

L 4 KR 61/99

Land
Freistaat Bayern
Sozialgericht
Bayerisches LSG
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung

4
1. Instanz
SG München (FSB)
Aktenzeichen
S 2 KR 232/96

Datum
25.03.1999
2. Instanz
Bayerisches LSG
Aktenzeichen

L 4 KR 61/99
Datum
19.04.2001

3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

I. Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts München vom 25. März 1999 wird zurückgewiesen.

II. Die Beklagte hat dem Kläger die außergerichtlichen Kosten für das Berufungsverfahren zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist die Kostenübernahme für die Krankenhausbehandlung des Versicherten V ... M ... für die Zeit vom 19. bis 27.04.1995 in Höhe von 4.965,66 DM

Der Versicherte der Beklagten wurde aufgrund der vertragsärztlichen Verordnung von Krankenhausbehandlung des Internisten Dr.H ... vom 04.04.1995 wegen der Diagnosen "Pneumonie re UL und Hämoptysen" (= Aushusten oder Ausspucken von Blutmengen) am gleichen Tage im Krankenhaus der Klägerin (Klinikum Nord Medizinische Klinik 3 - Schwerpunkt Pneumologie) aufgenommen. Die Beklagte erteilte eine befristete Kostenzusage bis 18.04.1995. Als weitere Erkrankungen stellten die Krankenhausärzte ein akutes Nierenversagen, Ikterus und Morbus Parkinson fest. Am 13.04.1995 wurde eine bronchoskopische Untersuchung zur mikrobiologischen, zytologischen und histologischen Diagnostik vorgenommen. Im Krankenhaus wurde insbesondere die fieberhafte Pneumonie fachärztlich und krankengymnastisch betreut. Nach einer nochmaligen Röntgenuntersuchung am 24.04.1995 wurde der Versicherte am Vormittag des 27.04.1995 aus der stationären Krankenhausbehandlung in die Wohnung seines Sohnes entlassen. Die Beklagte übernahm die Kosten der Krankenhausbehandlung bis 18.04.1995.

Am 16.05.1995 beantragte die frühere Klägerin (Stadt ...) bei der Beklagten die Übernahme der weiteren Kosten der stationären Behandlung und übersandte der Beklagten einen Bericht der Krankenhausärzte vom 20.10.1995, wonach eine Entlassung vor dem 27.04.1995 bei unverändertem Infiltrat und subfebrilen Temperaturen nicht möglich gewesen sei.

Die Beklagte holte zwei Stellungnahmen von Dr.M ... vom 26.06.1995 und 08.11.1995 ein, der der Ansicht war, dass nach dem Anhaltzahlenkatalog der Spitzenverbände der Krankenkassen aus dem Jahre 1989 für die Behandlung einer schweren Pneumonie als Verweildauer 14 Tage angegeben seien und eine ambulante Weiterbetreuung mit häuslicher Krankenpflege bei dem Versicherten nach Ablauf der Kostenübernahme ausgereicht hätte.

Die Stadt ... hat am 31.0.1996 mit der beim Sozialgericht Nürnberg erhobenen Klage auf Zahlung der restlichen Krankenhauskosten von 4.965,66 DM geltend gemacht, die Krankenhausbehandlung sei wegen des noch vorhandenen pneumonischen Infiltrats bis 27.04.1995 notwendig gewesen; eine Entlassung vor dem 27.04.1995 hätte bei unverändertem Infiltrat und subfebrilen Temperaturen nicht verantwortet werden können. Das Sozialgericht Nürnberg hat mit Beschluss vom 23.02.1996 den Versicherten beigeladen und mit dem weiteren Beschluss vom 09.07.1996 sich für örtlich unzuständig erklärt und den Rechtsstreit an das Sozialgericht München verwiesen. Zur Begründung hat es ausgeführt, das Sozialgericht München sei zuständig, weil in dessen Bezirk die Kassenärztliche Vereinigung ihren Sitz habe.

