

L 11 KR 18/09

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
LSG Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
11
1. Instanz
SG Dortmund (NRW)
Aktenzeichen
S 12 KR 69/07
Datum
25.02.2009
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 11 KR 18/09
Datum
08.12.2010
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 3 KR 9/11 B
Datum
21.07.2011
Kategorie
Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Dortmund vom 25.02.2009 wird zurückgewiesen. Die Klägerin trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt von der Beklagten die Zahlung der durch eine stationäre Behandlung der bei der Beklagten gegen das Risiko Krankheit versicherten T N (Versicherte) entstandenen Kosten.

Die praktische Ärztin A bzw. der Facharzt für Allgemeinmedizin A verordneten der 1941 geborenen Versicherten am 02.05.2005 wegen eines Fibromyalgiesyndroms Krankenhausbehandlung. Die Versicherte wurde daraufhin vom 09.05.2005 bis zum 21.05.2005 in der naturheilkundlichen Abteilung der Klägerin stationär behandelt.

In dem bei Aufnahme der Versicherten erstellten Anamnesebogen vom 09.05.2005 wird zunächst ein stationärer Aufenthalt im Jahr 2004 angeführt, von dem die Versicherte deutlich profitiert habe. Weiter heißt es in der Anamnese, dass sich der Allgemeinzustand der Versicherten wegen beruflicher Schwierigkeiten ab Oktober 2004 zunehmend verschlechtert habe. Aktuell bestünden eine Schwellneigung der Finger und Hände mit Schmerzen, Schmerzen im Bereich der Hals- und Lendenwirbelsäule, Schmerzen unter Belastung im Bereich der Füße, rezidivierende Magenbeschwerden, rezidivierende abdominale Beschwerden, rezidivierende Nierenschmerzen beidseits, Neigung zu rezidivierenden Nierenentzündungen, rezidivierender Husten, Auswurf, Belastungsdyspnoe. Die Stimmung sei stabil. Als Untersuchungsbefund werden eine Hypertonie, eine Adipositas, eine Einschränkung der Funktion der Halswirbelsäule, ein Fingerbodenabstand von 20 und zur Psyche "erschöpft, depressiv" angegeben.

Im ärztlichen Entlassungsbericht des Chefarztes Priv.-Doz. Dr. C vom 25.07.2005 werden an Diagnosen 1. Statisch-degeneratives Wirbelsäulen-Syndrom mit Cervicalgien und Lumbalgien, 2. Polyarthrose, 3. Fibromyalgie, 4. Arterieller Hypertonus, 5. Hypercholesterinämie, 6. Harnwegsinfekt und 7. Psychophysischer Erschöpfungszustand genannt. Der körperliche Untersuchungsbefund wird beschrieben mit: "63jährige Patientin in reduziertem AZ und adipösem EZ (Körpergröße 164 cm, Körpergewicht 81 kg). Lymphatische Konstitution. Bei der körperlichen Untersuchung wurden folgende Untersuchungsbefunde erhoben:

Hautkolorit, LK unauffällig. Druckschmerz NAP rechts, Zunge cyanotisch, ansonsten unauffällige Kopforgane. Schilddrüse, Thorax/Lungen, Herz, Abdomen unauffällig. Gangbild normal. Kopfhaltung normal. Schulter- und Beckengeradstand. Nacken- und Schürzengriff bds. regelrecht ausführbar. HWS bei der Rechts/Linksrotation schmerzhaft eingeschränkt. Schmerzhaft eingeschränkte Beweglichkeit der LWS bei der Rumpfbeuge, FBA 20 cm. Schultergelenke bds. frei beweglich, Hüftgelenke bei der Innenrotation schmerzhaft eingeschränkt, Kniegelenke frei beweglich, endgradig schmerzhaft. Keine entzündlichen Gelenkveränderungen, keine Rötungen, keine Überwärmungen. Faustschluß bds. regelrecht ausführbar. Deutlicher muskulärer Hartspann im HWS- und LWS-Bereich bds. paravertebral. Fußpulse regelrecht tastbar. Bei der neurologischen Untersuchung unauffälliger Befund." Im Rahmen der Epikrise wird ausgeführt: "Die stationäre Aufnahme erfolgt nach [§ 39 SGB V](#) und war erforderlich, nachdem die ambulanten Vorbehandlungen in Form von Injektionen, Akupunktur, Krankengymnastik sowie hausärztlichen Konsultationen zu keinem ausreichenden Therapieerfolg führten und eine zunehmende Verschlechterung des Allgemeinzustandes eintrat. Im Vordergrund der Aufnahme standen Schmerzen im Bereich der Hände und Finger mit Schwellneigung, Schulternacken-, HWS- und LWS-Beschwerden, rezidivierende epigastrische Beschwerden, bds. Nierenschmerzen sowie rezidivierender Husten und Belastungsdyspnoe."

Die Klägerin stellte der Beklagten für die stationäre Behandlung der Versicherten 2.545,85 EUR in Rechnung (Rechnung vom 16.06.2005).

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) gelangte in Auswertung des Entlassungsberichts und der Gesamtauskunft über die der Versicherten erbrachten Leistungen durch die Fachärztin für Chirurgie Dr. E in ihrem sozialmedizinischen Gutachten vom 08.09.2006 zu der Beurteilung, dass "KEINERLEI (!!) Indikation zur stat. Behandlung" vorgelegen habe und eine orthopädische ambulante Behandlung am Wohnort unter Ausschöpfung der Heilmittelrichtlinien bzw. ggf. eine Reha-Maßnahme an einem anerkannten Kurort ausreichend gewesen wären. Darauf gestützt lehnte die Beklagte eine Kostenübernahme mit Schreiben vom 14.09.2006 ab.

Dazu führte Priv.-Doz. Dr. C aus, auf ambulantem Sektor seien Krankengymnastik, Krankengymnastik in Eigenverantwortung, CT-Diagnostik etc. durchgeführt worden. Die Versicherte habe angegeben, dass sie mit dem Orthopäden nicht klar gekommen sei und deshalb vom Hausarzt betreut werde. Es werde ein ausführliches sozialmedizinisches Gutachten angeregt (Schreiben vom 05.10.2006).

