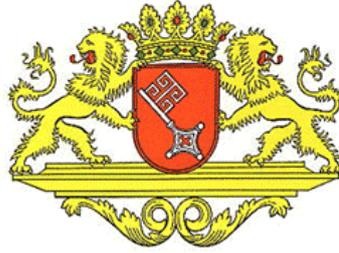


SOZIALGERICHT BREMEN

S 2 U 11/08



IM NAMEN DES VOLKES

Verkündet am: 4. Mai 2011

gez. Meier
Justizobersekretär
Urkundsbeamter der Geschäftsstelle

URTEIL

In dem Rechtsstreit

Klinikum Bremen-Nord gGmbH, ,
A-Straße, A-Stadt,

Klägerin,

Prozessbevollmächtigte:

Rechtsanwälte Dr. B.,
B-Straße, A-Stadt, Az.: - -

g e g e n

Unfallkasse Freie Hansestadt Bremen,
Konsul-Smidt-Straße 76 a, 28217 Bremen, Az.: - -

Beklagte,

hat die 2. Kammer des Sozialgerichts Bremen aufgrund der mündlichen Verhandlung am
4. Mai 2011, an der teilgenommen haben:

Richterin am Sozialgericht Hornberger als Vorsitzende
sowie die ehrenamtlichen Richter Schlüter und Janssen

für Recht erkannt:

Die Klage wird abgewiesen.

Die Kosten des Verfahrens sind von der Klägerin zu tragen.

Der Streitwert wird auf €904 € festgesetzt.

T A T B E S T A N D

Die Beteiligten streiten um die Vergütung einer Krankenhausbehandlung für eine bei der Beklagten versicherte Patientin.

Die Patientin Frau D. stürzte am 3. November 2004 in der Damenumkleide ihrer Arbeitgeberin, der Klägerin und verdrehte sich dabei das rechte Knie. Der Durchgangsarzt diagnostizierte am 8. November 2004 eine Schienbeinkopfprellung rechts. Am 20. Januar 2006 wurde die Patientin erneut beim Durchgangsarzt vorstellig. Sie klagte über eine deutliche Schmerzzunahme und teilte mit, dass sie nach dem Unfallereignis nie völlig beschwerdefrei gewesen sei. Es bestand der Verdacht auf eine Innenmeniskusläsion rechts. Der Durchgangsarzt ordnete im Durchgangsarztbericht vom 20. Januar 2006 eine weitere Untersuchung, Beratung und einen Termin für eine MRT-Untersuchung an. Mit Schreiben vom 3. Februar 2006 verlangte die Beklagte nähere Auskünfte von der Patientin und der Klägerin als ihrer Arbeitgeberin. Am 30. Januar 2006 fand die MRT-Untersuchung des rechten Knies statt. Dies stellte die Klägerin der Beklagten unter dem 7. Februar 2006 mit 292,05 € in Rechnung. Die Beklagte gab die entsprechende Zahlung am 13. Februar 2006 frei. Den am 9. Februar 2006 ausgefüllten Fragebogen für die Patientin erhielt die Beklagte am 16. Februar 2006.

Am 13. Februar 2006 führte die Klägerin eine Meniskusoperation bei der Patientin durch. Es handelte sich um eine Arthroskopie wegen eines Meniskuslappenrisses rechts medial, der durch den Unfall vom 3. November 2004 bedingt war. Der Eingriff erfolgte gegen 9 Uhr morgens. Die Patientin wog ca. 75 kg. Ursprünglich war geplant, die Patientin am gleichen Tag zu entlassen. Die Patientin war nach dem Ende der Operation gegen 10 Uhr wach und ansprechbar. Entgegen der ursprünglichen Absicht, die Operation ambulant durchzuführen, nahm die Klägerin die Patientin nach der Operation stationär in ihrem Krankenhaus auf.

Zur Behandlung der Schmerzen erhielt die Patientin nach der Operation am Operationstag folgende Schmerzmittel: Diclofenac, rektal jeweils ein Arzneizäpfchen um 10 Uhr und um 21 Uhr und Novalgin, oral 25 Tropfen jeweils um 15, 17 und 19 Uhr. Die genaue Dosierung des Diclofenac ist unklar. Die Zäpfchen sind in Dosierungen von 50 und 100 mg des Wirkstoffs erhältlich. Die Tageshöchstdosis beträgt zwischen 50 und 150 mg. Die Tageshöchstdosis des Novalgin-Wirkstoffs beträgt 70 mg je Kilogramm Körpergewicht oder 5000 mg am Tag. Ein Tropfen enthält 25 mg des Wirkstoffs.

Gegen 21 Uhr erhielt sie zudem eine Kapsel eines Schlafmittels.

