

L 16 KR 216/20

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
LSG Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
16
1. Instanz
SG Duisburg (NRW)
Aktenzeichen
S 59 KR 705/17
Datum
30.01.2020
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 16 KR 216/20
Datum
22.10.2020
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-

Kategorie
Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Duisburg vom 30.01.2020 wird zurückgewiesen. Die Klägerin trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens. Die Revision wird nicht zugelassen. Der Streitwert wird für das Berufungsverfahren auf 1491,50 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Streitig ist die Notwendigkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung.

Bei dem am 00.00.1997 geborene Versicherten (E B.) der Rechtsvorgängerin der Klägerin wurde im Krankenhaus der Beklagten nach vorstationärer Behandlung (03.04.2013) am 08.04.2013 wegen eines Strabismus divergens intermittens nach vorherigem Prismenaufbau eine kombinierte Schiel-Operation links durchgeführt. Der Versicherte blieb zur Kontrolle im Krankenhaus, wurde abends wegen Erbrechen mit Vomex IV behandelt und am 09.04.2013 entlassen. Die Beklagte berechnete für diese Behandlung 1.491,50 Euro. Bei ambulanter Operation hätten die Kosten nach Vortrag der Klägerin 1303,00 Euro betragen.

Die Klägerin bezahlte den geforderten Betrag am 03.06.2013 und veranlasste eine Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK). Frau Dr. T, Fachärztin für Innere Medizin/Kardiologie/Angiologie, Sozialmedizin vom MDK gelangte in ihren gutachterlichen Stellungnahmen vom 10.06.2013 und vom 23.09.2013 zu der Einschätzung, dass der Eingriff auch ambulant möglich gewesen wäre, denn es habe sich bei der durchgeführten Operation um einen AOP-Eingriff der Kategorie 2 gehandelt und es hätten keine patientenindividuellen Faktoren vorgelegen, die die Notwendigkeit stationärer Durchführung begründeten. Die Klägerin forderte daraufhin den Rechnungsbetrag unter Fristsetzung bis zum 17.07.2013 zurück. Das Krankenhaus lehnte die Rückzahlung ab und verwies auf die Stellungnahmen des Oberarztes Dr. T1 vom 12.08.2013 und vom 02.04.2014, der ausführte, die Operation des 15-jährigen Jungen sei unter stationären Bedingungen erfolgt, da bei älteren Kindern überraschende postoperative Schmerzzustände auftreten könnten, die ein unmittelbares Eingreifen erforderlich machten und entgegen der Ansicht des MDK nicht zu Hause durch entsprechende Bedarfsmedikation oral behandelt werden könnten.

Mit der am 06.06.2017 zum Sozialgericht Duisburg erhobenen Klage hat die Klägerin ihr Begehren auf Rückzahlung von 1.491,50 Euro weiterverfolgt. Sie ist auch nach der vom Sozialgericht durchgeführten Beweisaufnahme bei der Auffassung verblieben, dass der durchgeführte Eingriff ambulant durchzuführen gewesen wäre. Es sei jedem operativen Eingriff immanent, dass es zu postoperativen Schmerzen kommen könne. Würde man dieses Risiko als Grund für eine stationäre Aufnahme anerkennen, so käme eine ambulante Operation nie in Betracht.

Die Beklagte hat dem entgegengehalten: Leistungen der Kategorie 2 des AOP-Vertrages nach [§ 115b SGB V](#) könnten gleichberechtigt ambulant oder stationär erfolgen. Es sei nicht automatisch eine stationäre Durchführung angezeigt, sondern die Entscheidung hierüber liege bei den behandelnden Ärzten. Diese seien hier ausweislich der dem MDK vorgelegten Schreiben vom 12.08.2013 und vom 02.04.2014 und angesichts der Tatsache, dass es sich bei dem Patienten um ein (15-jähriges) Kind gehandelt habe, zu Recht davon ausgegangen, dass die Gefahr postoperativ auftretender erheblicher Schmerzen einer stationären Überwachung bis zum Folgetag bedurfte. Das habe auch der gerichtliche Sachverständige bestätigt.