In seinem daraufhin von der Beklagten veranlassten Gutachten vom 03.01.2007 gelangte der Facharzt für Chirurgie S zu dem Ergebnis, die Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung könne nicht nachvollzogen werden; die durchgeführte Behandlung habe den weitgehenden Charakter von Reha-Maßnahmen. Unter Berücksichtigung der Gesamtkonstellation, insbesondere des psychosozialen Hintergrundes und der psychischen Überlagerung sei erkennbar, dass eine orthopädische Behandlung allein nicht ausreichend gewesen wäre. Die während des stationären Aufenthalts durchgeführten Therapiemaßnahmen hätten ebenso im ambulanten Setting durchgeführt werden können. Die Beklagte lehnte daraufhin eine Kostenübernahme erneut ab (Schreiben vom 16.01.2007).

Dagegen führte Priv.-Doz. Dr. C unter Vorlage eines Auszugs aus der "Leitlinie der Arbeitsgemeinschaft für Naturheilkunde im Akutkrankenhaus" im Wesentlichen die aus seiner Sicht wachsende Bedeutung der Naturheilkunde an. Es sei notwendig, dass sich die stationäre Naturheilkunde gegenüber den Argumenten des MDK klar positioniere. In der Naturheilkunde entfalle eine Unterscheidung in "Behandlung" und "Rehabilitation", denn ein Patient erlange idealerweise alle zu seiner Wiedereingliederung notwendigen Fähigkeiten bereits im Rahmen der Akutbehandlung. Die Ordnungstherapie frage nicht, ob die Psyche krank sei, sondern wie die Seele und der Lebensstil helfen könne, wieder gesund zu werden. Dieser ganzheitliche Ansatz greife bei jedem Patienten gleichermaßen. Aus diesem Verzicht auf die "Psychologisierung" von Erkrankungen folge eine deutlich höhere Akzeptanz der Patienten im Vergleich zu einer psychosomatischen oder psychotherapeutischen Behandlung. Häufig könnten deshalb durch eine stationäre naturheilkundliche Behandlung erfolglose Therapieversuche oder teure Folgebehandlungen vermieden werden.

Unter Bezugnahme auf die weitere Stellungnahme des Facharztes für Chirurgie S vom 30.03.2007 - Priv.-Doz. Dr. C nehme in erster Linie eine Standortbestimmung der stationären Naturheilkunde vor, wesentliche medizinische fallbezogene Aspekte seien seiner Stellungnahme nicht zu entnehmen - lehnte die Beklagte eine Kostenübernahme nochmals ab (Schreiben vom 10.04.2007).

Auf die Anfrage von Priv.-Doz. Dr. C vom 06.06.2007, aus welchen Gründen eine stationäre Aufnahme medizinisch nicht notwendig gewesen sei, führte der Facharzt für Chirurgie S aus, dass die ambulante Behandlung nicht ausgeschöpft gewesen sei. Die Versicherte sei erkennbar mit dem behandelnden Orthopäden nicht zufrieden gewesen; insbesondere seien keine Psychotherapie bzw. psychotherapeutische Exploration erfolgt (Gutachten vom 26.07.2007).

Mit ihrer Klage vom 24.07.2007 hat die Klägerin u.a. vorgetragen, die Beklagte hätte die Zahlung nicht verweigern dürfen. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) sei es einer Krankenkasse nicht erlaubt, die Zahlung mit der Begründung zu verzögern, dass sie zunächst die Richtigkeit der Abrechnung oder die wirtschaftliche Leistungserbringung prüfen müsse. Der in Rechnung gestellte Betrag stehe ihr auch zu. Die MDK-Gutachten seien nicht substantiiert und gingen auf die Sinnhaftigkeit der naturheilkundlichen Komplexbehandlung bei Patienten, die gleichzeitig unter somatischen und psychosomatischen Krankheitszeichen litten, nicht ein. An der medizinischen Vertretbarkeit der Entscheidung der verantwortlichen Ärzte unter Berücksichtigung des bereits seit längerem andauernden komplexen Beschwerdebildes der Versicherten mit ausgeprägten psychosomatischen Begleiterscheinungen bestehe kein Zweifel. Im Zusammenhang mit einem Fibromyalgiesyndrom und auch den degenerativen Wirbelsäulenbeschwerden sei es zu einer erhöhten Akutät der Schmerzsymptome gekommen, die gleichsam eine Notfallbehandlung erfordert habe. Aus den im Anamnesebogen dokumentierten Angaben ergebe sich, dass ambulante, konventionelle Maßnahmen allein im Vorfeld nicht zielführend gewesen seien. Ambulant seien Krankengymnastik, Injektionen, Akupunktur, Massagen und Fangoanwendungen erfolgt, und zwar im Vorfeld einer stationären Behandlung in ihrer naturheilkundlichen Abteilung in der Zeit vom 21.01.2004 bis zum 10.02.2004. Zudem sei die Versicherte 2003 in einer Rheumaklinik behandelt worden. Es komme nicht darauf an, ob ein Fibromyalgiesyndrom oder eine somatoforme Schmerzstörung Hauptdiagnose bzw. beschwerdeauslösend seien. Bei dieser Art von Beschwerden sei ein multidisziplinärer Ansatz zu verfolgen, bei dem physikalische, krankengymnastische und psychotherapeutische Therapieelemente zum Einsatz kämen. Der Brückenschlag sei nur in einer Abteilung für Naturheilkunde möglich, bei der sowohl eine somatische Behandlung der orthopädischen Beschwerden als auch eine ordnungstherapeutische Behandlung der psychosomatischen Beschwerden erfolge. Auch die Aufnahme ihrer naturheilkundlichen Abteilung in den Krankenhausplan des Landes Nordrhein-Westfalen attestiere einen Bedarf für ein stationäres Therapiekonzept auf dem Gebiet der Naturheilkunde. Im Übrigen sei dem vom Sozialgericht (SG) Dortmund eingeholten Gutachten schon deshalb nicht zu folgen, weil die Sachverständige nicht der rheumatologischen, der orthopädischen, der psychosomatischen oder der naturheilkundlichen Disziplin angehöre und damit Zweifel an ihrer Qualifikation bestünden.

