

L 24 KR 37/05

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
24
1. Instanz
SG Cottbus (BRB)
Aktenzeichen
S 10 KR 44/02
Datum
22.02.2005
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 24 KR 37/05
Datum
31.01.2006
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Cottbus vom 22. Februar 2005 wird mit der Maßgabe zurückgewiesen, dass die Beklagte die Kosten des erstinstanzlichen Verfahrens trägt. Die Beklagte hat auch die Kosten des Berufungsverfahrens zu tragen. Die Revision wird nicht zugelassen. Der Streitwert wird auf 2.470,41 Euro festgesetzt.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten darum, ob die Beklagte verpflichtet ist, wegen einer Krankenhausbehandlung vom 09. bis 22. Februar 2001 an die Klägerin 2.470,41 Euro (4.831,71 DM) zu zahlen.

Die bei der Beklagten krankenversicherte E Z (Versicherte), die am 17. Dezember 1913 geboren und am 24. Mai 2001 verstorben ist, befand sich vom 14. Januar bis 22. Februar 2001 in stationärer Behandlung, ab 18. Januar 2001 in der psychiatrischen Abteilung des von der Klägerin betriebenen Krankenhauses wegen eines Demenzsyndroms bei zerebrovaskulärer Insuffizienz mit zunehmender Verwirrtheit und eines während der Behandlung am 22. Januar 2001 aufgetretenen Hirninfarkts. Am 22. Februar 2001 wurde die Versicherte in ein Pflegeheim entlassen.

Nachdem die Beklagte eine Kostenübernahme zunächst bis zum 30. Januar 2001 zugesagt hatte, beantragte die Klägerin mit Schreiben vom 29. Januar 2001 eine Verlängerung der Kostenübernahme. Mit Schreiben vom 26. März 2001 kündigte die Beklagte eine Überprüfung der stationären Behandlung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) an und veranlasste dazu das MDK-Gutachten des Arztes Dr. N vom 03. April 2001. Mit Schreiben vom 10. April 2001 teilte die Beklagte mit, dass im Ergebnis der durchgeführten Begutachtung eine Kostenübernahme nur bis einschließlich 09. Februar 2001 erfolgen könne.

Die Klägerin wandte sich dagegen mit dem Schreiben ihres Chefarztes und Facharztes für Neurologie und Psychiatrie Dr. S vom 14. Dezember 2001. Sie verwies darauf, dass, obgleich ab 09. Februar 2001 eine Heimunterbringung festgestanden habe, bis 13. Februar 2001 umfassend die Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr wegen noch sehr starken Schwankungen überwacht und kontrolliert worden seien. In der Folgezeit sei die Versicherte aus dem Zustand der Bettlägerigkeit zur Rollstuhlfähigkeit intensiv mobilisiert worden.

Mit Schreiben vom 29. Januar 2002 lehnte die Beklagte unter Hinweis auf das weitere von ihr veranlasste MDK-Gutachten des Arztes Dr. N vom 17. Januar 2002 eine darüber hinausgehende Kostenübernahme ab.

Daraufhin hat die Klägerin am 15. April 2002 beim Sozialgericht Cottbus unter gleichzeitiger Vorlage der Endrechnung vom 31. Dezember 2001 über insgesamt 2.470,41 Euro (4.831,71 DM) für die Behandlung vom 09. bis 22. Februar 2001 (13 Tage) Klage erhoben.

Sie hat ihr Begehren weiterverfolgt und darauf hingewiesen, dass die Versicherte bei Entlassung rollstuhlfähig gewesen sei. Der Umstand, dass die Versicherte danach wieder bettlägerig geworden sei, zeige, dass Pflegeheime nicht in der Lage seien, den Status quo zu sichern. Bis zur Verlegung in die Pflegeeinrichtung seien die besonderen Mittel des Krankenhauses erforderlich gewesen.

Die Klägerin hat erstinstanzlich beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin 2.470,41 Euro nebst 2 Prozent Zinsen über dem Basiszinssatz hieraus ab 01. Juni 2002 zu zahlen.

Die Beklagte ist der Ansicht gewesen, in der Zeit vom 10. bis 22. Februar 2001 seien die besonderen Mittel und Einrichtungen eines Krankenhauses nicht erforderlich gewesen. Sie seien auch nicht zur Anwendung gekommen. Die Hilfestellungen bei der Eingabe von Medikamenten und bei der Nahrungsaufnahme sowie die Mobilisierung hätten auch in einer vollstationären Pflegeeinrichtung erbracht werden können. Zwischenzeitlich sei nachträglich Pflegestufe III bei der Versicherten anerkannt worden. Aus der Pflegedokumentation des Pflegeheimes sei ersichtlich, dass die Versicherte zum Zeitpunkt der Aufnahme ins Heim bettlägerig gewesen sei, wie der beigelegt gewesenen Stellungnahme des MDK der Dr. G vom 08. Mai 2002 zu entnehmen sei.

Nachdem das Sozialgericht die Patientenakte der Versicherten beigezogen hatte, hat es Beweis erhoben durch das schriftliche Sachverständigengutachten nach Aktenlage des Facharztes für Neurologie und Psychiatrie Dr. S vom 06. Januar 2004.

