
Datum: 03.05.2017
Gericht: Sozialgericht Detmold
Spruchkörper: 5. Kammer
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: S 5 KR 701/13
ECLI: ECLI:DE:SGDT:2017:0503.S5KR701.13.00

Sachgebiet: Krankenversicherung
Rechtskraft: nicht rechtskräftig

Tenor:

Die Klage wird abgewiesen. Die Klägerin und Widerbeklagte wird verurteilt, an die Beklagte und Widerklägerin 300,00 Euro nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz ab dem 13.11.2015 zu zahlen. Die Klägerin und Widerbeklagte trägt die Kosten des Verfahrens. Der Streitwert wird auf 1.369,50 Euro festgesetzt.

- Tatbestand: 1
- Die Beteiligten streiten über die Vergütung für eine stationäre Behandlung und über die Gewährung einer Aufwandspauschale. 2
- Die bei der Klägerin und Widerbeklagten (im Folgenden: Klägerin) versicherte L B I, geb. am 00.00.2004 (im Folgenden: Versicherte) befand sich in stationärer Behandlung im Haus der Beklagten und Widerklägerin (im Folgenden: Beklagte) in der Zeit vom 14.07.2009 bis zum 16.07.2009. 3
- Die stationäre Aufnahme erfolgte zur Abklärung eines Kleinwuchses. Nach Aufnahme des Kindes am späten Nachmittag des 14.07.2019 wurde am Morgen des 15.07.2009 der erste von zwei standardisierten Belastungstests mit Clonidin und Arginin durchgeführt. Nach Abschluss der stationären Behandlung und Auswertung der Testergebnisse wurde die Indikation für die Einleitung einer Wachstumshormontherapie gestellt. 4

Die Beklagte stellte der Klägerin die stationäre Behandlung am 23.07.2009 mit einer Vergütung in Höhe von 1889,94 Euro in Rechnung (DRG K64D - Endokrinopathie, Alter) 5 Jahre, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC). Die Klägerin beglich die Rechnung und leitete aufgrund konkreter Zweifel das Prüfverfahren ein.

Mit Gutachten vom 03.11.2009 kam Dr. N (Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Westfalen-Lippe - MDK) zu dem Ergebnis, dass eine Überschreitung der unteren Grenzverweildauer nicht notwendig gewesen wäre. Ein Aufenthalt von zwei Tagen sei trotz der Notwendigkeit der stationären Durchführung der Tests nicht erforderlich gewesen. Am Aufnahmetag hätte bereits der erste Test durchgeführt werden können. Der andere Test wäre somit am Folgetag möglich gewesen. Hieraus resultiere nur ein Belegungstag. Der Gesamtaufenthalt mit zwei Belegungstagen sei hingegen nicht begründet. 6

Mit Schreiben vom 08.11.2010 teilte die Klägerin der Beklagten die Feststellungen des MDK mit und forderte sie zur Rückzahlung von 1.069,50 Euro bis zum 06.12.2010 auf. Die Differenz ergab sich durch die Überzahlung für die Überschreitung der unteren Grenzverweildauer. Weitere Aufforderungen zur Rückzahlung wurden am 08.02.2011, 22.08.2012 und 22.10.2012 versandt. 7

Mit der bei Gericht am 15.12.2013 eingegangenen Klage begehrt die Klägerin weiterhin die Rückforderung des Differenzbetrages nebst Zinsen seit dem 07.12.2010. Sie trägt zur Begründung vor, die Aufnahme der Versicherten am 14.07.2009 um 17.00 Uhr sei nicht notwendig gewesen. Es habe sich um eine elektive stationäre Aufnahme gehandelt. An diesem Tag seien keinerlei Untersuchungen im Hinblick auf den vermuteten Kleinwuchs mehr durchgeführt worden. Die Aufnahme in den frühen Abendstunden sei daher medizinisch nicht begründet gewesen. Ein eintägiger stationärer Aufenthalt wäre ausreichend und medizinisch begründet gewesen. Auch wenn vor Durchführung der Tests die stationäre Aufnahme am Vortag ärztlich empfohlen werde, bedeute dies nicht, dass von einer ärztlichen oder pflegerischen Intervention gesprochen werden könne, welche an die besonderen Mittel eines Krankenhauses gebunden gewesen sei. Ein Transport mit dem Pkw oder ein Krankentransport durch die Krankenkasse würden keine derartige körperliche Belastung auslösen, als dass hierdurch die angestrebten Untersuchungsergebnisse relevant verfälscht würden. 8