Die Klägerin hat beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, an sie für den stationären Krankenhausaufenthalt der Patientin T N für den Zeitraum vom 09.05.2005 bis zum 21.05.2005 (Aufnahme-Nr.: 000) auf die Rechnung vom 16.06.2005 (Rechnungs-Nr.: 000) einen Betrag von 2.545,85 EUR nebst Verzugszinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz ab dem 05.07.2005 zu zahlen.

Die Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Das SG Dortmund hat Beweis erhoben durch Einholung eines Gutachtens nach Aktenlage von der Fachärztin für Chirurgie Dr. E1. Diese ist in ihrem fachchirurgisch-sozialmedizinischen Gutachten vom 21.01.2008 zu dem Ergebnis gelangt, dass eine stationäre Behandlung der Versicherten in der Zeit vom 09.05.2005 bis zum 21.05.2005 medizinisch nicht notwendig gewesen sei, um eine Krankheit zu erkennen, zu

heilen, eine Verschlechterung zu verhüten oder etwaige Krankheitsbeschwerden zu lindern. Die ambulanten Maßnahmen seien bei Weitem nicht ausgeschöpft gewesen; klinische körperliche Auffälligkeiten hätten nur in geringem Umfang bestanden. Der psychophysische Erschöpfungszustand mit depressiven Anklängen hätte einer ambulanten psychotherapeutischen Maßnahme oder zunächst einmal einer fachärztlichen psychiatrischen Beurteilung zugeführt werden sollen.

Das SG hat die Klage daraufhin mit Urteil vom 25.02.2009 abgewiesen: Die vollstationäre Krankenhausbehandlung der Versicherten sei ausgehend von dem im Behandlungszeitpunkt verfügbaren Wissens- und Kenntnisstand des verantwortlichen Krankenhausarztes medizinisch nicht erforderlich gewesen. Nach den Feststellungen der Sachverständigen sei weder aus der Anamnese noch aus dem klinischen Befund eine Erkrankung abzuleiten, die eine stationäre Behandlung der Versicherten notwendig gemacht hätte. Die Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates hätten ambulant durch fachärztliche orthopädische Behandlung einschließlich Heilmittel behandelt werden können. Kein medizinischer Grund für eine stationäre Krankenhausbehandlung sei, dass die Versicherte eine Behandlung durch einen Orthopäden abgelehnt habe und nur von der Hausärztin behandelt worden sei. Auch hinsichtlich der Erkrankungen der Psyche seien nervenärztliche und psychotherapeutische Behandlungsmöglichkeiten nicht ausgeschöpft; es sei insoweit überhaupt keine fachärztliche Vorstellung erfolgt. Eine vorherige schulmedizinische multimodale Schmerzbehandlung sei ebenso wenig durchgeführt worden wie eine vorherige ambulante naturheilkundliche Dauerbehandlung. Weder ersichtlich noch vorgetragen sei, dass die Erkrankungen der inneren Organe (Bluthochdruck und Harnwegsinfekt) nicht ambulant hätten behandelt werden können. Auch die naturheilkundlichen Behandlungen hätten ambulant durchgeführt werden können. Ausweislich der Gesamtauskunft Leistungen der Beklagten hätten im Vorfeld der stationären Behandlung keine ambulanten naturheilkundlichen ärztlichen oder ärztlich verordneten Behandlungen oder Therapien stattgefunden. Die Stellungnahmen des Priv.-Doz. Dr. C führten nicht weiter; denn ein Versicherter, der schulmedizinisch behandelt nur Anspruch auf Rehabilitation und nicht auf stationäre Krankenhausbehandlung habe, habe nicht deshalb Anspruch auf stationäre Krankenhausbehandlung, weil er naturheilkundlich behandelt werden möchte. Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit aus medizinischen Gründen hänge nicht davon ab, ob schulmedizinisch oder naturheilkundlich behandelt werden soll. Der in [§ 39](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) vorgesehene Vorrang ambulanter Krankenbehandlung vor stationärer Krankenhausbehandlung gelte auch für die Naturheilkunde. Darüber hinaus habe aber auch unter Zugrundelegung der Beurteilungskriterien der "Leitlinie für die medizinische Notwendigkeit einer stationären naturheilkundlichen Komplextherapie bei einer chronischen Erkrankung" der Arbeitsgemeinschaft für Naturheilverfahren im Akutkrankenhaus der Deutschen Gesellschaft für Naturheilkunde e.V. Krankenhausbedürftigkeit erkennbar nicht vorgelegen. Eine Chronifizierung der orthopädischen oder / und psychischen Erkrankungen der Versicherten, insbesondere der Schmerzsymptomatik, sei weder ärztlich belegt noch nach dem Schweregrad bewertet worden. Zudem sei eine ambulante Dauerbehandlung im Sinne einer multimodalen Schmerztherapie oder eine naturheilkundliche Dauerbehandlung im Vorfeld nicht erfolgt. Die behauptete akute Exazerbation der Schmerzsymptomatik, die gleichsam eine Notfallbehandlung erfordert haben solle, sei weder in der ärztlichen Verordnung von Krankenhausbehandlung noch in der Aufnahmeuntersuchung angegeben bzw. festgestellt worden und erscheine vor dem Hintergrund auch nicht glaubhaft, dass zwischen der Verordnung am 02.05.2005 und der Krankenhausaufnahme am 09.05.2005 sieben Tage gelegen hätten. Die Aufnahme der Abteilung Naturheilkunde in den Krankenhausplan des Landes Nordrhein-Westfalen möge einen Bedarf für ein stationäres naturheilkundliches Therapiekonzept anzeigen; stationäre Behandlungsbedürftigkeit aus medizinischen Gründen müsse aber stets im Einzelfall vorliegen. Bedenken gegen die Qualifikation der Sachverständigen bestünden nicht. Ein Facharzt für Sozialmedizin, Plastische Chirurgie und Chirurgie sei für die Beurteilung, ob eine stationäre Krankenhausbehandlung der Versicherten wegen Fibromyalgie medizinisch notwendig gewesen sei, ausreichend qualifiziert. Die erforderliche Sachkunde hänge nicht davon ab, ob der Gutachter Schulmediziner oder / und Naturheilkundler sei. Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit hänge von den Erkrankungen und Beschwerden ab und nicht von der Art der Behandlungsform "Schulmedizin" oder "Naturheilkunde".