Die Beklagte hat dazu unter Hinweis auf die beigelegt gewesene Stellungnahme des MDK des Arztes Dr. N vom 21. April 2004 vorgetragen, eine wesentliche Mobilisierung durch Sitzen im Rollstuhl sei vom 05. bis 22. Februar 2001 nicht dokumentiert, was letztlich auch die Entwicklung eines Dekubitus verständlich mache. Das Pflegeheim habe eine bettlägerige Versicherte übernommen. Die kardiale Problematik habe für die Dauer der Krankenhausbehandlung keine Bedeutung gehabt.

Das Sozialgericht hat den Sachverständigen Dr. S ergänzend gehört (Stellungnahme vom 13. Juli 2004).

Die Beklagte hat gegen das Gutachten geltend gemacht, der Sachverständige verkenne offenbar den Versorgungsauftrag eines Krankenhauses der Schwerpunktversorgung. Vielmehr sei eine Anschlussheilbehandlung in einer geeigneten Rehabilitationsklinik, ersatzweise auch die Unterbringung in einem geriatrischen Fachkrankenhaus vertretbar gewesen. Ein intensiver ärztlicher Einsatz sei in der Krankengeschichte nicht dokumentiert. Die Überwachung von Flüssigkeits- und Nahrungsaufnahme sei eine pflegerische Tätigkeit, die eine vollstationäre Krankenhausbehandlung nicht erfordere. Interventionsnotwendigkeiten hätten sich, auch wenn die erforderlichen Flüssigkeitsmengen an einzelnen Tagen nicht erreicht worden seien, nicht ergeben. Die Medikation sei unverändert oral verabreicht worden. Ein ärztliches Eingreifen sei hierbei nicht erforderlich gewesen. Ab 15. Februar 2001 seien die Vitalparameter nicht mehr dokumentiert. Maßnahmen der Physiotherapie zur Mobilisierung seien auch ambulant bzw. in Pflegeheimen möglich. Ein Anspruch auf Krankenhausbehandlung bestehe nicht deswegen, weil eine Verlegung in ein Pflegeheim wegen Platzmangels scheitere. Der Sachverständige sei überhaupt nicht auf die Notwendigkeit eines jederzeit abrufbaren Arztes bzw. einer bestimmten Krankenhausapparatur eingegangen. Zur weiteren Begründung hat sich die Beklagte auf die Stellungnahme des MDK des Dr. Arztes N vom 31. August 2004 bezogen.

Mit Urteil vom 22. Februar 2005 hat das Sozialgericht die Beklagte antragsgemäß verurteilt und entschieden, dass die Beklagte die außergerichtlichen Kosten trägt: Die stationäre Behandlung der Versicherten sei im fraglichen Zeitraum als notwendig anzusehen, weil konkrete ambulante Behandlungsalternativen nicht vorhanden gewesen seien oder nicht ausreichten. Zur Beurteilung dessen sei nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) eine konkrete Betrachtungsweise heranzuziehen. Dies bedeute, dass es nicht ausreiche, von theoretisch vorstellbaren, besonders günstigen Sachverhaltskonstellationen auszugehen, die den weiteren Krankenhausaufenthalt entbehrlich erscheinen ließen, sondern dass zu prüfen sei, welche ambulanten Behandlungsalternativen im Einzelfall konkret zur Verfügung stünden, weil nur so die kontinuierliche medizinische Versorgung eines Versicherten gewährleistet werden könne. Die Problematik werde besonders deutlich, wenn ein Patient aufgrund seines körperlichen, geistigen oder seelischen Gesundheitszustandes einstweilen oder auf Dauer nicht mehr in die eigene Wohnung zurückkehren könne, in der er vor dem Krankenhausaufenthalt gelebt habe. Eine Entlassung aus dem Krankenhaus komme in solchen Fällen erst in Betracht, wenn geklärt sei, wo der weiterhin behandlungsbedürftige Patient nach der Entlassung - wenn auch möglicherweise zunächst nur vorübergehend - leben bzw. wohnen werde und ob dort die notwendige medizinische Versorgung sichergestellt sei. Solange dies nicht geklärt sei, sondern theoretische Möglichkeiten im Raum stünden, könne ein Patient nicht aus dem Krankenhaus entlassen werden; die stationäre Behandlung sei dann weiterhin erforderlich im Sinne des [§ 39 Abs. 1 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch \(SGB V\)](#) (Hinweis auf BSG, Urteil vom 13. Mai 2004 - [B 3 KR 18/03 R](#)). Nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme stehe die Erforderlichkeit der stationären Krankenhausbehandlung der Versicherten fest. Nach den Ausführungen des Sachverständigen habe die Versicherte an den Folgen eines am 22. Januar 2001 erlittenen Hirninfarkts mit Hemiparese links, einer Demenz, einer absoluten Arrhythmie und einer arteriellen Hypertonie gelitten. Deswegen sei eine Überwachung der Vitalparameter, der Flüssigkeits- und Nahrungszufuhr sowie eine intensive Krankengymnastik mit Mobilisierung erforderlich gewesen. Außerdem habe die Indikation zur Thrombozytenaggregationshemmung (im Sinne einer Vorbeugung von Thrombosen und weiterer Hirninfarkte) sowie die Behandlung der kardialen Erkrankungen bestanden. Ferner seien pflegerische Maßnahmen einschließlich Dekubitusprophylaxe und Hilfe bei der Nahrungsaufnahme bzw. persönlichen Hygiene erforderlich gewesen. Bestimmend hierfür sei der ischämische Hirninfarkt gewesen. Nach sekundärprophylaktischen Maßnahmen stehe in der Frühphase dieser Erkrankung, welche die ersten vier Wochen nach einem solchen Ereignis umfasse, eine intensive und möglichst weitgehende Mobilisierung der Betroffenen im Vordergrund. Dies sei im Falle der Versicherten hinreichend in den Krankenhausunterlagen dokumentiert. Insbesondere hätten durch die durchgeführte Krankengymnastik noch Fortschritte bei der Mobilisierung und damit der Verbesserung an Lebensqualität erzielt werden können. Der Sachverständige habe darauf hinwiesen, dass erfahrungsgemäß in den ersten vier Wochen nach einem schweren apoplektischen Hirninfarkt mit kompletter Halbseitenlähmung das höchste Risiko für Rezidive und Komplikationen bestehe und die Forderung nach jederzeit möglicher ärztlicher Intervention impliziere. Daher sei die Unterbringung der Versicherten in einem Pflegeheim auch unter ergänzender Krankengymnastik nicht ausreichend gewesen, denn das vorliegende Krankheitsbild unterliege in den ersten vier Wochen einer großen Dynamik, wobei insbesondere hinsichtlich der Rehabilitation in dieser Phase auch mit dem größten Besserungszuwachs eventuell auftretender neurologischer Ausfälle zu rechnen sei. Prinzipiell stünde zwar nach einem akuten Hirninfarkt in der Frühphase noch die Alternative einer Anschlussheilbehandlung zur Verfügung. Darauf sei jedoch aufgrund des Alters der Versicherten und einer seit Jahren bestehenden Demenz nachvollziehbar verzichtet worden. Die vom MDK angeführte mittlere Verweildauer einer schweren Form von Apoplexien von 15 Tagen berücksichtige nach dem Sachverständigen nicht den individuellen Sachverhalt im Fall der Versicherten, nämlich das hohe Alter und die Komorbidität einer Demenz, die die Mobilisierung und Rehabilitation erschwere und den Verlauf ungünstig beeinflusse. Der bestehende Gesundheitszustand der Versicherten, die Unmöglichkeit ihrer Rückkehr in ihre Wohnung sowie die Möglichkeit der Heimunterbrechung rechtfertigten es, von der Erforderlichkeit der Krankenhausbehandlung auszugehen, da anderweitige ambulante Behandlungsalternativen durch die Beklagte nicht zeitnah aufgezeigt worden seien. Der Zinsanspruch folge aus [§ 18 Abs. 5 Vertrag über die allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung für das Land Brandenburg \(ABK-Vertrag\)](#).