Mit bei Gericht am 13.11.2015 eingegangenem Schriftsatz beansprucht die Beklagte im Wege der Widerklage die Zahlung einer Aufwandspauschale in Höhe von 300,00 Euro. 9

Die Klägerin beantragt, 10

die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin 1.069,50 Euro nebst Zinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 07.12.2010 zu zahlen. 11

Die Beklagte beantragt, 12

die Klage abzuweisen. 13

Widerklagend beantragt die Beklagte, 14

die Klägerin zur Zahlung der Aufwandspauschale in Höhe von 300,00 Euro nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz ab dem 13.11.2015 zu verurteilen. 15

Die Klägerin beantragt, 16

die Widerklage abzuweisen.	17
Die Beklagte ist der Auffassung, die Klägerin habe die Rechnung zu Recht beglichen. Es sei zu berücksichtigen, dass die Versicherte vor Durchführung des Clonidin-Belastungstests nicht habe aufstehen und sich auch sonst keinerlei körperlichen Belastungen habe aussetzen dürfen. Die Ergebnisse des Clonidin-Belastungstests seien ansonsten nicht verwertbar. Vor diesem Hintergrund sei die stationäre Aufnahme bereits am Tag zuvor erfolgt. Auch eine Anreise am Tag des Tests sei mit körperlicher Bewegung und Belastung verbunden. In der einschlägigen Fachliteratur auf nationaler und internationaler Ebene werde die stationäre Aufnahme der Patienten am Vorabend empfohlen. Hierzu legte die Beklagte eine Stellungnahme des leitenden Arztes der Pädiatrischen Endokrinologie und Diabetologie Dr. O K vor. Sie überreichte ebenfalls eine Veröffentlichung von N1 C. S zur Diagnostik von Wachstumsstörungen bei Kindern und Jugendlichen aus dem Jahr 2003	18
Das Gericht hat zur Aufklärung des medizinischen Sachverhalts ein Gutachten von Dr. H T, Ärztin für Kinder- und Jugendmedizin, eingeholt. Auf Inhalt und Ergebnisse des am 02.06.2016 bei Gericht eingegangenen Gutachtens wird verwiesen.	19
Wegen der weiteren Einzelheiten im Sach- und Streitstand nimmt die Kammer Bezug auf die Gerichtsakten und die beigezogene Patientendokumentation. Die Unterlagen waren Gegenstand der mündlichen Verhandlung.	20
Entscheidungsgründe:	21
Die Klage ist zulässig. Sie ist als (echte) Leistungsklage nach § 54 Abs 5 Sozialgerichtsgesetz (SGG) statthaft, weil es sich bei dem mit der Klage verfolgten Anspruch der Klägerin auf Rückzahlung eines Teils der für die Krankenhausbehandlung des Versicherten bezahlten Vergütung um einen Parteienstreit im Gleichordnungsverhältnis handelt, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt (BSG SozR 4-5560 § 17 b Nr 2).	22
Die Klage ist jedoch nicht begründet.	23
Die Klägerin kann die Rückzahlung der Vergütung für die stationäre Behandlung der Versicherten in der Klinik der Beklagten nicht verlangen.	24
Als Rechtsgrundlage für den mit der Klage verfolgten Zahlungsanspruch kommt der allgemein anerkannte öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch in Betracht (vgl. BSGE 16, 151, 156; BSG SozR 3-1300 § 113 Nr 1; BSG SozR 4-2500 § 264 Nr 3; BSG SozR 4-5560 § 17 b Nr 2).	25
Dem Rechtsstreit liegt zunächst ein öffentlich-rechtliches Bereicherungsverhältnis zugrunde. Die Abrechnungsbeziehungen zwischen der klagenden Krankenkasse und dem beklagten Krankenhaus sind öffentlich-rechtlich ausgestaltet. Dies ergibt sich explizit aus § 69 S 2 SGB V. Danach sind die Rechtsbeziehungen der Krankenkassen und ihrer Verbände zu den Krankenhäusern und ihren Verbänden abschließend im 4. Kapitel des SGB V, in den §§ 63, 64 SGB V und in dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) den Krankenhausentgeltgesetz (KHEntGG) sowie den hiernach erlassenen Rechtsverordnungen geregelt. Da es sich bei diesen Vorschriften um solche des öffentlichen Rechts handelt, sind auch die hierauf beruhenden Rechtsbeziehungen zwischen den Beteiligten öffentlich-rechtlicher Natur (BSG, Urteil vom 08.11.2011, B 1 KR 8/11 R, www.juris.de).	26