Gegen das am 31.03.2009 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 30.04.2009 Berufung eingelegt und vorgetragen, die Versicherte habe zur Behandlung ihrer somatischen sowie psychosomatischen Beschwerden zur Verhinderung einer weiteren Schmerzprogredienz und Chronifizierung des multimodalen Therapieansatzes der naturheilkundlichen Komplexbehandlung im stationären Umfeld bedurft. Sie habe auch während des stationären Aufenthaltes häufig über Schmerzen im Schulter-Nacken-, Halswirbelsäulen- und Lendenwirbelsäulenbereich und über Schmerzen in den Fingergelenken geklagt. Zudem habe sie chronische Magenbeschwerden und Nierenschmerzen angegeben. Eingewiesen worden sei sie wegen eines Fibromyalgiesyndroms. Im Vordergrund der stationären Behandlung hätten die Schmerzsymptomatik im Bereich der Hände und Finger mit Schwellneigung und im Bereich Schulter / Nacken sowie HWS- und LWS-Beschwerden, rezidivierende epigastrische Beschwerden, sowie Nierenschmerzen und rezidivierender Husten bzw. Belastungsdyspnoe gestanden. Im ambulanten Bereich seien Vorbehandlungen in Form von Injektionen, Akupunktur, Krankengymnastik sowie hausärztlichen Konsultationen erfolgt, wobei eine zunehmende Verschlechterung des Allgemeinzustands eingetreten sei. Nach alledem sei nach dem zum Behandlungszeitpunkt verfügbaren Wissens- und Kenntnisstand der verantwortlichen Krankenhausärzte der Abteilung für Naturheilkunde aufgrund der medizinischen Befunde die stationäre Aufnahme der Versicherten medizinisch notwendig gewesen. Dabei sei zu berücksichtigen, dass gerade komplexe, chronifizierte Krankheitsbilder mit seelischen und somatischen Alterationen eines Therapiekonzeptes bedürften, das nach ganzheitlichen Gesichtspunkten handle und ineinander übergreife. Dabei sei eine tägliche ärztliche Behandlungssteuerung erforderlich, um die Therapie zeitnah an den Krankheitsverlauf anzupassen. Auf die Notwendigkeit eines fachspezifischen Gutachtens durch einen Sachverständigen mit Erfahrung auf dem Gebiet der stationären naturkundlichen Komplexbehandlung habe sie bereits hingewiesen. Demgegenüber lasse das Gutachten der Sachverständigen Dr. E1 eine adäquate Auseinandersetzung mit der Indikation der naturheilkundlichen Komplexbehandlung vermissen. U.a. setze sich die Sachverständige nicht mit den existierenden Leitlinien und den darin enthaltenen Beurteilungskriterien auseinander, ihr Gutachten enthalte auch Fehlschlüsse. Gerade das Fibromyalgiesyndrom erfordere einen multidisziplinären Behandlungsansatz. Die Sachverständige reduziere die Beschwerden der Versicherten auf einen psychophysischen Erschöpfungszustand und gehe in Anbetracht der multiplen orthopädischen und internistischen Schmerzzustände fehl. Ebenso gehe sie unzutreffend davon aus, dass ambulant mehrere Fachdisziplinen ausgeschöpft werden müssten, insbesondere dass psychotherapeutische Behandlung ambulant erfolgt sein müsse, bevor die Indikation zur stationären naturheilkundlichen Komplexbehandlung gestellt werden könne. Isoliert betrachtet seien sämtliche Maßnahmen innerhalb der Komplexbehandlung als Einzelmaßnahmen im ambulanten Umfeld durchführbar. Diese Einzelmaßnahmen seien aber gerade dann nicht zielführend, wenn die Entwicklung des Krankheitsverlaufes durch die Überlagerung verschiedener somatischer und psychosomatischer Beschwerden geprägt sei. Im Übrigen seien die Kosten des Verfahrens gemäß [§ 197a](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) in Verbindung mit [§ 154 Abs. 1](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO) der Beklagten aufzuerlegen, weil diese durch ihre Zahlungsverweigerung erst Anlass zur Klage gegeben habe. Die Beklagte habe nach dem Sicherstellungsvertrag Nordrhein-Westfalen kein Leistungsverweigerungsrecht gehabt und habe die Rechnung nicht innerhalb der Zahlungsfrist ausgeglichen.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Dortmund vom 25.02.2009 abzuändern und die Beklagte zu verurteilen, ihr für den stationären Krankenhausaufenthalt der Patientin T N für den Zeitraum vom 09.05.2005 bis zum 21.05.2005 auf die Rechnung vom 16.06.2005 2.545,85 EUR nebst Verzugszinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz ab dem 05.07.2005 zu zahlen, hilfsweise,