Das Sozialgericht hat Beweis erhoben und ein augenfachärztliches Gutachten des Prof. Dr. C, Chefarzt der Augenklinik des Klinikum C1, eingeholt. Der Sachverständige ist in seinem Gutachten vom 02.11.2017 zu dem Ergebnis gelangt: Die Behandlung des Versicherten sei zu Recht stationär erfolgt. Es habe sich um einen minderjährigen Patienten gehandelt und es sei eine kombinierte Augenmuskel-OP

durchgeführt worden, bei der postoperative Schmerzen auftreten könnten, die keinesfalls lediglich mit einer oralen Schmerz-Medikation behandelt werden dürften. Vielmehr sei dann eine augenärztliche Untersuchung des Patienten an der Spaltlampe erforderlich, um auszuschließen, dass die Schmerzen durch Komplikationen verursacht würden. Daher sei die stationäre Überwachung am Folgetag indiziert.

Mit Urteil vom 30.01.2020 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen. Zur Begründung hat es im Wesentlichen ausgeführt:

Die Klägerin habe keinen Erstattungsanspruch analog § 812 BGB. Denn die Abrechnung der vollstationären Leistung durch die Beklagte sei nicht zu beanstanden, so dass die Klägerin nicht ohne Rechtsgrund geleistet habe.

Auch bei allen im AOP-Katalog gelisteten Leistungen müsse die Notwendigkeit stationärer Behandlung besonders begründet werden, um den Grundsatz "ambulant vor stationär" zu wahren. Bei Leistungen der Kategorie 2 müsse insoweit - anders als bei Leistungen der Kategorie 1 - lediglich ein nachvollziehbarer (medizinischer) Grund vorliegen, um die stationäre Erforderlichkeit zu begründen. Vor diesem Hintergrund sei die vollstationäre Behandlung im vorliegenden Fall nach Auffassung der Kammer erforderlich gewesen. Die medizinische Begründung aus ex-ante-Sicht des behandelnden Arztes sei die Minderjährigkeit des Patienten gewesen, der mit 15 Jahren zwar kein Kind mehr, aber immer noch minderjährig gewesen sei, so dass die Zumutbarkeitsschwelle für Schmerzen, die möglicherweise so lange nicht vollständig beseitigt seien, bis ein Arzt zu erreichen sei, niedriger angesetzt werden müsse, als bei einem volljährigen Patienten. Dazu komme, dass der Sachverständige ausführe, dass eine orale Schmerzmedikation vorliegend nicht zulässig gewesen sei, sondern im Falle von Schmerzen eine augenärztliche Untersuchung durchzuführen gewesen sei, um auszuschließen, dass es sich um eine Hornhauterosio, eine Nahtinsuffizienz oder Einblutung gehandelt habe, die die Schmerzen verursachen. Zwar sei es zutreffend, wie die Klägerin anführe, dass das Risiko postoperativer Schmerzen bei jeder - auch ambulanten - Operation bestehe und damit nicht alleine der Maßstab sein könne. Daher wäre der Fall möglicherweise bei einem volljährigen Patienten anders zu beurteilen. Die Minderjährigkeit des Klägers sehe die Kammer aber als ausreichend nachvollziehbaren medizinischen Grund für eine stationäre Aufnahme an. Dieser sei auch dokumentiert. Zudem habe das Krankenhaus eine nähere Begründung mit zwei Schreiben nachgeliefert.

