Abschrift

L 5 KR 146/10

S 7 KR 205/08 Mz

Verkündet am: 03.03.2011

Schwenderling
Justizbeschäftigte
als Urkundsbeamtin
der Geschäftsstelle

LANDESSOZIALGERICHT RHEINLAND-PFALZ

IM NAMEN DES VOLKES

URTEIL

In dem Rechtsstreit

– Klägerin und Berufungsbeklagte –

Prozessbevollmächtigter: Rechtsanwalt Friedrich W. Mohr,
c/o Krankenhausgesellschaft Rheinland-Pfalz e.V.,
Bauerngasse 7, 55116 Mainz

gegen

– Beklagte und Berufungsklägerin –

hat der 5. Senat des Landessozialgerichts Rheinland-Pfalz in Mainz aufgrund der mündlichen Verhandlung vom 03. März 2011 durch

Vizepräsident des Landessozialgerichts Dr. Follmann
Richter am Landessozialgericht Keller
Richter am Landessozialgericht Wiemers
ehrenamtliche Richterin Obel-Back
ehrenamtliche Richterin Bauer

für Recht erkannt:

1. Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Mainz vom 09.04.2010 aufgehoben und die Klage abgewiesen.

2. Die Klägerin hat die Kosten des Verfahrens in beiden Rechtszügen zu tragen.

3. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand

Streitig ist ein Anspruch auf Vergütung einer Krankenhausbehandlung in Höhe von weiteren 1.382,05 €.

Die 1918 geborene Versicherte H wurde aufgrund einer undatierten Verordnung des Dr. (Diagnosen: Demenz vom Alzheimertyp, bitte um PEG-Anlage) in der Zeit vom 26.09.2007 bis 28.09.2007 stationär in der Klinik der Klägerin behandelt. Gemäß Arztbrief der Klinik vom 28.09.2007 lagen als Vordiagnosen eine fortgeschrittene Alzheimer-Demenz, eine Osteoporose, anamnestisch ein Glaukom beidseits ohne Therapie, eine Harninkontinenz sowie eine axiale Hiatushernie vor; als aktuelle Diagnosen wurden eine PEG-Sondenanlage in Fadendurchzugstechnik, eine leichte erosive Pangastritis, eine Bulbitis, ein Verdacht auf Soor im Ösophagus (DD: Speisereste) sowie eine Refluxösophagitis Grad II nach Savary/Miller angegeben. Die Versicherte, die in einem Pflegeheim lebt, ist immobil, dement und war am Aufnahmetag agitiert und multimorbid, die Versicherte war nicht nüchtern und es bestanden Zeichen einer Exsikkose (vgl. Stellungnahme des Dr. Medizincontrolling der Klinik, vom 12.12.2007). Am Aufnahmetag wurde die Versicherte sediert, es wurde mit einer Flüssigkeitssubstitution begonnen und es wurden vorbereitende Laboruntersuchungen durchgeführt. Außerdem wurde die Betreuerin der Klägerin über die geplante PEG-Implantation aufgeklärt. Der Eingriff wurde am 27.09.2007 durchgeführt, am 28.09.2007 wurde die Versicherte entlassen. Mit Rechnung vom