Gegen das ihr am 30. März 2005 zugestellte Urteil richtet sich die am 29. April 2005 eingelegte Berufung der Beklagten, mit der sie vorträgt:

Entgegen der Ansicht des Sozialgerichts begründeten die erforderlichen Maßnahmen keine Krankenhausbehandlung. Auch die Unmöglichkeit der Rückkehr der Versicherten in ihre Wohnung sowie die tatsächliche Aufnahme in das Pflegeheim könnten die Erforderlichkeit der stationären Krankenhausbehandlung nicht rechtfertigen. Ein Nachweis anderweitiger ambulanter Behandlungsalternativen durch die Beklagte sei nicht erforderlich. Das vom Sozialgericht genannte Urteil des BSG sei nicht vergleichbar, denn es betreffe den speziellen Sachverhalt einer intensiv behandlungsbedürftigen psychiatrischen Erkrankung.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgericht Cottbus vom 22. Februar 2005 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das erstinstanzliche Urteil für zutreffend.

Der Senat hat den Sachverständigen Dr. Sergänzend gehört (Stellungnahme vom 28. September 2005).

Die Beklagte hält die ergänzende Stellungnahme nicht für überzeugend. Zwar umfasse die akutstationäre Krankenhausbehandlung nach dem am 22. Januar 2001 erlittenen Hirninfarkt auch Leistungen zur Frührehabilitation. Allerdings dürften diese Leistungen nur solange erbracht werden, wie eine akutstationäre Versorgung des Versicherten erforderlich sei. Eine Verlängerung des Akutaufenthaltes könnten sie nicht bewirken. Nach dem 09. Februar 2001 seien, wie bereits dargelegt, die speziellen Mittel und Einrichtungen eines Akutkrankenhauses nicht erforderlich gewesen.

Wegen des Ergebnisses der Beweisaufnahme wird auf Blatt 104 bis 111, 121 bis 124 und 203 bis 211 der Gerichtsakten verwiesen. Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes sowie des weiteren Vorbringens der Beteiligten wird auf den sonstigen Inhalt der Gerichtsakten und der beigezogenen Verwaltungsakten der Beklagten sowie die Krankenakte der Versicherten, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung ist unbegründet.

Das Sozialgericht hat die Beklagte zu Recht verurteilt, an die Klägerin 2.470,41 Euro nebst 2 Prozent Zinsen über dem Basiszinssatz hieraus ab dem 01. Juni 2002 zu zahlen.

Rechtsgrundlage des geltend gemachten Vergütungsanspruches ist [§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) i. V. m. der Pflegesatzvereinbarung der Beteiligten für das Jahr 2001 und hinsichtlich der Zahlungsmodalitäten im Einzelnen insbesondere § 18 ABK-Vertrag.

