

L 5 KR 54/15

Land
Schleswig-Holstein
Sozialgericht
Schleswig-Holsteinisches LSG
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
5
1. Instanz
SG Kiel (SHS)
Aktenzeichen
S 10 KR 145/13
Datum
23.04.2015
2. Instanz
Schleswig-Holsteinisches LSG
Aktenzeichen
L 5 KR 54/15
Datum
15.03.2018
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Kiel vom 23. April 2015 wird zurückgewiesen. Die Klägerin trägt die Kosten des Berufungsverfahrens. Die Revision wird nicht zugelassen. Der Streitwert wird auf 526,79 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Begleichung von Krankenhausbehandlungskosten.

Die bei der Beklagten Krankenversicherte, damals 60-jährige Patientin E W (im Folgenden Versicherte) wurde vom 21. Oktober bis zum 24. Oktober 2009 in der chirurgischen Klinik der Klägerin wegen eines Krampfaderleidens stationär behandelt. Geplant war ursprünglich, die Voruntersuchungen prästationär am 21. Oktober 2009 durchzuführen, die Versicherte dann am 22. Oktober 2009 zur Operation aufzunehmen und am ersten postoperativen Tag zu entlassen. Tatsächlich wurde die Versicherte jedoch am Tag der Voruntersuchung aufgenommen, der operative Eingriff musste aber wegen eines vorrangigen Notfalls um einen Tag verschoben werden und die Versicherte wurde dann nach einem komplikationslosen Eingriff am ersten postoperativen Tag entlassen.

Mit Rechnung vom 5. November 2009 machte die Klägerin insgesamt einen Betrag von 2.034,70 EUR gegenüber der Beklagten geltend, den die Beklagte zunächst nicht bezahlt hat. Das in der Folge eingeholte MDK-Gutachten vom 12. Juli 2010 kam zu dem Ergebnis, dass eine stationäre Behandlung nicht erforderlich gewesen sei.

Mit der am 6. Juni 2013 beim Sozialgericht Kiel erhobenen Klage hat die Klägerin die Begleichung des Rechnungsbetrages begehrt. Sie hat die durchgeführte stationäre Behandlung im gesamten Zeitraum für erforderlich gehalten. Die Verschiebung der Operation wegen eines Notfalls sei zwingend erforderlich gewesen. Die Aufnahme der Versicherten am Tag der Voruntersuchung sei erfolgt, weil diese darauf gedrängt habe, um nicht am nächsten Morgen erneut anreisen zu müssen.

Nach Annahme eines von der Beklagten im Laufe des sozialgerichtlichen Verfahrens abgegebenen Teilanerkenntnisses hat die Klägerin beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, an sie einen Betrag von 2.034,70 EUR nebst Verzugszinsen in Höhe von zwei Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 20. November 2009 zu zahlen unter Anrechnung des sich aus dem Teilanerkenntnis ergebenden Betrages.

Die Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie hat die Auffassung vertreten, dass kein Anspruch auf weitere Vergütung des streitgegenständlichen Krankenhausaufenthalts bestehe. Das Risiko der Verschiebung der Operation aufgrund eines anderweitigen Notfalls sei von der Klinik zu tragen.

Das Sozialgericht hat Beweis erhoben durch Einholung eines medizinischen Sachverständigengutachtens des Arztes für Chirurgie Dr. A vom 25. Januar 2014, wonach eine stationäre Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit für einen Tag bestanden habe. Es habe keine medizinische Notwendigkeit bestanden, von dem ursprünglichen Behandlungsplan abzuweichen. Für die Durchführung der Voruntersuchungen sei eine vorstationäre Maßnahme ausreichend gewesen. Während sich die Beklagte dem Ergebnis des Gutachtens angeschlossen hat, hat die Klägerin das Gutachten für unzutreffend gehalten. In einer ergänzenden Stellungnahme vom 16. Juli 2014 hat der medizinische

Sachverständige an seiner Einschätzung festgehalten.

Im Rahmen der mündlichen Verhandlung hat die Beklagte im Hinblick auf das gerichtliche Sachverständigengutachten die Erforderlichkeit der stationären Behandlung für einen Behandlungstag anerkannt. Dieses Teilanerkennnis hat die Klägerin angenommen. Sie hat geltend gemacht, dass ihr das Recht genommen worden sei, den medizinischen Sachverständigen in der mündlichen Verhandlung eingehend zu befragen.