02.10.2007 forderte die Klägerin von der Beklagten einen Betrag in Höhe von 2.108,41 €. Die Beklagte beglich die Rechnung zunächst unter Vorbehalt. Sie holte ein Gutachten bei Dr. H Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (MDK) vom 12.12.2007 ein, der die Auffassung vertrat, die Verweildauer von zwei Tagen sei nicht nachvollziehbar, es sei lediglich eine eintägige Verweildauer medizinisch begründet. Die notwendigen Vorbereitungsmaßnahmen für eine elektive PEG-Anlage einschließlich der entsprechenden Aufklärung seien grundsätzlich ambulant oder vorstationär durchführbar. Dr. wies in seiner Stellungnahme vom 12.12.2007 darauf hin, dass die Klägerin stark hilfs- und überwachungsbedürftig sei und unter Betreuung stehe; sie sei der Klinik bis dahin unbekannt gewesen. Die stationäre Aufnahme der 88jährigen Versicherten am präinterventionellen Tag sei im vorliegenden Fall zwingend geboten gewesen, eine Aufnahme erst am Interventionstag wäre medizinisch nicht vertretbar gewesen. Dr. 'Dr. n, MDK, führten hierzu in ihrer Stellungnahme vom 24.01.2008 aus, die notwendigen Vorbereitungsmaßnahmen, einschließlich der adäquaten Aufklärung, erfolgten bei einer PEG-Anlage in der Regel im ambulanten Setting, sogar nicht selten der Eingriff selbst. Eine stationäre Aufnahme erst am Tag des Eingriffes selbst, nach geplanter ambulanter Vorbereitung, sei durchaus geeignet, den "Patientenstress" zu vermindern. Die offenbar vorliegende "milde" Exsikkose begründe ebenfalls keine stationäre Behandlungsnotwendigkeit, zumal bei der vorliegenden Patientenkonstellation das Flüssigkeitsdefizit eher ein Dauerproblem darstelle, dem mit der PEG abgeholfen werden solle. Die Beklagte verrechnete daraufhin den bereits gezahlten Betrag mit anderweitigen Zahlungsansprüchen der Klägerin und zahlte lediglich den unstreitigen Teilbetrag für die um einen Abschlag reduzierte DRG G50 Z in Höhe von 712,43 € erneut an die Klägerin.

Am 07.08.2008 hat die Klägerin beim Sozialgericht Mainz (SG) Klage erhoben und die Zahlung eines weiteren Betrages von 1.382,05 € verlangt. Das SG hat ein Gutachten bei dem Facharzt für Innere Medizin Dr. V vom 30.01.2009 eingeholt. Dieser hat dargelegt, zwar hätte prinzipiell die bereits am Morgen

stationär aufgenommene Versicherte nach entsprechender Nahrungskarenz ab dem Zeitpunkt der Aufnahme auch noch (am ggf. späten) Nachmittag des Aufnahmetages operiert werden können, zumal prinzipiell gerade im Hinblick auf die vorliegende Demenz ein möglichst kurzer stationärer Aufenthalt anzustreben gewesen wäre. Auch begründe der Umstand, dass bei der Versicherten eine Sedierung erforderlich wurde und aufgrund von Exsikkose-Zeichen noch am Aufnahmetag mit der intravenösen Flüssigkeitssubstitution über einen peripheren Venenkatheter begonnen wurde, nicht zwingend einen Aufschub der vorgesehenen PEG-Anlage auf den Folgetag. Angesichts der rechtlichen Anforderungen an die Patientenaufklärung und der erst am Morgen des Aufnahmetages erfolgten Aufklärung der Betreuungsperson über die geplante PEG-Anlage hätte jedoch zwingend erst am Folgetag der Eingriff durchgeführt werden können.

Durch Urteil vom 09.04.2010 hat das SG die Beklagte verurteilt, an die Klägerin 1.382,05 € nebst Zinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 12.02.2008 zu zahlen. Zur Begründung ist ausgeführt, Rechtsgrundlage für den Anspruch des Krankenhauses auf Zahlung der Kosten der stationären Krankenhausbehandlung sei § 109 Abs. 4 Satz 3 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) in Verbindung mit dem nach § 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V zwischen der Krankenhausgesellschaft Rheinland-Pfalz und den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung geschlossenen Krankenhausbehandlungsvertrag (KBV). Der stationäre Krankenhausaufenthalt der Versicherten sei in voller Länge medizinisch notwendig gewesen. Die Krankenhausärzte hätten zunächst prüfen müssen, ob die Versicherte noch selbst aufgeklärt werden konnte. Denn Adressatin der ärztlichen Aufklärung sei - auch im Fall einer gerichtlich angeordneten Betreuung - grundsätzlich die betreute Person. Nur wenn diese nach ihrer natürlichen Willens- und Einsichtsfähigkeit nicht in der Lage sei, die erforderliche Aufklärung zu verstehen, bestehe eine subsidiäre Zuständigkeit des Betreuers. Zwischen der Aufklärung und dem Beginn der Behandlung müsse ausreichend Zeit liegen, damit das Für und Wider des geplanten Eingriffs abgewogen werden könne. Schließlich sei es der Versicherten aufgrund des beschriebenen schlechten Allgemeinzu-