Gegen 20:45 Uhr besuchte die Patientin in Begleitung von Pflegepersonal die Toilette. Die Pflegekraft hielt fest „geht sehr gut. Schmerzmed. erhalten. Ansonsten fühlt Pat. sich gut“.

Um 5 Uhr am Morgen des Operationsfolgetages ging die Patientin alleine zur Toilette. An diesem Tag erhielt sie um 11:45 Uhr 20 Tropfen Tramal in oraler Darreichungsform. Um 14 Uhr stellte der behandelnde Arzt fest, dass die Patientin ausreichend mobilisierbar gewesen sei und entließ sie auf eigenen Wunsch um 14:34 Uhr.

Mit Rechnung vom 27. Februar 2006, der Beklagten am 1. März 2006 zugegangen, stellte die Klägerin der Beklagten die Behandlung der Patientin in Rechnung. Dabei ging sie von einer vollstationären Behandlung aus und berechnete inklusive aller Zu- und Abschläge 1.154 €. Sie wies darauf hin, dass der Verzug spätestens 30 Tage ab Zugang der Rechnung und Fälligkeit des Betrages eintrete. Die Beklagte verlangte von der Klägerin mit Schreiben vom 2. März 2006 einen Bericht über die stationäre Behandlung und den Arthroskopiebericht. Darin wies die Beklagte darauf hin, dass sich die Vergütung nach dem Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger richte. Mit Schreiben vom 22. Mai 2006, der Beklagten am 24. Mai 2006 zugegangen, forderte die Klägerin die Beklagte zur Zahlung auf. Die Klägerin wies darauf hin, dass Verzug 19 Tage ab Rechnungseingangsdatum eintrete und die Verzugszinsen 3 Prozentpunkte über dem Basiszinssatz lägen. Nach weiteren Aufforderungen der Beklagten erhielt diese am 18. September 2006 den Operationsbericht.

Mit Schreiben vom 2. November 2006 verweigerte die Beklagte gegenüber der Klägerin die Vergütung der Leistung als vollstationäre Behandlung. Die ambulante Behandlung genieße gemäß § 115 b SGB V in Verbindung mit § 52 des Vertrages Ärzte-Unfallversicherungsträger und seinen Anlagen 1 und 2 sowie dem Bewertungsmaßstab 2000plus Vorrang. Sie zahlte jedoch einen Abschlag in Höhe von 250 € und verlangte die Stellung einer Rechnung gemäß den von ihr herangezogenen Vorgaben.

Dieses Schreiben sandte die Klägerin der Beklagten zusammen mit einer von Dr. AUZ. verfassten, undatierten Begründung der Notwendigkeit einer stationären Behandlung auf einem G-AEP Formblatt am 7. November 2006 zurück. Nach dieser Begründung bestand eine vermehrte Schmerzsymptomatik, war die Patientin kaum mobilisierbar, hatte einen vermehrten Schmerzmittelbedarf und wäre alleine zu Hause gewesen, da ihr Ehemann unaufschiebbar im Nachtdienst eingeteilt gewesen sei.

Nach Prüfung der Krankenhausunterlagen und der postoperativen Dokumentation und Rücksprache mit dem Chefarzt der Berufsgenossenschaftlichen Unfallbehandlungsstellen A-Stadt

bestand die Beklagte mit Schreiben vom 12. Februar 2007 darauf, die Leistung als ambulante Behandlung nach entsprechender Abrechnung durch die Klägerin zu vergüten.

Zuletzt forderte die Klägerin die Beklagte durch Schreiben ihrer Prozessbevollmächtigten vom 19. September 2007 zur Zahlung von 904 € nebst näher ausgeführten Zinsforderungen auf.

Am 28. Januar 2008 hat die Klägerin Klage erhoben.

Sie trägt vor, dass Anspruchsgrundlage § 34 SGB VII, § 115b SGB V und § 52 des Vertrages Ärzte-Unfallversicherungsträger seien. Für die Durchführung der vollstationären Behandlung genüge es, dass eine ungewöhnliche Schmerzsymptomatik vorliege. Dies sei hier der Fall, da es einen erhöhten postoperativen Schmerzmittelbedarf gegeben habe. Die Patientin hätte nicht nach Hause geschickt werden dürfen. Ihr Ehemann sei zur Nachtschicht eingeteilt gewesen, so dass sie alleine zu Hause gewesen wäre. Noch am Abend gegen 20:40 Uhr habe die Patientin der Begleitung bedurft. Die Höchstdosen der eingesetzten Schmerzmittel seien ausgeschöpft und sogar überschritten gewesen. Jedenfalls sei nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts eine Abrechnung als ambulante Behandlung möglich, so dass sich zumindest ein weiterer Anspruch in Höhe von 297,28 € ergebe. Der Nachtdienst des Ehemannes sei unaufschiebbar gewesen. Die Komplikationen seien nicht vorhersehbar gewesen. Aus einer ex ante Perspektive sei daher nur die vollstationäre Aufnahme sachgerecht gewesen. Insgesamt habe es sich um eine starke Schmerzmedikation mit zentral wirkenden Wirkstoffen gehandelt. Die Patientin sei nicht von Anfang an stationär, sondern ambulant behandelt worden. Bei einer nachträglichen Rekonstruktion habe sich herausgestellt, dass jeweils 50 mg Diclofenac verabreicht worden seien. Die Höchstdosis des Medikaments Novalgin in der Darreichungsform der Tropfen betrage nach den Herstellerangaben 3000 mg.

