

L 6 KR 242/06

Land
Freistaat Thüringen
Sozialgericht
Thüringer LSG
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
6
1. Instanz
SG Meiningen (FST)
Aktenzeichen
S 4 KR 1653/02
Datum
07.11.2005
2. Instanz
Thüringer LSG
Aktenzeichen
L 6 KR 242/06
Datum
14.12.2010
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

Für die Beurteilung der Erforderlichkeit stationärer Krankenhausbehandlung kommt es allein auf die medizinischen Erfordernisse im Einzelfall an (vgl. BSG, Beschluss vom 25.09.2007 - Az.: [GS 1/06](#)). Die Sozialgerichte haben im Streitfall uneingeschränkt zu überprüfen, ob sie aus medizinischen Gründen erforderlich ist. Auszugehen ist von dem im Behandlungszeitpunkt verfügbaren Wissens- und Kenntnisstand des verantwortlichen Krankenhausarztes, wenn die Krankenkasse im Nachhinein beanstandet, die stationäre Behandlung sei nicht gerechtfertigt gewesen.
Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Meiningen vom 7. November 2005 wird zurückgewiesen. Die Klägerin trägt die Kosten des Verfahrens. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist der Anspruch auf Vergütung einer vollstationären Krankenhausbehandlung in Höhe von 533,24 Euro nebst Zinsen für die Zeit vom 18. bis zum 20. Mai 2000 streitig.

Die bei der Beklagten versicherte C. M. (Versicherte) war in der Zeit vom 2. bis 20. Mai 2000 in einem von der klagenden GmbH betriebenen Krankenhaus vollstationär untergebracht. Die Aufnahme erfolgte aufgrund einer vertragsärztlichen Verordnung der Internistin Dr. S. ... In dem Kostenübernahmeantrag der Klägerin werden als Einweisungsdiagnose ein Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet und eine voraussichtliche Behandlungsdauer von 18 Tagen mitgeteilt. Die Beklagte gab eine Kostenübernahmeerklärung bis zum 11. Mai 2000 ab. Die Klägerin beantragte die Verlängerung der Kostenübernahme wegen ausgeprägter Elektrolytentgleisung ("wahrscheinlich medikamentös induziert") und Verdacht auf Hepatitis ("Antikörperbestimmung läuft noch"). Die Klägerin entließ die Versicherte am 20. Mai 2000 und gab als Entlassungsdiagnose sonstige Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes an. Im Entlassungsbrief vom 20. Juni 2000 an Dr. S. werden als Diagnosen essentielle arterielle Hypertonie Stadium II nach WHO, sekundäre Hypokaliämie (unter Diuretikatherapie) mit initialer Muskellähmung im Rahmen eines Hyperpolarisationsblockes, chronisch venöse Insuffizienz Stadium I bis II nach Hach, Verdacht auf alkoholbedingte Leberparenchymschädigung nach Alkoholabusus, neu entdeckter, diätisch geführter nicht insulinpflichtiger Diabetes mellitus und periphere Euthyrose bei Struma uninodularis des rechten Schilddrüsenlappens und sonstige nicht toxische Struma genannt.

Die Beklagte beauftragte den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) Thüringen mit der Prüfung der Notwendigkeit der Dauer der Krankenhausbehandlung. Dr. K. empfahl nach Beiziehung u.a. des Entlassungsberichtes vom 20. Juni 2000 in seinem Gutachten vom 28. September 2000 eine begrenzte Kostenübernahme für den Zeitraum vom 2. bis 15. Mai 2000. Die Klägerin wies mit Schreiben vom 5. Dezember 2000 darauf hin, dass eine frühere Entlassung nicht möglich gewesen sei, wie sich der Epikrise bei Therapie und Verlauf entnehmen lasse. In dem Gutachten des MDK vom 12. Januar 2001 führt Dr. W. aus, nach Akteneinsicht sei festzustellen, dass für den 12. Mai 2000 Unterschenkelödeme (bei chronisch venöser Insuffizienz) beschrieben wurden und daraufhin eine Änderung der diuretischen Therapie erfolgt sei. Obwohl sich keine weiteren Einträge hinsichtlich der Entwicklung der Beinödeme fänden, werde davon ausgegangen, dass eine Entlassung am 17. Mai 2000 (Reduzierung der Diuretika) möglich gewesen wäre. Die Klägerin stellte der Beklagten für die stationäre Behandlung der Versicherten 6.061,52 Euro in Rechnung (Rechnung vom 7. Juli 2006). Die Beklagte zahlte hierauf 5.528,28 Euro.

