L 9 KR 108/21

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
9
1. Instanz
SG Berlin (BRB)
Aktenzeichen
S 76 KR 648/18
Datum
16.02.2021
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 9 KR 108/21
Datum
14.11.2024
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 1 KR 77/24 B
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

Bei Kindern ist es unter anderem wegen einer geringeren Compliance und Strangulationsgefahr in der Regel erforderlich, Polysomnographien stationär in einem Krankenhaus durchzuführen.

2. Unabhängig davon ist die stationäre Durchführung von Polysomnographien bei Kindern erforderlich, wenn kein Kinderschlaflabor zur Verfügung steht, in dem Polysomnographie mit dem gebotenen, pädiatrischen Sachverstand ambulant durchgeführt werden kann (vgl. BSG, Urteil vom 16. Mai 2021, B 3 KR 14/11 R, zitiert nach juris, Rn. 9).

Auf die Berufung der Klägerin wird das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 16. Februar 2021 aufgehoben.

Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin 1.502,99 Euro nebst Zinsen in Höhe von 2 Prozent über dem Basiszinssatz seit dem 3. Februar 2017 zu zahlen.

Die Beklagte trägt die Kosten des gesamten Verfahrens.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand

Streitig ist die Vergütung einer vollstationären Krankenhausbehandlung.

Bei dem am 2006 geborenen und seinerzeit in B lebenden Versicherten der Beklagten LU wurde im Krankenhaus der Klägerin (Klinik für Kinder- und Jugendmedizin) im Rahmen seines Versorgungsauftrages vom 11. Januar 2017 bis zum 13. Januar 2017 eine bereits zu Beginn der Behandlung auf zwei Tage angelegte vollstationäre Schlaflaboruntersuchung (Polysomnographie) durchgeführt. Grund für die Untersuchung war eine seit Jahren beim – ansonsten altersgerecht entwickelten – Versicherten persistierende primäre Enuresis nocturna (nächtliches Einnässen; primär = Kind war noch nie länger als sechs Monate trocken). Der Versicherte nässte nach den Angaben im Anamnese-Fragebogen jeden Tag nachts ein. Vorangegangene Untersuchungen und Behandlungen seit dem Jahr 2012 (unter anderem mehrfache Sonographien, Miktionsprotokolle, Wecktrainer, Klingelhose, Mictonetten) waren erfolglos; wegen der Einzelheiten der vorangegangenen Untersuchungen und Behandlungen wird auf Blatt 3 der Patientenakte verwiesen. Nach der der stationären Polysomnographie zugrunde liegenden Verordnung der kindernephrologischen Abteilung des Krankenhauses der Klägerin sollte mit der Polysomnographie abgeklärt werden, ob eine epileptische Aktivität Ursache der Enuresis nocturna ist („konvulsive Enuresis“).

Ausweislich des schlafmedizinischen Befundberichts über die durchgeführte Polysomnographie vom 16. Januar 2017 ergab die Untersuchung keinen Anhalt für das Vorliegen einer konvulsiven Enuresis. Das Schlaf-EEG zeigte alle schlaftypischen Graphoelemente und keine sicheren epilepsietypischen Potentiale auf. Schlafbezogene Atmungsstörungen konnten als Ursache ebenfalls ausgeschlossen werden. Die Enuresis wurde als Arousalstörung gewertet (Weckreaktion durch den Harndrang ohne zeitgerechten kompletten Weckerfolg). Hinsichtlich der Einzelheiten des Befundberichts wird auf Blatt 10 und 11 der Patientenakte verwiesen.

Am 20. Januar 2017 übermittelte die Klägerin der Beklagten eine Rechnung für den Krankenhausaufenthalt in Höhe von 1.502,99 Euro unter Zugrundelegung der DRG L64B (Harnsteine und Harnwegsobstruktion ohne äußerst schwere oder schwere CC oder Urethrastriktur, andere leichte bis moderate Erkrankung der Harnorgane, bestimmte Beschwerden und Symptome der Harnorgane, ein Belegungstag, Alter < 16 Jahre). Sie teilte der Beklagten außer dem Alter des Versicherten folgende Daten mit: Anlass Normalfall, Aufnahmediagnose R32 (Nicht näher bezeichnete Harninkontinenz), Entlassungsdiagnose N39.42 (Dranginkontinenz), Nebendiagnose N32.8 (Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Harnblase), OPS 1-790 (Kardiorespiratorische Polysomnographie) am 11. Januar 2017 und 12. Januar 2017.

Mit Schreiben vom 25. Januar 2017 lehnte die von der Beklagten mit der Abrechnungsprüfung beauftragte C GmbH die Bezahlung der Rechnung mit der Begründung ab, dass die kardiorespiratorische Polysomnographie der vertragsärztlichen – ambulanten – Versorgung zugewiesen sei.