Ursprünglich hat die Klägerin beantragt, die Beklagte zur Zahlung von 904 € nebst Zinsen in Höhe von 3 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz auf 1.154 € vom 19. März 2006 sowie auf 904 € ab dem 16. November 2006 zu verpflichten.

Nachdem die Beklagte einen weiteren Abschlag in Höhe von 297,28 € am 28. Mai 2009 bezahlt hat, beantragt die Klägerin nunmehr,

ein Obergutachten einzuholen,

sodann,

die Beklagte zu verpflichten, an EUR 606,72 nebst Zinsen in Höhe von 3 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz auf EUR 1.154 vom 19.03.2006 bis zum 15.11.2006 sowie auf EUR 904 vom 16.11.2006 bis zum 27.5.2009 sowie auf EUR 606,72 ab dem 28.5.2009, soweit die Beklagte dies nicht bereits durch angenommenes Teilanerkenntnis vom 4. Mai 2011 anerkannt hat, zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Die Beklagte trägt vor, dass Behandlungen grundsätzlich ambulant zu erfolgen hätten und dass eine besondere Begründung für eine stationäre Behandlung erforderlich sei. Ein allgemeiner Tatbestand im Sinne des Vertrages nach § 115b SGB V sei nicht gegeben. Eine stationäre Behandlung könne danach in Betracht kommen bei einer intravenösen oder intramuskulären Verabreichung von Schmerzmitteln, die hier nicht erfolgt gewesen sei. Die Klägerin sei auch mobilisierbar gewesen. Es habe auch die häusliche Versorgungsmöglichkeit bestanden, da die Patientin im pflegerischen Bereich arbeite. Verzug bestehe erst ab dem 2. Oktober 2006. Dem Zahlungsanspruch habe ein Zurückbehaltungsrecht nach § 273 BG wegen des Anspruchs auf Übersendung der Operationsunterlagen entgegen gestanden. Auf den Eingang der Unterlagen am 18. September 2006 sei noch eine Untersuchungszeit von 14 Tagen hinzuzurechnen. Außerdem seien die Hinweise der Klägerin zum Verzugsbeginn irreführend. Die Schmerzmittel habe die Patientin auch alleine einnehmen können. Die Höchstdosen seien nicht ausgeschöpft gewesen. Die Gabe von Paracetamol während der Operation sei eine Standardmaßnahme. Der Ehemann der Patientin habe sich freinehmen müssen. Schließlich sei der Verzug hinsichtlich der Abrechnung der Leistung als ambulante Behandlung erst am 26. Februar 2009 eingegangen, als der entsprechende Schriftsatz der Klägerin zugegangen sei.

Die Beklagte hat in der mündlichen Verhandlung am 4. Mai 2011 ein Teilanerkenntnis über einen Zinsanspruch der Beklagten in Höhe von 3 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz auf 297,28 Euro seit dem 27.02.2009 bis zum 27.05.2009 erklärt, das die Klägerin in der mündlichen Verhandlung vom 4. Mai 2011 als Teilanerkenntnis angenommen hat.

Das Gericht hat Beweis durch Einholung eines Gutachtens des Sachverständigen Dr. C. vom 23.7.2010 erhoben.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhaltes und des Sachvortrages der Beteiligten wird auf die Gerichtsakte sowie die Verwaltungsvorgänge der Beklagten Bezug genommen, die vorgelegen haben und Gegenstand der gerichtlichen Entscheidungsfindung gewesen sind.

ENTSCHEIDUNGSGRÜNDE

Die Klage hat keinen Erfolg.

Nachdem die die Beklagte einen Abschlag bezahlt hat und die Klägerin den Rechtsstreit insoweit für erledigt erklärt hat, und nachdem die Beklagte in der mündlichen Verhandlung einen entsprechenden Zinsanspruch anerkannt hat, war nur noch über den nicht erledigten Teil zu entscheiden.

Die Klage ist insoweit zulässig, aber unbegründet.

I.