standes nicht zumutbar, nach der erfolgten ärztlichen Untersuchung wieder in das Heim transferiert zu werden, um am nächsten Tag abermals aufgenommen zu werden.

Gegen das ihr am 18.06.2010 zugestellte Urteil hat die Beklagte am 05.07.2010 Berufung eingelegt. Sie macht geltend, vollstationäre Krankenhausbehandlung sei nur dann zu gewähren, wenn dies medizinisch erforderlich sei. Allein die erforderliche Aufklärung des Patienten zur Wahrung seines Selbstbestimmungsrechts sei kein medizinisches Erfordernis. Die Zumutbarkeit eines zweifachen Transportes stelle ebenso keinen medizinischen Gesichtspunkt im Sinne des SGB V dar. Vielmehr bedeute der Transport lediglich einen organisatorischen Aufwand für die Klägerin, die diesen unter dem Gesichtspunkt der sich aus dem Vertragsverhältnis ergebenden gegenseitigen Rücksichtsnahmepflicht auf sich zu nehmen habe. Die Beklagte hat Stellungnahmen der Ärztin im MDK Dr. M[illegible]om 15.09.2010 und 22.12.2010 vorgelegt, die auch nach Würdigung der vorliegenden Krankenakte und der Stellungnahme der Krankenhausärzte nur die Notwendigkeit für einen Belegungstag für gegeben erachtet. So sei unklar, warum bei entsprechender Einweisung die Aufklärung nicht bereits durch den Hausarzt erfolgt sei. Hierdurch hätte der Krankenhausaufenthalt verkürzt werden können, was insbesondere bei dementen Patienten erstrebenswert sei. Weiterhin sei unklar, warum die Rückverlegung ins Seniorenheim nicht am 27.09.2007 nach komplikationslosem Eingriff am Morgen erfolgt sei.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Mainz vom 09.04.2010 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend und macht geltend, es sei der Versicherten nicht zumutbar gewesen, sie nach Durchführung der Voruntersuchungen in das Pflegeheim zurückzuverlegen und sich am darauffolgenden Tag erneut in das Krankenhaus transportieren zu lassen. Die Klägerin hat eine Stellungnahme von Dr. vom 15.11.2010 vorgelegt, wonach eine Aufklärung durch den Hausarzt bei einem so invasiven und grundlegenden Eingriff keinesfalls ausreichend sei. Vielmehr müsse sich der Untersucher insbesondere auch im Fall einer unter Betreuung stehenden Versicherten selber einen Eindruck verschaffen und ggf. eine Aufklärung auch dieser betreuten Person durchführen. Auch sei eine Entlassung noch am Tag des Eingriffs nicht möglich gewesen, weil nach einer PEG-Neuanlage die Infunktionsnahme unter stationären Bedingungen zu überwachen sei und darüber hinaus sechs Stunden nach PEG-Implantation eine intravenöse Antibiotikaprophylaxe durchgeführt werden müsse. Der Krankenhausaufenthalt sei daher in voller Länge medizinisch notwendig gewesen.

Zur Ergänzung des Tatbestandes wird auf die Prozessakte, die Verwaltungsakte der Beklagten und die Krankenakte der Klägerin Bezug genommen. Der Akteninhalt war Gegenstand der mündlichen Verhandlung und der Beratung.

Entscheidungsgründe

Die zulässige Berufung der Beklagten ist begründet. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Zahlung weiterer 1.382,05 € nebst Zinsen für die stationäre Behandlung der Versicherten vom 26.09.2007 bis 28.09.2007.