Am 16. April 2018 hat die Klägerin Klage vor dem Sozialgericht Berlin erhoben, mit der sie die Verurteilung der Beklagten zur Zahlung der 1.502,99 Euro nebst Zinsen begehrt. Sie hat geltend gemacht: Die Polysomnographie sei nicht ausschließlich dem vertragsärztlichen Bereich zugeordnet. Der Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) zur Polygraphie und Polysomnographie vom 15. Juni 2004/21. September 2004 regele nur, unter welchen Voraussetzungen diese Methoden im Rahmen der Differentialdiagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen zur Anwendung kommen könnten. Im vorliegenden Fall sei es nicht um die Abklärung einer Atmungs- oder Schlafstörung oder um eine kardiorespiratorische Polysomnographie gegangen. Der Versicherte sei vielmehr zur Diagnostik einer Enuresis nocturna aufgenommen worden. Auch sei kein Erwachsener behandelt worden, sondern ein Kind. Der Beschluss des GBA enthalte keine Aussage zur Behandlung von Kindern. Nach Auffassung der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM) sei bei Säuglingen und Kindern eine ambulante Polysomnographie-Ableitung wegen der alters- und entwicklungsbedingten Besonderheiten und der damit verbundenen besonderen technischen und personellen Anforderungen grundsätzlich nicht möglich. Behandlungsunterlagen müssten nicht vorgelegt werden. Da die Beklagte den Medizinischen Dienst nicht eingeschaltet habe, unterliege sie einem Einwendungsausschluss.

Die Klägerin hat zur Ergänzung ihres Vorbringens eine ärztliche Stellungnahme der Leiterin ihres Schlaflabors Dr. K vom 31. Oktober 2019 mit folgendem Inhalt vorgelegt: Die Durchführung einer zweitägigen stationären Polysomnographie sei angesichts der Fragestellung Enuresis nocturna gerechtfertigt gewesen. Im Schlaflabor habe ein Enuresis-Ereignis abgebildet werden sollen. Die Stichprobengröße einer einzigen Nacht sei auch aufgrund des „first-night-Effekts“ zu gering. Zum Ausschluss einer konvulsiven Enuresis sei eine Polysomnographie mit einer im Vergleich zu einer kardiorespiratorischen Polysomnographie deutlich erweiterten EEG-Diagnostik durchgeführt worden. Kinder ließen eine Polysomnographie nicht freiwillig über sich ergehen. Es erfordere einen hohen zeitlichen Aufwand, Kompetenz und Einfühlungsvermögen der verkabelnden MTA, die Sensorik einer Polysomnographie so zu befestigen, dass valide Messwerte über die ganze Nacht erbracht werden könnten. Die Beaufsichtigung verkabelter Kinder sei ebenfalls eine verantwortungsvolle und zeitbindende Aufgabe, um beispielsweise Strangulationsunfälle zu vermeiden. Nach den Empfehlungen der DGSM solle eine MTA die nächtliche Betreuungsverantwortung für maximal zwei Kinder übernehmen. Im Erwachsenenschlaflabor liege der empfohlene Betreuungsschlüssel bei 1 zu 4. Ambulante Kinderschlaflabore gebe es in Deutschland außerdem nicht.

Dem hat die Beklagte entgegengehalten: Ein Verdacht auf eine obstruktive Schlafapnoe (OSA) habe nicht vorgelegen, sondern die Diagnose Enuresis nocturna. Der Versicherte sei zum Zeitpunkt der Behandlung bereits 10 Jahre alt gewesen. Es sei nicht erkennbar, weshalb eine ambulante Polysomnographie nicht möglich gewesen sei (Verweis auf BSG, Urteil vom 16. Mai 2012, B 3 KR 14/11 R, und auf LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 26. April 2013, L 1 KR 280/11). Sie habe den MDK nicht einschalten müssen und sei nicht mit Einwendungen ausgeschlossen, da die Klägerin ihr bei Übermittlung der Schlussrechnung nicht mitgeteilt habe, weshalb die Polysomnographie ausnahmsweise stationär statt ambulant durchgeführt worden sei. Die Rechnung sei daher nicht fällig geworden (Verweis auf BSG, Urteil vom 21. März 2013, B 3 KR 28/12 R).

Am 5. November 2019 hat das Sozialgericht eine mündliche Verhandlung durchgeführt, in der die Klägerin dem Gericht – ohne besondere Anforderung des Gerichts – die Patientenakte überreicht hat.