Der Rechtsweg ist nach § 51 Abs. 1 Nr. 3 SGG eröffnet. Es handelt sich um eine öffentlich-rechtliche Streitigkeit auf dem Gebiet des Unfallversicherungsrechts. Der dem Anspruch zugrunde liegende Sachverhalt ist maßgeblich vom Sozialrecht, nicht vom Zivilrecht geprägt. Die Klägerin macht die Vergütung für eine Behandlung geltend, auf die die Patientin als versicherte Beschäftigte nach §§ 7, 26 ff. Sozialgesetzbuch – Siebtes Buch (SGB VII) einen Anspruch hatte. Die Klage ist als allgemeine (echte) Leistungsklage statthaft, § 54 Abs. 5 Sozialgerichtsgesetz (SGG). Ein Verwaltungsakt durfte nicht ergehen. Denn die Beklagte war nicht berechtigt, über das Bestehen des Vergütungsanspruchs durch Verwaltungsakt zu entscheiden. Ein solcher Verwaltungsakt ist auch nicht ergangen. Dass die Beklagte mit ihrer Weigerung eine bestandskräftige Regelung (§ 31 Sozialgesetzbuch – Zehntes Buch) habe treffen wollen, ist nicht ersichtlich.

II.

Der Klägerin steht nach keinem rechtlichen Gesichtspunkt ein Anspruch auf Zahlung von weiteren EUR 606,72 zu (1.). Ein Anspruch auf Verzugszinsen besteht daher ebenfalls nicht (2.).

1.

a) Es besteht kein die Vergütung regelnder Vertrag über die Behandlung zwischen den Beteiligten. Ein ausdrücklicher Vertragsschluss ist nicht vorgetragen und nach den Feststellungen auch nicht ersichtlich. Ein ausdrücklicher Auftrag der Beklagten verbunden mit dem Willen, die

Behandlungskosten zu bestimmten Bedingungen zu tragen, lag bei Vornahme der Behandlung nicht vor. Die Behandlung am 13./14. Februar 2006 erfolgte, bevor die Beklagte überhaupt ihre Leistungspflicht vollständig prüfen konnte, nämlich vor dem Eingang des Fragebogens der Patientin. Die Diagnose erhielt sie zwar schon am 9. Februar 2006. Ausweislich des Vermerks auf Seite 11 der Beklagtenakte war danach jedoch unklar, ob überhaupt eine Unfallfolge vorlag. Die Wiedervorlage war für den 3. März 2006 eingetragen.

Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) wird eine vertragliche Verpflichtung nicht schon damit begründet, dass ein behandlungsbedürftiger Versicherter in ein Krankenhaus aufgenommen wird, das zum Verletztenartenverfahren gemäß § 37 Vertrag Ärzte/Unfallversicherungs-Träger (UV-Träger) zugelassen ist (BSG, Urteil vom 12. Januar 2010, Az. B 2 U 28/08 R, Rn. 13). Es ist nicht feststellbar, dass ein übereinstimmender BBE. über die individuelle Behandlung sämtlicher stationär aufgenommener Versicherter allein aus der Berechtigung zur Durchführung bestimmter Heilbehandlungsmaßnahmen hergeleitet werden kann (vgl. BSG, a.a.O.). Dies ergibt sich im vorliegenden Fall schon daraus, dass die Beklagte ihre Einstandspflicht noch gar nicht feststellen konnte.

Auch die Maßnahmen des Durchgangsarztes begründen keine Behandlungs- und Vergütungsvereinbarung (vgl. BSG, a.a.O, Rn. 14). Seine Anordnungen waren gar nicht erst auf eine vollstationäre Meniskusbehandlung hin gerichtet. Im vorliegenden Fall ordnete er nur die Untersuchung, Beratung, einen Salbenverband, eine elastische Binde sowie einen MRT-Termin zur weiteren Abklärung an. Die Anordnungen der Ärzte im Rahmen der Prämedikation können ebenfalls keine Behandlungs- und Vergütungsvereinbarung begründen. Weder ist vorgetragen, noch ersichtlich, dass die behandelnden Ärzte über eine Verpflichtungsvollmacht zulasten der Beklagten verfügt hätten.

Ein vertraglicher Anspruch folgt auch nicht aus der nachträglich erklärten Bereitschaft der Beklagten, die Kosten für eine ambulante Behandlung zu tragen. Dies folgt aus § 684 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB). Nach dieser Vorschrift bewirkt die nachträgliche Genehmigung einer Geschäftsführung lediglich, dass der in § 683 BGB geregelte Aufwendungsersatzanspruch besteht, ohne dass rückwirkend ein Auftragsverhältnis entsteht (Sprau in: Palandt, § 684 BGB, Rn. 2).