Mit Urteil vom 23. April 2015 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen und die Berufung zugelassen. Zur Begründung hat das Sozialgericht im Wesentlichen ausgeführt, dass eine stationäre Krankenhausbehandlung für mehr als einen Belegungstag nicht erforderlich gewesen sei. In Bezug auf die Aufnahme am voroperativen Tag sei der Beurteilung des medizinischen Sachverständigen Dr. A zu folgen. Dieser habe schlüssig und überzeugend dargelegt, dass für eine stationäre Aufnahme der Versicherten am voroperativen Tag der Behandlungsdokumentation kein medizinischer Grund zu entnehmen sei. Vielmehr sei die sofortige Aufnahme entgegen des ursprünglichen Behandlungsplanes ausdrücklich auf Wunsch der Versicherten erfolgt. Dies werde auch von der Klägerin nicht mehr in Abrede gestellt. In Bezug auf die Verschiebung des Eingriffs wegen eines vorrangigen Notfalls könne unterstellt werden, dass dieser Notfall die entsprechende Dringlichkeit aufgewiesen habe und deshalb die Durchführung der Operation der Versicherten hätte verschoben werden müssen. Dies sei jedoch hinsichtlich des Vergütungsanspruchs unbeachtlich, da nur medizinische Erfordernisse eine stationäre Behandlungsbedürftigkeit auslösen könnten. Als medizinische Erfordernisse könnten nur solche Umstände anerkannt werden, die in der Person des zu behandelnden Versicherten selbst lägen. Daran fehle es hier. Denn dass die Operation der Versicherten hätte verschoben werden müssen, habe nicht an ihrem Gesundheitszustand gelegen, sondern an außerhalb ihrer Person liegenden Umständen. Der streitgegenständliche Eingriff selbst habe – losgelöst von diesen äußeren Einflüssen – nur einen Behandlungstag erfordert. Der entscheidende Streitpunkt sei daher keine medizinische Frage, sondern eine rechtliche. Es gehe darum, wer das finanzielle Risiko für Abweichungen von der geplanten Krankenhausbehandlung trage. Bereits die Überlegung, wer von den Beteiligten den größeren Einfluss auf die organisatorischen Auswirkungen habe, die durch die Notfallversorgung anfielen, spreche dafür, dieses Risiko allein der Klägerin zuzuweisen. Denn nur diese habe überhaupt Einfluss darauf, wie sie ihr Personal einsetze und von welchem Arzt sie welchen Eingriff durchführen lasse. Insofern sei es nicht sachgerecht, dieses Risiko gerade derjenigen Krankenkasse und damit auch ihren Mitgliedern aufzuerlegen, deren Versicherte zufällig von der Verschiebung betroffen sei. Die Zuweisung dieses Risikos an das Krankenhaus wirke sich letzten Endes zulasten der gesamten Versichertengemeinschaft aus. Denn in diesem Falle müsse die Klägerin die durch unplanmäßige Verschiebung anfallenden Kosten als allgemeine Vorhaltungskosten einplanen, die im Rahmen des gesamten Vergütungssystems zu erwirtschaften seien. Deshalb sei weder dem Begehren der Klägerin auf Befragung des Sachverständigen in der mündlichen Verhandlung noch dem Antrag auf Schriftsatznachlass nachzukommen.