Rechtsgrundlage des geltend gemachten Vergütungsanspruches ist § 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V i.V.m. § 7 Satz 1 Nr. 1 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG) und der einschlägigen Fallpauschalenverordnung sowie der nach § 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V abgeschlossene KBV. Nach § 109 Abs. 4 SGB V wird mit einem Versorgungsvertrag nach Abs. 1 das Krankenhaus für die Dauer des Vertrages zur Krankenhausbehandlung der Versicherten zugelassen. Das zugelassene

Krankenhaus ist im Rahmen seines Versorgungsauftrages zur Krankenhausbehandlung der Versicherten verpflichtet. Nach § 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V haben Versicherte Anspruch auf vollstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus, 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. Das Krankenhaus hat auch bei der Vergütung der Krankenhausbehandlung durch Fallpauschalen einen Vergütungsanspruch gegen einen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung nur für die erforderliche Krankenhausbehandlung (BSG 30.06.2009 - B 1 KR 24/08 R, juris Rn. 13 ff mwN).

Vorliegend hat die Klägerin zwar die Leistung nach DRG G50 Z erbracht, erforderlich war jedoch nur eine eintägige Krankenhausbehandlung. Bei der Prüfung der Erforderlichkeit der Krankenhausbehandlung ist zu klären, ob sich die stationäre Aufnahme oder Weiterbehandlung bei Zugrundelegung der für den Krankenhausarzt nach den Regeln der ärztlichen Kunst im Behandlungszeitpunkt verfügbaren Kenntnisse und Informationen zu Recht als medizinisch notwendig dargestellt hat. Ob einem Versicherten vollstationäre Krankenhausbehandlung zu gewähren ist, richtet sich allein nach den medizinischen Erfordernissen. Ermöglicht es der Gesundheitszustand des Patienten, das Behandlungsziel durch andere Maßnahmen, insbesondere durch ambulante Behandlung zu erreichen, so besteht kein Anspruch auf stationäre Behandlung. Allein die erforderliche Aufklärung des Patienten zur Wahrung seines Selbstbestimmungsrechts oder die Entfernung, die der Versicherte bis zum behandelnden Krankenhaus zurücklegen muss, sind keine medizinischen Erfordernisse (BSG a.a.O, Rn. 33).

Nach diesen Maßstäben war vorliegend eine zweitägige stationäre Behandlung der Versicherten nicht erforderlich. Wie die Ärzte des MDK überzeugend dargelegt haben, wären die am 26.09.2007 durchgeführten Maßnahmen auch im Rahmen einer ambulanten Behandlung möglich gewesen. Dabei ist hervorzuheben, dass ein signifikanter parenteraler Flüssigkeitsersatz nicht dargelegt wurde. Der vom

SG gehörte Sachverständige Dr. V hat ausdrücklich bestätigt, dass die am Morgen des Aufnahmetages begonnene intravenöse Flüssigkeitssubstitution über einen peripheren Venenkatheter nicht zwingend einen Aufschub der vorgesehenen PEG-Anlage auf den Folgetag notwendig gemacht hat. Auch hätte nach entsprechender Nahrungskarenz ab dem Zeitpunkt der Aufnahme am späteren Nachmittag des Aufnahmetages der endoskopische Eingriff durchaus durchgeführt werden können. Soweit der Sachverständige Dr. V in seinem Gutachten vom 30.01.2009 seine Auffassung, die Krankenhausbehandlung der Versicherten sei in ihrer gesamten Länge medizinisch notwendig gewesen, mit der rechtlichen Überlegung begründet, das gewählte zweizeitige Vorgehen mit Aufklärung am präinterventionellen Tag und Intervention am Tag nach der Aufnahme (bzw. Aufklärung), vermag dies nicht zu überzeugen. Zwar trifft es zu, dass der Betreuer im Rahmen seines Aufgabenbereiches zur Einwilligung nur befugt ist, wenn der Betreute selbst zu einer wirksamen eigenen Entscheidung bezüglich der konkreten medizinischen Maßnahme nicht fähig ist (vgl. im Einzelnen Jaschinski, in: juris PK § 1904 BGB Rn. 15 ff.), und dass ein ausreichender zeitlicher Abstand zwischen Aufklärung und geplantem Eingriff erforderlich ist. Im vorliegenden Fall hätte die Versicherte jedoch jedenfalls nach der Aufklärung am 26.09.2007 von der Klinik in W wieder in das Pflegeheim in F transportiert werden können. Der Senat verkennt dabei nicht, dass dies für die Versicherte eine weitere Belastung dargestellt hätte. Es liegen jedoch - wie sich aus den nachvollziehbaren Ausführungen der Gutachter des MDK ergibt - keine medizinischen Gründe vor, die einem Rücktransport ins Pflegeheim entgegengestanden hätten. Solche hat insbesondere auch der Sachverständige Dr. V nicht festgestellt. Die Notwendigkeit, die Versicherte bzw. ihre Betreuerin rechtzeitig vor dem Eingriff über die Risiken aufzuklären, rechtfertigt nicht die zweitägige stationäre Behandlung.