Ebenfalls ergibt sich aus dem nachträglichen Einverständnis der Beteiligten dahingehend, dass der Rechtsstreit auf Grundlage des Vertrages nach § 115b Sozialgesetzbuch – Fünftes Buch (SGB V) geklärt werden soll, keinen vertraglichen Anspruch. Es liegt kein, auch kein konkludent abgeschlossener, Vergleich vor. Ein Vergleich setzt voraus, dass eine bei verständiger Würdigung bestehende Ungewissheit des Sachverhalts oder der Rechtslage durch

gegenseitiges Nachgeben beseitigt wird und die Beteiligten über den Gegenstand verfügbungsbefugt sind (§ 54 Abs. 1 SGB X, § 779 BGB). Einem Vergleich steht schon entgegen, dass in Höhe des noch offenen Betrages Streit zwischen den Parteien besteht und diesbezüglich gerade keine Einigung vorliegt. Die Einigkeit über die Heranziehung des Vertrages nach § 115 b SGB V stellt lediglich eine übereinstimmend geäußerte Rechtsauffassung im Rahmen des Parteivortrages dar.

b.) Ein Vergütungsanspruch lässt sich nicht aus § 65 des Vertrages Ärzte/UV-Träger herleiten (vgl. BSG, aaO, Rn. 15), wonach Arztrechnungen in der Regel spätestens innerhalb einer Frist von vier Wochen zu begleichen sind. Nach der Rechtsprechung des BSG besitzt dieser Vertrag für die Klägerin keine Gültigkeit, da nach § 4 des Vertrages nur bestimmte Ärzte, nicht aber Krankenhäuser beteiligt sind. Der Vertrag ist nämlich gemäß § 34 Abs. 3 S. 1 SGB VII zwischen den Verbänden der Unfallversicherungsträger sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung geschlossen worden.

c.) Auch kann aus den Beschlüssen der Gebührenkommission nach § 52 dieses Vertrages kein Anspruch hergeleitet werden. Denn nach § 52 Abs. 3 des Vertrages sind die Beschlüsse für die Vertragsparteien bindend. Die Klägerin ist jedoch keine Vertragspartei nach § 4 des Vertrages, s.o.

d.) Nach der Rechtsprechung des BSG folgt ein Anspruch auch nicht aus §§ 54 f. des Vertrages Ärzte/UV-Träger. Diese Bestimmungen dienen allein der Abgrenzung zu den nicht stationären vergütungsfähigen Leistungen der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte (BSG aaO, Rn. 16).

e.) Ein Anspruch lässt sich nicht aus den Vorschriften des Gesetzes über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen – Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) herleiten. Aus § 7 Abs. 1 KHEntgG folgt, dass dieses Gesetz selbst nicht bestimmt, wer Kostenschuldner ist. Nach dieser Vorschrift werden die allgemeinen Krankenhausleistungen gegenüber den Patienten oder ihren Kostenträgern mit im einzelnen beschriebenen Entgelten abgerechnet. Das KHEntgG setzt vielmehr das Bestehen einer grundsätzlichen Vergütungsverpflichtung voraus und konkretisiert diese (BSG, aaO, Rn. 17-20).

f.) Ein Anspruch folgt auch nicht aus einer Entgeltvereinbarung nach § 11 KHEntgG. Diese werden nur mit Vertragspartnern nach § 18 Abs. 2 des Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze - Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) geschlossen. Danach ist ein Sozialleistungsträger nur zu beteiligen, wenn auf ihn im Jahr vor Beginn der Pflegesatzverhandlungen mehr als 5 % der Belegungs-

und Berechnungstage des Krankenhauses fallen. Dies ist weder vorgetragen, noch sonst ersichtlich. Die Klägerin trägt nach den allgemeinen Regeln hierfür die Beweislast. Nach der Rechtsprechung des BSG ist § 11 Abs. 1 S. 4 KHEntgG nicht entsprechend auf diesen Fall anzuwenden, da es wegen der ausdrücklichen Regelung durch § 11 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG und § 18 Abs. 2 KHG an einer planwidrigen Regelungslücke fehlt (BSG, aaO, Rn. 23).

