

S 7 KR 421/15

Land
Freistaat Bayern
Sozialgericht
SG Nürnberg (FSB)
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
7.
1. Instanz
SG Nürnberg (FSB)
Aktenzeichen
S 7 KR 421/15
Datum
24.11.2016
2. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

I. Die Beklagte wird verurteilt, aus der stationären Behandlung des Herrn S. H. vom 22.12.2014 bis 23.01.2014 834,69 € nebst Zinsen in Höhe von 4 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 15.02.2014 an die Klägerin zu zahlen.

II. Die Beklagte trägt die Kosten des Verfahrens.

III. Der Streitwert wird auf 834,69 € festgesetzt.

T a t b e s t a n d :

Die Parteien streiten um die Kosten stationärer Krankenhausbehandlung.

Die Klägerin betreibt das A. in welchem sie auch Versicherte der Beklagten, einer gesetzlichen Krankenkasse behandelt.

In diesem befand sich der bei der Beklagten versicherte Herr S. H. in der Zeit vom 22.01.2014 bis 23.01.2014 in Behandlung. Die Klägerin stellte der Beklagten hierfür 1802,37€ in Rechnung. Der Umfang der Behandlung sowie die Abrechnung sind vorliegend nicht streitig.

Die Beklagte zahlte auf die Rechnung jedoch nur einen Betrag von 967,68€, da sie geltend machte einen Erstattungsanspruch in Höhe von 834,69€ aus der Behandlung der ebenfalls bei ihr versicherten Frau R. C. zu haben.

Frau C. wurde im Zeitraum vom 29.09.2011 bis zum 02.10.2011 im Krankenhaus der Klägerin behandelt. Die stationäre Aufnahme erfolgte aufgrund einer Gebärmutterosenkung III. Grades. Am Aufnahmetag erfolgte die vaginale Hysterektomie sowie die hintere Plastik und Fixation nach Armreich-Richter. Die Klägerin rechnete die Behandlung unter Zugrundelegung der DRG N04Z mit Rechnung vom 11.10.2011 mit einem Betrag von insgesamt 4642,93€ ab.

Die Beklagte zahlte den vollständigen Rechnungsbetrag und beauftragte dann in der Folgezeit den Medizinischen Dienst der Krankenkassen mit der Prüfung der Abrechnung, u.a. mit der Fragestellung der sog. sekundären Fehlbelegung.

Der MDK kam mit Gutachten vom 27.07.2012 zu dem Schluss, dass die Verweildauer um einen Tag zu kürzen sei, da die Patientin schon am 01.10.2011 beschwerdefrei gewesen sei. Aufgrund der vorliegenden Informationen zu Art, Ausmaß und Verlauf der Erkrankung und zu den durchgeführten diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Maßnahmen wäre eine stationäre Behandlung vom 29.09.2011 bis zum 01.10.2011 ausreichend gewesen.

Mit Schreiben vom 22.10.2012 legte die Klägerin hiergegen Widerspruch ein. Die Patientin habe einen Dauerkatheter erhalten, der am 1. postoperativen Tag entfernt worden sei. Eine Restharnkontrolle am 30.09.2011 habe dann 100ml ergeben. Dies sei zwei Tage später kontrolliert worden. Es sei durchaus legitim, erst am dritten Tag eine erneute Restharnkontrolle durchzuführen. Nach unauffälligem Restharn sei die Patientin am 02.10.2012 entlassen worden. Die Patientin habe zwar am 01.10.2011 bereits Beschwerdefreiheit angegeben, dies jedoch nur unter hochdosierter Schmerzmedikamentation. Aus medizinischer Sicht sei eine noch frühzeitigere Entlassung der Patientin nach Hysterektomie nicht vertretbar gewesen.

Die Beklagte beteiligte erneut den MDK, dessen Einschätzung sich jedoch nicht änderte (Stellungnahme vom 18.01.2013).

Hiergegen erhob die Klägerin mit Schreiben vom 16.08.2013 erneut Widerspruch.

Da in der Folgezeit keine Einigung erzielt werden konnte, rechnete die Beklagte am 30.01.2014 den von ihr errechneten Erstattungsanspruch gegen die Forderung der Klägerin aus der Behandlung des Patienten H. auf.

Hiergegen erhob die Klägerin mit Schriftsatz vom 09.09.2015 Klage zum Sozialgericht Nürnberg.

Sie führt aus, dass eine Hysterektomie eine invasive große Operation sei. Vielfach würden die Patientinnen Restharnverhalte, insbesondere zwischen dem ersten und dem dritten Tag entwickeln. Darüber hinaus seien Blutungen aufgrund der Gefahr von Nachblutungen gezielt zu kontrollieren.