Auf dieser Grundlage hat die Beklagte eine Begutachtung durch den Medizinischen Dienst (MD) veranlasst. Der MD (Dr. PK) hat unter dem 2. Juni 2020 wie folgt Stellung genommen: In Berlin gebe es nur das Kinderschlaflabor der Klägerin. Dies begründe jedoch nicht per se die stationäre Durchführung der polysomnographischen Untersuchungen bei Kindern. Ein individueller Grund für eine stationäre Durchführung der Polysomnographie habe nicht vorgelegen. Der Versicherte habe sich seit dem 1. Oktober 2012 in ambulanter Betreuung befunden. Er sei altersgerecht entwickelt und 10 Jahre alt gewesen. Chronische Erkrankungen oder internistische oder grobneurologische Auffälligkeiten hätten zum Aufnahmezeitpunkt nicht vorgelegen. Hinsichtlich der Verdachtsdiagnose schlafassoziierter Krampfanfälle habe es keine Vorbefunde oder andere Dokumentationen gegeben. Eine neurologische Abklärung im Vorfeld sei nicht belegt, ebenso wenig eine nächtliche Überwachung im häuslichen Umfeld. Ein EEG habe nicht stattgefunden. Die Verdachtsdiagnose habe sich nicht bestätigt. Der medizinischen Mittel eines Krankenhauses habe es nicht bedurft. Wegen der Einzelheiten der Stellungnahme des MD wird auf Bl. 106 bis 116 der Gerichtsakte verwiesen.

Mit Urteil ohne mündliche Verhandlung vom 16. Februar 2021 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen. Eine stationäre Behandlung sei nicht erforderlich gewesen. Die Erforderlichkeit ergebe sich insbesondere nicht aus den von der Klägerin am 20. Januar 2017 übermittelten Daten. Seit der Ergänzung der Richtlinie des GBA zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung (BUB-RL) durch den Beschluss des GBA vom 15. Juni 2004 sei die Polysomnographie in der Regel Gegenstand der vertragsärztlichen Versorgung und daher ambulant durchzuführen. Es habe daher der Klägerin oblegen, schon im Rahmen der Meldung nach § 301 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch – SGB V – näher zu begründen, warum die im Regelfall ambulant zu erbringende Polysomnographie ausnahmsweise stationär habe durchgeführt werden müssen. Dies habe sie nicht getan. Die Erforderlichkeit stationärer Behandlung ergebe sich nicht bereits aus dem Alter des Versicherten. Anhand dieses Alters und der angegebenen Diagnosen sei insbesondere nicht erkennbar gewesen, weshalb eine Polygraphie zu Hause nicht ausreichend gewesen sei. Bei der vorliegenden Diagnose sei überhaupt keine Polysomnographie, weder ambulant noch stationär, medizinisch notwendig gewesen. Die Beklagte unterliege auch keinem Einwendungsausschluss. Im Übrigen sei dem MD darin zu folgen, dass die im Schlaflabor durchgeführten Untersuchungen ambulant hätten durchgeführt werden können.

Gegen das ihr am 17. Februar 2021 zugestellte Urteil des Sozialgerichts hat die Klägerin am 17. März 2021 Berufung eingelegt. Sie trägt vor: Das Sozialgericht sei unzutreffend davon ausgegangen, dass die von ihr gemachten Angaben nach § 301 SGB V keine ausreichende Begründung dafür gewesen seien, warum die im Regelfall ambulant zu erbringende Polysomnographie ausnahmsweise stationär habe durchgeführt werden müssen. Der Beschluss des GBA aus dem Jahr 2004 enthalte keine Aussage zu Kindern. Bei dem Versicherten habe es sich um ein Kind gehandelt. Von einem Kind werde nach der Definition der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ab Beginn des 4. bis zum vollendeten 12. Lebensjahres gesprochen.

