

S 13 KR 51/05

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
SG Aachen (NRW)
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
13
1. Instanz
SG Aachen (NRW)
Aktenzeichen
S 13 KR 51/05
Datum
28.11.2006
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Die Beklagte wird verurteilt, der Klägerin 836,35 EUR nebst Zinsen in Höhe von 2 % über dem Basis- zinssatz seit dem 16.07.2005 zu zahlen. Die Kosten des Verfahrens trägt die Beklagte. Der Streitwert wird auf 836,35 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Zahlung der Restkosten einer stationären Krankenhausbehandlung für die Zeit vom 16. bis 21.01.2004 in Höhe von 836,35 EUR.

Die Klägerin betreibt ein zugelassenes Krankenhaus für Psychiatrie. Die bei der Beklagten versicherte D. O., geboren 20.00.1934, (im Folgenden: Versicherte) ist wiederholt - vor und nach dem hier streitigen Krankenhausaufenthalt - im Krankenhaus der Klägerin wegen Depressionen stationär behandelt worden. Die letzte Behandlung im Jahre 2003 war vom 08.11. bis 12.12.2003 wegen einer schweren depressiven Episode.

Am 04.01.2004 wurde die Versicherte erneut zur stationären Behandlung aufgenommen. Am 08.01.2004 ging bei der Beklagten ein entsprechender Kostenübernahmeantrag der Klägerin ein; in diesem gab die Klägerin eine voraussichtliche Krankenhausverweildauer von 26 Tagen bis zum 30.01.2004 an. Mit Schreiben vom 13.01.2004 teilte die Beklagte u.a. der Klägerin mit, dass die Behandlung ab 04.01.2004 "nicht genehmigt" werde. Am 21.01.2004 wurde die Versicherte entlassen. Auf Anfrage der Beklagten vom 23.03.2004 sandte die Klägerin den Entlassungsbericht vom 07.04.2004 über die stationäre Behandlung vom 04.01. bis 21.01.2004 an den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK). Nach einem weiteren Schriftwechsel kam der MDK-Arzt Dr. C. in einer gutachtlichen Stellungnahme vom 23.12.2004 zum Ergebnis, die stationäre Krankenhausbehandlung könne bis 15.01.2004 befürwortet werden; danach sei sie nicht mehr notwendig, sondern ambulante Weiterbehandlung ausreichend gewesen. Gestützt hierauf erklärte die Beklagte durch Schreiben vom 03.01.2005 gegenüber der Klägerin die Übernahme der Kosten der Behandlung der Versicherten für die Zeit vom 04.01. bis 15.01.2004.

Durch zwei Rechnungen vom 25.01.2005 machte die Klägerin gegenüber der Beklagten die Kosten der gesamten Behandlung geltend. Die erste Rechnung betraf den Zeitraum vom 04.01. bis 15.01.2004 mit Kosten in Höhe von 2.007,51 EUR; diese Rechnung wurde von der Beklagten beglichen. Die zweite Rechnung ging bei der Beklagten am 28.01.2005 ein und betraf den Zeitraum vom 16.01. bis 21.01.2004 mit Kosten in Höhe von 836,35 EUR; diese Rechnung ist noch offen und Gegenstand des vorliegenden Verfahrens.

Mit Schreiben vom 15.03. und 29.06.2005 wandte sich die Klägerin gegen die Beschränkung der Kostenübernahme bis 15.01.2004 und legte ausführlich dar, warum nach Auffassung ihrer Ärzte die stationäre Behandlung bis 21.01.2004 notwendig gewesen sei. Sie setzte zur Zahlung des Restbetrages eine Frist bis 15.07.2005.

Nach Einholung einer ergänzenden MDK-Stellungnahme vom 14.07.2005 (Dr. C.) lehnte die Beklagte die Übernahme der Kosten über den 15.01.2004 hinaus weiter ab.

Am 10.11.2005 erhob die Klägerin Zahlungsklage. Sie ist der Auffassung, die Kosten der stationären Krankenhausbehandlung der Versicherten seien auch für die streitbefangene Zeit von der Beklagten zu zahlen. Diese Behandlung sei notwendig gewesen; die Einschätzung der Krankenhausärzte sei von der Krankenkasse als jedenfalls vertretbar hinzunehmen. Die Beklagte habe auch keine Behandlungsalternativen aufgezeigt. Da die behandelnden Krankenhausärzte die gesamte Behandlung begleitet und dafür die Verantwortung übernommen hätten, sei ihrer Einschätzung der Vorrang einzuräumen.