Die Patientin habe sich postoperativ übergeben müssen und über Übelkeit geklagt. Dazu seien die postoperativen Schmerzen gekommen, die durch Schmerzmittelgabe, u.a. intravenös jedoch gut hätten kontrolliert werden können.

Die Patientin habe am 1. Tag einen Restharnverhalt gehabt, so dass mit einer Komplikation in der Hinsicht zu rechnen gewesen sei. Die gute postoperative Betreuung unter stationären Bedingungen, insbesondere die Einhaltung der Ruhezeiten und die begleitete Mobilisation hätten zu einem komplikationslosen Verlauf geführt. Eine Restharnkontrolle schon am 2. postoperativen Tag hätte das Risiko eines weiteren Restharnverhaltes nicht ausgeschlossen.

Die Klägerin beantragt die Beklagte zu verurteilen, aus der stationären Behandlung des Herrn S. H. vom 22.01.2014 bis 23.01.2014 834,69€ nebst Zinsen in Höhe von 4 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 15.02.2014 an die Klägerin zu zahlen.

Die Beklagte beantragt die Klage abzuweisen.

Das Gericht zog die Patientenakte der Patientin C. bei. Danach erhob es Beweis durch ein gynäkologisches Sachverständigengutachten durch Dr. A. R., B., D-Stadt.

Der Gutachter führte am 20.03.2016 aus, dass aus der retrospektiven Sicht der stationäre Aufenthalt am 02.10.2011 nicht mehr zwingend erforderlich gewesen sei. Aus der Akte stellten sich keine Besonderheiten dar, die eine stationäre Krankenhausbehandlung nötig gemacht hätten. Eine Entlassung wäre aus der ex-post-Beurteilung am 01.10.2011 möglich gewesen.

Allerdings sei diese Sichtweise problematisch. Ob eine stationäre Behandlung im konkreten Einzelfall weiter erforderlich sei, hänge immer von der ex-ante-Einschätzung des betreuenden Arztes ab, der auch die medizinische Verantwortung trage. Nicht selten würden sich postoperative Komplikationen zeitverzögert entwickeln, so dass sich nach einer Frühentlassung durchaus Probleme im häuslichen Umfeld entwickeln könnten, die der entlassende Arzt schließlich zu verantworten hätte.

Auch wenn es einem Patienten nach einem operativen Eingriff gut gehe und sich Komplikationen (noch) nicht verwirklicht hätten, müsse dieser Patient nicht automatisch gleich entlassen werden. Der behandelnde Arzt habe sich vielmehr erst ein Bild von den Gesamtumständen zu verschaffen.

In Anbetracht des Lebensalters der Patientin und der Größe des Eingriffs halte der Gutachter die Dauer des stationären Aufenthalts für angemessen.

Die Klägerin führt dazu aus, dass nach der Rechtsprechung des BSG (Beschluss vom 25.09.2007, Gs 1/06) bei der Beurteilung der Notwendigkeit der stationären Krankenhausbehandlung vom dem im Behandlungszeitraum verfügbaren Wissens- und Kenntnisstand des verantwortlichen Krankenhausarztes auszugehen sei.

Die Beklagte führt dazu aus, dass in den Unterlagen keine medizinischen Gründe für die Krankenhausbehandlung nach dem 01.10.2011 vorliegen würden. Allein diese medizinischen Gründe seien im Fall von Frau C. maßgeblich gewesen und hätten vom verantwortlichen Arzt bei seiner ex-ante-Einschätzung benannt werden müssen.

Wegen der Einzelheiten wird auf die Gerichtsakte sowie die Verwaltungsakte der Beklagten verwiesen.

E n t s c h e i d u n g s g r ü n d e :
Die zulässige Klage hat Erfolg.

Streitgegenstand ist einmal der Anspruch der Klägerin gegen die Beklagte auf Zahlung der weiteren Vergütung für die vollstationäre Behandlung eines Versicherten in Höhe von 834,69 €. Diesen Anspruch macht sie zu Recht mit der (echten) Leistungsklage nach [§ 54 Abs. 5 SGG](#) geltend. Die Klage eines Krankenhausträgers - wie hier der Klägerin - auf Zahlung der Behandlungskosten eines Versicherten gegen eine Krankenkasse ist ein Beteiligtenstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt, kein Vorverfahren durchzuführen und keine Klagefrist zu beachten ist (vgl. BSG, Urteil vom 16. Dezember 2008 - Az.: [B 1 KN 3/08 KR R](#) m.w.N., nach juris).

Die Klage ist auch begründet. Die Klägerin hat Anspruch auf Zahlung der noch ausstehenden Vergütung für den stationären Aufenthalt des Patienten H. in Höhe von insgesamt 834,69€. Rechtsgrundlage des geltend gemachten Vergütungsanspruchs ist [§ 109 Abs. 4 Satz 3](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) in Verbindung mit der Pflegesatzvereinbarung für das Jahr 2014. Die Forderung ist in Höhe von 834,69€ nicht durch Aufrechnung erloschen.