Die Klägerin hat zur Vertiefung ihres Vorbringens eine ärztliche Stellungnahme der auf der Kinderintensivstation ihres Krankenhauses tätigen Oberärztin Dr. S vom 25. März 2021 mit folgendem Inhalt eingereicht: Die stationäre Polysomnographie sei erforderlich gewesen. Der Versicherte sei 10 Jahre alt und Zeit seines Lebens noch nie nachts trocken gewesen. Im Vorfeld der Untersuchung hätten bereits mehrfache ambulante Untersuchungen und Therapieversuche stattgefunden, die alle keine Erfolge gebracht hätten. Der Versicherte habe weiterhin jede Nacht eingenässt. Deshalb sei der Versicherte aus der Nierensprechstunde zur stationären polysomnographischen Diagnostik eingewiesen worden, um eine konvulsive Enuresis auszuschließen. Die primäre Enuresis nocturna könne gerade im fortgeschrittenen Kindesalter zu einer erheblichen psychischen Belastung und sozialen Stigmatisierung führen. Im Rahmen der Polysomnographie könnten sich schlafgebundene Krampfanfälle, vor allem in den Übergängen zwischen den Schlafstadien, demaskieren. Es sei durchaus möglich, dass derlei Anfälle vom Patienten oder deren Angehörigen nicht bemerkt würden. Bei anderen Patienten, die im Schlaflabor der Klägerin aufgrund einer Enuresis nocturna untersucht worden seien, sei bereits eine relevante Störung der Atemregulation (mit der Notwendigkeit einer nächtlichen Maskenbeatmung, woraufhin die Enuresis sofort sistiert habe) oder ein schlafgebundenes Anfallsleiden mit Krampfanfällen im Schlaf (die sich im Wachzustand nicht bemerkbar gemacht und ebenfalls zu einer Enuresis geführt hätten) nachgewiesen und erfolgreich therapiert worden. Eine Polygraphie sei nicht indiziert gewesen. Mit einer Polygraphie könnten lediglich schlafbezogene Atmungsstörungen als Ursache der Enuresis ausgeschlossen werden. Die Polysomnographie enthalte anders als die Polygraphie unter anderem ein EEG, das zum Ausschluss epileptogener Aktivität und zur Beurteilung der Enuresis-Ereignisse erforderlich sei. Es sei wichtig zu wissen, in welchem Schlafstadium das Einnässen stattfinde, ob dabei eine Weckreaktion erfolge, der Patient wach werde oder vor dem Einnässen vielleicht sogar wach sei. Die Polysomnographie habe nicht ambulant durchgeführt werden können. In Deutschland gebe es keine ambulanten Kinderschlaflabore. In den ambulanten Schlaflaboren für erwachsene Patienten sei keine ausreichende pädiatrische Kompetenz vorhanden. Der Aufwand für die schlafmedizinische Untersuchung eines Kindes – einschließlich z.B. der Verkabelung und der Beaufsichtigung des Kindes – sei ein ganz anderer. Strangulationsunfälle müssten vermieden werden.

Die Klägerin hat darüber hinaus eine Stellungnahme der kassenärztlichen Vereinigung Berlin vom 23. September 2022 mit folgendem Inhalt eingereicht:

„teilen [wir] mit, dass derzeit insgesamt 17 Vertragsärzte/Vertragsärztinnen über die Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung der Polysomnographie gemäß GOP 30901 verfügen. Eine Abfrage der Abrechnungsdaten aller Genehmigungsinhaber für das 2. Quartal 2022 hat ergeben, dass die Leistung lediglich 1 Mal bei Patienten unter 18 Jahren (hier: geboren 2005 – jugendlich) abgerechnet wurde. Eine Spezialisierung zur Durchführung der vorgenannten Leistung bei Kindern in der ambulanten Versorgung ist somit nicht erkennbar.“

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 16. Februar 2021 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin 1.502,99 Euro nebst Zinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 3. Februar 2017 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen,

hilfsweise die Revision zuzulassen.

Sie hält das sozialgerichtliche Urteil für zutreffend. Das Alter des Versicherten sei kein ausreichender medizinischer Grund für die stationäre Durchführung der Polysomnographie. Die Stellungnahme der Oberärztin Dr. S ändere daran nichts. Im vorliegenden Fall gehe es vorrangig überhaupt nicht um die Frage, ob ein ambulantes Schlaflabor zur Verfügung gestanden habe oder nicht. Strittig sei, ob überhaupt eine medizinische Indikation zur Durchführung einer Polysomnographie bestanden habe. Eine primäre Enuresis nocturna bedürfe keiner Polysomnographie. In der Leitlinie S2k Enuresis und nicht-organische (funktionelle) Harninkontinenz bei Kindern und Jugendlichen werde keine Empfehlung zur Durchführung einer Polysomnographie, sei es ambulant oder stationär, gegeben. Darüber hinaus werde auf die Qualitätssicherungsvereinbarung zur Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen verwiesen.

Der Senat hat zum vorliegenden Verfahren Gutachten des Facharztes für Kinder- und Jugendmedizin Dr. K aus den Verfahren vor dem Landessozialgericht L 1 KR 248/22 und L 1 KR 437/21 beigezogen, die ebenfalls die Durchführung einer Polysomnographie bei Kindern betreffen. Wegen der Einzelheiten der Gutachten wird auf Bl. 270 bis 279 der Gerichtsakte Bezug genommen.

Für die weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die Gerichtsakte, die Verwaltungsakte der Beklagten, sowie die Patientenakte der Klägerin verwiesen.

Entscheidungsgründe

Die zulässige, insbesondere form- und fristgerecht i.S.d. § 151 SGG eingelegte Berufung der Klägerin ist begründet. Das Sozialgericht hat die Klage zu Unrecht abgewiesen.