Die Klägerin beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, ihr 836,35 EUR nebst Zinsen in Höhe von 2 % über dem Basiszinssatz seit dem 16.07.2005 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie meint, angesichts einer flächendeckenden ambulanten ärztlichen Versorgung habe sie keine konkrete Behandlungsalternative aufzeigen müssen. Einwendungen einer Krankenkasse gegen die Notwendigkeit einer stationären Krankenhausbehandlung seien nicht ausgeschlossen, wenn sie spätestens 14 Tage nach Rechnungslegung erfolgten. Die Beklagte hält weiterhin die Notwendigkeit einer stationären Krankenhausbehandlung in der Zeit vom 16. bis 21.01.2004 für nicht gegeben und stützt sich dafür zusätzlich auf entsprechende Stellungnahmen des MDK-Arzt Dr. C. vom 13.03. und 10.10.2006.

Das Gericht hat zur weiteren Aufklärung des medizinischen Sachverhalts mit Einverständnis der Versicherten Krankenpapiere und -berichte von deren behandelnden Ärzten beigezogen. Sodann ist ein Gutachten eingeholt worden von dem Neurologen und Psychiater Dr. D. Wegen des Ergebnisses der Beweisaufnahme wird auf die genannten Unterlagen, insbesondere das Gutachten vom 18.09.2006 verwiesen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der zwischen den Beteiligten gewechselten Schriftsätze und den sonstigen Inhalt der Gerichtsakte sowie der beigezogenen die Versicherte betreffende Patientenakte der Klägerin und die Verwaltungsakte der Beklagten, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Klage ist als (echte) Leistungsklage nach [§ 54 Abs. 5](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) zulässig. Bei einer auf Zahlung der Behandlungskosten eines Versicherten gerichteten Klage eines Krankenhauses gegen eine Krankenkasse geht es um einen so genannten Parteienstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt (vgl. BSG, Urteil vom 17.06.2000 - [B 3 KR 33/99 R](#) = [BSGE 86,166](#) = [SozR 3-2500 § 112 Nr. 1](#); Urteil vom 23.07.2002 - [B 3 KR 64/01 R](#) = [SozR 3-2500 § 112 Nr. 3](#)). Ein Vorverfahren war mithin nicht durchzuführen, die Einhaltung einer Klagefrist nicht geboten.

Die Klage ist auch begründet.

Rechtsgrundlage des geltenden gemachten restlichen Vergütungsanspruchs der Klägerin ist [§ 109 Abs. 4](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) i.V.m. dem aus [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) folgenden Krankenhausbehandlungsanspruch der Versicherten. Die Zahlungsverpflichtung der Krankenkasse entsteht unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten (BSG, Urteil vom 13.12.2001 - [B 3 KR 11/01 R](#) = [SozR 3-2500 § 112 Nr. 2](#); Urteil vom 23.07.2002 - [B 3 KR 64/01 R](#) = [SozR 3-2500 § 112 Nr. 3](#)). Die näheren Einzelheiten über Aufnahme und Entlassung der Versicherten, Kostenübernahme, Abrechnung der Entgelte sowie die Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung ist in den zwischen der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen einerseits und verschiedenen Krankenkassen sowie Landesverbänden der Krankenkasse andererseits geschlossenen Verträgen nach [§ 112 Abs. 2 Nr. 1](#) und 2 SGB V geregelt. Es sind dies der Vertrag über allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung (KBV) und der Vertrag zur Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung (KÜV).