Nach [§ 109 Abs. 4 Satz 2 SGB V](#) ist das zugelassene Krankenhaus im Rahmen seines Versorgungsauftrages zur Krankenhausbehandlung ([§ 39 SGB V](#)) der Versicherten verpflichtet. Die Krankenkassen sind verpflichtet, unter Beachtung der Vorschriften des SGB V mit dem Krankenhausträger Pflegesatzvereinbarungen nach Maßgabe des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG), des Krankenhausentgeltgesetzes und der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) zu führen. Dabei wird die Vergütungspflicht der Krankenkasse als selbstverständlich vorausgesetzt. Allerdings besteht ein Anspruch auf Vergütung einer stationären Behandlung nur, soweit sie medizinisch notwendig war. Der Zahlungsanspruch des Krankenhauses korrespondiert deshalb mit dem Anspruch des Versicherten auf Krankenhausbehandlung. Die Zahlungsverpflichtung der Krankenkasse entsteht daher - unabhängig von einer Kostenzusage - unmittelbar mit der insoweit notwendigen Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten, sofern die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für die Gewährung von Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung vorliegen (BSG, Urteil vom 12. Mai 2005 - [B 3 KR 30/04 R](#); Urteil vom 13. Mai 2004 - [B 3 KR 18/03 R](#), abgedruckt in [SozR 4-2500 § 39 Nr. 2 = BSGE 92, 300](#); Urteil vom 17. Mai 2000 - [B 3 KR 33/99 R](#), abgedruckt in [SozR 3-2500 § 112 Nr. 1 = BSGE 86, 166](#)).

Nach [§ 39 Abs. 1 SGB V](#) wird die Krankenhausbehandlung vollstationär, teilstationär, vor- und nachstationär ([§ 115 a SGB V](#)) sowie ambulant ([§ 115 b SGB V](#)) erbracht. Versicherte haben Anspruch 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- oder nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann. Voraussetzung für den Anspruch auf Krankenhausbehandlung ist hierbei, dass die Krankheit zum einen behandlungsbedürftig ist und zum anderen zu ihrer Behandlung der Einsatz der besonderen Mittel eines Krankenhauses erforderlich ist. Zu diesen Mitteln gehören insbesondere die apparative Mindestausstattung des Krankenhauses, besonders geschultes Pflegepersonal und einen jederzeit präsenten bzw. rufbereiten Arzt. Es ist jedoch weder der Einsatz all dieser Mittel notwendig, noch genügt lediglich eines dieser Mittel, um einen Anspruch auf Krankenhausbehandlung zu begründen. Vielmehr ist eine Gesamtbetrachtung vorzunehmen, bei der den mit Aussicht auf Erfolg angestrebten Behandlungszielen und den Möglichkeiten einer vorrangigen ambulanten Behandlung entscheidende Bedeutung zukommt. Vor allem bei einer psychiatrischen Erkrankung bzw. psychiatrischen Behandlung kann der Einsatz von krankenhausspezifischen Gerätschaften in den Hintergrund treten und allein schon der notwendige Einsatz von Ärzten, therapeutischen Hilfskräften und Pflegepersonal sowie die Art der Medikation die Möglichkeit einer ambulanten Behandlung ausschließen und die Notwendigkeit einer stationären Behandlung begründen (BSG, Urteil vom 16. Februar 2005 - [B 1 KR 18/03 R](#) m.w.N.; Urteil vom 13. Mai 2004 - [B 3 KR 18/03 R](#)). Lässt sich demnach eine erforderliche medizinische Behandlung in ebenso guter Weise auch außerhalb eines Krankenhauses durchführen, besteht kein Anspruch auf Krankenhausbehandlung. Hierunter fällt neben der Behandlung in der Arztpraxis auch die ärztliche Krankenbehandlung in der Wohnung des Versicherten, ggf. in Kombination mit häuslicher Krankenpflege ([§ 37 SGB V](#)), ferner die ärztliche Versorgung in Pflegeheimen, Einrichtungen der Behindertenhilfe oder in sonstigen Heimen oder Anstalten (BSG, Urteil vom 12. Mai 2005 - [B 3 KR 30/04 R](#); Urteil vom 13. Mai 2004 - [B 3 KR 18/03 R](#)). Maßnahmen dürfen daher insbesondere nicht lediglich dem Zweck dienen, einem Zustand der Hilflosigkeit zu begegnen. Rein pflegerische Maßnahmen, die nicht Teil einer ärztlichen Behandlung sind, lösen einen Anspruch

auf Krankenhausbehandlung ebenso wenig aus. Dasselbe gilt, wenn lediglich das Ziel der Verwahrung zur Abwendung einer Gefahr für die öffentliche Sicherheit und Ordnung infolge Selbst- oder Fremdgefährdung verfolgt wird oder andere nicht medizinische Gründe (soziale oder humanitäre Gründe, insbesondere Fehlen eines geeigneten Pflegeplatzes) maßgebend sind (BSG, Urteil vom 16. Februar 2005 - [B 1 KR 18/03 R](#); Urteil vom 21. Oktober 1980 - [3 RK 33/79](#)).