Im Klageverfahren hat die Beklagte ein weiteres Gutachten des MDK vom 7. Oktober 2003 zur Frage der Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung vorgelegt. Dr. K. führt darin aus, seit dem 5. Mai 2000 habe praktisch eine ausgeglichene Elektrolytsituation bestanden; bei Reduzierung der Diuretika am 17. Mai 2000 sei davon auszugehen gewesen, dass eine deutliche Befundbesserung eingetreten sei. Die Abstände der durchgeführten Elektrolytuntersuchungen ließen den Schluss zu, dass ernsthafte Elektrolytentgleisungen seitens der behandelnden Ärzte nicht mehr angedacht wurden, andernfalls wären hier tägliche bzw. alle zwei Tage durchzuführende

Blutuntersuchungen erforderlich gewesen. Bei Diuretikadauertherapie sei eine ambulante Kontrolle der Elektrolytwerte in ca. vierwöchigem Abstand indiziert, in Abhängigkeit der Ausprägung der Wasseransammlungen in den Beinen müsse gegebenenfalls eine Anpassung der Medikamente erfolgen. In diesem Zusammenhang müsse angemerkt werden, dass Ödeme bei venöser Insuffizienz im Wesentlichen eine harmlose Erscheinung seien. Außer der Hypokaliämie habe es sich bei den genannten Entlassungsdiagnosen nicht um Diagnosen gehandelt, die eine stationäre Behandlung erforderlich machten.

Das Sozialgericht hat ein Gutachten des Prof. Dr. S. vom 24. Januar 2005 u.a. zur Frage der Vertretbarkeit der stationären Behandlung der Versicherten unter Berücksichtigung des Gesundheitszustandes der Versicherten aus Sicht des Krankenhausarztes zum Zeitpunkt der zu treffenden Entscheidung eingeholt. Danach war zum Aufnahmezeitpunkt nicht erkennbar, dass die Elektrolytstörungen "nur" diuretikabedingt waren. Deshalb seien die Verlaufsbeobachtung und die Zusatzuntersuchungen richtig gewesen. Allerdings hätte man die Entlassung spätestens am 17. Mai 2000 vornehmen können. In seiner ergänzenden Stellungnahme vom 12. Mai 2005 führt der Sachverständige aus, die Behandlung sei nur bis spätestens 18. Mai 2000 indiziert, weil zu diesem Zeitpunkt eine Laborkontrolle vorgenommen wurde. Diese hätte auch schon am 17. Mai 2000 erfolgen können. Sie sei die einzige Untersuchung, die in dem Zeitraum vom 17. bis 20. Mai 2000 dokumentiert sei. Auch bezüglich des Gesundheitszustandes der Versicherten fänden sich Hinweise weder im Pflegeprotokoll noch in den ärztlichen Aufzeichnungen; die Versicherte hätte am 17. Mai 2000 nach Hause entlassen werden können. Die letzte Laborkontrolle hätte auch ambulant oder poststationär erfolgen können.

Mit Urteil vom 7. November 2005 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen und zur Begründung ausgeführt, es schließe sich der Auffassung des Bundessozialgerichts an, dass Prüfungsmaßstab nicht die Erforderlichkeit der Krankenhausbehandlung, sondern lediglich die Vertretbarkeit der Entscheidung des Krankenhausarztes über die Dauer der stationären Behandlung sei. Der stationäre Aufenthalt der Versicherten ab dem 18. Mai 2000 sei nicht vertretbar gewesen. Die Einschätzung des Prof. Dr. S. in dem Gutachten vom 24. Januar 2005 sei nach der ärztlichen Dokumentation nachvollziehbar.