Beweis zu erheben, durch Einholung eines schriftlichen Gutachtens anhand der "Leitlinie für die medizinische Notwendigkeit einer stationären naturheilkundlichen Komplextherapie bei einer chronischen Erkrankung" durch einen Sachverständigen, der im Hinblick auf die entscheidungserheblichen Sachverhalte ausreichend qualifiziert ist und Erfahrungen in der stationären naturheilkundlichen Behandlung besitzt. Beweis soll hierbei erhoben werden hinsichtlich der Notwendigkeit der stationären Behandlung der Versicherten aus ex ante Sicht nach dem zum Behandlungszeitpunkt vorhandenen Wissens- und Kenntnisstand der verantwortlichen Krankenhausärzte unter besonderer Beachtung der Beurteilungskriterien, des Chronifizierungsgrades und der Symptomstärke sowie der Komplexität der Erkrankung. Insbesondere ist zu ermitteln, ob der durchgeführten Maßnahme ein zielstrebigter Behandlungsplan zu Grunde lag, welche ärztliche Kontrollen hierbei geboten war und durchgeführt wurde, ob ein komplexer Behandlungsansatz durch das Zusammenwirken eines multiprofessionellen Teams und fachärztlicher Leitung erforderlich war sowie insbesondere, ob die ergriffenen Maßnahmen im Rahmen einer ambulanten Versorgung oder medizinischen Rehabilitation unter Berücksichtigung der psychosomatischen Überlagerung der orthopädischen Beschwerden und Schmerzen der Patientin überhaupt nicht oder nicht in dieser Weise, insbesondere dieser Kombination und Konzentration, hätten ergriffen werden können.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung der Klägerin zurückzuweisen.

Sie hält das erstinstanzliche Urteil für zutreffend und ist der Auffassung nicht verpflichtet zu sein, allein aufgrund einer Rechnungslegung die Kosten der Behandlung unabhängig von einer nicht bestehenden medizinischen Notwendigkeit der Behandlung zu zahlen. Aus dem Sicherstellungsvertrag ergebe sich dies auch nicht; § 15 des Vertrages regelt lediglich ein Zahlungsziel mit der Maßgabe der Verzinsung bei dessen Überschreitung.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichtsakten und die Verwaltungsvorgänge der Beklagten Bezug genommen. Diese waren Gegenstand der mündlichen Verhandlung.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung der Klägerin ist nicht begründet.

Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen, denn die Klägerin hat keinen Anspruch auf Vergütung der stationären Behandlung der Versicherten T N in der Zeit vom 09.05.2005 bis zum 21.05.2005, denn es bestand keine Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit. Der Senat nimmt Bezug auf die Entscheidung des SG ([§ 153 Abs. 2 SGG](#)) und führt ergänzend aus:

Rechtsgrundlage des Vergütungsanspruchs des Krankenhauses ist [§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) i.V.m. dem aus [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) folgenden Leistungsanspruch des Versicherten. Die Zahlungsverpflichtung der Krankenkasse entsteht unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten. Bei einem zugelassenen Krankenhaus i.S.d. [§ 108 SGB V](#) ist die Krankenkasse als Korrelat zu dessen Behandlungspflicht auch bei Fehlen weiterer vertraglicher Vereinbarungen zur Bezahlung der normativ bzw. vertraglich festgelegten Entgelte verpflichtet (BSG, Urteil vom 13.12.2001 - [B 3 KR 11/01 R](#) -). Zur rechtlichen Begründung des Vergütungsanspruchs eines Krankenhauses bedarf es daher keines Rückgriffs auf den auf Landesebene nach [§ 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V](#) geschlossenen Vertrag (LSG NRW, Urteile vom 27.03.2003 - [L 5 KR 141/01](#) -, vom 06.05.2004 - [L 5 KR 197/03](#) -, vom 03.02.2005 - [L 5 KR 1/04](#) -, vom 25.08.2005 - [L 5 KR 5/04](#) - und vom 09.08.2006 - [L 11 \(16\) KR 338/03](#) -).

Eine unabhängig vom materiellen Bestand des Zahlungsanspruchs und eventuellen Gegenansprüchen bestehende Pflicht der Beklagten zur Zahlung des von dem Krankenhaus in Rechnung gestellten Betrages ergibt sich indes nicht bereits aus § 15 Abs. 1 Satz 1 des in Nordrhein-Westfalen ab 01.01.1997 geltenden Vertrages nach [§ 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V](#) vom 06.12.1996 (Sicherstellungsvertrag). Das BSG hat zwar eine vergleichbare Regelung des rheinland-pfälzischen Sicherstellungsvertrags dahin ausgelegt, dass die Krankenkasse auch bei Beanstandungen rechnerischer oder sachlicher Art die Forderung des Krankenhauses innerhalb der Zahlungsfrist zu erfüllen habe (BSG, Urteil vom 23.07.2002 - [B 3 KR 64/01 R](#) -), es hat aber im Urteil vom 22.07.2004 - [B 3 KR 20/03 R](#) - klargestellt, diese Entscheidung sei nicht so zu verstehen, dass Rechnungen in jedem Fall innerhalb der Zahlungsfrist zu begleichen und die Kassen gehindert seien, auch nach Übersendung einer Rechnung die erhobene Forderung inhaltlich zu überprüfen und sachliche Einwendungen zu erheben (Urteile des LSG NRW vom 27.03.2003, vom 06.05.2004, vom 03.02.2005, vom 25.08.2005 und vom 09.08.2006, alle a.a.O.).

Etwas Anderes ergäbe sich im Übrigen auch nicht, wenn § 15 Abs. 1 Satz 1 Sicherstellungsvertrag dahingehend verstanden würde, dass daraus eine Zahlungsverpflichtung resultierte, die die Beklagte dann verletzt hätte. Aus der Rechtsprechung des BSG folge, dass Krankenkassen nicht zur Zahlung zu verurteilt sind, wenn sie im Verlauf eines gerichtlichen Verfahrens ihre Einwände spezifizieren und sich eine Behandlung als nicht medizinisch indiziert erweist (BSG, Urteil vom 22.07.2004, [a.a.O.](#)).

Die Beklagte müsste mithin nur dann die Rechnung vom 16.06.2005 begleichen, wenn die Behandlung der Versicherten in der Klinik Blankenstein erforderlich gewesen wäre ([§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#)). Das ist jedoch nicht der Fall.