Ein Anspruch auf Krankenhausbehandlung zu Lasten der Krankenkasse und damit korrespondierend ein Zahlungsanspruch des Krankenhauses ist nicht gegeben, wenn die Krankenhausbehandlung nicht erforderlich ist ([§ 12 Abs. 1 SGB V](#); [§ 3 Satz 1 KBV](#)). Sie ist erforderlich, wenn das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- oder nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann ([§ 39 Abs. 1 Satz 2](#), letzter Halbsatz SGB V). Ob dies der Fall ist, entscheidet der Krankenhausarzt erstmalig bei der Aufnahme und fortlaufend entsprechend den geplanten und durchgeführten Behandlungsschritten, und zwar mit Bindungswirkung für die Krankenkasse, es sei denn, er hätte vorausschauend ("ex ante") erkennen können, dass die geklagten Beschwerden nicht die Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung begründeten, nach den Regeln der ärztlichen Kunst also eine Fehlentscheidung getroffen wurde (BSG, Urteil vom 21.08.1996 - [3 RK 2/96](#) = [SozR 3-2500 § 39 Nr. 4](#)). Die Begriffe "erforderlich" und "notwendig" sind unbestimmte Rechtsbegriffe. Die Beurteilung, ob die gewährte Krankenpflege nach objektiven Maßstäben erforderlich und notwendig war, unterliegt voller gerichtlicher Nachprüfung. Eine andere Frage ist es, ob die Krankenkasse oder im Rechtsstreit das Sozialgericht im konkreten Fall im Rahmen der Beweismwürdigung der Beurteilung des behandelnden Krankenhausarztes folgt, weil er aufgrund seiner Sachnähe am ehesten in der Lage ist, die Notwendigkeit und die Erforderlichkeit einer bestimmten Maßnahme zu beurteilen (BSG, Urteil vom 16.11.1984 - [8 RK 33/84](#)).

Im KÜV ist das Verfahren zur Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung geregelt. Die Überprüfung soll möglichst zeitnah mit der Behandlung erfolgen. Besteht aus Sicht der Krankenkasse im Einzelfall Anlass, die Notwendigkeit und Dauer der stationären Behandlung zu überprüfen, so kann sie zunächst eine Stellungnahme des Krankenhauses anfordern. Erst wenn sich aus Sicht der Krankenkasse das Erfordernis einer ärztlichen Überprüfung ergibt, kann sie in geeigneten Fällen hierzu den MDK einschalten ([§ 2 Abs. 1 KÜV](#)). Im vorliegenden Fall ging bei der Beklagten bereits am 08.01.2004 ein Kostenübernahmeantrag der Klägerin ein. Wenn die Beklagte nicht zuletzt im Hinblick auf den gerade erst 3 Wochen zurückliegenden Krankenhausaufenthalt der Versicherten - Zweifel an der Notwendigkeit der erneuten stationären Behandlung gehabt hätte, hätte es nahe gelegen, den MDK sofort einzuschalten und die Angelegenheit zeitnah, gegebenenfalls vor Ort im Krankenhaus mit den behandelnden Ärzten, wie es auch [§ 2 Abs. 2 Satz 1 KÜV](#) vorsieht, prüfen und klären zu lassen. Wenn sie dies unterlässt und eine Überprüfung durch den MDK erst nach Abschluss der Krankenhausbehandlung einholt, kann sie sich nur noch in eingeschränktem Maße auf eine - vom MDK dann festgestellte - fehlende Notwendigkeit eines Behandlungszeitraums stützen. Dies gilt auch und insbesondere im Hinblick auf eine im Nachhinein festgestellte (angeblich) mangelhafte Behandlungsdokumentation durch die Krankenhausärzte.

Im vorliegenden Fall konnte die Notwendigkeit der von der Klägerin durchgeführten Krankenhausbehandlung der Versicherten von der Beklagten nicht mit der Begründung verneint werden, ab 16.01.2004 sei eine ambulante/poststationäre/teilstationäre Weiterbehandlung