Die für den öffentlich rechtlichen Erstattungsanspruch tatbestandlich erforderliche Vermögensverschiebung liegt vor. Diese erfolgte allerdings mit Rechtsgrund, da der mit der Rechnung geltend gemachte Vergütungsanspruch der Beklagten in ungekürzten Umfang besteht.

Rechtsgrundlage der von der Beklagten geltend gemachten Forderung ist § 109 Abs 4 S 3 SGB V i.V.m. § 7 Abs 1 Nr 1 KHEntGG und § 17 b KHG, die Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2009 und die von den Vertragsparteien auf Bundesebene getroffene Vereinbarung zu den deutschen Kodierrichtlinien (DKR) für das Jahr 2009. 28

Die Grundvoraussetzung eines Anspruchs auf Krankenhausvergütung ist vorliegend unstreitig erfüllt. Streitig ist allein, ob die Behandlung bereits nach einem stationären Belegungstag hätte beendet werden können (sekundäre Fehlbelegung). Da die Klägerin die Notwendigkeit der stationären Behandlung grundsätzlich anerkannt hat, ist lediglich darüber zu befinden, ob die Versicherte - wie die Klägerin geltend macht - schon am Vortrag der Operation notwendig stationär hätte aufgenommen werden dürfen und die Krankenhausleistung deshalb mit der vollem Fallpauschale zu vergüten ist oder ob ein Abschlag für die Unterschreitung der unteren Grenzverweildauer in Höhe von 1069,50 Euro zu erfolgen hat. 29

Die Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse entsteht unabhängig von den oben bereits genannten Rechtsgrundlagen, wenn das Krankenhaus nach Maßgabe des § 39 Abs 1 S 2 SGB V eine "erforderliche" Leistung erbracht hat. Versicherte haben Anspruch auf vollstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus (§ 108 SGB V) nur, 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. Die von der Beklagten durchgeführte vollstationäre Aufnahme der Versicherten am 14.07.2009 hätte die Versicherte deshalb nur beanspruchen können und wäre von der Klägerin als solche zu bezahlen, wenn die Versorgungsziele des § 27 Abs 1 S 1 SGB V mit vorstationärer oder ambulanter Behandlung nicht zu erreichen gewesen wäre. 30

Dies steht nach dem Gutachten der Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin Dr. H T zur Überzeugung der Kammer fest. 31

Bei der Versicherten bestand der dringende Verdacht auf einen Wachstumshormonmangel. Zur Sicherung der Diagnose sollen nach den Ausführungen der Sachverständigen die körperlichen und endokrinologischen Befunde nach den Leitlinien der Fachgesellschaften für pädiatrische Endokrinologie und Diabetologie sowie der Fachgesellschaft für Kinderheilkunde und Jugendmedizin erhoben werden. Da das Wachstumshormon pulsatil und mit einer zirkadianen Rhythmik ausgeschüttet wird, kommen starke Konzentrationsschwankungen des Hormons zustande in Abhängigkeit der vorherigen Belastung. Die durchgeführten Wachstumshormonstimulationstests müssen daher nach mindestens sechsstündigem nächtlichen Fasten morgens am nüchternen, ruhenden Kind unter standardisierten Bedingungen und sorgfältiger Überwachung durchgeführt werden. Vor diesem Hintergrund stuft die Sachverständige für die Kammer in nachvollziehbarer Weise die stationäre Aufnahme am Vortag des ersten Wachstumshormonstimulationstests als medizinisch erforderlich ein. Die Blutentnahmen können auf andere Weise nicht an einem nüchternen und ruhenden Kind durchgeführt werden. Anderenfalls besteht die Gefahr, dass die nicht zu kalkulierende körperliche Belastung als Triggerfaktor für eine Wachstumshormonausschüttung zu sehen ist und der sodann durchgeführte Test keine 32

Aussagekraft beinhaltet.