g.) Die Voraussetzungen der auch im Sozialrecht grundsätzlich anwendbaren §§ 677, 683 BGB, also einer öffentlich-rechtlichen Geschäftsführung ohne Auftrag und des sich daraus ergebenden Aufwendungsersatzanspruches des Geschäftsführers, sind nicht erfüllt. Die Aufwendungen waren nicht erforderlich im Sinne von § 683 BGB. Maßstab ist im Recht der gesetzlichen Unfallversicherung zunächst § 33 SGB VII (BSG, aaO, Rn. 26), wobei grundsätzlich und vorbehaltlich unfallversicherungsrechtlicher Besonderheiten die im Krankenversicherungsrecht entwickelten Grundsätze entsprechend herangezogen werden können. Dies folgt daraus, dass sich § 33 SGB VII stark an § 39 SGB V anlehnt (vgl. Ricke, in: Kasseler Kommentar, § 33 SGB VII, Rn. 2, 4). Nach der Rechtsprechung des BSG kommt es darauf an, ob die Leistung medizinisch notwendig ist (BSG, aaO, Rn. 15, 26). Nach den im Krankenversicherungsrecht entwickelten Grundsätzen ist dies nur zu bejahen, wenn die besonderen Mittel eines Krankenhauses benötigt werden, um die Krankheit zu heilen oder zu bessern, eine Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern (ständige Rechtsprechung, zusammenfassend: BSG, Beschluss vom 27. September 2007, Az. GS 1/06, Rn. 24). Die Notwendigkeit müsse sich allein aus medizinischen Gründen ergeben (BSG, GS, aaO). Soziale Erwägungen allgemeiner Art oder familiäre Umstände könnten keinen Anspruch auf Krankenhauspflege begründen. Der Beschluss des Großen Senats des BSG bestätigt die Auffassung des 1. Senats. Dieser ist der Auffassung, dass es nur auf die grundsätzliche Möglichkeit einer ambulanten Behandlung (ggf. einschließlich häuslicher Krankenpflege) ankomme. Dass in dem konkreten Fall die sozialen Rahmenbedingungen für eine ambulante Behandlung nicht gegeben seien, begründe jedenfalls keinen Anspruch gegen den Träger der gesetzlichen Krankenkasse (BSG, Beschluss vom 7. November 2006, Az. B 1 KR 32/04 R, Rn. 15).

Diese Grundsätze sind auf das Recht der gesetzlichen Unfallversicherung anzuwenden. Ebenso wie § 39 SGB V stellt § 33 SGB VII die stationäre Krankenhausbehandlung unter den Vorbehalt der Erforderlichkeit. Beide Vorschriften nehmen das Behandlungsziel als Maßstab für die Erforderlichkeitsprüfung. Auch in der gesetzlichen Unfallversicherung ist die Möglichkeit vorgesehen, durch häusliche Krankenpflege die Krankenhausbehandlung zu verkürzen, § 32 SGB VII.

Unter Zugrundelegung dieser Grundsätze war die vollstationäre Behandlung nicht erforderlich. Der Eingriff war im Grundsatz ambulant durchzuführen. Dies ergibt sich aus den entsprechend

heranzuziehenden Vorschriften des Vertrages nach § 115b SGB V. Dass er entsprechend heranzuziehen ist, ergibt sich nicht schon aus dem Vertrag Ärzte/UV-Träger. Dieser ist für Krankenhäuser nicht anwendbar. Ein anderer sachgerechter Bewertungsmaßstab ist jedoch nicht ersichtlich. Die Frage der medizinischen Erforderlichkeit stellt sich jedoch im Grundsatz bei Eingriffen von Ärzten und Krankenhäusern in der gleichen Weise.

Die stationäre Behandlung war danach nicht wegen des Behandlungsaufwandes erforderlich. Keines der in Abs. 1d) des Allgemeinen Tatbestands aufgeführten Beispiele ist hier erfüllt. Die Gabe der Schmerzmittel ist mit einer intravenösen oder intramuskulären Medikation auch nicht vergleichbar. Denn die Verabreichung von Schmerzmitteln in Form von Tropfen oder Zäpfchen ist auch im Wege der Selbstmedikation, jedenfalls ohne professionelle Pflegekräfte, möglich. Davon geht der Sachverständige in seinem Gutachten aus. Dieses ist auch überzeugend. Die verordneten Medikamente sind allesamt gegen Rezept in der Apotheke erhältlich. Die Dosierung durch AZL der Tropfenzahl erfolgt wie bei anderen Medikamenten. Weder sind dafür besondere maschinelle, krankenhaustypische Einrichtungen erforderlich, noch besonderer Sachverstand von speziell geschultem Krankenhauspersonal. Dem steht auch nicht entgegen, dass im Krankenhaus verschiedene Schmerzmittel in kürzeren Abständen verabreicht worden sind. Nach den nachvollziehbaren Darlegungen des Sachverständigen Dr. C. war weder die Tageshöchstdosis der jeweiligen Medikamente überschritten, noch war der Vorgang als solcher atypisch. Das Gericht schließt sich diesen Ausführungen an. Der Sachverständige hat überzeugend dargelegt, dass die Tageshöchstdosis für Novalgin nicht überschritten wurde. Auch der Umstand, dass Tropfen verabreicht wurden, obwohl ein venöser Zugang bestand, spricht gegen einen besonderen Behandlungsaufwand. Auch die Tageshöchstdosis für Diclofenac ist nicht überschritten worden. Dass verschiedene Schmerzmittel verabreicht wurden, ist ebenfalls nicht ungewöhnlich. Dies folgt aus den überzeugenden Darlegungen des Sachverständigen. Etwas anderes ergibt sich im Übrigen auch nicht aus der undatierten Stellungnahme des Dr. AUZ., die der Beklagten erstmals mit Schreiben vom 7.11.2006 übersandt wurde. Dr. AUZ. beschreibt dort lediglich eine vermehrte Schmerzsymptomatik. Der Begriff „außergewöhnliche Schmerzsymptomatik“ wird nicht verwendet. Im Übrigen ergeben sich aus der Pflegedokumentation, die in der Patientenakte enthalten ist, Zweifel, ob die Schmerzen tatsächlich nur im operierten Knie auftraten. Dort heißt es unter dem Datum 13.2., 12 Uhr: „Pat. gegen 10 Uhr aus dem OP übernommen, ist wach, ansprechbar und orientiert, klagt über Schmerzen, besonders der Rücken → Schmerzmed. erhalten, somit pflegerisch versorgt“.