Der Beklagten steht nämlich auch kein Rückforderungsanspruch aus der Behandlung der Patientin R. C. zu.

Das Krankenhaus hat auch bei der Vergütung der Krankenhausbehandlung durch Fallpauschalen einen Vergütungsanspruch gegen einen Träger der Gesetzlichen Krankenversicherung nur für eine "erforderliche" Krankenhausbehandlung. Die Vergütung dient als Gegenleistung für die Erfüllung der Pflicht des zugelassenen Krankenhauses, Krankenhausbehandlung ([§ 39 SGB V](#)) der Versicherten im Rahmen des Versorgungsauftrags zu leisten. Die Leistung des Krankenhauses ist nämlich zur Erfüllung des Leistungsanspruchs des Versicherten bestimmt. Die Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse entsteht - unabhängig von einer Kostenzusage - unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten, wenn die Versorgung in einem zugelassenen Krankenhaus durchgeführt wird und im Sinne von [§ 39 Abs. 1 S. 2 SGB V](#) erforderlich ist. Deshalb definiert § 2 Abs. 2 S. 1 KHEntG: "Allgemeine Krankenhausleistungen sind die Krankenhausleistungen, die unter Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses im Einzelfall nach Art und Schwere der

Krankheit für die medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung des Patienten notwendig sind." Diese "allgemeinen Krankenhausleistungen" werden nach § 7 S. 1 Nr. 1 KHEntG gegenüber den Patienten oder ihren Kostenträgern u.a. mit Fallpauschalen nach dem auf Bundesebene vereinbarten Entgeltkatalog (§ 9 KHEntG) abgerechnet (zur Höhe siehe § 8 KHEntG). Das Fallpauschalensystem lässt mithin keinen Raum dafür, nicht notwendige Leistungen zu vergüten (BSG, Urteil vom 30.06.2009 - [B 1 KR 24/08 R](#), Rdnr. 15).

Zu der Frage nach der Notwendigkeit stationärer Krankenhausbehandlung führt das Bundessozialgericht im Beschluss vom 25.09.2007 aus:

"Ob die Aufnahme ins Krankenhaus oder die Fortführung der stationären Behandlung über einen bestimmten Zeitpunkt hinaus nach objektiven Maßstäben medizinisch geboten war, lässt sich mit sachverständiger Hilfe auch rückschauend klären. Nicht in rechtlicher, wohl aber in tatsächlicher Hinsicht, also im Rahmen der Beweiswürdigung, wird allerdings in Grenz- oder Zweifelsfällen bei einer nachträglichen Prüfung der Beurteilung des behandelnden Arztes besonderes Gewicht zukommen können, weil sich die in der Vergangenheit liegende Behandlungssituation auch bei einer ordnungsgemäßen Dokumentation des Krankheitsgeschehens und des Behandlungsverlaufs unter Umständen nur begrenzt nachvollziehen lässt und der Krankenhausarzt im Zeitpunkt der Behandlung in Kenntnis des Patienten und aller für die medizinische Versorgung relevanten Umstände im Zweifel am ehesten einschätzen konnte, welche Maßnahmen medizinisch veranlasst waren. Das relativiert die Befürchtung, die Krankenkasse könne mit Hilfe eines vom MDK "am grünen Tisch" erstatteten Gutachtens jederzeit noch Wochen oder Monaten nach Abschluss einer Behandlung deren Berechtigung in Zweifel ziehen und ihre Leistungspflicht bestreiten."

(BSG, Beschluss vom 25. September 2007 - [GS 1/06](#) -, [BSGE 99, 111-122](#), [SozR 4-2500 § 39 Nr 10](#), Rn. 32)

Besondere Mittel des Krankenhauses sind eine apparative Mindestausstattung, geschultes Pflegepersonal und ein jederzeit präsen- oder rufbereiter Arzt. Dabei erfordert die Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung weder den Einsatz aller dieser Mittel noch ist er stets ausreichend. 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 (Urteil des LSG Berlin-Brandenburg vom 8. Juni 2011 - [L 9 KR 504/08](#) -, zitiert nach Juris). Die vollstationäre Behandlung als intensivste Form der Krankenhausbehandlung ist als ultima ratio normiert. Die notwendige medizinische Behandlung muss in jeder Hinsicht und ausschließlich mit den besonderen Mitteln des Krankenhauses durchgeführt werden können (Noftz in Hauck/Noftz, SGB V, Std.: April 2013, K § 39 RdNr. 72). Ermöglicht es der Gesundheitszustand des Patienten, das Behandlungsziel durch andere Maßnahmen, insbesondere durch ambulante Behandlungen einschließlich häuslicher Krankenpflege, zu erreichen, so besteht kein Anspruch auf stationäre Behandlung. Die Aufgabe der Krankenversicherung ist es, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern ([§ 1 Satz 1 SGB V](#)). Es geht dabei um die Bereitstellung der für diese Zwecke benötigten medizinischen Versorgung.