Im Berufungsverfahren vertritt die Klägerin die Auffassung, in eine Dokumentation könnten nicht alle vom behandelnden Arzt einbezogenen Erwägungen und dessen Augenschein vollumfänglich Eingang finden. Dieser trage die Verantwortung für den Patienten in jeglicher Hinsicht. Nach der Therapieänderung sei eine mittelfristige Beobachtung der Versicherten zwingend erforderlich gewesen, um eine erneute Elektrolytentgleisung auszuschließen. Zu den besonderen Mitteln eines Krankenhauses würden nicht nur die sachlichen Mittel, sondern auch die klinischen Beobachtungen durch die Ärzte und die Schwestern gehören, wonach schließlich eingeschätzt werde, ob die Entlassung zu verantworten sei. Entscheidend seien nicht die durchgeführten Untersuchungen, sondern der Gesundheitszustand der Versicherten.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Meiningen vom 17. November 2005 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, an sie weitere 533,24 Euro nebst Zinsen in Höhe des Basiszinssatzes seit dem 24. August 2000 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie verweist auf die Gründe des erstinstanzlichen Urteils und den Beschluss des Großen Senats des Bundessozialgerichts (BSG) vom 25. September 2007 - Az.: [GS 1/06](#), wonach sich die Frage, ob einem Versicherten vollstationäre Krankenhausbehandlung zu gewähren sei, (allein) nach medizinischen Erfordernissen richte. Ob eine stationäre Krankenhausbehandlung aus medizinischen Gründen notwendig sei, habe das Gericht im Streitfall uneingeschränkt zu überprüfen. Es habe dabei von dem im Behandlungszeitpunkt verfügbaren Wissens- und Kenntnisstand des verantwortlichen Krankenhausarztes auszugehen. Eine "Einschätzungsprärogative" stünde diesem nicht zu.

Der Senat hat ein Gutachten des Prof. Dr. S. vom 14. März 2007 zur Notwendigkeit der über den 17. Mai 2000 hinausgehenden Krankenbehandlung eingeholt. Dieser führt zusammenfassend aus, die Behandlungsdauer bis einschließlich 20. Mai 2005 erscheine vor dem Hintergrund des komplexen Krankheitsbildes auch nach heutigem Kenntnisstand gerechtfertigt.

Zur Ergänzung des Tatbestandes wird auf den Inhalt der Prozess- und der beigezogenen Verwaltungsakte der Beklagten Bezug genommen, der Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung ist unbegründet.

Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Zahlung eines zusätzlichen Betrages in Höhe von 533,24 Euro. Die Voraussetzungen des zulässig eingeklagten Vergütungsanspruchs sind nicht erfüllt, weil Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit ab dem 18. Mai 2000 nicht erweislich ist, die Klägerin hierfür die Beweislast trägt und ihre Einwendungen nicht durchgreifen. Unerheblich ist, dass über den 17. Mai 2000 hinaus Krankenhausbehandlung geleistet wurde.

Die Klägerin macht den Anspruch auf Zahlung der Vergütung für die vollstationäre Behandlung der Versicherten gegen die Beklagte zu Recht mit der (echten) Leistungsklage nach [§ 54 Abs. 5](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) geltend. Die Klage eines Krankenhausträgers wie der Klägerin auf Zahlung der Behandlungskosten einer Versicherten gegen eine Krankenkasse ist ein Beteiligtenstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt, kein Vorverfahren durchzuführen ist und keine Klagfrist zu beachten ist (vgl. BSG, Urteil vom 16. Dezember 2008 - Az.: [B 1 KN 3/08 KR R](#) m.w.N., nach juris). Die Klägerin hat den Zahlungsanspruch auch - mit 533,24 Euro - beziffert.

Rechtsgrundlage des streitigen restlichen Vergütungsanspruchs in Höhe von 533,24 Euro ist [§ 109 Abs. 4 Satz 3](#) des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) i.V.m. der Pflegesatzvereinbarung der Beteiligten für das Jahr 1999. Insoweit wird nach [§ 153 Abs. 2](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) auf die Entscheidungsgründe des erstinstanzlichen Urteils Bezug genommen, denen sich der Senat anschließt.

Nähere vertragliche Regelungen i.S.v. [§ 112 Abs. 2 SGB V](#) über die allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung, insbesondere der Kostenübernahme und der Abrechnung der Entgelte, gab es in Thüringen in dem betroffenen Zeitraum nicht. Deshalb ist die allein auf die insoweit maßgebliche Pflegesatzvereinbarung zurückzugreifen (vgl. BSG, Urteil vom 16. Dezember 2008, [a.a.O.](#)).