Die Klägerin hat zur weiteren Begründung vorgetragen, bei dem Versicherten habe ein lebensbedrohliches Krankheitsbild vorgelegen. Die Beklagte hat aufgrund der weiteren Stellungnahmen von Dr.M ... vom 04.06.1996, 02.01.1997, 14.11.1997 und 28.02.1998 die Auffassung vertreten, eine Krankenhausbehandlung über den 18.04.1995 hinaus sei wegen der unzureichenden Diagnostik und unzureichenden Therapie medizinisch nicht erforderlich gewesen. Hiergegen haben die Klinikärzte in ihren Stellungnahmen vom 16.10.1997, 16.01.1998 und 26.03.1998 zum Ausdruck gebracht, die Behandlung des Versicherten sei entsprechend den Regeln der ärztlichen Kunst zweckmäßig

gewesen und eine frühere Entlassung des Versicherten sei wegen der Schwere der Pneumonie nicht möglich gewesen.

Das Sozialgericht München (SG) hat nach dem Tod des Versicherten am 09.11.1997 mit Beschluss vom 27.01.1998 die Beiladung aufgehoben.

Die Klägerin hat am 21.01.1998 mitgeteilt, dass das Klinikum ... mit Wirkung vom 01.01.1998 als selbständiges Kommunalunternehmen in der Rechtsform einer Anstalt des öffentlichen Rechts geführt wird und dass sämtliche Ansprüche, die sich aus der Tätigkeit des früheren Klinikums der Stadt ... ergeben, im Wege der Gesamtrechtsnachfolge auf das Klinikum ... übergegangen sind.

Das SG hat ein Sachverständigengutachten des Internisten und Sozialmediziners Prof.Dr.B ... eingeholt, der im Gutachten vom 19.06.1998 zu dem Ergebnis gelangt ist, dass insbesondere aufgrund des entzündlichen Lungenbefundes des Versicherten ein Krankenhausaufenthalt über den 18.04.1995 erforderlich gewesen sei. Das SG hat aufgrund der von der Beklagten dagegen erhobenen Einwände eine ergänzende Stellungnahme des Sachverständigen vom 30.09.1998 eingeholt, der - wie zuvor auf der Grundlage der Patientenakte - zu dem Ergebnis gelangt ist, dass eine Entlassung aus stationärer Behandlung nicht vor dem 26.04.1995 möglich gewesen sei. Hierzu hat sich die Beklagte ein weiteres Mal durch ihren Gutachten Dr.M ... geäußert, der weiterhin die Auffassung vertreten hat, dass eine über den 18.04.1995 hinausgehende stationäre Verweildauer medizinisch nicht zu begründen sei.

Das SG hat mit Urteil vom 25.03.1999 die Beklagte verurteilt, an die Klägerin 4.965,66 DM zu zahlen. Es hat zur Begründung ausgeführt, nach dem Krankenhausvertrag sei die Beklagte zur Übernahme der Kosten der Krankenhausbehandlung bis 27.04.1995 verpflichtet. Der Sachverständige Prof.Dr.B ... habe überzeugend dargelegt, dass trotz der Senkung des Fiebers bei einer Kontrolluntersuchung am 12.04.1995 durch die Krankenhausärzte eine befriedigende Lösung des Entzündungsbezirkes nicht zu erkennen gewesen sei. Es erscheine daher nachvollziehbar, dass der entzündliche Befund weiterhin stationär habe behandelt werden müssen.

Hiergegen richtet sich die Berufung der Beklagten vom 27.05.1999, mit der sie geltend macht, das Urteil des SG habe sich nicht mit ihrer Auffassung auseinandergesetzt. Es sei ein weiteres Gutachten eines neutralen Gutachters (möglichst nicht aus dem Raum Bayern) einzuholen.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts München vom 25.03.1999 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Der Kläger beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Beigezogen und zum Gegenstand der mündlichen Verhandlung gemacht wurden die Akten der Beklagten und des SG sowie die Patientenakte. Auf den Inhalt dieser Akten und die Sitzungsniederschrift wird im Übrigen Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die frist- und formgerecht eingelegte Berufung ist zulässig ([§ 151](#) Sozialgerichtsgesetz - SGG -). Der Wert des Beschwerdegegenstandes der allgemeinen Leistungsklage übersteigt 1.000,00 DM ([§ 144 Abs.1 Satz 1 Nr.1 SGG](#)).