Die vom klagenden Krankenhaus erhobene (echte) Leistungsklage ist im hier bestehenden Gleichordnungsverhältnis zulässig (vgl. nur BSG, Urteil vom 12. Dezember 2023, B 1 KR 1/23 R, zitiert nach juris, Rn. 12).

Die Klage ist begründet. Die Klägerin hat einen Anspruch gegen die Beklagte auf Zahlung von 1.502,99 Euro für die stationäre Behandlung vom 11. Januar 2017 bis zum 13. Januar 2017 nebst Zinsen.

Rechtsgrundlage des von der Klägerin geltend gemachten Vergütungsanspruchs sind § 109 Abs. 4 Satz 3 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V), § 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG), §§ 7 und 9 Abs. 1 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) und der Berliner Vertrag über Allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung (§ 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V) vom 1. November 1994 in der Fassung vom 22. Dezember 1997. Nach diesen Regelungen entsteht die Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse unabhängig von einer Kostenzusage unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten, wenn die Versorgung – wie hier – in einem zugelassenen Krankenhaus im Rahmen seines Versorgungsauftrags durchgeführt wird, i.S. von § 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V erforderlich ist und die Leistungen insgesamt wirtschaftlich (§ 12 Abs. 1 SGB V) erbracht werden (vgl. nur BSG, Urteile vom 25. Juni 2024, B 1 KR 20/23 R, zitiert nach juris, Rn. 11, und vom 25. März 2021, B 1 KR 25/20 R, zitiert nach juris, Rn. 8).

Erforderlich ist die Krankenhausbehandlung i.S. von § 39 SGB V dann, wenn die Behandlung dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entspricht und notwendig ist. Der Anspruch auf Krankenbehandlung hat sich generell daran auszurichten, welche Behandlung unter Beachtung des Qualitätsgebots und des umfassenden Grundsatzes der Wirtschaftlichkeit notwendig und ausreichend ist, um das angestrebte Behandlungsziel zu erreichen (§ 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V i.V.m. § 2 Abs. 1 Satz 3, Abs. 4, § 12 Abs. 1 SGB V). Grundsätzlich fordert das auch für die stationäre Behandlung geltende Qualitätsgebot (§ 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V), dass die große Mehrheit

der einschlägigen Fachleute (Ärzte, Wissenschaftler) die Behandlungsmethode befürwortet und von einzelnen, nicht ins Gewicht fallenden Gegenstimmen abgesehen über deren Zweckmäßigkeit Konsens besteht (vgl. BSG, Urteil vom 16. August 2021, B 1 KR 18/20 R, zitiert nach juris, Rn. 9 f.).

Die Aufnahme des Versicherten muss nach Prüfung durch das Krankenhaus zudem erforderlich sein, weil das Behandlungsziel nicht durch vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann. Ob einem Versicherten voll- oder teilstationäre Krankenhausbehandlung zu gewähren ist, richtet sich dabei allein nach den medizinischen Erfordernissen (vgl. BSG, Beschluss vom 28. September 2022, B 1 KR 30/22 B, zitiert nach juris, Rn. 7).

Ausgehend davon hat die Klage Erfolg. Die Durchführung der Polysomnographie bei dem 10 Jahre alten Kind (zur Definition des Kindes vgl. Ziff. 4.3.5 EBM) war notwendig (1.). Der Versicherte wurde von der Klägerin stationär behandelt (2.). Die stationäre Behandlung war ebenfalls erforderlich (3.). Es wurde auch eine vollstationäre Behandlung durchgeführt (4.), die erforderlich war (5.). Der Vergütungsanspruch ist zudem fällig (6.).

1. Die Durchführung der Polysomnographie war zum Ausschluss einer durch nächtliche Krampfanfälle verursachten Enuresis erforderlich. Dies ergibt sich insbesondere aus der Stellungnahme der Oberärztin der Kinderintensivstation Dr. S. Diese hat für den Senat nachvollziehbar unter anderem beschrieben, dass im Schlaflabor der Klägerin mithilfe der Polysomnographie schon schlafgebundene Anfallsleiden aufgedeckt worden seien, die ursächlich für eine Enuresis gewesen seien und anschließend erfolgreich hätten therapiert werden können. Diese Angaben werden durch einschlägige Fachliteratur bestätigt. So wird im Positionspapier der DGSM „Diagnostik von Schlafstörungen und schlafbezogenen Atmungsstörungen im Kindes- und Jugendalter im Schlaflabor“ (Monatsschrift Kinderheilkunde 2012, Seite 62), das als Empfehlung einer einschlägigen Fachgesellschaft besondere Bedeutung bei der Feststellung des allgemein anerkannten Standes der wissenschaftlichen Erkenntnisse hat und geeignet ist, medizinische Standards zu definieren (vgl. BSG, Urteil vom 16. August 2021, B 1 KR 18/20 R, zitiert nach juris, Rn. 25), ausgeführt, dass die Zuweisung in ein pädiatrisches Schlaflabor bei einem „Verdacht auf schlafassoziierte zerebrale Anfälle“ zu empfehlen sei.