Gegen dieses dem Prozessbevollmächtigten der Klägerin am 10. Juni 2015 zugestellte Urteil richtet sich ihre Berufung, die am 10. Juli 2015 bei dem Schleswig-Holsteinischen Landessozialgericht eingegangen ist. Zur Begründung führt die Klägerin aus, dass das Sozialgericht ihr Recht, Fragen an den medizinischen Sachverständigen Dr. A zu stellen, verletzt habe. Die Klägerin habe mit ihren Fragen im Schriftsatz vom 17. Juni 2014 aufgezeigt, dass es streitentscheidend nicht nur – wie das Sozialgericht meine – um rechtliche, sondern auch um medizinische Fragen gehe. Die stationäre Aufnahme der Versicherten am 21. Oktober 2009 sei notwendig gewesen, weil sie zum geplanten Eingriff am 22. Oktober 2009 nüchtern und prämediziert nicht hätte kommen können. Die Versicherte habe alleine gelebt und die Fahrstrecke zum Krankenhaus habe mindestens 45 Minuten betragen. Diese hätte die Versicherte aufgrund des behandelten Blutdrucks mit der Wechselwirkung der medizinischen Behandlung nicht zurücklegen können. Zu berücksichtigen sei ferner, dass die Versicherte am 21. Oktober 2009 nicht nach Hause entlassen werden wollte. Der Patientenwille und dessen Compliance seien zwingend zu beachten. Der medizinische Sachverständige hätte dazu gehört werden müssen, ob diese Gründe zur Annahme der stationären Behandlungsbedürftigkeit ausreichten. Ferner sei erheblich, dass die Versicherte am 21. Oktober 2009 um 22:00 Uhr 20 mg Tranxillium erhalten habe. Auch daraus ergebe sich die stationäre Behandlungsbedürftigkeit. Dies habe der medizinische Sachverständige übersehen. Die stationäre Behandlungsbedürftigkeit am 22. Oktober 2009 ergebe sich daraus, dass die Versicherte an diesem Morgen bereits für die OP vorbereitet und auch prämediziert gewesen sei. Die Versicherte hätte "in diesem Zustand" nicht entlassen werden können. Auch hierzu hätte der medizinische Sachverständige gehört werden müssen. Das gelte auch für die Frage, wie sich die seelische Erkrankung der Versicherten auf die stationäre Behandlungsbedürftigkeit ausgewirkt habe. Unabhängig von diesen durch Sachverständigenbeweis zu klärenden Fragen, sei die Verschiebung einer Operation auf den Folgetag wegen eines Notfalls ein "medizinischer Grund". Die dadurch entstehenden Kosten seien von der Krankenkasse zu tragen.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Kiel vom 23. April 2015 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, an sie 526,79 EUR nebst Zinsen in Höhe von zwei Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 20. November 2009 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt schriftsätzlich,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das Urteil des Sozialgerichts für zutreffend und verweist darauf, dass sich die Notwendigkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung allein nach medizinischen Erfordernissen richte.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird Bezug genommen auf den Inhalt der Gerichtsakten und der Verwaltungsakten der Beklagten sowie der Krankenakte. Diese haben dem Senat vorgelegen und sind Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen.

Entscheidungsgründe:

Die insbesondere form- und fristgerecht eingelegte Berufung ist zulässig. Sie ist auch aufgrund der Zulassung durch das Sozialgericht, an die der Senat gemäß [§ 144 Abs. 3 SGG](#) gebunden ist, statthaft.

Die Berufung ist jedoch nicht begründet, denn das Sozialgericht hat die Klage zu Recht abgewiesen.

Rechtsgrundlage des geltend gemachten Vergütungsanspruchs der Klägerin ist [§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) i.V.m. der entsprechenden Pflegesatzvereinbarung der Beteiligten. Die Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse entsteht unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch die Versicherten, wenn die Versorgung in einem zugelassenen Krankenhaus durchgeführt wird und im Sinne von [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) erforderlich ist. Der Behandlungspflicht zugelassener Krankenhäuser im Sinne des [§ 109 Abs. 4 Satz 2 SGB V](#) steht ein Vergütungsanspruch gegenüber, dessen Höhe auf der Grundlage der gesetzlichen Ermächtigung in §§ 16, 17 Krankenhausfinanzierungsgesetz nach Maßgabe der Bundespflegesatzverordnung, jeweils in der im Jahr 2009 geltenden Fassung, in der Pflegesatzvereinbarung zwischen Krankenkasse und Krankenhausträger festgelegt wird. Der Zahlungsanspruch des Krankenhauses korrespondiert in aller Regel mit dem Anspruch der Versicherten auf Krankenhausbehandlung. Demgemäß müssen bei den Versicherten bei der Aufnahme in das Krankenhaus grundsätzlich alle allgemeinen Voraussetzungen für die Inanspruchnahme von Leistungen der GKV sowie speziell von Krankenhausbehandlung, insbesondere deren Erforderlichkeit, vorliegen. Laut [§ 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) haben Versicherte Anspruch Krankenhausbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Die zur Krankenhausbehandlung gehörende Krankenhausbehandlung ([§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 SGB V](#)) wird gemäß [§ 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](#)). Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit ist ein Krankheitszustand, dessen Behandlung den Einsatz der besonderen Mittel eines Krankenhauses erforderlich macht. Maßnahmen dürfen daher zum Beispiel nicht lediglich dem Zweck dienen, einen Zustand der Hilflosigkeit zu begegnen; ebenso unterfallen rein pflegerische Maßnahmen nicht der Leistungspflicht der Krankenkasse, vielmehr müssen diese als Teil einer ärztlichen Behandlung dieser Behandlung untergeordnet sein.