Die Berufung ist unbegründet.

Das SG hat die Beklagte zu Recht verurteilt, auch die Kosten des Krankenhausaufenthaltes des Versicherten vom 19. bis 27.04.1995 in Höhe von 4.965,66 DM zu zahlen.

Entgegen der Auffassung des Sozialgerichts Nürnberg war die Streitsache nicht an das SG zu verweisen, da die Voraussetzungen des [§ 98 Satz 1 SGG](#) nicht vorgelegen haben. Das SG war örtlich nicht zuständig, da es sich hier nicht um eine vertragsärztliche Streitsache handelt. Es geht im vorliegenden Fall vielmehr um die stationäre Krankenhausbehandlung und nicht um eine Angelegenheit des Kassenarztrechts, die die Behandlung durch zugelassene oder ermächtigte Ärzte betrifft ([§ 57 a SGG](#)). Dieser fehlerhafte Beschluss führt jedoch nicht zur Aufhebung des Urteils ([§ 17 a Abs.5](#) Gerichtsverfassungsgesetz).

Die Anspruchsgrundlage für den Zahlungsanspruch der Klägerin gegen die Beklagte ist, wie das SG zu Recht festgestellt hat, der Vertrag gemäß [§ 112 Abs.1 SGB V](#) zu [§ 112 Abs.2 Nr.1 SGB V](#) (Allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung) zwischen der Bayerischen Krankenhausgesellschaft e.V. und dem AOK - Landesverband Bayern, dem BKK Landesverband Bayern, dem Landesverband der Innungskrankenkassen in Bayern, dem Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V., dem Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V., der Landwirtschaftlichen Krankenkasse Oberbayern und der Bundesknappschaft vom 24.09.1991 (im Folgenden: Krankenhausvertrag)). Nach [§ 21 Nr.1](#) dieses Vertrages hat die Krankenkasse die Rechnung innerhalb von 14 Tagen nach Rechnungseingang zu bezahlen. Nach Beendigung der Krankenhausbehandlung wird der zuständigen Krankenkasse in der Regel innerhalb von zwei Wochen nach der Entlassung des Patienten eine Schlussrechnung übersandt ([§ 17](#) Krankenhausvertrag). [§ 5](#) des Krankenhausvertrages sieht vor, dass die Rechtsbeziehungen zwischen Krankenhaus und Krankenkasse vertraglicher Natur sind (Nr.1). Ferner bestimmt die Regelung, dass die Kostenübernahmeerklärung unbefristet auszustellen ist, von der Krankenkasse aber in patientenbezogenen Einzelfällen zeitlich befristet werden kann (Nr.3) und die Krankenkasse dem Krankenhaus ihre Entscheidung unverzüglich, im Regelfall aber innerhalb von drei Arbeitstagen nach Zugang der Anforderung (der Kostenübernahmeerklärung) bekannt gibt (Nr.7). Diesen Vorschriften ist also zu entnehmen, dass ein Zahlungsanspruch der Klägerin aufgrund vertraglicher Beziehungen besteht.

Bezüglich der Dauer der Krankenhausbehandlung regelt der Krankenhausvertrag in [§ 8 Nr.1](#), dass die Krankenhausbehandlung zu beenden ist, wenn sie aus medizinischen Gründen nicht mehr notwendig bzw. eine andere Maßnahme zweckmäßig ist.

