

Abschrift
SOZIALGERICHT HILDESHEIM



Vort.:	Frist post.		KSV ROA	WGL
RA	EINGEGANGEN			Klein Rev.
SB	12. Aug. 2013			Recht Spr.
Rück- scr.				Zer- lung
zdA				Stik Lohn

Az.: S 52 KR 485/12

IM NAMEN DES VOLKES
GERICHTSBESCHEID

In dem Rechtsstreit

_____ vertreten durch
den Vorstand, € _____

Kläger,

Proz.-Bev.: Rechtsanwälte _____

g e g e n

_____ vertreten durch den Vorstand,

Beklagter,

Proz.-Bev.: Rechtsanwalt' _____

hat das Sozialgericht Hildesheim - 52. Kammer - am 30. Juli 2013 gemäß § 105
Sozialgerichtsgesetz (SGG) durch die Vorsitzende, Richterin am Sozialgericht _____
_____ für Recht erkannt:

1. Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin 2.671,03 € zuzüglich Zinsen in Höhe von 2 %-Punkten über dem Basiszinssatz ab dem 6. April 2009 zu zahlen.
2. Im Übrigen wird die Klage abgewiesen.
3. Die Beklagte hat die Kosten des Verfahrens zu tragen.
4. Der Streitwert wird auf 2.671,03 € festgesetzt.

Tatbestand

Die Beteiligten streiten über die Vergütung einer stationären Behandlung des bei der Beklagten versicherten _____ (im Folgenden nur: der Versicherte) vom 13.11.2008 bis zum 25.11.2008.

Die Klägerin betreibt als Stiftung _____ (im Folgenden nur: die Klägerin).

Der Versicherte leidet an einer Diabetes mellitus-Erkrankung Typ 2. Ausweislich des Entlassungsberichtes der Klägerin vom 11.12.2008 wurde der Versicherte wegen eines Anstiegs des Glykohämoglobin-Wertes (HbA 1c) von 6,5 auf 7,7 % zur stationären Behandlung aufgenommen. Die Klägerin stellte die Hauptdiagnose „Typ-2-Diabetes, entgleist 11.71“. Zur Therapie setzte die Klägerin u.a. eine so bezeichnete diabetes-adaptierte Ernährung und Anpassungen des Medikaments Novo Rapid ein. Wegen der Einzelheiten der Behandlung wird auf die Patientenakte Bezug genommen.

Am 27.11.2008 stellte die Klägerin der Beklagten einen Betrag in Höhe von insgesamt 2.671,03 € für die DRG K60E „Diabetes mellitus mit schweren CC oder mit multiplen Komplikationen oder Ketoazidose“ in Rechnung.

Den Gesamtbetrag glich die Beklagte zunächst aus.

Die Beklagte beauftragte den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) mit der Überprüfung des stationären Aufenthalts des Versicherten und zwar zu der Plausibilität der Hauptdiagnose und der Frage: „Ist Rehafähigkeit angezeigt?“

Der MDK kam in seiner sozialmedizinischen Stellungnahmen vom 14.02.2009 und auf den Widerspruch der Klägerin mit weiterer Stellungnahme vom 11.08.2009 zu dem Ergebnis, dass die stationäre Aufnahme durch eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme hätte vermieden werden können. Es sei unstrittig, dass die Stoffwechseleinstellung nicht befriedigend gewesen sei und ausgeprägte Hypoglykämiewahrnehmungsstörungen vorgelegen hätten. Auch sei eine Stoffwechseleinstellung unter stationären Bedingungen erforderlich gewesen, die aber in spezialisierten stationären Rehabilitationseinrichtungen zu erbringen gewesen wäre.

Mit Schreiben vom 23.03.2009 informierte die Beklagte die Klägerin darüber, dass sie einen Betrag iHv 2.671,03 € für die Behandlung des Versicherten mit der Behandlung des _____ (Rechnung vom 20.03.2009) verrechnet habe.

Hiergegen hat die Klägerin am 13. August 2009 Klage vor dem Sozialgericht Hannover erhoben, das den Rechtsstreit an das zuständige Sozialgericht Hildesheim verwiesen hat.

Der Versicherte habe unter verschiedenen Folgeerkrankungen gelitten, die jederzeit verfügbares ärztliches Personal erforderlich machten. Es bedurfte der Erstellung engmaschiger Blutzuckerprofile und weiterer Anpassungen der Insulindosis. Spezialisierte Rehabilitationsbehandlungen, wie von der Beklagten in Bezug genommen, entsprechen einer Krankenhausbehandlung.