Die Kostenentscheidung folgt aus § 197a Sozialgerichtsgesetz (SGG) i.V.m. § 154 Abs. 1 Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).

Revisionszulassungsgründe nach § 160 Abs. 2 SGG sind nicht gegeben.

- Rechtsmittelbelehrung -

Abschrift

L 5 KR 147/10

S 7 KR 198/08 Mz

Verkündet am: 03.03.2011

Schwenderling
Justizbeschäftigte
als Urkundsbeamtin
der Geschäftsstelle

LANDESSOZIALGERICHT RHEINLAND-PFALZ

IM NAMEN DES VOLKES

URTEIL

In dem Rechtsstreit

– Klägerin und Berufungsbeklagte –

Prozessbevollmächtigter: Rechtsanwalt Friedrich W. Mohr,
c/o Krankenhausgesellschaft Rheinland-Pfalz e.V.,
Bauerngasse 7, 55116 Mainz

gegen

– Beklagte und Berufungsklägerin –

hat der 5. Senat des Landessozialgerichts Rheinland-Pfalz in Mainz aufgrund der mündlichen Verhandlung vom 03. März 2011 durch

Vizepräsident des Landessozialgerichts Dr. Follmann
Richterin am Landessozialgericht Dr. Jutzi
Richter am Landessozialgericht Wiemers
ehrenamtliche Richterin Obel-Back
ehrenamtliche Richterin Bauer

für Recht erkannt:

1. Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Mainz vom 09.04.2010 aufgehoben. Die Klage wird abgewiesen.

2. Die Klägerin hat die Kosten des Verfahrens in beiden Rechtszügen zu tragen.

3. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand

Streitig ist ein Anspruch auf Vergütung einer Krankenhausbehandlung in Höhe von 795,59 €.

Die 1938 geborene Versicherte W urde auf Grund einer Verordnung des Dr. G n 23.01.2008 (Diagnose: Legen einer PEG-Sonde) in der Zeit vom 29.01.2008 bis 31.01.2008 stationär in der Klinik der Klägerin behandelt. Gemäß Arztbrief der Klinik vom 31.01.2008 leidet die Klägerin an einer Demenz bei frühkindlichem Hirnschaden, einem Zustand nach Stammganglienblutung links und rechts, einer Aphasie, einer Dysphagie und einer arteriellen Hypertonie. Die Versicherte, die in einem Pflegeheim lebt, ist immobil und war am Aufnahmetag agitiert und ablehnend, der Allgemeinzustand war reduziert, die Versicherte war nicht nüchtern und es bestanden Zeichen einer Exsikkose (vgl Stellungnahme des Dr , Medizincontrolling der Klinik, vom 13.03.2008). Am Aufnahmetag wurde die Versicherte mit Neuroleptika sediert, es wurde mit einer Flüssigkeitssubstitution begonnen und es wurden vorbereitende Laboruntersuchungen durchgeführt. Außerdem wurde der Betreuer der Klägerin über die geplante PEG-Implantation aufgeklärt. Der Eingriff wurde am 30.01.2008 durchgeführt, am 31.01.2008 wurde die Versicherte entlassen. Mit Rechnung vom