Die Zahlungsverpflichtung der Krankenkasse entsteht unabhängig von einer schriftlichen Kostenzusage unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten, wenn die Versorgung in einem - wie hier - zugelassenen Krankenhaus durchgeführt wird und im Sinne von [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) erforderlich ist. Der Behandlungspflicht eines zugelassenen Krankenhauses im Sinne des [§ 109 Abs. 4 Satz 2 SGB V](#) steht ein Vergütungsanspruch gegenüber, der auf der Grundlage der Ermächtigung nach § 16 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG, hier in der seit dem 1. Juli 1997 geltenden Fassung durch das Zweite Gesetz zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung (2. GKV - NOG) vom 23. Juli 1997 (BGBl I Nr. 42)), § 17 KHG (in der Fassung des Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Gesundheitsreformgesetz) gültig ab dem 1. Januar 2000 bis zum 29. April 2002 (BGBl I, 2626)) nach Maßgabe der Bundespflegesatzverordnung (BpflV, hier anzuwenden i.d.F. des GKV-Gesundheitsreformgesetzes ab 1. Januar 2000) nach der die Pflegesatzvereinbarung zwischen Krankenkasse und Krankenhausträger festgelegt wird. Die erstmals ab dem Jahr 2003 - modifiziert - geltenden Regelungen über die Vergütung nach einem pauschalierten Entgeltsystem (§ 17 b Abs. 1 Satz 1 KHG; § 1 Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 des Gesetzes über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen - Krankenhausentgeltgesetz vom 23. April 2002, [BGBl I Seite 1412](#)) greifen für die hier im Jahr 2000 durchgeführte Behandlung nicht ein.

Der Zahlungsanspruch des Krankenhauses korrespondiert in aller Regel mit dem Anspruch des Versicherten auf Krankenhausbehandlung. Demgemäß müssen beim Versicherten bei der Aufnahme in das Krankenhaus grundsätzlich alle allgemeinen Voraussetzungen für die Inanspruchnahme von Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sowie speziell von Krankenhausbehandlung, insbesondere deren Erforderlichkeit vorliegen. Nach [§ 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) haben Versicherte Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Die zur Krankenbehandlung gehörende Krankenhausbehandlung ([§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 SGB V](#)) wird nach [§ 39 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) vollstationär, teilstationär, vor- und nachstationär sowie ambulant erbracht. Der Anspruch ist gerichtet auf vollstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus ([§ 108 SGB V](#)), wenn die Aufnahme nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann ([§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#)). Qualität und Wirksamkeit der Leistungen haben dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen ([§ 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#); vgl. BSG, Urteil vom 28. Juli 2008 - Az.: [B 1 KR 5/08 R](#), nach juris).

Ein Vergütungsanspruch der Klägerin aus den vorstehend dargestellten Regelungen und Grundsätzen für die Zeit ab 18. Mai 2000 besteht nicht, weil Krankenhausbehandlung ab dem 18. Mai 2000 unter Beachtung des maßgeblichen Rechtsmaßstabs nicht erweislich erforderlich war und die Klägerin die Beweislast für die Erforderlichkeit der Krankenhausbehandlung trägt. Die Klägerin hatte einen Zahlungsanspruch gegen die Beklagte lediglich für die Krankenhausbehandlung bis zum 17. Mai 2000. Sie hätte die Versicherte noch bis zum Ablauf des Mittwoch (17. Mai 2000) aus dem Krankenhaus entlassen können. Nach § 14 Abs. 2 Satz 1 Halbsatz 2 BpflV bleibt der Tag der Entlassung aus dem Krankenhaus bei vollstationärer Behandlung indessen unberechnet.

Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit ist ein Krankheitszustand, dessen Behandlung den Einsatz der besonderen Mittel eines Krankenhauses erforderlich macht. Maßnahmen dürfen daher z.B. nicht lediglich dem Zweck dienen, einem Zustand der Hilflosigkeit zu begegnen; ebenso unterfallen rein pflegerische Maßnahmen nicht der Leistungspflicht der Beklagten, vielmehr müssen diese als Teil einer ärztlichen Behandlung dieser Behandlung untergeordnet sein. Als besondere Mittel des Krankenhauses hat die Rechtsprechung des BSG eine apparative Mindestausstattung, geschultes Pflegepersonal und einen jederzeit präsenten oder rufbereiten Arzt herausgestellt. Dabei fordert sie für die Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung weder den Einsatz aller dieser Mittel noch sieht sie ihn stets als ausreichend an. Es ist vielmehr eine Gesamtbetrachtung vorzunehmen, bei der den mit Aussicht auf Erfolg angestrebten Behandlungszielen und den vorhandenen Möglichkeiten einer vorrangigen ambulanten Behandlung entscheidende Bedeutung zukommt (vgl. BSG, Urteil vom 16. Dezember 2008, [a.a.O.](#), mit zahlreichen Nachweisen).

Ob einem Versicherten vollstationäre Krankenhausbehandlung zu gewähren ist, richtet sich allein nach den medizinischen Erfordernissen (vgl. BSG, Beschluss vom 25. September 2007 - Az.: [GS 1/06](#), nach juris). Ermöglicht es der Gesundheitszustand des Patienten, das Behandlungsziel durch andere Maßnahmen, insbesondere - was hier in Betracht kommt - durch ambulante Behandlung zu erreichen, so besteht kein Anspruch auf stationäre Behandlung. Aufgabe der GKV ist es, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern ([§ 1 Satz 1 SGB V](#)). Es geht hierbei um die Bereitstellung der für diese Zwecke benötigten medizinischen Versorgung. Das lässt sich aus zahlreichen Einzelschriften des Leistungsrechts ersehen, insbesondere aus der Beschreibung der Leistungsziele in [§ 11 Abs. 1 SGB V](#) und [§ 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) sowie aus dem Leistungskatalog in [§ 27 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#).

Für die Beurteilung der Erforderlichkeit stationärer Krankenhausbehandlung kommt es auf die medizinischen Erfordernisse im Einzelfall und nicht auf eine abstrakte Betrachtung an. Die Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit haben im Streitfall uneingeschränkt zu überprüfen, ob eine stationäre Krankenhausbehandlung aus medizinischen Gründen notwendig ist. Dabei haben sie von dem im Behandlungszeitpunkt verfügbaren Wissens- und Kenntnisstand des verantwortlichen Krankenhausarztes auszugehen, wenn die Krankenkasse im Nachhinein beanstandet, die stationäre Behandlung des Patienten sei nicht gerechtfertigt gewesen (vgl. BSG, Großer Senat, Beschl. vom 25. September 2007, [a.a.O.](#)). Für eine Einschränkung der Kontrollbefugnisse der Krankenkasse und des Gerichts in der Weise, dass von der Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung schon deshalb auszugehen wäre, weil der Krankenhausarzt sie bejaht und weil seine Einschätzung fachlich vertretbar ist, bietet das Gesetz keine Grundlage. Auch Vereinbarungen in den Normsetzungsverträgen auf Landesebene könnten daher nicht bewirken, dass die Entscheidung über die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung entgegen dem Gesetz nicht nach objektiven Maßstäben getroffen wird, sondern im Ergebnis der subjektiven Einschätzung des Krankenhausarztes überlassen bleibt (vgl. BSG, Großer Senat, Beschl. vom 25. September 2007, [a.a.O.](#)).

Hinsichtlich der Erforderlichkeit der stationären Krankenhausbehandlung in dem Zeitraum vom 18. bis 20. Mai 2000 folgt der Senat den überzeugenden Ausführungen im Gutachten des Prof. Dr. S. vom 14. Januar 2005 und seiner ergänzenden Stellungnahme vom 12. Mai