Die Klägerin beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, an sie 2.671,03 € nebst Zinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz ab dem 24.03 2009 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Die Beklagte bezweifelt die ordnungsgemäße Vertretung der Fachklinik durch die Stiftung als privatrechtliche Trägerin. Jedenfalls sei eine vollstationäre Behandlung des Versicherten nicht notwendig gewesen; diese sei gegenüber allen anderen Behandlungsformen subsidiär. Sie verweist hierzu auf die sozialmedizinischen Stellungnahmen des MDK im vorgerichtlichen Verfahren. Die Krankenhauspflegebedürftigkeit ergäbe sich auch nicht aus dem Anstieg des HbA-Wertes der letzten Monate und der Gewichtszunahme; maßgeblich für die Beurteilung könne nur der Aufnahmetag sein. Zudem sei die Einweisungsdiagnose auf der Verordnung von Krankenhausbehandlung nicht ersichtlich.

Das Gericht hat Beweis erhoben durch Einholung eines Sachverständigengutachtens. Herr [REDACTED] mmt mit Gutachten vom 14.10.2010 zu dem Ergebnis, dass die Behandlung des Versicherten unter den stationären Bedingungen eines Krankenhauses erforderlich gewesen ist. Wegen der Einzelheiten des Gutachtens und einer ergänzenden Stellungnahme wird auf Bl. 68 ff. und Bl. 102 ff. der Gerichtsakte (GA) Bezug genommen.

Die Beklagte hat daraufhin erneut den MDK beauftragt. Der MDK kommt in seiner Stellungnahme vom 10.12.2010 zu dem Ergebnis, dass es sich nicht um eine Akutaufnahme gehandelt habe. Die Stoffwechseleoptimierung zur Vermeidung bzw. Minimierung von Folgeerkrankungen sei eine Präventionsmaßnahme, die in einer Rehabilitationseinrichtung zu erbringen sei. Wegen der Einzelheiten wird auf Blatt 90 ff. GA Bezug genommen.

Das Gericht hat die Beteiligten in der Sitzung vom 14.09.2012 gemäß § 105 Sozialgerichtsgesetz (SGG) zu der beabsichtigten Entscheidung durch Gerichtsbescheid angehört und ihnen Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die Gerichtsakte, die Patientenakte sowie die Verwaltungsakte der Beklagten Bezug genommen, die dem Gericht vorgelegen haben und Grundlage der Entscheidungsfindung geworden sind.

Entscheidungsgründe

Gemäß § 105 SGG konnte das Gericht im vorliegenden Fall ohne mündliche Verhandlung durch Gerichtsbescheid entscheiden, weil die Sache keine besonderen Schwierigkeiten tatsächlicher oder rechtlicher Art aufweist, der Sachverhalt geklärt ist und die Beteiligten vor Erlass ordnungsgemäß gehört wurden.

Die als echte Leistungsklage im Sinne des § 54 Abs. 5 SGG zulässig Klage ist im tenorierten Umfang begründet. Sie war im Hinblick auf den beantragten Beginn der Verzinsung zurückzuweisen.

I.

Die Klägerin ist als Trägerin der Fachklinik aktiv legitimiert. In der Rechtsprechung ist anerkannt, dass der Krankenhausträger den Vergütungsanspruch geltend machen kann (vgl. Bundessozialgericht, Urteil vom 20. November 2008 Az. B 3 KN 4/08 KR R). Hieran ändert nichts die privatrechtliche Natur der Klägerin. Die Krankenhausträger sind unabhängig von ihrer Rechtsform in das Leistungserbringungssystem der GKV eingebunden; vgl. u.a. § 108 a SGB V.

II.

Die Klage ist hinsichtlich der Hauptforderung begründet. Es besteht ein Anspruch der Klägerin auf Vergütung der vollstationären Behandlung des Versicherten.

1.

Der Anspruch der Klägerin auf vollständige Zahlung der Behandlung für den Patienten [REDACTED] ist nicht durch wirksame Aufrechnung der Beklagten mit einem öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch aus dem Behandlungsfall des Versicherten in Höhe von 2.671,03 € analog § 387 ff. Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) erloschen. Die Beklagte hat den Betrag für die Behandlung des Versicherten zu Recht auf die stationäre Behandlung des Versicherten überwiesen. Die Voraussetzungen für die Aufrechnung liegen nicht vor.