Die neue Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG vom 21.08.1996 [SozR 3-2500 § 39 Nr.4](#) und BSG vom 21.11.1991 [SozR 2500 § 39 Nr.1](#)) stellt im Verhältnis zwischen Krankenhaus und Krankenkasse auf die vertraglichen Beziehungen ab. Durch die Inanspruchnahme der Sachleistung durch den Versicherten wird unmittelbar eine Zahlungsverpflichtung seiner Krankenkasse gegenüber dem leistungserbringenden Krankenhaus begründet. Das Krankenhaus hat sich durch seine Bereitschaft, Versicherte im Rahmen des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung zu behandeln, sowie durch den Abschluss entsprechender Verträge diesen Bedingungen unterworfen. Soweit der Versicherte lediglich die Sachleistung der gesetzlichen Krankenversicherung in Anspruch nimmt und nehmen will, entsteht ihm keine Zahlungsverpflichtung gegenüber dem Leistungserbringer, aufgrund der er einen Kostenerstattungsanspruch gegen die Kasse erwirbt (BSG vom 21.11.1991 a.a.O.). Das BSG hat mit Urteil vom 21.08.1996 ([a.a.O.](#)) sich dieser Entscheidung angeschlossen und auch hier sich auf die vertraglichen Beziehungen der Krankenhausgesellschaft mit dem Landesverband der Ortskrankenkassen als Rechtsgrundlage gestützt. Es hat in dieser Entscheidung die Verbindlichkeit des Vertrages auch gegenüber den Krankenkassen bejaht, die nicht Vertragspartei und dem Vertrag nicht beigetreten sind. Hierzu hat es ausgeführt, dass der Gesetzgeber mit der Regelung in [§ 112 Abs.1 SGB V](#) eine Verbindlichkeit der Sicherstellungsverträge länderübergreifend für diejenigen jeweiligen Krankenkassen mit angestrebt hat, die den vertragsschließenden Krankenkassen entsprechen.

Das BSG hat mit Urteil vom 17.05.2000 ([SozR 3-2500 § 112 Nr.1](#)) entschieden, dass das zugelassene Krankenhaus und dessen Ärzte nach den vertraglichen Vereinbarungen mit den Kassen mit Wirkung für die Krankenkasse über die Krankenhausaufnahme des Versicherten sowie die erforderlichen Behandlungsmaßnahmen befinden.

Bezüglich der Dauer einer Krankenhausbehandlung kommt es auf die medizinische Notwendigkeit der Behandlung durch die spezifischen Mittel eines Krankenhauses an (BSG vom 17.05.2000 a.a.O.). Dies sind eine intensive Behandlung durch rufbereite Ärzte, geschultes Pflegepersonal sowie die apparative Ausstattung eines Krankenhauses (Kasseler Kommentar-Höfler, [§ 39 SGB V](#), Rdnr.16 m.w.N.). Das BSG hat mit den o.g. Urteilen vom 21.11.1991 und 21.08.1996 ([a.a.O.](#)) für Recht erkannt, dass maßgebend für die Dauer der Krankenhausbehandlung bei einer fehlenden Kostenzusage der Anspruch des Versicherten auf Durchführung der medizinisch notwendigen stationären Behandlung ist, der nicht durch das Fehlen der Kostenzusage der Krankenkasse, die allein im Rahmen der Rechtsbeziehungen zwischen dieser und dem Krankenhaus ohne Einbeziehung des Versicherten erteilt wird, verkürzt werden darf. Die Zahlungsverpflichtung der Krankenkasse entsteht unabhängig von einer Kostenzusage. Das Krankenhaus konkretisiert mit der Festlegung der Behandlung den zunächst nur abstrakten Sachleistungsanspruch des Versicherten. Der im Gesetz global zugesagte Rahmenanspruch des Versicherten auf Krankenhausbehandlung ([§ 11 Abs.1 Satz 1 Nr.4](#), [§ 27 Abs.1 Satz 2 Nr.5](#), [§ 39 Abs.1 Satz 2 SGB V](#)) wird durch die Entscheidung des Krankenhausarztes über die Aufnahme erstmalig und durch die jeweils geplanten und durchgeführten Behandlungsschritte fortlaufend konkretisiert und erfüllt, so dass die Krankenkasse aufgrund des Sachleistungsprinzips verpflichtet ist, den Versicherten von den dadurch entstandenen Aufwendungen freizustellen. Dem Krankenhausarzt kommt im Bereich der Krankenhausbehandlung eine Schlüsselstellung zu. Denn das zugelassene Krankenhaus und dessen Ärzte sind aufgrund des Sachleistungsprinzips gesetzlich ermächtigt, mit Wirkung für die Krankenkasse über die Aufnahme sowie erforderlichen Behandlungsmaßnahmen und damit konkludent auch über den Leistungsanspruch des Versicherten zu entscheiden. Die Krankenkasse ist dann grundsätzlich an diese Entscheidung gebunden. Stellt sich die Entscheidung nachträglich als unrichtig heraus, ist die Krankenkasse nur dann nicht an die Entscheidung des Krankenhausarztes gebunden, wenn dieser vorausschauend hätte erkennen können, dass die geklagten Beschwerden nicht die Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung begründeten, die Ärzte de lege artis also eine Fehlentscheidung getroffen haben.

