen, bei der Versicherten einen ILR zu implantieren.

Der Zinsanspruch ergibt sich aus § 19 Abs 3 des in Baden-Württemberg geltenden Vertrages nach § 112 Abs 2 Satz 1 Nr 1 SGB V über die "Allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung". Danach kann das Krankenhaus bei Überschreiten des Zahlungsziels ab dem Fälligkeitstag Verzugszinsen berechnen, ohne dass es einer Mahnung bedarf. Da die Beklagte die Vergütung ursprünglich in vollem Umfange gezahlt hat, fallen Verzugszinsen erst ab dem Tag der jeweiligen Verrechnungen an. Der Verzugszinssatz beträgt für das Jahr fünf Prozentpunkte über dem Basiszinssatz nach § 247 Abs 1 BGB.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Abs 1 SGG iVm § 154 Abs 2 VwGO, da weder Kläger noch Beklagte zu den in § 183 SGG genannten Personen gehören.

Die Festsetzung des Streitwerts beruht auf § 197a Abs 1 Satz 1 Hs 1 SGG iVm §§ 63, 52 Abs 1, 3, 47 GKG.

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor (§ 160 Abs 2 Nr 2 SGG).
Rechtskraft
Aus
Login
BWB
Saved
2020-10-09