Ob Versicherten vollstationäre Krankenhausbehandlung zu gewähren ist, richtet sich allein nach den medizinischen Erfordernissen im Einzelfall. Die Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit haben hierbei im Streitfall uneingeschränkt zu überprüfen, ob eine stationäre Krankenhausbehandlung aus medizinischen Gründen notwendig ist. Dabei haben sie zwar 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. Für eine Einschränkung der Kontrollbefugnisse der Krankenkasse und des Gerichts in der Weise, dass von der Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung auszugehen ist, wenn ein Krankenhausarzt sie bejaht und seine Einschätzung fachlich vertretbar ist, bietet das Gesetz jedoch keine Grundlage.

Unter Zugrundelegung dieser Maßstäbe ist das Urteil des Sozialgerichts nicht zu beanstanden. Die Versicherte wurde am 21. Oktober 2009 zunächst vorstationär behandelt. Für die dann – entgegen der vorherigen Planung – an diesem Tage erfolgte stationäre Aufnahme bestand keine Notwendigkeit. Dass die Versicherte nicht am Ort des Krankenhauses wohnt, nüchtern zur Operation am Folgetag erscheinen musste und ihr für den Vorabend der Operation 20 mg Tranxilium verordnet wurden, begründet keine stationäre Behandlungsnotwendigkeit. Nüchtern am Morgen der Operation im Krankenhaus zu erscheinen, fällt in den Verantwortungs- und Kostenbereich der Patienten. Wie weit das Krankenhaus vom Wohnort entfernt ist, spielt dabei keine Rolle. Unabhängig davon war die Anreise im konkreten Fall der Versicherten ohne weiteres zumutbar und möglich. Für die Notwendigkeit einer stationären Krankenhausbehandlung sind Gründe, die außerhalb von medizinischen Erfordernissen liegen, nicht beachtlich (BSG, Beschluss vom 25. September 2007, [GS 1/06](#)). Bei Tranxilium handelt es sich um ein Beruhigungsmittel, das üblicherweise am Vorabend einer stationären oder auch ambulanten Operation in einer patientenabhängigen Dosis von 20–100 mg gegeben wird. Die maximale Tagesdosis beträgt 150 mg ([www.onmeda.de](#)). Damit eine stationäre Behandlungsnotwendigkeit begründen zu wollen, ist dermaßen abwegig, dass es insoweit keiner gutachterlichen Beweiserhebung bedarf. Dementsprechend kurz ist der medizinische Sachverständige Dr. A in seinem Gutachten darauf eingegangen, indem er festgestellt hat, dass medizinische Gründe für die Umwandlung der prästationären Behandlung in eine stationäre Aufnahme nicht dokumentiert sind. Auch die Anwendungshinweise des Herstellers gehen davon aus, dass Tranxilium im Rahmen von ambulanten Therapien verordnet wird. Dann sollten 20 mg hauptsächlich abends eingenommen werden, um Nachwirkungen wie z. B. Müdigkeit am nächsten Morgen zu verringern. Dementsprechend wurde hier verfahren. Dass die Versicherte am 21. Oktober 2009 aufgenommen werden wollte, ist nachvollziehbar, da sie bereits vor Ort war und ihr dadurch am Morgen des nächsten Tages die erneute Anreise erspart wurde. Dies stellt jedoch keinen medizinischen Grund für eine stationäre Behandlungsnotwendigkeit dar und ist deshalb irrelevant.