Das BSG hat in der o.g. Entscheidung (Urteil vom 17.05.2000 a.a.O.) ferner festgestellt, dass die Zahlungsverpflichtung der Krankenkasse gegenüber dem Krankenhaus unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten entsteht, unabhängig von einer Kostenzusage. Die Kostenübernahmeerklärung hat lediglich die Wirkung eines sog. deklaratorischen Schuldanerkenntnisses.

Die Vertragsparteien haben in einer weiteren Vereinbarung vom 24.09.1991 (Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung) das Verfahren zur Überprüfung dieser Leistung geregelt. In § 2 ist u.a. vorgesehen, dass die Krankenkasse durch Beauftragung des Medizinischen Dienstes (MDK) unter Angabe des Überprüfungsanlasses in einem konkreten Behandlungsfall eine Stellungnahme des Krankenhauses anfordern kann. Das Krankenhaus erläutert die Dauer der stationären Behandlung in einem Kurzbericht. Ergibt sich aus der Sicht der Krankenkasse die Notwendigkeit einer ärztlichen Überprüfung, so kann die Krankenkasse im Einzelfall die Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung durch Ärzte, die für den MDK tätig sind, überprüfen lassen. Zudem erlaubt auch [§ 275 Abs.1 Nr.1 SGB V](#) eine medizinische Prüfung der Notwendigkeit der Dauer der Krankenhausbehandlung durch die Ärzte des MDK. Hiervon hat die Beklagte jedoch nicht Gebrauch gemacht.

Im vorliegenden Fall ist nicht zu erkennen, dass die Krankenhausärzte aus ihrer Sicht vor Einleitung der entsprechenden Behandlungsmaßnahmen eine Fehlentscheidung bezüglich der streitigen Behandlungsdauer, d.h. der Krankenhausbehandlung in der Zeit vom 19. bis 27.04.1995, getroffen haben. Dies ergibt sich zur Überzeugung des Senats aus ihren zahlreichen Stellungnahmen und dem Gutachten sowie der ergänzenden Stellungnahme des Sachverständigen Prof.Dr.B ... Danach ist der Versicherte auch im streitigen Zeitraum nach den Regeln der ärztlichen Kunst behandelt worden und die Dauer der Krankenhausbehandlung ist wegen der schweren Erkrankung des Versicherten und der medizinischen Notwendigkeit der eingesetzten Behandlungsmaßnahmen erforderlich gewesen. Der zum Zeitpunkt der Erkrankung knapp 72-jährige Versicherte hat nach den Feststellungen des Sachverständigen und der Krankenhausärzte an einer fieberhaften poststenotischen Pneumonie mit persistierend protrahiertem (!) Verlauf, einem passageren akuten Nierenversagen und beginnender hypotoner Hydratation, einem begleitenden, passageren Ikterus und einem ausgeprägten Parkinsonismus sowie Polymorbidität gelitten. Die Behandlung im gesamten Zeitraum des stationären Aufenthalts ist nach wissenschaftlichen, international anerkannten Standards erfolgt. Der entzündliche fieberhafte Befund hat eine tägliche intensive Betreuung mit den spezifischen Mitteln eines Krankenhauses, zuletzt zur Vermeidung eines Rückfalls, erfordert. Zu berücksichtigen ist im vorliegenden Fall, dass das Krankheitsbild des Versicherten kritisch gewesen ist wegen des höheren Lebensalters, des schlechten Allgemeinzustandes und des Zusammentreffens mehrerer Erkrankungen. Dafür spricht auch, dass der Versicherte nicht nach Hause, sondern in die Betreuung seines Sohnes entlassen worden ist. Sowohl der Sachverständige, als auch die Krankenhausärzte haben aus den vorliegenden Befunden den Schluss gezogen, dass am 18.04.1995 eine Entlassung mit hausärztlicher Betreuung und häuslicher Krankenpflege aus medizinischen Gründen nicht möglich war. Dies ist rechtlich nicht zu beanstanden.