Ob und ggf. mit welcher Dauer Krankenhausbehandlung erforderlich ist, ist nach der Rechtsprechung des BSG von der Krankenkasse und im Streitfall von den Gerichten selbstständig zu prüfen und zu entscheiden, ohne dass dabei den Krankenhausärzten eine Einschätzungsprärogative zukommt. Dabei ist die Beurteilung der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit durch den verantwortlichen Krankenhausarzt im Abrechnungsstreit zwischen Krankenhaus und Krankenkasse immer daraufhin zu überprüfen, ob nach den objektiven medizinischen Befunden und wissenschaftlichen Erkenntnissen zum Zeitpunkt der Behandlung und dem damals verfügbaren Wissens- und

Kenntnisstand des Krankenhausarztes - ex ante - eine Krankenhausbehandlung erforderlich war, seine Beurteilung also den medizinischen Richtlinien, Leitlinien und Standards entsprach und nicht im Widerspruch zur allgemeinen oder besonderen ärztlichen Erfahrung stand. Eine Bindung an die Einschätzung des Krankenhauses oder seiner Ärzte besteht dabei nicht (BSG, Urteil vom 22.04.2009 - [B 3 KR 24/07 R](#) -).

Eine stationäre Krankenhausbehandlung ist nicht notwendig, wenn das Behandlungsziel auf andere Weise - insbesondere durch ambulante Behandlung - erreicht werden konnte (§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V und § 2 Abs. 1 Sicherstellungsvertrag). Voraussetzung für den Anspruch auf Krankenhausbehandlung ist nach ständiger Rechtsprechung des BSG, dass die Krankheit zum einen behandlungsbedürftig ist und ihr zum anderen mit den spezifischen Mitteln des Krankenhauses begegnet werden muss, um sie zu heilen oder zu bessern, eine Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Lässt sich eine erforderliche medizinische Behandlung in ebenso guter Weise ambulant durchführen, so besteht kein Anspruch auf Krankenhausbehandlung. Dasselbe gilt, wenn medizinische Rehabilitation (dann ggf. Rehabilitationsklinik) oder dauerhafte Pflege (dann ggf. Pflegeheim) ausreichend ist (BSG, Urteil vom 20.01.2005 - [B 3 KR 9/03 R](#) -). Bei der Frage, ob einem Versicherten vollstationäre Krankenhausbehandlung zu gewähren ist, ist allein auf die medizinischen Erfordernisse im Einzelfall abzustellen. Medizinische Erfordernisse in diesem Sinne können nur Umstände sein, die in der Person des zu behandelnden Versicherten liegen. Außerhalb seiner Person liegende Umstände - wie z.B. die Ausrichtung des vertragsärztlichen Behandlers oder eines Krankenhauses - rechtfertigen keine Krankenhausbehandlung (BSG, Urteile vom 10.04.2008 - [B 3 KR 20/07 R](#) - und vom 06.12.2008 - [B 1 KN 1/07 KR R](#) -). Insgesamt ist eine Gesamtbetrachtung vorzunehmen, bei der den mit Aussicht auf Erfolg angestrebten Behandlungszielen und den vorhandenen Möglichkeiten einer vorrangigen ambulanten Behandlung entscheidende Bedeutung zukommen (LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 30.04.2009 - [L 9 KR 34/05](#) -).

Davon ausgehend bestand schon deshalb kein Anspruch der Versicherten auf stationäre Krankenhausbehandlung und besteht damit korrelierend auch kein Vergütungsanspruch der Klägerin, weil die zur Verfügung stehenden Möglichkeiten einer vorrangigen ambulanten Behandlung nicht ausgeschöpft waren. Dies ergibt sich schlüssig aus den von der Beklagten eingeholten Stellungnahmen der Fachärztin für Chirurgie Dr. E und des Facharztes für Chirurgie S sowie aus dem Gutachten der Sachverständigen Dr. E1 aber auch aus den von der Beklagten mitgeteilten Befunden, die das SG zutreffend gewürdigt hat.

Die Sachverständige Dr. E1 hat zusammenfassend ausgeführt, dass die Maßnahmen in ambulanter Regie bei weitem nicht ausgeschöpft waren, so dass von einem unzureichenden Erfolg der ambulanten Behandlung in keiner Form gesprochen werden könne; die Notwendigkeit einer stationären Behandlung lasse sich weder aus der Anamnese und schon gar nicht aus dem Aufnahmebefund herleiten. Diese Beurteilung ist zutreffend; sie wird durch die von der Klägerin eingereichten Behandlungsunterlagen belegt.

1.

Der von der Beklagten mitgeteilte Aufnahmebefund bei der körperlichen Untersuchung (Anamnesebogen vom 09.05.2005) ergibt - ohne dass es dazu der nachfolgenden sachverständigen Bestätigung bedurft hätte - allenfalls geringgradige funktionelle Beeinträchtigungen der Versicherten. Als pathologischer Befund sind insoweit nämlich nur Hypertonie, Adipositas, eine Einschränkung der Funktion der Halswirbelsäule und ein Fingerbodenabstand von 20 aufgeführt. Hinsichtlich der Psyche heißt es lediglich, dass die Versicherte erschöpft und depressiv sei. Das gleiche Ergebnis ergibt sich auch aus dem Entlassungsbericht von Priv.-Doz. Dr. C vom 25.07.2005, in dem zusätzlich nur noch eine schmerzhaft eingeschränkte Beweglichkeit der Lendenwirbelsäule bei der Rumpfbeuge und eine endgradig schmerzhaft, aber freie Beweglichkeit der Kniegelenke genannt werden. Davon ausgehend hat bereits die Fachärztin für Chirurgie Dr. E zwar drastisch, aber schlüssig die Beurteilung abgegeben, dass keinerlei Indikation zur stationären Behandlung vorgelegen habe. Nichts anderes - vor allem kein schweres psychiatrisches Leiden oder ein schweres Krankheitsbild mit längerem Krankheitsverlauf, die ggf. einen Anspruch auf stationäre Krankenhausbehandlung begründen können, wenn nur auf diese Weise ein erforderlicher komplexer Behandlungsansatz durch das Zusammenwirken eines multiprofessionalen Teams unter fachärztlicher Leitung erfolgversprechend verwirklicht werden kann (BSG, Urteile vom 20.01.2005 - [B 3 KR 9/03 R](#) - und vom 16.02.2005 - [B 1 KR 18/03 R](#) -), - ergibt sich unter Berücksichtigung der Angaben von Priv.-Doz. Dr. C in seinem Entlassungsbericht vom 25.07.2005. Dort heißt es nämlich lediglich, dass im Vordergrund der Behandlung Schmerzen im Bereich der Hände und Finger mit Schwellneigung, Schulternacken-, HWS- und LWS-Beschwerden sowie rezidivierende epigastrische Beschwerden, Nierenschmerzen sowie rezidivierender Husten und Belastungsdyspnoe bestanden hätten.