Worauf das Sozialgericht zu Recht hingewiesen hat, reicht die Umschreibung der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit zur konkreten Ausfüllung des Tatbestandmerkmals der Erforderlichkeit einer Krankenhausbehandlung nicht aus. Die Entscheidung, ob ein Versicherter wegen einer behandlungsbedürftigen Krankheit in einem Krankenhaus versorgt werden muss, kann ärztlicherseits stets nur mit Blick auf die in Betracht kommenden insbesondere ambulanten Behandlungsalternativen getroffen werden. Dies gilt nicht nur bei der Entscheidung eines Krankenhausarztes, ob ein Versicherter im Krankenhaus stationär aufgenommen wird, sondern auch bei der Entscheidung, ob ein bereits stationär untergebrachter Versicherter bei fortdauernder Behandlungsbedürftigkeit weiter im Krankenhaus zu behandeln ist oder entlassen werden kann, weil die erforderliche medizinische Versorgung außerhalb des Krankenhauses sichergestellt ist (BSG, Urteil vom 13. Mai 2004 - [B 3 KR 18/03 R](#)). Das Sozialgericht hat in seinem Urteil unter Hinweis auf diese Rechtsprechung des BSG im Einzelnen näher zutreffend ausgeführt, was das Erfordernis einer konkreten Betrachtungsweise bedeutet. Die Entscheidung des Krankenhausarztes, ob trotz fortdauernden Behandlungsbedarfs eine Entlassung aus dem Krankenhaus erfolgen kann, stellt eine medizinische Prognose dar und kann verantwortlich nur getroffen werden, wenn die Alternative klar und nachprüfbar ist. Fortdauernde Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit ist demnach erst zu verneinen, wenn die konkrete Behandlungsalternative, also die erforderliche medizinische Betreuung durch Vertragsärzte und andere Einrichtungen, als geeignet und ausreichend anzusehen ist. Dabei ist insbesondere auch die Sicherstellung eines nahtlosen Übergangs von der Krankenhausbehandlung zur Rehabilitation oder Pflege zu berücksichtigen, zu deren Sicherstellung nach [§ 112 Abs. 2 Nr. 5 SGB V](#) die Verbände der Krankenkassen und die Vereinigungen der Krankenhausträger entsprechende Verträge zu schließen haben ([§ 112 Abs. 1 SGB V](#)) (BSG, Urteil vom 13. Mai 2004 - [B 3 KR 18/03 R](#)). Das BSG hat in seinen Urteilen vom 16. Februar 2005 - [B 1 KR 18/03 R](#) und insbesondere vom 07. Juli 2005 - [B 3 KR 40/04 R](#) an seiner Rechtsprechung zur konkreten Betrachtungsweise festgehalten und näher präzisiert. Die genannten Entscheidungen betreffen zwar Versicherte mit psychiatrischen Erkrankungen, die im Übrigen bereits vornehmlich Gegenstand der früheren höchstrichterlichen Rechtsprechung waren (vgl. u. a. BSG, Urteil vom 21. Oktober 1980 - [3 RK 33/79](#); BSG, Urteil vom 12. Dezember 1979 - [3 RK 13/79](#)), denn bei diesem Patientenkreis erwies bzw. erweist sich die Abgrenzung gegenüber einem bloßen Pflegefall als besonders schwierig. Entgegen der Ansicht der Beklagten ist die konkrete Betrachtungsweise jedoch nicht auf diesen Personenkreis beschränkt, denn eine kontinuierliche medizinische Versorgung eines Versicherten, auf die ein Rechtsanspruch nach [§ 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) besteht, ist nur gewährleistet, wenn im Einzelfall konkret ambulante oder andere Behandlungsalternativen zur Verfügung stehen (BSG, Urteil vom 07. Juli 2005 - [B 3 KR 40/04 R](#)). In letztgenannter Entscheidung hat das BSG unter Bezugnahme auf die ältere Rechtsprechung ausdrücklich darauf hingewiesen, dass in keinem Fall von der Rechtsprechung des BSG in Kauf genommen worden sei, dass ein ärztlich behandlungsbedürftiger Versicherter unbehandelt geblieben sei, weil ambulante Behandlungsmöglichkeiten in einer entsprechend ausgestatteten Betreuungseinrichtung abstrakt vorstellbar gewesen seien, konkret aber nicht zur Verfügung gestanden hätten. Selbst ein langjähriger Krankenhausaufenthalt mit hohen Kosten sei von der Krankenkasse zu bewilligen und weiter zu gewähren, solange eine ärztliche Behandlung der Krankheit nötig sei und gleich geeignete, aber weniger kostenaufwendige Behandlungsalternativen nicht zur Verfügung stünden. In Abgrenzung zum bloßen Pflegefall hat das BSG in dieser Entscheidung außerdem ausgeführt, dass ein solcher nicht schon dann bestehe, wenn eine weitere ärztliche Behandlung keine Besserung mehr verspreche, sondern erst dann, wenn auch keine Stabilisierung oder Verzögerung des Krankheitsverlaufes mehr zu erreichen sei.

Wie aus [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) ersichtlich wird ("Prüfung durch das Krankenhaus"), bestimmt sich die Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung aus der vorausschauenden Sicht (ex ante) des Krankenhausarztes unter Zugrundelegung der im jeweiligen Entscheidungszeitpunkt bekannten oder erkennbaren Umstände. Steht die so getroffene Entscheidung nicht im Widerspruch zur allgemeinen oder besonderen ärztlichen Erfahrung und verletzt sie auch keine medizinischen Standards, muss diese Entscheidung hingenommen werden, auch wenn sich im Nachhinein (ex post) diese Entscheidung als fehlerhaft herausstellen sollte. Stehen mehrere Behandlungsalternativen zur Verfügung, so ist dem entscheidenden Krankenhausarzt 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 (BSG, Urteil vom 12. Mai 2005 - [B 3 KR 30/04 R](#) m.w.N.; Urteil vom 17. Mai 2000 - [B 3 KR 33/99 R](#); Urteil vom 21. August 1996 - [3 RK 2/96](#), abgedruckt in [SozR 3-2500 § 39 Nr. 4](#)).