Gegen das am 21.02.2020 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 23.03.2020 (Montag) Berufung eingelegt. Sie ist weiterhin der Auffassung, dass keine stationäre Behandlungsbedürftigkeit bestanden habe. Das Sozialgericht habe außer Acht gelassen, dass nicht irgendein nachvollziehbarer medizinischer Grund für die stationäre Behandlung ausschlaggebend sein könne. Der nachvollziehbare medizinische Grund müsse gerade in der Erforderlichkeit des Einsatzes der besonderen Mittel des Krankenhauses erblickt werden. Unter diesem Blickwinkel sei ein medizinischer Grund für eine stationäre Behandlung hier gerade nicht nachzuvollziehen. Aus der Minderjährigkeit des Versicherten könne eine stationäre Behandlungsbedürftigkeit nicht hergeleitet werden, weil sonst Minderjährige ausschließlich stationär behandelt werden müssten. Das Argument des Sachverständigen, dass eine orale Schmerzmedikation nicht in Betracht gekommen sei, weil bei Auftreten von Schmerzen gegebenenfalls die Untersuchung mit einer Spaltlampe erforderlich gewesen wäre, sei nicht nachvollziehbar. Der vom Sachverständigen angeführte erforderliche Ausschluss einer Hornhauterosion, einer Nahtinsuffizienz oder Einblutung wäre ihres Erachtens unabhängig vom Alter des Versicherten erforderlich. Der Sachverständige habe damit auch nicht auf die Minderjährigkeit des Versicherten abgestellt. Die angeführten Risikofaktoren seien somit theoretische Risiken, die keinen Bezug zum Fall hätten. Derartige mögliche und abstrakte Risiken hätten die Vertragspartner des AOP-Katalogs bereits berücksichtigt und dennoch die Wertung getroffen, dass ein solches abstraktes Risiko nicht zu stationärer Behandlungsbedürftigkeit führe. Die Notwendigkeit einer Vollnarkose bei Kindern bestreite sie mit Nichtwissen.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Duisburg vom 30.01.2020 zu ändern und die Beklagte zu verurteilen, an sie 1491,50 EUR zzgl. Zinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 18.07.2013 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie verteidigt das angefochtene Urteil. Die Aufnahme in den AOP-Katalog habe primär nur zur Folge, dass die Erbringung der dort aufgeführten Leistungen durch Krankenhäuser im ambulanten Rahmen überhaupt erst eröffnet werde, nicht jedoch, dass diese per se der ambulanten Versorgung zugewiesen würden. Die Entscheidung der behandelnden Ärzte zur stationären Durchführung des Eingriffs bei dem versicherten Minderjährigen sei aus ex ante Sicht zu bestätigen. Die Einrichtungen und Mittel eines Krankenhauses insbesondere in Form der permanenten Anwesenheit von Ärzten, der Vorhaltung qualifizierten Pflegepersonals und der Möglichkeit des ständigen Eingreifens unter apparativen Ausstattung für die Nachsorge seien zur Sicherung des Behandlungszieles erforderlich gewesen. Die behandelnden Ärzte hätten dabei zu Recht die Minderjährigkeit des Versicherten berücksichtigt. Es sei hier eine sogenannte Schieloperation in Intubationsnarkose durchgeführt worden. Insbesondere bei Kindern werde dieser Eingriff unter Vollnarkose durchgeführt. Wie der Sachverständige insofern ausgeführt habe, träten nach einer derartigen Schieloperation in der Regel stärkere Schmerzen auf als bei anderen Operationen und es seien engmaschige Nachuntersuchungen notwendig. Dies spreche bereits für eine stationäre Durchführung, zumal postoperativen Schmerzen nach einer derartigen Operation nicht allein zu Hause durch entsprechende orale Bedarfsmedikation hinreichend begegnet werden könne, sondern vielmehr ein unmittelbares ärztliches Eingreifen erforderlich sei. Auch in diesem Zusammenhang komme der Minderjährigkeit des Versicherten eine erhebliche Rolle zu, da Jugendliche zwischen 14 und 16 Jahren nach ihrem Reifegrad noch nicht der Lage seien, die Folgen eines sich verwirklichenden Risikos nach einer Augenoperation zu erkennen und insbesondere auch die Art und Intensität der Schmerzen nach einem derartigen Eingriff hinreichend sicher zu beurteilen und einzuschätzen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Streitakten und der Verwaltungsakten der Beklagten, der Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung der Klägerin ist nicht begründet.