ausreichend gewesen, wie es der MDK-Arzt Dr. C. in seinen verschiedenen Stellungnahmen, zuerst vom 23.12.2004, dargestellt hat. Notwendig im Sinne von [§ 39 SGB V](#) ist eine Krankenhausbehandlung nicht erst dann, wenn sie aus rückblickender Betrachtung zur Behandlung der vorliegenden Erkrankungen unverzichtbar war. Die Krankenkassen können sich nicht darauf beschränken, die Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung im Nachhinein aus ihrer Sicht zu beurteilen und bei abweichendem Ergebnis die Bezahlung zu verweigern. Notwendig ist eine Krankenhausbehandlung vielmehr stets dann, wenn sie aus der vorausschauenden Sicht des Krankenhausarztes unter Zugrundelegung der im Entscheidungszeitraum bekannten oder erkennbaren Umstände vertretbar ist, d.h. nicht im Widerspruch zur allgemeinen oder besonderen ärztlichen Erfahrung steht oder medizinische Standards verletzt. Stehen mehrere Behandlungsalternativen zur Verfügung, so ist dem entscheidenden Krankenhausarzt auch ein therapeutischer Spielraum einzuräumen, sofern nicht eine bestimmte Behandlungsmethode unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten eindeutig den Vorzug verdient. Im Zweifel bleibt die Entscheidung des behandelnden Krankenhausarztes maßgebend, weil er die zivilrechtliche und strafrechtliche Verantwortung für sein Handeln zu tragen hat (so genannte Einschätzungs- prärogative; vgl. dazu ausführlich: BSG, Urteil vom 12.05.2005 - [B 3 KR 30/04 R](#) = [SozR 4-5565 § 14 Nr. 9](#) unter Hinweis auf zahlreiche weitere Entscheidungen).

Dadurch, dass die behandelnden Krankenhausärzte die Notwendigkeit einer Weiterbehandlung der Versicherten im Krankenhaus auch für die Zeit vom 16.01. bis 21.01.2004 bejaht haben, ist von dieser Notwendigkeit auszugehen, weil ihnen insoweit ein Einschätzungsspielraum zuzubilligen ist. Weder die Beklagte noch der MDK haben Gesichtspunkte aufgezeigt, die diese Einschätzung als ersichtlich verfehlt oder einen Verstoß gegen ärztliche Standards erscheinen lassen. Im Gegenteil: Der vom Gericht zum medizinischen Sachverständigen ernannte Neurologe und Psychiater Dr. Bergmann ist in seinem Gutachten vom 18.09.2006 zum Ergebnis gelangt, dass die Entscheidung der Krankenhausärzte, die Versicherte auch noch in der Zeit vom 17.01. bis 21.01.2004 stationär zu behandeln, aus der damaligen vorausschauenden Sicht ("ex ante") nicht nur medizinisch vertretbar, sondern durchaus nachvollziehbar und folgerichtig war. Der Sachverständige hat sich ausführlich mit der Patientenakte und dem darin dokumentierten Behandlungsverlauf nicht nur der Krankenhausbehandlung vom 04.01. bis 21.01.2004, sondern auch der vorausgegangenen Behandlung vom 08.11. bis 12.12.2003 auseinander gesetzt. Er hat im Gutachten umfassende Ausführungen zur Prävalenz und Epidemiologie sowie zum Verlauf der depressiven Erkrankung gemacht. Er hat dargelegt, dass im November 2003 die stationäre Aufnahme vor allem wegen Schlafstörungen, Appetitstörungen, aber auch Überforderungsgefühl und depressiver Stimmung erfolgt war; Hintergrund war eine ausgeprägte häusliche Belastung im Sinne einer psychosozialen Belastungssituation, vor allem bedingt durch ständige Überforderung der Versicherten durch die Pflege ihres Mannes. Die Entlassung der Versicherten erfolgte am 12.12.2003, also zwei Wochen vor den Weihnachtsfeiertagen. Bereits am 04.01.2004 erfolgte die erneute Aufnahme mit der Diagnose "mittelschwere Episode" und sodann die stationäre Behandlung bis 21.01.2004. Im Hinblick auf die von ihm dargelegten Verlaufskriterien depressiver Episoden ist der Sachverständige Dr. Bergmann zum Ergebnis gelangt, dass eher davon auszugehen sei, dass es sich im Januar 2004 nicht um eine erneute depressive Episode gehandelt habe, sondern dass die depressive Episode, die zur Aufnahme im November 2003 geführt habe, am 12.12.2003 zum Zeitpunkt der Entlassung noch nicht vollständig abgeklungen gewesen sei. Den unmittelbar nach ihrer Entlassung zu Hause wieder wirkenden Belastungen sei die Versicherte augenscheinlich zu diesem Zeitpunkt noch nicht in ausreichender Weise gewachsen; andererseits sei es verständlich, dass sie ihre Familie und ihren pflegebedürftigen Ehemann insbesondere über Weihnachten und Neujahr nicht alleine zu Hause und unversorgt habe lassen wollen. Es spreche aus psychiatrischer Sicht - so Dr. D. - mehr dafür als dagegen, dass vor diesem Hintergrund eine erneute depressive Dekompensation erfolgt sei und eine unmittelbare Aufnahme am 04.01.2004 im Sinne einer notfallmäßigen Krisen- intervention dringend erforderlich gemacht habe, da die ambulante Behandlung in keiner Weise ausreichend gewesen sei. Nachdem die Versicherte im November 2003 mit der Diagnose einer schweren depressiven Episode aufgenommen und behandelt worden war und sich notfallmäßig weniger als 4 Wochen nach der Entlassung am 04.01.2004 bereits wieder zur stationären Aufnahme vorstellen musste, hätten die behandelnden Psychiater in Kenntnis des typischen Verlaufes depressiver Erkrankungen davon ausgehen müssen, dass die depressive Phase im November bzw. Dezember 2003 nur unzureichend remittiert gewesen sei; sie hätten sich insofern völlig richtig dafür entschieden, die Versicherte neu aufzunehmen. Dr. D. hat dann weiter ausgeführt, dass der Eintrag in der Patientendokumentation vom 15.01.2004, die Patientin wirke nicht depressiv und sei kaum auf der Station anzutreffen, nicht als Kriterium dafür gewertet werden dürfe, dass weitere stationäre Therapien in keiner Weise mehr indiziert gewesen sei. Im Hinblick auf den bereits vorausgegangenen stationären Aufenthalt im November/Dezember 2003 mit nur mangelnder Restitution hätte nach Auffassung des Sachverständigen Dr. D. eine erneute möglicherweise zu frühe stationäre Entlassung und damit einhergehende Überforderung der Versicherten mit erneuter depressiver Dekompensation durchaus auch u.a. zu suizidaler Gefährdung führen können, wenigstens aber zum Infragestellen der bis dahin durchgeführten Therapiemaßnahmen und unter diesem Gesichtspunkt auch zu unwirtschaftlichem Handeln.