Werden diese Grundsätze herangezogen, erweist sich die vom 09. bis 22. Februar 2001 erfolgte Krankenbehandlung als notwendig. Dies folgt aus dem Gutachten des Sachverständigen Dr. S.

Das Sozialgericht hat sich auf dieses Gutachten gestützt und überzeugend die Erforderlichkeit der Krankenhausbehandlung begründet. Der Senat schließt sich dieser Begründung an.

Der Krankenhausaufenthalt in der streitigen Zeit war danach wesentlich von den Folgen des am 22. Januar 2001 aufgetretenen Hirninfarkts mit Hemiparese links geprägt. Dieser Zustand wurde durch das Demenzsyndrom bei cerebrovaskulärer Insuffizienz (nach dem Sachverständigen Dr. S bestand eher eine Misch-Demenz aus Demenz vom Alzheimer-Typ und vaskulärer Demenz), welches wegen zunehmender Verwirrtheit die ursprüngliche stationäre Behandlung bedingte, allerdings mit beeinflusst. Dies wie auch das Alter der Versicherten stellen eine ausreichende Grundlage für die seinerzeitige Beurteilung der Krankenhausärzte dar, eine Krankenhausbehandlung bis zum 22. Februar 2001 fortzuführen. Auf eine mittlere Verweildauer von 15 Tagen, die für den Regeltyp einer Apoplexie mit erschwerter oder komplizierender Diagnose nach B 70 A des Diagnosis Related Groups (DRG)-Systems kann somit nicht abgestellt werden. Unabhängig davon galt dieses neue nach § 17 b Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) ein zu führende Vergütungssystem im streitigen Zeitraum nicht, so dass eine mittlere Verweildauer ohnehin lediglich Indizcharakter haben kann.

Wie der Sachverständige bereits in seinem Gutachten dargelegt hat, birgt erfahrungsgemäß der Zeitraum der ersten vier Wochen nach Eintritt des apoplektischen Hirninfarktes das höchste Risiko für Rezidive und Komplikationen, weil dieses Krankheitsbild einer großen Dynamik unterliegt. Es ist daher nachvollziehbar, dass während dieses Zeitraumes eine intensive ärztliche Überwachung erforderlich ist, die nach dem Sachverständigen während der stationären Behandlung bis 22. Februar 2001 auch erfolgte. In seiner ergänzenden Stellungnahme vom 28. September 2005 hat der Sachverständige vertiefend in diesem Zusammenhang betont, dass bis heute Mortalitätsraten nach Schlaganfällen von 15 Prozent innerhalb der ersten drei Monate bestehen, die im Wesentlichen durch sekundäre Komplikationen wie

Einblutungen, erneute Hirninfarkte oder nachfolgende Infektionen, wie z. B. Lungenentzündungen bedingt sind. Dies erfordert eine so genannte Basisbehandlung, die die Korrektur bzw. Überwachung von Temperatur, Blutdruck, Blutzucker und ggf. die unterstützende Sicherung der Atemwege durch Gabe von Sauerstoff beinhaltet. Im Fall der Versicherten musste außerdem die noch ungünstigere Prognose thromboembolischer Hirninfarkte (über 20 Prozent) berücksichtigt werden, denn ein derartiger Pathomechanismus war bei der weiteren Gesundheitsstörung der Versicherten, der absoluten Arrhythmie, nahe liegend. Eine frühe Thrombolyse wird zudem bei Patienten mit Hirninfarkten, die älter als 75 Jahre sind, nicht empfohlen, so dass eine Sekundärprophylaxe zur Verhinderung erneuter ischämischer Ereignisse einzuleiten war. Der Sachverständige Dr. S hat außerdem betont, dass in den ersten vier Wochen nach dem Auftreten des ischämischen Hirninfarktes zugleich auch mit dem größten Besserungszuwachs eventuell aufgetretener neurologischer Ausfälle zu rechnen ist, so dass gerade während dieses Zeitraumes intensivste Maßnahmen zur Mobilisierung zu ergreifen sind. Diese Maßnahmen erfordern notwendigerweise ein Mitwirken des Versicherten. Bei der bei der Versicherten gegebenen Demenz mit Verwirrtheits- und Unruhezuständen sowie einer regelmäßig eingeschränkten Einsichts- und Kritikfähigkeit musste sich eine solche Mobilisierung als voraussichtlich schwieriger erweisen. Die Mobilisierung musste daher, so der Sachverständige in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 28. September 2005, im Wesentlichen durch Dritte, also durch medizinisches Fachpersonal erfolgen.

Wenn der Sachverständige in dieser ergänzenden Stellungnahme zugleich darauf hingewiesen hat, dass die gesamten Maßnahmen der ärztlichen Anweisung und Kontrolle bedurften, leuchtet dies ein. Wegen der gerade im Fall der Versicherten in erhöhtem Maße bestandenen Gefahr von Folgekomplikationen erscheint die Notwendigkeit eines ständig erreichbaren Arztes einsichtig.