Das Sozialgericht hat die von der Klägerin zulässigerweise erhobene (echte) Leistungsklage im Sinne des [§ 54 Abs. 5 SGG](#) (vgl. zur ständigen höchstrichterlichen Rechtsprechung etwa BSG, Urteil vom 14.10.2014 - [B 1 KR 27/13 R](#) -, SozR 4-2500 § 109 Nr. 40, Rn. 7 m.w.N.) zu Recht abgewiesen, denn die Klägerin hat keinen Anspruch auf Erstattung der von ihr bezahlten Kosten der streitigen Behandlung des Versicherten.

Der öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch setzt u.a. voraus, dass der Berechtigte im Rahmen eines öffentlichen Rechtsverhältnisses Leistungen ohne rechtlichen Grund erbracht hat (vgl. BSG, Urteil vom 21.04.2015 - [B 1 KR 7/15 R](#) -, SozR 4-7610 § 242 Nr. 8, Rn. 8 m.w.N. zur höchstrichterlichen Rechtsprechung).

Eine Leistung ohne rechtlichen Grund lässt sich vorliegend nicht feststellen. Vielmehr stand der Klägerin aufgrund der Behandlung des Versicherten ein Zahlungsanspruch in Höhe vom 1.491,50 Euro zu.

Der Vergütungsanspruch für die Krankenhausbehandlung und damit korrespondierend die Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse entsteht - unabhängig von einer Kostenzusage - unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten kraft Gesetzes, wenn die Versorgung in einem zugelassenen Krankenhaus erfolgt und i.S. von [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) erforderlich und wirtschaftlich ist (vgl. zur ständigen Rechtsprechung BSG, Urteil vom 21.04.2015 - [B 1 KR 7/15 R](#) -, SozR 4-7610 § 242 Nr. 8, Rn. 9). Vorliegend ist nicht festzustellen, dass die stationäre Durchführung der Schieloperation nicht erforderlich oder nicht wirtschaftlich gewesen ist.

Die Schiel-Operation ist hier als "Kombinierte Operation an den Augenmuskeln" mit dem OPS (2013) 5-10k.0 zu kodieren und wird im "Katalog ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationärsersetzender Eingriffe, Stand 01.01.2012 nach [§ 115b Abs. 2 SGB V](#)" (AOP-Katalog) dessen Kategorie 2 zugeordnet. Nach der Präambel des AOP-Kataloges sind Leistungen, die in der Regel ambulant erbracht werden können, mit Ziffer "1" gekennzeichnet, während Leistungen, bei denen sowohl eine ambulante als auch eine stationäre Durchführung möglich ist, mit der Ziffer "2" gekennzeichnet sind. Nach der Rechtsprechung des BSG gilt jedoch der in [§§ 39 Abs. 1 Satz 2, 73 Abs. 4 Satz 1 SGB V](#) normierte Nachrang der stationären Versorgung auch bei den Katalogleistungen nach [§ 115b Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#) unabhängig davon, ob es sich um eine Leistung nach der Kategorie 1 oder 2 handelt. Weil Leistungen beider Kategorien grundsätzlich der ambulanten Versorgung zugänglich sind, wenn die Versorgungsziele des [§ 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) so ausreichend verfolgt werden können, kommt es auch bei Leistungen der Kategorie 2 darauf an, ob letzteres im konkreten Einzelfall nach den medizinischen Erfordernissen der Fall ist oder ob ggf. Grund für eine stationäre Leistungserbringung besteht.

Als Leistung der Kategorie 2 ist die streitige Schieloperation somit zwar grundsätzlich auch ambulant durchführbar, es besteht aber - anders als bei den Leistungen der Kategorie 1 - keine Vermutung dafür, dass sie im konkreten Einzelfall ambulant hätte durchgeführt werden können. Hier war zur Überzeugung des Senats nach dem Gesamtergebnis des Verfahrens die stationäre Durchführung der Operation erforderlich.