Für die Kammer ist dabei auch verständlich, dass eine Anreise des Kindes von zuhause oder einer in der Nähe des Krankenhauses liegenden Übernachtungsstätte eine Ausschüttung des Wachstumshormons herbeiführen kann, die die Ergebnisse des Testverfahrens verändert. Eine Möglichkeit der Verschiebung in ein prästationäres oder ambulantes Setting besteht daher nicht. Die Sachverständige bezieht sich bei ihren Ausführungen zutreffend auf die Leitlinie Nr. 174/002 zur Diagnostik des Wachstumshormonmangels im Kindes- und Jugendalter (http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/174-002k_S2e_Wachstumshormonmangel_Diagnostik_Kinder_Jugendliche_2014-10.pdf). Die Kurzfassung enthält unter Ziffer C. 11 den Hinweis, dass die Hormonstimulationstests sämtlich nach mindestens sechs Stunden nächtlichen Fastens morgens am nüchternen und ruhenden Kind unter standardisierten Bedingungen durchzuführen sind. Dass diese Leitlinie für die Behandlung im Jahr 2009 noch keine Anwendung gefunden haben soll, ergibt sich für die Kammer nicht. Die Leitlinie wurde unter der Registernummer 089/001 im November 2008 erstellt und im Juli 2014 überarbeitet.

Die Klägerin führt zwar rechtlich zutreffend aus, dass Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit nur bei einem Krankheitszustand besteht, dessen Behandlung den Einsatz der besonderen Mittel eines Krankenhauses erforderlich macht (std. Rspr., vgl. BSGE 101, 181=SozR 4-2500 § 109 Nr 15 Randnr 18 ff). Dabei werden als besondere Mittel des Krankenhauses eine apparative Mindestausstattung, geschultes Pflegepersonal und ein jederzeit präsenter oder rufbereiter Arzt herausgestellt (vgl. BSGE 117, 82=SozR 4-2500 § 109 Nr 40, Randnr 11 m.w.N.). So richtet sich im Grundsatz die Frage, ob einem Versicherten vollstationäre Krankenhausbehandlung zu gewähren ist, allein nach medizinischen Erfordernissen (BSG, Großer Senat BSGE 99, 111=SozR 4-2500 § 39 Nr 10, Randnr. 15). Unter Berücksichtigung dieser rechtlichen Vorgaben ist zwar der Klägerin zuzugestehen, dass am Vortag des ersten Hormonstimulationstests eine apparative Mindestausstattung, geschultes Pflegepersonal und ein jederzeit präsenter oder rufbereiter Arzt nicht notwendig gewesen sind, da lediglich sicherzustellen war, dass der Test am ruhenden und nüchternen Kind erfolgen. Da die bei der Versicherten durchgeführten Tests aber jeweils nicht im ambulanten Rahmen durchführbar sind - hierüber sind sich die Beteiligten einig - muss die stationäre Aufnahme so erfolgen, dass eine sinnvolle Durchführung der Tests ermöglicht wird.

Für den Fall einer Radiojodtherapie hat das BSG in seiner Entscheidung vom 17.11.2005 (Az. B 1 KR 18/15 R, BSGE 120, 78=SozR 4-2500 § 39 Nr 24, www.juris.de) entschieden, dass stationäre Krankenhausbehandlung im Rechtssinne aus allein medizinischen Gründen dann erforderlich ist, wenn die medizinisch notwendige Versorgung aus Gründen der Rechtsordnung nur stationär erbracht werden darf. Bei der vorliegend umstrittenen Krankenhausbehandlung bestand ohne die stationäre Aufnahme am Vortag des ersten Tests die naheliegende Gefahr der Unbrauchbarkeit der Testergebnisse. Angesichts der faktischen Gegebenheiten lässt sich diese Situation nicht anders lösen, als auch in derartigen Fällen die Notwendigkeit der stationären Aufnahme am Vortag zu bejahen. Denn bereits der Transport des Kindes entweder vom Wohnort oder von einem nahegelegenen Hotel in das Krankenhaus ist mit körperlicher Bewegung verbunden, die eine Hormonausschüttung und damit eine Verfälschung der Testergebnisse zur Folge haben kann. Dass die Eltern des zum Zeitpunkt der stationären Behandlung knapp fünfjährigen Kindes dafür hätten sorgen können, dass eine hormonelle Ausschüttung nicht stattfindet und das Kind in ruhendem Zustand in die Klinik zur Durchführung des Tests verbracht wird, erscheint nahezu ausgeschlossen. Allein das morgendliche Aufstehen, das Anziehen und der Transport führen zu körperlicher Anstrengung mit der Möglichkeit einer Hormonausschüttung, die auch dann nicht verhindert