Streitgegenständlich ist nicht der Zahlungsanspruch der Klägerin wegen des stationären Krankenhausaufenthalts des Versicherten. Die hierfür in Rechnung gestellten Kosten hat die Beklagte unstreitig in voller Höhe ausgeglichen. Streitgegenständlich ist die Frage, ob die Beklagte berechtigt war, nachträglich mit einem Rückzahlungsanspruch gegenüber einer späteren Forderung aufzurechnen.

Gemäß § 387 BGB ist Voraussetzung der Aufrechnung die Gegenseitigkeit und Gleichartigkeit der Forderungen. Die Gleichartigkeit der Hauptforderung (Vergütungsanspruch aus dem Behandlungsfall [REDACTED]) und der Gegenforderung (Erstattungsanspruch aus dem Behandlungsfall des Versicherten) liegt vor; es handelt sich jeweils um Geldforderungen. Es besteht auch Gegenseitigkeit der Forderungen. Die Beklagte ist allerdings nicht Gläubigerin einer voll wirksamen und fälligen Gegenforderung. Es besteht keine öffentlich-rechtliche Erstattungsforderung. Die Leistung der Beklagten für die Behandlung des Versicherten im benannten Zeitraum erfolgte mit Rechtsgrund.

2.

Die Voraussetzungen des Sicherstellungsvertrages gemäß § 112 Fünftes Sozialgesetzbuch (SGB V) in Verbindung mit § 109 Abs. 4 SGB V liegen vor.

Es bestand ein Anspruch des Versicherten gemäß § 39 SGB V auf Erbringung einer stationären Behandlung. Das setzt voraus, dass eine Krankenhausbehandlung stattgefunden hat und diese auch notwendig war.

Es hat eine stationäre Krankenhausbehandlung und keine medizinische Rehabilitation stattgefunden. Gestaltet sich die Abgrenzung im Einzelfall auch schwierig, so spricht im Übrigen nicht gegen eine Krankenhausbehandlung, dass diese auch rehabilitative Elemente beinhaltet (vgl. u.a. BSG, Urteil vom 20. Januar 2005, Az.: B 3 KR 9/03 R). Eine Unterscheidung ist nach der Art der Einrichtung, den Behandlungsmethoden und dem Hauptziel der Behandlung zu treffen. Dafür, dass vorliegend eine Krankenhausbehandlung durchgeführt wurde, spricht zunächst, dass die Klägerin nicht als Rehabilitationseinrichtung sondern nur als Krankenhaus zugelassen ist.

Zur Überzeugung des Gerichts wurde eine vollstationäre Krankenhausbehandlung durchgeführt, die auch erforderlich war.

Nach der Entscheidung des Großen Senats des Bundessozialgerichts vom 25. September 2007, Az. GS 1/06, ist die medizinische Erforderlichkeit einer Krankenhausbehandlung nach folgenden Grundsätzen zu beurteilen:

"1. Ob einem Versicherten vollstationäre Krankenhausbehandlung zu gewähren ist, richtet sich nach medizinischen Erfordernissen. Reicht nach den Krankheitsbefunden eine ambulante Therapie aus, so hat die Krankenkasse die Kosten eines Krankenhausaufenthalts auch dann nicht zu tragen, wenn der Versicherte aus anderen, nicht mit der Behandlung zusammenhängenden Gründen eine spezielle Unterbringung oder Betreuung benötigt und wegen des Fehlens einer geeigneten Einrichtung vorübergehend im Krankenhaus verbleiben muss.

2. Ob eine stationäre Krankenhausbehandlung aus medizinischen Gründen notwendig ist, hat das Gericht im Streitfall uneingeschränkt zu überprüfen. Es hat dabei von dem im Behandlungszeitpunkt verfügbaren Wissens- und Kenntnisstand des verantwortlichen Krankenhausarztes auszugehen. Eine "Einschätzungsprärogative" kommt dem Krankenhausarzt nicht zu." (Leitsätze, zitiert nach juris)

Das Behandlungsziel konnte im vorliegenden Fall nicht auf andere Weise – insbesondere durch ambulante Behandlung oder medizinische Rehabilitation - erreicht werden.

Unstreitig ist nach den sozialmedizinischen Stellungnahmen, dass überhaupt stationäre Behandlungsbedürftigkeit vorlag. Das Gericht verweist in diesem Zusammenhang auf die Entscheidungen des Landessozialgerichts Niedersachsen-Bremen vom 26.02.2013 (L 4 KR 340/10, L 4 KR 277/10, L 4 KR 278/10), wonach die stationäre Rehabilitation nicht der akutstationären Behandlung vorgeht und der aufnehmende Arzt - bei unstreitiger stationärer Behandlungsbedürftigkeit - nicht verpflichtet ist, zu prüfen, ob es geeignete Rehabilitationseinrichtungen gibt.