Soweit die Beklagte meint, rein pflegerische Maßnahmen seien ausreichend und diese ambulant bzw. in einem Pflegeheim möglich gewesen, wird die vom Sachverständigen beschriebene gesundheitliche Situation der Versicherten verkannt. Die Möglichkeit eines annähernd vergleichbaren Vorgehens außerhalb einer vollstationären Einrichtung, wie in einer ambulanten Arztpraxis auf der Basis von Hausbesuchen bzw. in einem Pflegeheim oder einer Einrichtung der Behindertenhilfe, hat der Sachverständige in der ergänzenden Stellungnahme vom 28. September 2005 nicht gesehen. Eine solche ärztliche Überwachung hätte über weite Strecken lediglich durch ärztlichen Bereitschaftsdienst erfolgen können. Durch ständig wechselnde diensthabende Ärzte sei eine Kontinuität der medizinischen Behandlung nicht zu erreichen gewesen. Angesichts des hohen Risikos für Rezidive und Komplikationen wäre damit die Gefahr verbunden gewesen, unter Umständen notwendige Gegenmaßnahmen nicht oder nur ungenügend bzw. auch nur mit deutlichen Zeitverlusten realisieren zu können. Damit steht fest, dass eine ambulante ärztliche Behandlung während des streitigen Zeitraumes keine gleich geeignete Behandlungsalternative darstellte.

Die Entscheidung der Krankenhausärzte, die stationäre Behandlung bis zum 22. Februar 2001 weiterzuführen, wird nicht dadurch in Frage gestellt, dass ein massives ärztliches Tätigwerden tatsächlich nicht erforderlich wurde, weil Komplikationen nicht auftraten. Die Entscheidung der Krankenhausärzte kann lediglich prognostisch auf der Grundlage der bekannten gesundheitlichen Situation des jeweiligen Versicherten getroffen werden. Angesichts dessen muss auch nicht verwundern, dass die Aufzeichnungen in den Krankenunterlagen der Versicherten eher dürftig sind, wobei allerdings auch - so der Sachverständige - teilweise unzureichend dokumentiert wurde. Trotz dieses Mangels (vgl. dazu hinsichtlich der Vitalparameter die ergänzende Stellungnahme des Sachverständigen Dr. S vom 28. September 2005) steht aufgrund der Dokumentation außer Frage, dass die stationäre Behandlung bis zum 22. Februar 2001 unter ärztlicher Anweisung und Kontrolle stand. Der Sachverständige hat in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 28. September 2005 insoweit als aufschlussreicher auf die Dokumentation zur Krankengymnastik verwiesen.

Entgegen der Ansicht der Beklagten lag kein bloßer Pflegefall vor. Die während der stationären Behandlung erfolgten Maßnahmen, insbesondere der Mobilisierung, dienten zielgerichtet der Verbesserung der durch den ischämischen Hirninfarkt hervorgerufenen kompletten Halbseitenlähmung links. Die Dokumentation zur Krankengymnastik weist auch in der Zeit vom 09. Februar 2001 bis zur Verlegung in das Pflegeheim am 22. Februar 2001 einen Zugewinn an Mobilität aus. Der Sachverständige hat bereits in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 13. Juli 2004 darauf hingewiesen, dass die Mobilisierung zum Sitzen im Rollstuhl deutlich über die tägliche Zwei-Stunden-Grenze hinausgekommen ist. Im Pflegebericht vom 17. Februar 2001 werde ausgeführt, dass die Versicherte sowohl im Frühdienst als auch in der Spätschicht (seit dem Vesper bis kurz nach dem Abendbrot) am Tisch gesessen habe. Ähnliches sei auch für andere Tage im Pflegeprotokoll dokumentiert. Demgegenüber wurde die Versicherte erstmals am 06. Februar 2001 für eine Stunde in den Rollstuhl gesetzt. In der weiteren ergänzenden Stellungnahme vom 28. September 2005 benennt der Sachverständige außerdem aus der Dokumentation zur Krankengymnastik ersichtliche beginnende Aktivitäten im linken Arm, eine zunehmende Stabilisierung beim Sitzen sowie für den 21. Februar 2001 auch Stehversuche. Dass der zum Zeitpunkt der Entlassung und Verlegung in das Pflegeheim erreichte Grad der Mobilisierung anschließend nicht aufrechterhalten werden konnte, es vielmehr zu einer deutlichen Verschlechterung der Mobilität kam, vermag die vom Sachverständigen aufgezeigten allgemeinen Erfahrungen zu stützen, dass unter den Bedingungen der Pflege trotz ausgeweiteter Leistungsspektren pflegerischer Einrichtungen eine weitere Verbesserung motorischer Fähigkeiten nicht zu erwarten ist. Ob damit zugleich belegt wird, dass eine ambulante ärztliche Behandlung ungenügend gewesen wäre oder ob ggf. sich der Gesundheitszustand der Versicherten nach dem 22. Februar 2005 deutlich verschlechterte, mag dahinstehen. Für die Zeit bis zum 22. Februar 2001 jedenfalls lässt sich nach der Beurteilung des Sachverständigen Dr. S nicht feststellen, dass eine weitere stationäre Behandlung anstelle einer ambulanten ärztlichen Behandlung als ersichtlich verfehlt oder als Verstoß gegen ärztliche Standards und damit den Regeln der ärztlichen Kunst widersprechend erscheint. Es wäre - so der Sachverständige - vielmehr ethisch nicht haltbar und der ärztlichen Kunst nicht entsprechend gewesen, ärztliche Behandlungsmaßnahmen im Krankenhaus am 09. Februar 2001 abzubrechen.