Die Behandlung der Patientin E. war - unter Berücksichtigung der Rechtsprechung des BSG - nach Ansicht der Kammer über den 01.10.2011 hinaus medizinisch notwendig. Eine frühere Entlassung wäre aus medizinischer Sicht nicht zu verantworten gewesen.

Bei der Bewertung des Gutachtens ist folgende Entscheidungsgrundlage des behandelnden Arztes zugrunde zu legen:

Es ist zu berücksichtigen, dass die untere Grenzverweildauer den Rahmen definiert, der - üblicherweise - für die Behandlung der abgerechneten DRG als notwendig anzusehen ist. Um ein Unterschreiten der unteren Grenzverweildauer zu rechtfertigen, müssten wiederum Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass Besonderheiten in der Person des Patienten, des Heilungsverlaufs, etc. eine unüblich schnelle Entlassung des Patienten gerechtfertigt hätten. Aus der Stellungnahme der Klägerin geht aber bereits hervor, dass am ersten postoperativen Tag ein Restharnverhalt bestanden habe, so dass mit Komplikationen in dieser Richtung zu rechnen gewesen sei. Insoweit kann es die Kammer durchaus nachvollziehen, dass die Klägerin vor einer Entlassung den weiteren Heilungsverlauf abgewartet hat, um gegebenenfalls auf das Auftreten weiterer Komplikationen reagieren zu können. Aufgrund des Restharnverhalts geht die Kammer jedoch keinesfalls von einem außergewöhnlich komplikationslosen Heilungsverlauf aus, der ein frühes Entlassen der Patientin gerechtfertigt hätte.

Diesbezüglich folgt die Kammer den nachvollziehbaren Darlegungen des beauftragten Sachverständigen und macht sich diese zu eigen. Der Gutachter führt zwar aus, dass in der ex-post-Sichtweise eine frühere Entlassung der Patientin möglich gewesen wäre, da sich keine Komplikationen verwirklicht hätten. Der Gutachter weist aber deutlich darauf hin, dass sich postoperative Komplikationen zeitverzögert entwickeln könnten, so dass sich nach einer Frühentlassung durchaus Probleme im häuslichen Umfeld entwickeln könnten, die der entlassende Arzt schließlich zu verantworten hätte.

Letztlich kann der Krankenhausarzt bei der Entscheidung, ob weitere Krankenhausbehandlung notwendig ist, also nicht den "idealen Geschehensablauf" zugrunde legen, sondern muss gerade berücksichtigen, dass zum einen der Verbleib im Krankenhaus durch die kontrollierte Umgebung die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten von Komplikationen verringert, zum anderen aber auch, dass auf diese - sollten sie auftreten - im Krankenhaus besser und schneller reagiert werden kann.

In einem Fall wie dem hier streitigen, wo schon der postoperative Heilungsverlauf vom "idealen Geschehensablauf" abwich, steht es daher außer Frage, dass die Einschätzung des Arztes, eine Frühentlassung nicht zu verantworten und eine Entlassung innerhalb der von der Fallpauschale vorgesehenen Verweildauer vorzunehmen, nicht zu beanstanden ist. Die Kammer geht davon aus, dass eine andere Sichtweise letztlich dazu führen würde, dass die Klägerin gezwungen wäre, auf Kosten der Sicherheit der Patienten medizinisch zweifelhaftes Frühentlassungen vorzunehmen und das Auftreten von postoperativen Komplikationen im häuslichen Bereich in Kauf zu nehmen. Gerade aus diesem Grund ist deshalb auch auf die Entscheidungsgrundlage des Krankenhausarztes und nicht auf die Ex-post-Perspektive abzustellen.

Aus diesem Grund hat die Klage Erfolg.

Der Zinsanspruch ergibt sich aus der geltenden Pflegesatzvereinbarung der Beteiligten.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) in Verbindung mit [§§ 161 Abs. 1, 154 Abs. 1](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO), da weder die Klägerin noch die Beklagte zu den in [§ 183 SGG](#) genannten Personen gehören und die Beklagte die unterliegende Partei des Rechtsstreits ist.

Die Streitwertfestsetzung ergibt sich aus [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) in Verbindung mit dem Gerichtskostengesetz (GKG). Da der Klageantrag auf eine bezifferte Geldleistung gerichtet war, ist deren Höhe maßgeblich ([§ 52 Abs. 3 GKG](#)).

Rechtskraft
Aus
Saved
2022-03-25