Die Leitlinie S2k Enuresis und nicht-organische (funktionelle) Harninkontinenz bei Kindern und Jugendlichen steht dem nicht entgegen. Diese stellt im Definitionsteil vielmehr gerade einen Zusammenhang zwischen epileptischen Anfällen und dem Einnässen her, wenn es heißt: „Nicht-organische (funktionelle) Harninkontinenz bezeichnet einen unwillkürlichen Urinverlust „nach Ausschluss […] epileptischer Anfälle […]“ (vgl. auch die Definition der Enuresis in der Enzyklopädie der Schlafmedizin, abrufbar unter springermedizin.de: Unwillkürlicher Harnverlust ab einem chronologischen Alter von 5 Jahren und einem geistigen Intelligenzalter von 4 Jahren, mindestens einmal pro Monat über mehr als 3 Monate, „nach Ausschluss von Epilepsie“). Im Übrigen führt auch der MD in seinem Gutachten vom 2. Juni 2020 aus: „Die Durchführung der Untersuchung im Schlaflabor an zwei Nächten ist zum Zwecke des Gewöhnungseffektes und besserer Reproduzierbarkeit insbesondere bei Enuresis nocturna nachvollziehbar“.

Die Erforderlichkeit kann auch nicht mit Hinweis darauf verneint werden, dass zuvor eine Polygraphie hätte stattfinden müssen. Mit dieser Methode können Anfallsleiden nicht zuverlässig festgestellt werden. Der Ausschluss eines Anfallsleidens war jedoch (Haupt-)Zweck der hier durchgeführten Polysomnographie. Ebenso wenig war, da der Versicherte lediglich nachts einnässte, vorrangig ein Tag-EEG durchzuführen.

Bei der Beurteilung der Erforderlichkeit der Polysomnographie berücksichtigt der Senat zudem gewichtig, dass der Versicherte sich zuvor seit Jahren verschiedensten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (u.a. medikamentös, Sonographien, Klingelhose, Wecktrainer) unterzogen hatte und dennoch weiterhin jede Nacht einnässte. Es bestand die nicht unerhebliche Gefahr, dass sich bei dem über 10 Jahre alten Versicherten, etwa durch Stigmatisierungserfahrungen, eine psychische Erkrankung entwickelt oder verstärkt. Auch deshalb war eine umfassende Diagnostik geboten.

2. Die Klägerin hat den Versicherten in der Zeit vom 11. Januar 2017 bis zum 13. Januar 2017 stationär behandelt.

In Abgrenzung zur ambulanten Behandlung ist insoweit maßgeblich, wie intensiv ein Versicherter die besonderen Mittel des Krankenhauses in Anspruch nimmt bzw. nach dem zum Zeitpunkt der Aufnahmeentscheidung aufgestellten Behandlungsplan nehmen soll. Als besondere Mittel des Krankenhauses hat die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts eine apparative Mindestausstattung, geschultes Pflegepersonal und jederzeit präsentes oder rufbereites ärztliches Personal herausgestellt. Eine Inanspruchnahme der besonderen Mittel des Krankenhauses liegt auch dann vor, wenn diese während der Durchführung einer ärztlichen Behandlung wegen des damit verbundenen Risikos schwerwiegender Komplikationen für einen Versicherten exklusiv vor- und freigehalten werden. Denn auch in diesem Fall werden die besonderen Mittel des Krankenhauses ausschließlich für den Versicherten eingesetzt und dadurch verbraucht, dass sie in dieser Zeit nicht anderweitig verwendet werden konnten. Darauf, ob die vor- und freigehaltenen Ressourcen tatsächlich zum Einsatz gekommen sind, kommt es insofern nicht an (vgl. BSG, Urteil vom 20. März 2024, B 1 KR 37/22 R, zitiert nach juris, Rn. 16 ff.).

Die Polysomnographie wurde gemessen daran hier stationär durchgeführt, weil der 10 Jahre alte Versicherte die Hintergrundabsicherung der Kinderklinik der Klägerin in Anspruch nahm. Unter anderem hätte eine Strangulation durch die Verkabelung, die im Positionspapier der DGSM „Diagnostik von Schlafstörungen und schlafbezogenen Atmungsstörungen im Kindes- und Jugendalter im Schlaflabor“ und von Dr. K als möglich beschrieben wird, das sofortige Ergreifen weiterer, insbesondere auch intensivmedizinischer Behandlungsmaßnahmen der Kinderklinik erfordert (vgl. zur stationären Behandlung bei einer möglichen Nabelschnurstrangulation des Kindes BSG, Urteil vom 20. März 2024, B 1 KR 37/22 R, zitiert nach juris, Rn. 19).