11.02.2008 forderte die Klägerin von der Beklagten einen Betrag in Höhe von 2.093,18 € auf der Grundlage der DRG (Diagnosis Related Groups) G50Z. Die Beklagte beglich die Rechnung zunächst unter Vorbehalt und unter Abzug eines Betrages für die integrierte Versorgung. Sie holte ein Gutachten bei Dr , Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (MDK), vom 12.03.2008 ein, der die Auffassung vertrat, die Verweildauer von zwei Tagen sei nicht nachvollziehbar, es sei lediglich eine Verweildauer von einem Tag medizinisch begründet. Die notwendigen Vorbereitungsmaßnahmen für eine elektive PEG-Anlage, wie zB Aufklärung des Betreuers und Nahrungskarenz, seien "prinzipiell" im Vorfeld ambulant oder prästationär durchführbar. Dr J wies in seiner Stellungnahme vom 13.03.2008 darauf hin, dass die Klägerin stark hilfs- und überwachungsbedürftig sei, ihrer Umwelt ablehnend gegenüberstehe und unter Betreuung stehe. Die stationäre Aufnahme der schwer behinderten Versicherten am präinterventionellen Tag sei im vorliegenden Fall zwingend geboten gewesen, eine Aufnahme erst am Interventionstag wäre medizinisch nicht vertretbar gewesen. Dr r und Dr MDK, führten hierzu in ihrer Stellungnahme vom 03.04.2008 aus, sämtliche hier durchgeführten Vorbereitungsmaßnahmen, einschließlich der Aufklärung des gesetzlichen Betreuers, seien im Vorfeld ambulant bzw prästationär durchführbar. Ein signifikanter parenteraler Flüssigkeitsersatz sei nicht dargelegt worden. Die Beklagte verrechnete daraufhin den bereits gezahlten Betrag mit anderweitigen Zahlungsansprüchen und zahlte lediglich einen Teilbetrag in Höhe von 1.281,43 €.

Am 31.07.2008 hat die Klägerin beim Sozialgericht (SG) Mainz Klage erhoben und die Zahlung eines weiteren Betrages von 795,59 € verlangt. Das SG hat ein Gutachten bei dem Facharzt für Innere Medizin Dr V om 10.11.2008 eingeholt. Dieser ist zum Ergebnis gelangt, die stationäre Krankenhausbehandlung der Versicherten sei in ihrer gesamten Länge vom 29.01.2008 bis zum 31.01.2008 medizinisch erforderlich gewesen, zumal nur so gewährleistet werden könne, dass vor Durchführung des Eingriffs eine rechtswirksame Einwilligung vorgelegen habe.

Durch Urteil vom 09.04.2010 hat das SG die Beklagte verurteilt, an die Klägerin 795,59 € nebst Zinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 16.04.2008 zu zahlen. Zur Begründung hat es ausgeführt, Rechtsgrundlage für den Anspruch des Krankenhauses auf Zahlung der Kosten der stationären Krankenhausbehandlung sei § 109 Abs 4 S 3 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) iVm dem nach § 112 Abs 2 Nr 1 SGB V zwischen der Krankenhausgesellschaft Rheinland-Pfalz und den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung geschlossenen Krankenhausbehandlungsvertrag (KBV). Der stationäre Krankenhausaufenthalt der Versicherten sei in voller Länge medizinisch notwendig gewesen. Die Krankenhausärzte hätten zunächst zu prüfen gehabt, ob die Versicherte noch selbst aufgeklärt werden könne. Denn Adressatin der ärztlichen Aufklärung sei - auch im Fall einer gerichtlich angeordneten Betreuung - grundsätzlich die betreute Person. Nur wenn diese nach ihrer natürlichen Willens- und Einsichtsfähigkeit nicht in der Lage sei, die erforderliche Aufklärung zu verstehen, bestehe eine subsidiäre Zuständigkeit des Betreuers. Zwischen der Aufklärung und dem Beginn der Behandlung müsse ausreichend Zeit liegen, damit das Für und Wider des geplanten Eingriffs abgewogen werden könne. Schließlich sei es der Versicherten auf Grund des beschriebenen schlechten Allgemeinzustandes nicht zumutbar gewesen, nach der erfolgten ärztlichen Untersuchung wieder in das Heim transferiert zu werden, um am nächsten Tag abermals aufgenommen zu werden.