2005, denen er sich anschließt. Die Versicherte wurde am 2. Mai 2000 stationär aufgenommen. Die klinische Untersuchung erbrachte einen adipösen Ernährungszustand und eine allgemeine Verlangsamung in den Bewegungen. Die Haut war blass und die Skleren ikterisch. Die Leber war am Rippenbogen tastbar; es fanden sich Ödeme bei offensichtlicher venöser Insuffizienz. Danach wurden ein EKG und ein Röntgen-Thorax angefertigt. Im EKG waren Zeichen der Hypokaliämie nachweisbar. Es erfolgte eine Infusionstherapie. Am 5. Mai 2000 waren die Elektrolytwerte deutlich gebessert. Am 8. Mai 2000 erfolgten eine Duplex-Sonografie der Gefäße und ein Echokardiogramm. Es wurde eine Beratung über eine cholesterinarme Diät durchgeführt. Im weiteren Verlauf wurde eine Schilddrüsenultraschalluntersuchung durchgeführt, obwohl nach dem Aufnahmebefund keine Struma beschrieben wurden. Am 14. Mai 2000 wird ein allergisches Exanthem im Gesicht und im Schulterbereich beschrieben. Nachdem es zwischenzeitlich nochmals zu einer Wassereinlagerung gekommen war, war am 17. Mai 2000 das Körpergewicht mit 82,7 Kilogramm wieder rückläufig. Am 18. Mai 2000 erfolgte eine nochmalige Elektrolytkontrolle, die normal ausfiel. Hinsichtlich der Lebererkrankung konnte sonographisch (Laborbefunde vom 12. Mai 2000) eine Hepatitis ausgeschlossen werden. Insofern waren die Untersuchungen erforderlich, weil nicht nur Ödeme vorlagen, sondern auch eine Leberschädigung und eine Nierenunterfunktion ausgeschlossen werden sollten. In dem Zeitraum vom 17. bis zum 20. Mai 2000 ist lediglich eine Laborkontrolle am 18. Mai 2000 dokumentiert, die jedoch bereits am 17. Mai 2000 bzw. auch ambulant oder poststationär hätte erfolgen können. Diese Schlussfolgerung ist ebenfalls nachvollziehbar, weil laut Stellungnahmen des behandelnden Krankenhausarztes Dr. B. vom 26. März 2004 und vom 3. März 2005 eine abschließende Beurteilung zum damaligen Zeitpunkt ohnehin nicht erwartet werden konnte und insoweit auch der Entlassungsbrief vom 20. Juni 2000 auf eine Kontrolle der Paraklinik einschließlich der Elektrolytwerte im mittelfristigen Abstand verweist. Die Möglichkeit der ambulanten Kontrolle der Elektrolyte war daher sowohl möglich als auch notwendig. Auch bezüglich des Gesundheitszustandes der Versicherten befinden sich weder im Pflegeprotokoll noch in den ärztlichen Aufzeichnungen irgendwelche Hinweise. Die Notwendigkeit der Inanspruchnahme der besonderen Mittel an medizinischem Personal und sächlicher Ausstattung eines Krankenhauses ist in dem Zeitraum vom 18. bis 20. Mai 2000 nicht erwiesen.

Der Senat folgt nicht dem Gutachten des Prof. Dr. S. vom 14. Mai 2007. Es ist bereits nicht ersichtlich, dass er die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung unter Zugrundelegung der damaligen Sicht des Krankenhausarztes beantwortet hat. Der Sachverständige führt aus, bei diesem Krankheitsbild handele es sich am ehesten um eine akute Herzinsuffizienz bei diastolischer Compliance-Störung des linken Ventrikels mit ausgeprägter Hyponatriämie und Leberstauung. Die schnelle Normalisierung der Laborwerte nach Senkung des Pfortaderdrucks durch die diuretische Behandlung unterstützte diese Hypothese. Dieses komplexe Krankheitsbild zeige erfahrungsgemäß eine ausgeprägte Therapieresistenz und neige zu häufigen Rezidiven. Auch nach der schnellen Normalisierung der Laborwerte sei die Behandlung nicht abgeschlossen gewesen und habe einer weiteren Optimierung bedurft. Die Behandlungsdauer bis einschließlich des 20. Mai 2005 erscheine vor dem Hintergrund des komplexen Krankheitsbildes gerechtfertigt. Aus den ärztlichen Aufzeichnungen bzw. den vorliegenden Unterlagen ist nicht ersichtlich, dass der damalige behandelnde Arzt in dem hier allein streitigen Zeitraum von einer solchen Diagnose ausgegangen ist. So wurde der Antrag auf Verlängerung der Kostenübernahme vom 11. Mai 2000 mit einer ausgeprägten Elektrolytentgleisung (wahrscheinlich medikamenteninduziert) und einem Verdacht auf Hepatitis begründet. Die medizinischen-technischen Untersuchungen (EKG, Echokardiografie, Röntgenthorax, Sonografie der Schilddrüse, Duplexsonografie der extracraniellen Gefäße) waren abgeschlossen, die Laborbefunde lagen vor. Nachdem am 12. Mai 2000 wieder eine deutliche Zunahme der Ödeme dokumentiert ist, erfolgte eine Adaption der Diuretikatherapie. Die Versicherte erhielt am 12. Mai 2000 das kaliumsparende Diuretikum Spironolacton und ab dem 15. Mai 2000 als Ergänzung Aquaphor 20. Am 13. Mai 2001 ist eine Abnahme der Ödeme und ab dem 14. Mai 2001 bis zum 17. Mai 2000 eine Gewichtsabnahme von 85,6 Kilogramm auf 82,7 Kilogramm dokumentiert. Die Gabe des Diuretika Aquaphor 20 wurde am 17. Mai 2000 auf die Hälfte reduziert. Prof. Dr. S. geht in seinem Gutachten hierauf nicht ein und stützt sich hinsichtlich der Bejahung der Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung in dem streitigen Zeitraum lediglich auf allgemeine Erwägungen. Im Hinblick auch auf die fehlenden ärztlichen Aufzeichnungen und eine fehlende Dokumentation für den streitigen Zeitraum, die Prof. Dr. S. ebenfalls nicht berücksichtigt, ist seine Einschätzung hinsichtlich der Erforderlichkeit der Krankenhausbehandlung nicht überzeugend.