3. Es war auch erforderlich, die Polysomnographie bei dem zum Zeitpunkt der Untersuchung 10 Jahre alten Versicherten stationär durchzuführen. Nach dem Positionspapier der DGSM „Diagnostik von Schlafstörungen und schlafbezogenen Atmungsstörungen im Kindes- und Jugendalter im Schlaflabor“ ist die Polysomnographie bei Kindern in der Regel stationär durchzuführen. Dafür werden im Positionspapier verschiedene nachvollziehbare Gründe genannt, etwa Signalausfälle aufgrund einer geringeren Compliance und eines erhöhten Bewegungsdranges bei Kindern und Strangulationsgefahren. Auch aus den beigezogenen Gutachten Dr. K folgt, dass eine stationäre Durchführung der Polysomnographie erforderlich war. Dr. K hat unter anderem angegeben, mehrfach Kinder erlebt zu haben, die sich in den Kabeln verdreht hätten, sich nicht selber hätten befreien können, panisch geworden seien und auf die ständige Anwesenheit des diensthabenden Personals angewiesen gewesen seien. Die Beklagte und der MD haben diesen Einschätzungen keine anderslautenden wissenschaftlichen Erkenntnisse entgegengesetzt.

Nichts anderes ergibt sich aus dem Beschluss des GBA vom 15. Juni 2004/21. September 2004. Zwar ist die Polysomnographie aufgrund dieses Beschlusses und der Ergänzung der BUB-RL in der Regel Gegenstand der vertragsärztlichen Versorgung und daher ambulant durchzuführen (vgl. BSG, Urteil vom 16. Mai 2012, B 3 KR 14/11 R, zitiert nach juris, Rn. 9). Der Beschluss bezieht sich jedoch weder auf Kinder noch auf Polysomnographien, die – wie hier – (hauptsächlich) zum Zwecke des Ausschlusses von Anfallsleiden durchgeführt werden.

Unabhängig davon war es auch deshalb erforderlich, die Polysomnographie stationär durchzuführen, weil ein ambulantes Schlaflabor nicht zur Verfügung stand. Als stationäre Leistung kann die Schlaflabordiagnostik unter anderem dann erbracht und abgerechnet werden, wenn eine entsprechende ambulante Versorgung für den Versicherten nicht in dem notwendigen Maße gewährleistet ist (vgl. BSG, Urteil vom 16. Mai 2012, B 3 KR 14/11 R, zitiert nach juris, Rn. 9). So liegt der Fall hier. Die Klägerin hat (mithilfe ihrer Ärzte) nachvollziehbar ausgeführt, dass es keine Kinderschlaflabore gibt, in denen eine Polysomnographie mit dem gebotenen pädiatrischen Sachverstand ambulant hätte durchgeführt werden können. Dies hat der Gutachter Dr. K bestätigt (siehe z.B. Gutachten vom 22. Februar 2024 zum Verfahren L 1 KR 248/22, Seite 3: „Mir ist kein Kinderschlaflabor bekannt, welches ambulante Polysomnographien anbietet“). Dem entspricht auch die Stellungnahme der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin vom 23. September 2023, wonach eine Abfrage der Abrechnungsdaten aller 17 Inhaber einer Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung der Polysomnographie für das zweite Quartal 2022 ergeben hat, dass diese Leistung bei unter 18 Jahren lediglich einmal, bei einem Jugendlichen, abgerechnet worden ist. Dass ein Schlaflabor zur Verfügung stand, das die streitige Leistung ambulant hätte erbringen können, wird auch von der Beklagten nicht behauptet. Der MD hat in seinem Gutachten vom 2. Juni 2020 insoweit nur ausgeführt, dass es in Berlin lediglich ein zugelassenes Kinderschlaflabor gebe, nämlich das der Klägerin.

4. Die Polysomnographie wurde auch vollstationär und nicht nur teilstationär durchgeführt. Von einer vollstationären Krankenhausbehandlung ist jedenfalls dann auszugehen, wenn der Patient nach der Entscheidung des Krankenhausarztes mindestens einen Tag und eine Nacht ununterbrochen im Krankenhaus versorgt werden soll. Maßgeblich ist hierbei nicht die tatsächliche Behandlungsdauer im Krankenhaus, sondern die zur Zeit der Aufnahmeentscheidung auf Grundlage des hierbei getroffenen Behandlungsplans prognostizierte (vgl. BSG, Urteil vom 20. März 2024, B 1 KR 37/22 R, zitiert nach juris, Rn. 23). Nach diesen Maßstäben wurde der Versicherte im vorliegenden Fall vollstationär behandelt, denn es war von vornherein geplant, dass der Versicherte zwei Tage lang (auch über Nacht) untersucht und behandelt wird.