Allerdings ergibt sich die Erforderlichkeit stationärer Behandlung vorliegend nicht schon aus den Zusätzen "beidseits stationär" oder "Revision stationär", denn es ist lediglich ein Auge (erst-)operiert worden. Auch greift keines der G-AEP Kriterien ein. Dabei handelt es sich indes um eine nicht abschließende Positivliste, die im Übrigen ohnehin nicht anwendbar ist, wenn man die Behandlung des 15-jährigen Versicherten der Pädiatrie zuordnet (vgl. Anlage 2 - Präambel zu dem Katalog der G-AEP-Kriterien). Ferner lassen die Krankenakten der Beklagten für den Senat keine schwerwiegenden Vorerkrankungen erkennen, die bereits wegen der mit ihnen verbundenen Gefährdung des Patienten zwingend die stationäre Behandlung verlangen. Das haben die Ärzte des Krankenhauses auch nicht geltend gemacht. Für sie hat vielmehr aus der gebotenen ex-ante-Sicht hinreichender Grund für die stationäre und nicht lediglich ambulante Durchführung wegen der bei der Art der Operation und dem Alter des Versicherten drohenden Schmerzen bestanden. Diese medizinische Einschätzung hat der Sachverständige in seinem für das Sozialgericht erstatteten Gutachten nachvollziehbar bestätigt. Der Senat sieht daher keinen Grund, das Zusammentreffen von Art und Weise der Operation und jugendlichem Alter des Patienten nicht als Grund für die stationäre Durchführung anzusehen. Es handelt sich in ihrer Kombination eben nicht um rein abstrakte und von den Parteien des AOP-Vertrages mit dem Katalog bereits abschließend bewertete Risiken.

Medizinisch fundierte Einwendungen, welche die Einschätzung des augenfachärztlichen Sachverständigen zu widerlegen in der Lage gewesen wären, hat die Klägerin zur Überzeugung des Senats nicht vorbringen können. Die Auffassung der Frau Dr. T vom MDK, auf deren fachfremde - ärztliche Beurteilung sich die Klägerin zunächst gestützt hatte, die stationäre Aufnahme sei auch unter dem Gesichtspunkt drohender postoperativer Schmerzen wegen der Möglichkeit der häuslichen oralen Schmerzmedikation kein hinreichender Grund für die stationäre Behandlung des 15-jährigen Versicherten, ist jedenfalls als widerlegt anzusehen. Das Krankenhaus hat die - zutreffenden - Gründe für die stationäre Behandlung auch ausreichend und rechtzeitig der Klägerin dargelegt (vgl. BSG, Urteil, vom 21.03.2013 - [B 3 KR 28/12 R](#)).

Anlass zur weiteren Beweiserhebung hat auch nicht deshalb bestanden, weil die Klägerin mit Nichtwissen den Vortrag der Beklagten bestreitet, dass bei Kindern die fragliche Schieloperation regelmäßig unter Vollnarkose durchgeführt werde. Denn darauf hat auch der Sachverständige, dem der Senat folgt, seine Beurteilung nicht gestützt. Abgesehen davon, dass die Klägerin dem vorgetragene Nichtwissen ggf. schon durch eine kurze Internetrecherche hätte selbst abhelfen können, dürfte ohnehin eher von Bedeutung sein, welche Narkoseart im konkret zu entscheidenden Fall eingesetzt worden ist. Insoweit ist aber auch vom MDK nicht geltend gemacht worden, dass beim Versicherten eine andere Art der Anästhesie hätte eingesetzt werden müssen oder ebenso gut hätte eingesetzt werden können. Lediglich ergänzend weist der Senat darauf hin, dass die maßgebliche ex-ante-Einschätzung der Ärzte des Krankenhauses ggf. auch unter Berücksichtigung der Art der Narkose und darüber hinaus (ex-post) auch durch das abendliche Erbrechen des Versicherten eher zu bestätigen sein könnte.

Da nach alledem die Unrichtigkeit der Abrechnung der Beklagten nicht festzustellen ist und ein Erstattungsanspruch der Klägerin nicht besteht, scheidet auch der Zinsanspruch aus.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 2 VwGO](#). Anlass, die Revision zuzulassen, hat nicht bestanden ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)).

Die Streitwertfestsetzung folgt aus [§ 197a Abs. 1 Teilsatz 1 SGG](#) i.V.m. [§§ 63 Abs. 2, 52 Abs. 1](#) und 3, [47 Abs. 1 GKG](#).

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2021-02-15