In Übereinstimmung mit den Krankenhausunterlagen legt der Sachverständige weiterhin überzeugend dar, dass die Patientin wach, ansprechbar und orientiert war. Sie war auch mobilisierbar. Sie konnte am Abend, wenn auch in Begleitung, zur Toilette laufen. Komplikatio-

nen lagen nicht vor. Mit der Begleitung wurden pflegerische Aufgaben wahrgenommen, die nicht die Erforderlichkeit von Krankenhausmitteln begründen.

Auch war die sachgerechte Versorgung im häuslichen Bereich möglich. Anders als die Klägerin meint, kommt es dabei nicht auf eine Betrachtung des konkreten Einzelfalles an. Vielmehr ist im Einklang mit den oben dargelegten Grundsätzen lediglich darauf abzustellen, ob aus medizinischer Sicht die Versorgung im häuslichen Bereich grundsätzlich möglich ist. Der Vertrag nach § 115 SGB V ist insofern in Einklang mit höherrangigem Recht, namentlich den Vorschriften der §§ 33 SGB VII und 39 SGB V, auszulegen. Er kann die gesetzlichen Vorgaben des § 39 SGB V bzw. des § 33 SGB VII nur konkretisieren, nicht jedoch abändern.

Legt man diese Vorgaben zugrunde, ergibt sich nach dem Gutachten des gerichtlichen Sachverständigen, das diesen Grundsätzen entspricht, dass die sachgerechte Versorgung im häuslichen Bereich möglich war, s.o. Die Patientin wäre mit Unterarmgehilfen sogar ohne fremde Hilfe mobilisierbar gewesen. Dass im konkreten Fall der Ehemann der Klägerin nicht zur Verfügung stand, steht dem nicht entgegen. Darauf kommt es nicht an. Denn § 32 SGB VII erlaubt die Gewährung von häuslicher Pflege. Auch wenn diese versagt worden wäre, weil der Ehemann der Patientin trotz Zumutbarkeit die Mithilfe verweigert hätte, könnte dies nicht die Erforderlichkeit der stationären Unterbringung begründen. Denn damit würde die Klägerin der Beklagten die Prüfungsmöglichkeit nach § 32 SGB VII nehmen und die Wertungen dieser Vorschrift unterlaufen (vgl. BSG, Urteil vom 18. September 2008, Az. B 3 KR 22/07 R, Rn. 21, m.w.N.). In diesem Fall wäre nämlich der Operationstermin gegebenenfalls zu verlegen gewesen. Es handelt sich hierbei auch nicht, wie die Klägerin meint, um unzulässige ex post Überlegungen. Es ist allgemein bekannt, dass Patienten nach ambulanten Operationen nicht alleine nach Hause gehen dürfen und mindestens einen halben Tag der Aufsicht bedürfen. Die häusliche Versorgung war daher von vornherein sicherzustellen und nicht nur bei kurz nach der Operation sich ergebendem vermehrten Schmerzmittelbedarf.

Im Übrigen stellt sich die Frage, weshalb die Operation von der Klägerin überhaupt von vornherein als ambulante Operation angesetzt war, wenn nach dem eigenen Vortrag der Klägerin nicht sicher davon ausgegangen werden konnte, dass der Ehemann der Patientin zu Hause sein würde und gleichzeitig die Anwesenheit des Ehemannes aber für die Versorgung der Patientin unabdingbar gewesen sei.

Der Antrag der Klägerin, ein Obergutachten und damit ein weiteres Sachverständigengutachten einzuholen, war abzulehnen. Der Sachverhalt ist erschöpfend durch das Gutachten des Dr. C. aufgeklärt worden. Dieses Gutachten ist auch verwertbar. Die Einwände der Klägerin gegen diesen Gutachter greifen nicht durch.