2.

Alle diese Erkrankungen bzw. Beschwerden sind - ebenfalls ohne dass es dazu einer sachverständigen Bestätigung bedurft hätte - einer ambulanten Behandlung zugänglich, die indes, wie bereits das SG festgestellt hat, nicht in der gebotenen Form von der Versicherten in Anspruch genommen (ausgeschöpft) worden ist. Dies gilt gerade für die zunächst im Entlassungsbericht in den Vordergrund gestellten und auch die nachträglich weiter akzentuierten psychischen Beschwerden bzw. das Fibromyalgiesyndrom. Die Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates der Versicherten hätten ambulant durch fachärztliche orthopädische Behandlung einschließlich Heilmittel behandelt werden können. Eine solche fachärztliche Behandlung ist aber nicht erfolgt. Unerheblich ist, dass die Versicherte eine Behandlung durch einen Orthopäden abgelehnt hat; denn diese Ablehnung ist kein medizinischer Grund für eine stationäre Krankenhausbehandlung. Hinsichtlich der Erkrankungen der Psyche waren nervenärztliche und psychotherapeutische, ggf. auch neurologische Behandlungsmöglichkeiten nicht ausgeschöpft; es war insoweit nämlich ebenfalls überhaupt keine fachärztliche Vorbehandlung erfolgt. Gleiches gilt hinsichtlich des Fibromyalgiesyndroms; eine schulmedizinische multimodale Schmerzbehandlung ist nicht erfolgt. Die Medikation der Klägerin bestand insoweit lediglich in der Einnahme von Voltaren, dies aber auch nur soweit Bedarf gesehen wurde (Anamnesebogen vom 09.05.2006).

Soweit die Beklagte umfangreiche Vorbehandlungen der Versicherten wie Krankengymnastik, Injektionen, Akupunktur, Massagen und Fangoanwendungen vorträgt, so sind diese bereits nach eigener Angabe der Beklagten im Vorfeld der stationären Behandlung vom 21.01.2004 bis zum 10.02.2004, nicht aber der vorliegend streitigen Behandlung erfolgt. Aus diesen Vorbehandlungen ist aber schon wegen des Zeitablaufs kein Rückschluss auf die stationäre Behandlung vom 09.05.2005 bis 21.05.2005 in dem Sinne möglich, dass auch nun im vorliegend relevanten Zeitraum vor dieser Behandlung die ambulanten Behandlungsmöglichkeiten ausgeschöpft gewesen sind. Dies gilt umso mehr, als die Versicherte nach Angaben der Beklagten von der stationären Behandlung Anfang 2004 profitiert hat und schon deshalb ihr Leidenszustand, insbesondere aber die insoweit durchgeführten ambulanten Behandlungen vor dieser stationären Behandlung ohne Belang sind.

3.

Die Angabe im Entlassungsbericht vom 25.07.2005, die Durchführung von Anwendungen am Wochenende sei von Bedeutung gewesen, ergibt ebenfalls kein anderes Bild. Die Versicherte befand sich nämlich zum Einen lediglich über ein Wochenende in der stationären Behandlung. Die in dieser Zeit in Anspruch genommenen Leistungen der Klägerin bestanden zum Anderen im Wesentlichen in zwei Heublumenpackungen der Lendenwirbelsäule täglich und in insgesamt zwei Einreibungen mit einem Moorextrakt sowie zwei Kamillekopfdampfbädern. Es wurden mithin Behandlungen durchgeführt, die einerseits nicht auf ein schweres Krankheitsbild schließen lassen und die andererseits in gleichen Umfang, wenn nicht ambulant zumindest im Rahmen einer Rehabilitation möglich gewesen wären.

4.

Zu Recht hat das SG darauf hingewiesen, dass die Stellungnahmen von Priv.-Doz. Dr. C nicht weiterführen, weil sich diese überwiegend nicht mit dem konkreten Einzelfall beschäftigen und keine neuen, den genannten Berichten nicht zu entnehmende Befunde u.ä. enthalten, sondern sich weitestgehend auf die Vermittlung von allgemeinen Erfahrungssätzen im Bereich der Naturheilkunde beschränken. Ebenso ist dem SG in der rechtlichen Wertung zu folgen, dass der Versicherte, der schulmedizinisch behandelt nur Anspruch auf Rehabilitation und nicht auf stationäre Krankenhausbehandlung hat, auch dann keinen Anspruch auf stationäre Krankenhausbehandlung hat, wenn er (gesamtheitlich) naturheilkundlich behandelt werden möchte, weil Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit aus medizinischen Gründen nicht davon abhängt, ob schulmedizinisch oder naturheilkundlich behandelt werden soll. Der in [§ 39 SGB V](#) vorgesehene Vorrang ambulanter Krankenbehandlung vor stationärer Krankenhausbehandlung gilt auch für die Naturheilkunde.

5.

Schließlich kann auch aus der Leitlinie der Arbeitsgemeinschaft für Naturheilkunde im Akutkrankenhaus die Notwendigkeit einer stationären Behandlung ebenfalls nicht begründet werden ("nicht plausibel machen"). Dies gilt schon deshalb, weil diese Leitlinie nicht den gesetzlichen Vorrang einer ambulanten bzw. rehabilitativen Behandlung außer Kraft setzen kann (s.o. unter 4.). Im Übrigen setzen aber auch die Leitlinien eine vorangegangene intensive Schmerzbehandlung voraus, die aber nicht stattgefunden hat (s.o. unter 2.).