Gegen das ihr am 18.06.2010 zugestellte Urteil hat die Beklagte am 07.07.2010 Berufung eingelegt. Sie macht geltend, vollstationäre Krankenhausbehandlung sei nur dann zu gewähren, wenn dies medizinisch erforderlich sei. Allein die erforderliche Aufklärung des Patienten zur Wahrung seines Selbstbestimmungsrechts oder die Entfernung, die der Versicherte bis zum behandelnden Krankenhaus zurücklegen müsse, seien keine medizinischen Erfordernisse. Vorliegend habe es sich nicht um eine Notfallsituation gehandelt. Die Klägerin räume selbst einen bei Aufnahme erkennbaren "schlechten Allgemeinzustand" ein, der von einem Rücktransport ins Heim habe absehen lassen. Andererseits gehe sie davon aus, dass das Unvermögen der Patientin, sich adäquat aufklären zu lassen, ex ante nicht

erkennbar gewesen sei. Hier werde ein Widerspruch sichtbar. Ergänzend sei anzumerken, dass der Eingriff nach Ansicht des MDK-Gutachters bereits am Aufnahmetag möglich gewesen wäre, sodass es zu einer verkürzten Verweildauer hätte kommen können.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Mainz vom 09.04.2010 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend und macht geltend, es sei der Versicherten nicht möglich gewesen, sie nach Durchführung der Voruntersuchungen in das Pflegeheim zurückzuverlegen und sich am darauf folgenden Tag erneut in das Krankenhaus transportieren zu lassen. Im Übrigen sei die Versicherte den Krankenhausärzten zuvor nicht bekannt gewesen, sodass diese zunächst hätten prüfen müssen, inwieweit sie noch selbst habe aufgeklärt werden können. Nach alledem sei der Krankenhausaufenthalt in voller Länge medizinisch notwendig gewesen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die Prozessakte, die Verwaltungsakte der Beklagten und die Krankenakte der Klägerin Bezug genommen. Der Inhalt der Akten war Gegenstand der mündlichen Verhandlung und der Beratung.

Entscheidungsgründe

Die zulässige Berufung der Beklagten ist begründet. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Zahlung weiterer 795,59 € für die stationäre Behandlung der Versicherten vom 29.01.2008 bis zum 31.08.2008.

Rechtsgrundlage des geltend gemachten Vergütungsanspruches ist § 109 Abs 4 S 3 SGB V iVm § 7 S 1 Nr 1 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG) und der Fallpauschalenvereinbarung 2008 sowie der nach § 112 Abs 2 S 1 Nr 1 SGB V abgeschlossene KBV. Nach § 109 Abs 4 SGB V wird mit einem Versorgungsvertrag nach Absatz 1 das Krankenhaus für die Dauer des Vertrages zur Krankenhausbehandlung der Versicherten zugelassen. Das zugelassene Krankenhaus ist im Rahmen seines Versorgungsauftrages zur Krankenhausbehandlung der Versicherten verpflichtet. Nach § 39 Abs 1 S 2 SGB V haben Versicherte Anspruch auf vollstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus, 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. Das Krankenhaus hat auch bei der Vergütung der Krankenhausbehandlung durch Fallpauschalen einen Vergütungsanspruch gegen einen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung nur für die erforderliche Krankenhausbehandlung (Bundessozialgericht - BSG - 30.06.2009 - B 1 KR 24/08 R, juris, Rn 13ff mwN). Vorliegend hat die Klägerin zwar die Leistung nach DRG G50Z erbracht, erforderlich war jedoch nur eine eintägige Krankenhausbehandlung. Bei der Prüfung der Erforderlichkeit der Krankenhausbehandlung ist zu klären, ob sich die stationäre Aufnahme oder Weiterbehandlung bei Zugrundelegung der für den Krankenhausarzt nach den Regeln der ärztlichen Kunst im Behandlungszeitpunkt verfügbaren Kenntnisse und Informationen zu Recht als medizinisch notwendig dargestellt hat. Ob einem Versicherten vollstationäre Krankenhausbehandlung zu gewähren ist, richtet sich allein nach den medizinischen Erfordernissen. Ermöglicht es der Ge-