Aus den Ausführungen des behandelnden Krankenhausarztes Prof. Dr. B. vom 26. März 2004 und vom 3. März 2005 ist eine Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung in dem Zeitraum vom 18. bis zum 20. Mai 2000 ebenfalls nicht ersichtlich. Er weist darauf hin, dass aufgrund der am 12. Mai 2000 bemerkten erneuten Wassereinlagerung in den Beinen eine Adaption der Diuretikatherapie erfolgte. Des Weiteren verweist er auf die Notwendigkeit der differenzialdiagnostischen Abklärung der pathologisch erhöhten Leberwerte bei lebensbedrohlicher Elektrolytentgleisung. Die erfolgte differenzialdiagnostische Abklärung ist zwischen den Beteiligten allerdings nicht streitig. Diese war in dem streitigen Zeitraum jedoch abgeschlossen. In seiner Stellungnahme vom 3. März 2005 führt er aus, am 16. Mai 2002 sei eine modifizierte Diuretikatherapie begonnen worden. Eine Kontrolle der Elektrolyte nach vier Behandlungstagen sei unabdingbar, um eine erneute Entgleisung auszuschließen. Aus welchen Gründen eine solche stationär erfolgen muss, ergibt sich hieraus nicht. Die Erforderlichkeit des Verbleibens der Versicherten danach noch bis zum 20. Mai 2000 in stationärer Krankenhausbehandlung erklärt sich hieraus ebenfalls nicht.

Die Einholung eines weiteren Gutachtens ist nicht erforderlich, auch wenn sich die Beweisfragen sowohl im erstinstanzlichen als auch im Berufungsverfahren an der früheren Rechtsprechung des 3. Senats des BSG orientieren. Jedenfalls fehlt hier eine aussagefähige Dokumentation der für die Beurteilung der Notwendigkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit der Behandlung erforderlichen Tatsachen, worauf Prof. Dr. S. in seinem Gutachten vom 24. Januar 2005 und in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 12. Mai 2005 hinweist. Insofern räumt auch die Klägerin ein, dass diese durchaus umfangreicher oder präziser hätte sein können, meint jedoch, nicht jede Einschätzung und Überlegung der behandelnden Ärzte fließe in diese ein. Überlegungen und Einschätzungen der Ärzte die nicht dokumentiert sind, können letztendlich auch nicht Grundlage eines Gutachtens sein. Die Entscheidung über die Kosten beruht auf [§ 197 a Abs. 1 Satz 1 Halbsatz 3 SGG](#) i. V.m. [§ 154 Abs. 2](#) der Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).

Die Revision war nicht zuzulassen, weil die Voraussetzungen des [§ 160 Abs. 2 SGG](#) nicht vorliegen.

Rechtskraft

Aus

Login

FST

Saved

2012-02-27