Demgegenüber sind die Einwendungen der Beklagten aufgrund der ärztlichen Stellungnahmen des Dr.M ... nicht beweiskräftig. Es ist schon nicht ersichtlich, welche Fachkompetenz der Gutachter der Beklagten aufweist. Ferner haben die Stellungnahmen der Krankenhausärzte den

Vorzug, dass diese durch die Behandlung und Untersuchung des Versicherten die Schwere des Krankheitsbildes besser beurteilen können. Die Stellungnahmen des Dr.M ... stützen sich zum Teil auf Unterstellungen und Vermutungen, insbesondere hier nicht einschlägige statistische Vorgaben. Sie lassen jedoch eine substantielle Auseinandersetzung mit den vorhandenen Erkrankungen des Versicherten sowie mit den nach den Regeln der ärztlichen Kunst in einem derartigen Fall gebotenen Behandlungsmethoden vermissen.

Es besteht auch kein Anlass, ein weiteres Sachverständigengutachten gemäß [§ 106 SGG](#) einzuholen, da durch die Stellungnahmen der Krankenhausärzte und das Gutachten des Sachverständigen der Sachverhalt ausreichend geklärt ist.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 Abs.1, 4 Satz 2 SGG](#). Gemäß [§ 193 Abs.4 SGG](#) sind die Aufwendungen der Behörden, der Körperschaften und Anstalten des öffentlichen Rechts nicht erstattungsfähig. Dies gilt nach [§ 193 Abs.4 Satz 2 SGG](#) nicht für als Kläger oder Beklagte Beteiligte in dem in § 116 Abs.2 Satz 2 Nrn.1 und 4 der Bundesgebührenordnung für Rechtsanwälte (BRAGO) genannten Verfahren, soweit es sich um Streitigkeiten in Angelegenheiten nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch handelt. Diese Ausnahme ist hier gegeben. Denn gemäß § 116 Abs.2 Nr.1 BRAGO werden in Verfahren nach [§ 51 Abs.2 Satz 1 SGG](#) die Gebühren nach dem Gegenstandswert berechnet. [§ 51 Abs.2 Nr.1 SGG](#) begründet die Zulässigkeit des Rechtswegs der Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit in Angelegenheiten aufgrund der Rechtsbeziehungen zwischen Ärzten, Zahnärzten, Krankenhäusern und Krankenkassen einschließlich ihrer Vereinigungen und Verbände. Es genügt für die nach [§ 193 Abs.4 Satz 2 SGG](#) zu treffende Kostenentscheidung, dass entweder der Kläger oder die Beklagte an einem derartigen Rechtsstreit beteiligt sind. Dies trifft hier zu.

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor ([§ 160 Abs.2 Nrn.1](#) und [2 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2003-09-28