Aus alledem folgt für die Kammer nachvollziehbar und überzeugend, dass die damalige Entscheidung der Krankenhausärzte, die Versicherte über dem 15.01.2004 hinaus noch bis zum 21.01.2004 stationär zu behandeln, unter Zugrundelegung der im Entscheidungszeitpunkt bekannten oder erkennbaren Umstände in jeder Hinsicht vertretbar erscheint und keinesfalls im Widerspruch zur allgemeinen oder besonderen ärztlichen Erfahrung steht oder medizinische Standards verletzt hat. Diese nach alledem zu bejahende Notwendigkeit der stationären Krankenhausbehandlung der Versicherten auch für die Zeit vom 16.01. bis 21.01.2004 begründet den Anspruch der Klägerin auf Bezahlung der für diese Behandlung aufgewendeten Kosten in Höhe von 836,35 EUR.

Der Zinsanspruch ist unter dem Gesichtspunkt des Verzugs begründet. Nach § 15 Abs. 1 Satz 1 KBV sind Rechnungen innerhalb von 15 Kalendertagen nach Eingang zu begleichen. Die streitbefangene Rechnung über die Krankenhausbehandlungskosten vom 16.01. bis 21.01.2004 datiert vom 25.01.2005 ist bei der Beklagten am 28.01.2005 eingegangen. 15 Tage später war der 12.02.2005 (ein Samstag). Gemäß § 15 Abs. 1 Satz 4 KBV kann das Krankenhaus nach Maßgabe der Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuchs Verzugszinsen in Höhe von 2 v.H. über dem Basiszinssatz ab dem auf den Fälligkeitstag folgenden Tag, das war im Hinblick auf die wochenendbedingte Fälligkeitsverschiebung (vgl. § 15 Abs. 1 Satz 3 KBV) ab 15.02.2005, verlangen. Da die Klägerin ihren Zinsanspruch erst ab dem 16.07.2005, dem Tag nach der von ihr zuletzt gesetzten Zahlungsfrist, geltend macht, ist das Zinsbegehren jedenfalls ab diesem Datum begründet.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i.V.m. [§§ 154 Abs. 1](#), [161 Abs. 1](#), [162 Abs. 1](#) und 2 Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).

Die Streitwertfestsetzung beruht auf [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i.V.m. [§ 52 Abs. 1](#) und 3 Gerichtskostengesetz (GKG).

Rechtskraft

Aus

Login

NRW
Saved
2007-02-22