sundheitszustand des Patienten, das Behandlungsziel durch andere Maßnahmen, insbesondere durch ambulante Behandlung zu erreichen, so besteht kein Anspruch auf stationäre Behandlung. Allein die erforderliche Aufklärung des Patienten zur Wahrung seines Selbstbestimmungsrechts oder die Entfernung, die der Versicherte bis zum behandelnden Krankenhaus zurücklegen muss, sind keine medizinischen Erfordernisse (BSG, aaO, Rn 33).

Nach diesen Maßstäben war vorliegend eine zweitägige stationäre Behandlung der Versicherten nicht erforderlich. Wie die Ärzte des MDK überzeugend dargelegt haben, wären die am 29.01.2008 durchgeführten Maßnahmen auch im Rahmen einer ambulanten Behandlung möglich gewesen. Dabei ist hervorzuheben, dass ein signifikanter parenteraler Flüssigkeitsersatz nicht dargelegt wurde. Der von Dr in seiner Stellungnahme vom 13.03.2008 beschriebene Gesundheitszustand begründet auch unter Berücksichtigung der Überwachungsbedürftigkeit nicht die Annahme, dass eine Behandlung mit Mitteln des Krankenhauses notwendig war. Eine Überwachung der Versicherten wäre auch im Pflegeheim möglich gewesen. Eine andere Beurteilung ergibt sich auch nicht aus dem Gutachten des Dr vom 10.11.2008. Dieser begründet seine Auffassung, die Krankenhausbehandlung der Versicherten sei in ihrer gesamten Länge medizinisch notwendig gewesen, mit dem Gesichtspunkt, dass eine rechtswirksame Aufklärung des Betreuers der Versicherten erforderlich war. Zwar trifft es zu, dass der Betreuer im Rahmen seines Aufgabenbereiches zur Einwilligung nur befugt ist, wenn der Betreute selbst zu einer wirksamen eigenen Entscheidung bezüglich der konkreten medizinischen Maßnahme nicht fähig ist (vgl im Einzelnen Jaschinski, jurisPK § 1904 Bürgerliches Gesetzbuch - BGB - Rn 15ff), und dass ein ausreichender zeitlicher Abstand zwischen Aufklärung und geplantem Eingriff erforderlich ist. Im vorliegenden Fall hätte die Versicherte jedoch jedenfalls nach der Aufklärung am 29.01.2008 von der Klinik in wieder in das Pflegeheim in transportiert werden können. Der Senat verkennt dabei nicht, dass dies für die Versicherte eine weitere Belastung dargestellt hätte, es liegen jedoch - wie sich aus den nachvollziehbaren Ausführungen der MDK-Ärzte ergibt - keine medi-

zinischen Gründe vor, die einem Rücktransport ins Pflegeheim entgegengestanden hätten. Die Notwendigkeit, die Versicherte bzw ihren Betreuer rechtzeitig vor dem Eingriff über die Risiken aufzuklären, rechtfertigen nicht die zweitägige stationäre Behandlung.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Sozialgerichtsgesetz (SGG) iVm § 154 Abs 2 Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).

Die Revisionszulassungsgründe nach § 160 Abs 2 SGG sind nicht gegeben.

- Rechtsmittelbelehrung -