werden kann, wenn der Transport gut organisiert wird und die Übernachtungsstätte sich in der Nähe des Krankenhauses befindet. Hinzu kommt die ohnehin mit der stationären Aufnahme verbundene Aufregung, die bei einem knapp fünfjährigen Mädchen nicht durch Erklärungen der Eltern oder schonendes Verhalten gelindert werden kann. Vor diesem Hintergrund ist die Situation anders zu beurteilen, als bei einem alleinigen Erfordernis der Nüchternheit. Dies zu gewährleisten kann den Eltern bzw. Erziehungsberechtigten übertragen werden und bedarf nicht zwingend einer vollstationären Aufnahme am Vortag einer Intervention.

Entgegen der Auffassung der Klägerin bedarf es keiner weiteren Ermittlungen. Die Sachverständige hat eine gut nachvollziehbare und widerspruchsfreie Beurteilung des konkreten Behandlungsfalls abgegeben. Ein Nachweis für die These, dass das morgendliche Aufstehen und der Transport zum Krankenhaus für ein knapp fünfjähriges Kind mit körperlicher Anstrengung verbunden ist, bedarf es nach Auffassung der Kammer nicht. Aus tatsächlichen Gründen heraus musste vorliegend die stationäre Behandlung am Vorabend des ersten Tests erfolgen. Die Klägerin wäre vielmehr gehalten gewesen, darzulegen, auf welche Art und Weise das Antreffen eines ausgeruhten Kindes zur Durchführung eines nur im stationären Rahmen möglichen Tests gewährleistet werden kann. 36

Die Widerklage ist zulässig und begründet. Es besteht ein Anspruch der Beklagten auf Zahlung einer Aufwandspauschale nach § 275 Abs 1 c S 3 SGB V in Höhe von 300,00 Euro. Auf Veranlassung der Klägerin ist eine Auffälligkeitsprüfung durchgeführt worden, bei der die Dauer der stationären Behandlung vom MDK überprüft werden sollte. Hieraus folgt nach der gesetzlichen Regelung ein Anspruch des Krankenhauses auf Zahlung einer Aufwandspauschale, wenn die Prüfung nicht zu einer Minderung des Rechnungsbetrages geführt hat, was vorliegend der Fall war. 37

Die grundsätzliche Anwendbarkeit von § 275 Abs 1 c SGB V ist gegeben, denn es handelt sich nicht um eine sachlich-rechnerische Prüfung, die nach der Rechtsprechung des BSG (vgl. BSG vom 01.07.2014, B 1 KR 29/13 R, BSG vom 26.10.2016, B 1 KR 16/15 R, www.juris.de) jederzeit von den Krankenkassen ungeachtet der gesetzlichen Voraussetzungen des § 275 Abs 1 c SGB V durchgeführt werden kann und keinen Anspruch auf Zahlung einer Aufwandspauschale auslöst. 38

Vorliegend war Gegenstand der MDK-Prüfung die Überschreitung der unteren Grenzverweildauer und damit die medizinische Indikation für die Dauer des stationären Krankenhausaufenthalts. Damit handelt es sich um eine Wirtschaftlichkeitsprüfung, die den Anwendungsbereich des § 275 Abs 1 c SGB V eröffnet. Der Anspruch auf Zahlung der Aufwandspauschale ist während des Verzugs nach § 69 Abs 1 S 3 SGB V i.V.m. § 288 Abs 1 BGB mit Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz zu verzinsen. Die Fälligkeit des Anspruchs ist spätestens mit der Geltendmachung der Forderung eingetreten. Ab Rechtshängigkeit der Widerklage konnte damit der Zinsanspruch erhoben werden. 39

Die Kostenentscheidung beruht auf § 197 a SGG i.V.m. § 154 Abs 1 Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO). 40

Der Streitwert bestimmt sich nach § 52 Abs 3 Gerichtskostengesetz (GKG) i.V.m. § 45 Abs 1 GKG. 41