Das Gericht folgt im Übrigen den Feststellungen des [REDACTED]. Die akutstationäre Behandlungsbedürftigkeit begründet sich in der Diabeteseinstellung, deren Überwachung stationär erforderlich war. Überzeugend legt der Sachverständige dar, dass die Therapieanpassung mit vermehrter Hypoglykämiegefahr ambulant nicht leistbar ist, was auch der MDK nicht anzweifelt. Der Beklagten kann - unabhängig davon, ob bereits die Auffassung der Beklagten, dass eine stationäre Rehabilitation zu erbringen gewesen wäre, impliziert, dass die Voraussetzungen nach § 39 SGB V vorliegen - nicht darin gefolgt werden, dass eine Rehabilitation ausreichend gewesen wäre. Denn

die Schwelle zur akutstationären Behandlung ist nicht erst beim Notfall - etwa wegen schwerer Hypoglykämien erreicht -, sodass die Kritik der Beklagten, auch nach Auffassung des Sachverständigen habe keine akute Stoffwechsellage oder eine Hypoglykämie vorgelegen, welche eine notfallmäßige Aufnahme rechtfertigten, nicht trägt. Zudem ist die notwendig gewordene Therapieanpassung nach Auffassung der Kammer keine Rehabilitationsleistung. Wie sich aus § 107 SGB V ergibt, steht bei der akutstationären Behandlung die Diagnostik und Therapie im Vordergrund, während in Rehabilitationseinrichtungen ein Behandlungserfolg weiter aufgebaut wird.

Zutreffend ist zwar, dass die Einweisungsdiagnose nicht ersichtlich ist; das ist jedoch unerheblich, sofern sich aus den sonstigen Behandlungsunterlagen die stationäre Behandlungsbedürftigkeit ergibt.

III.

Der Zinsanspruch ergibt sich aus § 13 Abs. 6, 7 des Niedersächsischen Krankenhausvertrages und zwar nicht im Hinblick auf die Rechnung des Versicherten, sondern im Hinblick auf die Rechnung für die unstrittige Behandlung des [REDACTED] am 20. März 2009 übermittelt, weshalb hier Fälligkeit am 6. April 2009 in entsprechender Anwendung der §§ 187, 188 BGB eingetreten ist. Soweit Zinsen ab dem 24. März 2009 (Tag nach der Verrechnungsmittelteilung der Beklagten) beantragt sind, ist die Klage abzuweisen.

IV.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 197 a SGG in Verbindung mit § 154 Abs. 1 Verwaltungsgerichtsordnung. Ohne Auswirkungen bleibt, dass die Klägerin zunächst mit der Klageschrift höhere Zinsen beantragt und insoweit - nach Korrektur des Klageantrages in der nichtöffentlichen Sitzung - die Klage zurückgenommen hat, vgl. § 155 Abs. 1 S. 3 VwGO; ebenfalls unberücksichtigt bleibt das geringe Unterliegen hinsichtlich des Verzinsungszeitpunktes.

V.

Gemäß §§ 155, 197a SGG entscheidet das Gericht durch Beschluss über die Streitwertfestsetzung. Der Streitwert ergibt sich aus der Hauptforderung. Zinsen bleiben außen vor, vgl. § 43 Abs. 1 Gerichtskostengesetz (GKG).

RECHTSMITTELBELEHRUNG

Dieser Gerichtsbescheid kann mit der Berufung angefochten werden.

Die Berufung ist innerhalb **eines Monats** nach Zustellung des Gerichtsbescheids bei dem Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen, Georg-Wilhelm-Str. 1, 29223 Celle, oder bei der Zweigstelle des Landessozialgerichts Niedersachsen-Bremen, Am Wall 198, 28195 Bremen schriftlich oder mündlich zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle einzulegen.

Die Berufungsfrist ist auch gewahrt, wenn die Berufung innerhalb der Monatsfrist bei dem Sozialgericht Hildesheim, Kreuzstraße 8, 31134 Hildesheim, schriftlich oder mündlich zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle eingelegt wird.

Die Berufungsschrift muss innerhalb der Monatsfrist bei einem der vorgenannten Gerichte eingehen. Sie soll den angefochtenen Gerichtsbescheid bezeichnen, einen bestimmten Antrag