6.

Die Angriffe der Klägerin gegen die Sachverständige Dr. E1 gehen fehl. Unabhängig davon, dass sich der vorliegend relevante medizinische Sachverhalt weitgehend ohne Weiteres erschließt, steht außer Frage, dass die Sachverständige Erkrankungen wie ein statisch-degeneratives Wirbelsäulen-Syndrom mit Cervicalgien und Lumbalgien, Polyarthrose, Fibromyalgie, arterielle Hypertonie, Hypercholesterinämie, Harnwegsinfekt und psychophysischen Erschöpfungszustand nebst deren Auswirkungen und deren Behandlungsbedürftigkeit beurteilen kann. Diese Erkrankungen gehören zum überwiegenden Teil zu ihrem Fachgebiet als Fachärztin für Chirurgie und werden im Übrigen von der Zusatzbezeichnung "Sozialmedizin" erfasst. Die Zusatz-Weiterbildung "Sozialmedizin" erfordert nämlich Vermittlung, Erwerb und Nachweis besonderer Kenntnisse und Erfahrungen in den theoretischen Grundlagen der Sozialmedizin, dem System der sozialen Sicherheit und dessen Gliederung, den Aufgaben und Strukturen der Sozialleistungsträger (Kranken-, Renten- und Unfallversicherung, Arbeits- und Versorgungsverwaltung sowie Sozialhilfe und Sozialleistungen im Öffentlichen Dienst), den sozialmedizinischen relevanten leistungsrechtlichen Begriffen und Rechtsgrundlagen, der Struktur der Rehabilitation sowie den sozialmedizinischen Gutachtertätigkeiten (vgl. dazu z.B. Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Westfalen-Lippe vom 25.11.1995 / 26.04.1997 / 28.11.1998 i.d.F. der Bekanntmachung vom 13.07.1999 in MBl. NW.1999 S. 1027 ff). Weiterbildungsinhalte sind die rechtlichen Grundlagen einschließlich des Systems der sozialen Sicherheit und dessen Gliederung, die Aufgaben und Strukturen der Sozialleistungsträger, z.B. Kranken-, Pflege-, Renten-, Unfallversicherung, Arbeits- und Versorgungsverwaltung, Sozialhilfe, Sozialleistungen im öffentlichen Dienst, die Leistungsdiagnostik und die Beurteilungskriterien bei ausgewählten Krankheitsgruppen, die sozialmedizinisch relevanten leistungsrechtlichen Begriffe, die Beurteilung gesundheitlicher Einschränkungen und ihrer Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben und Alltag, die Vermittlung zwischen individueller gesundheitlicher Einschränkung, solidarisch organisierten Rechtsansprüchen, Hilfen und Beratungstätigkeit, die Grundlagen und Grundsätze der Rehabilitation einschließlich des Qualitätsmanagements, die Möglichkeiten der Gesundheitsförderung und Prävention, die arbeitsmedizinischen Grundbegriffe, die Grundlagen der Epidemiologie, Dokumentation, Statistik und Gesundheitsberichterstattung, die Beratung der Sozialleistungsträger in Fragen der medizinischen Versorgung, sozialmedizinische Gutachten nach Aktenlage und auf Grund von Rehabilitationsentlassungsberichten einschließlich Leistungsbeurteilung, Gutachten für Sozialleistungsträger unter Berücksichtigung von Fragestellungen der Arbeitsfähigkeit, Erwerbsfähigkeit, Pflegebedürftigkeit, Heil- und Hilfsmittelversorgung, Berufsförderung, Sozialgerichtsbarkeit und des Versorgungsrechts (vgl. dazu z.B. die Richtlinien der Ärztekammer Westfalen-Lippe über den Inhalt der Weiterbildung in den Gebieten, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen sowie Zusatz-Weiterbildungen von Februar 2007).

Da die Frage der Notwendigkeit einer stationären Behandlung schon deshalb zu verneinen ist, weil zuvor die ambulanten Behandlungsmaßnahmen nicht ausgeschöpft worden sind, kommt es auf den Beweisantrag der Klägerin nicht an (s. dazu unter 5.). Im Übrigen hat aber auch kein Beteiligter Anspruch auf Einholung von (weiteren) Gutachten, wenn er wie vorliegend die Klägerin deren Notwendigkeit nicht darlegen kann und sein Beweisanerbieten letztlich nur darauf abzielt, weitere Meinungen in der Hoffnung einholen zu lassen, dass eine dieser Meinungen eine ihm positivere Beurteilung beinhaltet. Der Klägerin ist in diesem Zusammenhang lediglich zuzugestehen, dass in Verfahren der vorliegenden Art grundsätzlich zuerst die Frage zu klären ist, ob überhaupt eine Krankenhausbehandlung erfolgt ist. Ungeachtet dessen, dass dies auch von der Beklagten nicht in Abrede gestellt wird, ist dies zumindest dann entbehrlich, wenn wie hier schon deshalb kein Anspruch der Versicherten auf Krankenhausbehandlung bestand, weil sie zuvor die ambulanten Behandlungsmöglichkeiten nicht ausgeschöpft hat.

Schließlich unterliegt auch die Kostenentscheidung des SG keiner Beanstandung.

Rechtsgrundlage für die Kostengrundsentscheidung ist [§ 197a Abs. 1 SGG](#) i.V.m. [§§ 154 bis 162 VwGO](#). Nach [§ 154 Abs. 1 VwGO](#) hat der unterliegende Teil, nämlich die Klägerin, die Kosten des Verfahrens zu tragen; für das Berufungsverfahren ergibt sich die gleiche Rechtsfolge aus [§ 154 Abs. 2 VwGO](#). Für die Anwendung des [§ 154 Abs. 4 VwGO](#), nach dem einem Beteiligten Kosten auferlegt werden können, die durch sein Verschulden entstanden sind, besteht - wie bereits ausgeführt - keine Veranlassung.

Die Voraussetzungen für die Zulassung der Revision liegen nicht vor ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

NRW
Saved
2011-08-03