Am 22. Oktober 2009 wurde die geplante Operation wegen eines von 12:40 Uhr bis 17:25 Uhr behandelten Notfalls nicht durchgeführt. Wann die Versicherte operiert werden sollte, ist nicht dokumentiert. Medikamente/Narkose hatte die Versicherte jedenfalls noch nicht erhalten, als die Operation abgesagt wurde. Es ist keinerlei Operationsvorbereitung dokumentiert. Die Versicherte hätte also ohne weiteres nach Hause geschickt werden können. Insoweit gilt hier das gleiche wie das zur Zumutbarkeit der Anreise Gesagte. Was die Klägerin damit meint, dass das "in diesem Zustand" nicht möglich gewesen sei, erschließt sich dem Senat nicht. Psychische Probleme der Versicherten, die dem entgegenstehen könnten, sind nicht dokumentiert. Ein psychischer Befund wurde von den Krankenhausärzten nicht erhoben und es wurde auch keine dementsprechende Diagnose gestellt. Der einzige Hinweis hierauf ist nur die Angabe der Versicherten selbst im Anästhesie-Aufklärungsgespräch, dass sie das Medikament Cymbalta einnehme. Wie lange und in welcher Dosis wurde von den Krankenhausärzten nicht hinterfragt. Hierbei handelt es sich um einen selektiven Serotonin Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer, der unter anderem zur Behandlung von Depressionen und Angststörungen eingesetzt wird. Medizinische Schlussfolgerungen hieraus durch die Krankenhausärzte sind nicht dokumentiert.

Im Ergebnis lassen sich also keine medizinischen Gründe für eine stationäre Behandlungsnotwendigkeit am 21. und 22. Oktober 2009 (streitige Tage) erkennen. Tatsächlich wurde an diesen Tagen auch keinerlei Behandlung der Versicherten dokumentiert.

Da die Versicherte am 22. Oktober 2009 in dem Moment, als klar war, dass sie wegen eines Notfalls nicht operiert werden würde (also irgendwann im Laufe des Vormittags), nach Hause hätte geschickt werden müssen, stellt sich gar nicht die Rechtsfrage, wer für die Kosten eines stationären Behandlungstages aufzukommen hat, der durch die Verlegung einer Operation wegen eines Notfalls entstanden ist. Wenn das Krankenhaus Kosten und unkomfortable Situationen, die die Versicherten aus eigenen Mitteln zu tragen hätten, durch Aufnahme in das Krankenhaus ausgleicht, kann es hierfür keinen Ersatz von der Krankenkasse verlangen, sondern muss dafür dann auch selbst einstehen.

Aber selbst wenn am 22. Oktober 2009 bereits eine Operationsvorbereitung vor der Absage wegen des Notfalls stattgefunden hätte, hätte

dies keinen Vergütungsanspruch des Krankenhauses für diesen Tag ausgelöst. Denn die Erforderlichkeit der Krankenhausbehandlung hängt davon ab, ob der Versicherte Anspruch auf vollstationäre Behandlung hatte. Ob dies der Fall ist, richtet sich allein nach medizinischen Erfordernissen (BSG a.a.O.). Wie das Bundessozialgericht ausgeführt hat, ergibt sich dies bereits aus dem Gegenstand der gesetzlichen Krankenversicherung als einer Versicherung gegen Krankheit, bei der es um die Bereitstellung der für diese Zwecke benötigten medizinischen Versorgung geht. Für andere Risiken haben die Krankenkassen nicht einzustehen. Zu Recht hat das Sozialgericht daher mit zutreffender Begründung, auf die der Senat gemäß [§ 153 Abs. 2 SGG](#) Bezug nimmt, entschieden, dass es für die Frage, ob eine stationäre Behandlung medizinisch erforderlich war, nur auf die Umstände des konkret betroffenen Versicherten ankommen kann, also allein darauf, ob dessen Gesundheitszustand eine stationäre Behandlung erforderte (so auch LSG Hamburg, Urteil vom 26. März 2015, [L 1 KR 42/13](#); LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 30. April 2009, L 9 KR 34/15 in juris). Aus oben genannten Gründen war das hier aber nicht der Fall.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 197a SGG](#) in Verbindung mit [§ 154 Abs. 2 VwGO](#).

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

Der Streitwert war gemäß [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) in Verbindung mit [§ 52 Abs. 3 GKG](#) in Höhe der von der Klägerin bezifferten Geldleistung festzusetzen, deren Zahlung sie von der Beklagten im Berufungsverfahren begehrt.

Rechtskraft

Aus

Login

SHS

Saved

2019-07-03