5. Die vollstationäre Behandlung war aus der maßgeblichen Ex-ante-Sicht im Hinblick auf den mit Polysomnographien bei Kindern verbundenen Untersuchungsaufwand, die mögliche fehlende Compliance des versicherten Kindes (vgl. BSG, Urteil vom 20. März 2024, B 1 KR 37/22 R, zitiert nach juris, Rn. 33) und den „first-night effect“ bzw. den „reverse first-night effect“ bei Schlafstörungen (vgl. Positionspapier der DGSM „Diagnostik von Schlafstörungen und schlafbezogenen Atmungsstörungen im Kindes- und Jugendalter im Schlaflabor“, Monatsschrift Kinderheilkunde 2012, Seite 65) auch medizinisch erforderlich.

6. Der Vergütungsanspruch der Klägerin ist auch fällig. Grundvoraussetzung der Fälligkeit eines entstandenen Anspruchs auf Vergütung von Krankenhausbehandlung eines Versicherten ist eine formal ordnungsgemäße Abrechnung. Eine formal ordnungsgemäße Abrechnung setzt eine ordnungsgemäße Information der Krankenkasse über die vom Krankenhaus abgerechnete Versorgung nach Maßgabe der Informationsobliegenheiten und ggf. -pflichten voraus, insbesondere aus § 301 SGB V sowie ggf. ergänzenden landesvertraglichen Bestimmungen. Fehlt es an einer dieser Angaben, so tritt mangels formal ordnungsgemäßer Abrechnung bereits die Fälligkeit der abgerechneten Forderung nicht ein. Die Vergütungsforderung wird in diesem Falle erst später fällig, wenn das Krankenhaus seine Informationsobliegenheiten und ggf. -pflichten gegenüber der Krankenkasse erfüllt hat. Zur hiernach gebotenen Information gehört, dass das Krankenhaus in Fällen, in denen regelhaft ambulante Behandlung ausreichend ist, nicht nur eine Aufnahmediagnose benennt, die ärztliche Behandlung rechtfertigen kann, sondern Angaben zu Begleiterkrankungen oder zu sonstigen Gründen macht, die Anlass für die stationäre Versorgung des Versicherten hätten geben können (vgl. zum Ganzen BSG, Urteil vom 21. April 2015, B 1 KR 10/15 R, zitiert nach juris, Rn. 10 f.).

Im vorliegenden Fall hat die Klägerin der Beklagten von Anfang an die für eine formal ordnungsgemäße Abrechnung erforderlichen Informationen übermittelt. Insbesondere konnte die Beklagte aus der Altersangabe ersehen, dass die Polysomnographie regelhaft wegen der bei Kindern bestehenden Untersuchungsbesonderheiten stationär durchzuführen war (siehe oben). Die Erforderlichkeit stationärer Behandlung ergab sich unter Berücksichtigung des angegebenen Alters zudem daraus, dass ein Kinderschlaflabor, das die Polysomnographie ambulant hätte durchführen können, nicht zur Verfügung stand (siehe oben).

Die Höhe der Forderung ist nicht zu beanstanden. Sie steht auch nicht in Streit.

Der Zinsanspruch ab dem 3. Februar 2017 folgt aus § 12 Abs. 4 und 5 des Berliner Vertrages über Allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung vom 1. November 1994 in der Fassung der Ergänzungsvereinbarung vom 22. Dezember 1997.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a SGG in Verbindung mit § 154 Abs. 1 Verwaltungsgerichtsordnung.

Gründe für die Zulassung der Revision nach § 160 Abs. 2 Nr. 1 und 2 SGG liegen nicht vor. Die Rechtssache hat – anders als die Beklagte meint – insbesondere keine grundsätzliche Bedeutung im Hinblick auf den Stellenwert der Stellungnahmen der DGSM. Es ist in der Rechtsprechung geklärt, das eine solche Stellungnahme als Empfehlung einer einschlägigen Fachgesellschaft besondere Bedeutung bei der Feststellung des allgemein anerkannten Standes der wissenschaftlichen Erkenntnisse hat und geeignet ist, medizinische Standards zu definieren (vgl. BSG, Urteil vom 16. August 2021, B 1 KR 18/20 R, zitiert nach juris, Rn. 25). Eine Allgemeinverbindlichkeit misst der Senat diesen Stellungnahmen entgegen der Rechtsauffassung der Beklagten nicht zu.

Rechtskraft
Aus
Saved
2024-12-18