Zwar wäre nach dem Sachverständigen Dr. S als Behandlungsalternative eine medizinische Rehabilitation im Sinne einer Anschlussheilbehandlung in Betracht gekommen, denn während einer solchen stationären Behandlung wäre der erforderliche ständige ärztliche Kontakt gewahrt gewesen. Dass diese Alternative nicht ernsthaft erwogen wurde, ist nach dem Sachverständigen jedoch nachvollziehbar. Die koexistente Demenz und das hohe Alter der Versicherten mit der bereits genannten weitgehend fehlenden Fähigkeit zur aktiven Mitarbeit ließ ein derartiges Vorgehen weder als geboten noch als wirtschaftlich sinnvoll erscheinen. Nicht nachvollziehbar für den Senat ist, wenn die Beklagte ersatzweise die Unterbringung in einem geriatrischen Fachkrankenhaus als vertretbar gehalten hat, obgleich sie die Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung schon grundsätzlich in Frage stellt.

Bestand somit vom 09. bis 22. Februar 2001 die Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung, so ist die Beklagte verpflichtet, den fällig gewordenen Vergütungsanspruch, der in der geltend gemachten Höhe zwischen den Beteiligten nicht streitig ist, zu erfüllen.

Nach Beendigung der Krankenhausbehandlung wird der zuständigen Krankenkasse in der Regel innerhalb von zwei Wochen eine Schlussrechnung übersandt (§ 18 Abs. 1 Satz 1 ABK-Vertrag). Nach § 18 Abs. 4 Satz 1 ABK-Vertrag bezahlt die zuständige Krankenkasse die Rechnung innerhalb von 14 Kalendertagen nach Rechnungseingang.

Die erhobene Forderung ist damit, wenn auch erst nach Klageerhebung mit dem Eingang der der Klageschrift beigelegt gewesenen Rechnung vom 31. Dezember 2001 bei der Beklagten, fällig geworden.

Der Zinsanspruch folgt aus § 18 Abs. 5 ABK-Vertrag. Danach kann das Krankenhaus, wenn die Zahlung nicht fristgemäß erfolgt, ab Fälligkeitstag ohne vorherige Mahnung Zinsen in Höhe von 2 v. H. über dem Diskontsatz der Deutschen Bundesbank berechnen.

Diese Vorschrift ist dahingehend auszulegen, dass an die Stelle des Diskontsatzes nunmehr der Basiszinssatz, der den Diskontsatz zum 01. Mai 2000 abgelöst hat (vgl. §§ 288 Abs. 1, 247 Bürgerliches Gesetzbuch - BGB - , Art. 229 § 1 Abs. 1 Satz 2, § 7 Abs. 1 Einführungsgesetz zum BGB - EGBGB; vgl. auch Palandt-Heinrichs, Bürgerliches Gesetzbuch, 63. Auflage, § 288 Rdnr. 1), tritt.

Wie das Sozialgericht zutreffend ausgeführt hat, ist der Beklagten die Rechnung vom 31. Dezember 2001 im Zusammenhang mit der Klageschrift am 23. April 2002 (Abvermerk in der Akte des Sozialgerichts) übersandt worden, so dass der Zinsanspruch jedenfalls ab 01. Juni 2002 gegeben ist.

Die Berufung muss daher in der Hauptsache erfolglos bleiben. Die Änderung der erstinstanzlichen Kostenentscheidung beruht auf der anzuwendenden Regelung des § 197 a Abs. 1 Sozialgerichtsgesetz (SGG), wonach auch Gerichtskosten erhoben werden, die nach § 154 Abs. 1 Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO) zu erstatten sind. Das Verbot der Reformatio in peius steht der Änderung dieser Kostenentscheidung zu Lasten der berufungsführenden Beklagten nicht entgegen, da über die Kosten von Amts wegen zu entscheiden ist (vgl. Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, Sozialgerichtsgesetz, Kommentar, 8. Auflage, § 193 Rdnr. 16).

Die Kostenentscheidung beruht auf § 197 a Abs. 1 SGG i. V. m. § 154 Abs. 2 VwGO und entspricht dem Ergebnis des Rechtsstreits.

Die Revision ist nicht zuzulassen, da die Voraussetzungen hierfür (§ 160 Abs. 2 Nrn. 1 und 2 SGG) nicht vorliegen.

Die Festsetzung des Streitwertes folgt aus § 52 Abs. 1 und Abs. 3 Gerichtskostengesetz (GKG). Das GKG in der Fassung der Bekanntmachung vom 15. Dezember 1975 (BGBl I S. 3047), zuletzt geändert durch Art. 2 Abs. 5 des Gesetzes vom 12. März 2004 (BGBl I S. 390) ist nicht anzuwenden. Der Rechtsstreit ist zwar vor dem 01. Juli 2004 anhängig gemacht, das Rechtsmittel jedoch erst nach dem 01. Juli 2004 eingelegt worden (§ 72 Satz 1 Nr. 1 GKG).

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2006-03-23