Dass der Sachverständige von einer von vornherein geplanten stationären Aufnahme ausgehe, wie die Klägerin meint, ist für die Beurteilung der Erforderlichkeit unerheblich. Wie bereits dargelegt, hätte von vornherein und in jedem Fall für eine Abholung und eine ausreichende häusliche Betreuung gesorgt werden müssen.

Richtigerweise ist der Sachverständige davon ausgegangen, dass sich in der Dokumentation der Klägerin keine Begründung für die stationäre Aufnahme findet. Die ärztliche Entscheidung für eine stationäre Aufnahme der Patientin ist nämlich in den Krankenhausunterlagen nicht dokumentiert, sondern nur im Schriftverkehr mit der Beklagten durch die Klägerin behauptet worden. Das von der Klägerin zitierte G-AEP-Formular enthält eine undatierte und sehr knappe Stellungnahme des Dr. AUZ., die nicht Inhalt der Krankenhausakte ist.

Der Einschätzung des Sachverständigen hinsichtlich der Erwartbarkeit des postoperativen Verlaufs war zu folgen. Für die Beurteilung der Schwere der Komplikationen kommt es darauf an, ob die Mittel des Krankenhauses für die Linderung der Beschwerden erforderlich waren. Dass dies nicht der Fall war, folgt schon daraus, dass in der Apotheke erhältliche Schmerzmittel oral verabreicht worden waren und von den Schmerzen abgesehen eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes nicht feststellbar war.

Richtig ist weiterhin, dass aus der Akte nicht nachvollziehbar hervorgeht, warum die Patientin erst am Nachmittag entlassen wurde. Auch die Klägerin leitet die Begründung aus Indizien, den Klinikabläufen und der Gabe bestimmter Medikamente ab. Einen Nachweis in der Akte kann sie nicht vorweisen.

Auch der letzte Einwand gegen das Gutachten ist nicht begründet. Zwar ist es richtig, dass die Schmerzsymptomatik die Gabe von entsprechenden Medikamenten ermöglichte. Auch ist richtig, dass die Patientin nur eingeschränkt mobilisierbar war. Hätte der Ehemann jedoch für die häusliche Pflege zur Verfügung gestanden, so wäre diese Situation im Wege der Selbstmedikation handhabbar gewesen. Grund für die Aufnahme in den stationären Betrieb war offenbar allein die Tatsache, dass der Ehemann nicht zur Verfügung stand. Die Klägerin erkennt auf S. 11 des Schriftsatzes vom 20. September 2010 an, dass die Schwierigkeit aus dem Fehlen von Begleitung und Hilfestellung durch Familienangehörige entstanden war.

2.

Da der Klägerin schon kein Anspruch auf Zahlung gegen die Beklagte zusteht, hat sie auch keinen Anspruch auf Verzugszinsen über den Betrag hinaus, den die Beklagte in der mündlichen Verhandlung am 4. Mai 2011 anerkannt hat.

III.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a SGG i.V.m. §§ 154 ff. VwGO. Keine der Beteiligten ist nach § 183 SGG kostenprivilegiert.

Hinsichtlich des in der mündlichen Verhandlung durch die Beklagte abgegebenen Teilanerkenntnisses war zu berücksichtigen, dass die Klägerin im Wesentlichen unterlegen ist. Die Nebenforderungen können als unwesentlich vernachlässigt werden, § 197a SGG i.V.m. § 155 Abs. 1 S. 2 VwGO.

Hinsichtlich des für erledigt erklärten Teils war nach § 197a SGG und § 161 Abs. 2 VwGO unter Berücksichtigung des Sach- und Streitstandes nach billigem Ermessen zu entscheiden. Nach diesen Maßstäben hätte die Klage zwar in Höhe des von der Beklagten im Klageverfahren entrichteten Betrages Aussicht auf Erfolg gehabt. Die Klägerin hatte nach § 683 BGB analog einen Anspruch auf Ersatz der Aufwendungen einer ambulanten Behandlung. Es lag eine berechnete öffentlich-rechtliche Geschäftsführung ohne Auftrag vor, §§ 677, 683 BGB. Geschäftsführer ist die Klägerin, Geschäftsherrin die Beklagte. Es handelt sich um ein fremdes Geschäft, da die Heilbehandlung als Sachleistung nach §§ 26 ff. SGB VII zunächst der Beklagten als Trägerin der Unfallversicherung gegenüber der versicherten Patientin oblag. Der Fremdgeschäftsführungswille wird vermutet. Es handelt sich um ein objektiv fremdes Geschäft. Es war in diesem Fall klar, dass die Leistung für einen Sozialversicherungsträger erbracht werden sollte. Die Klägerin war auch sonst nicht zur Geschäftsführung berechnigt, s.o. Die Durchführung der Behandlung als ambulanter Operation entsprach dem Willen und Interesse der Beklagten. Sie war gesetzlich zur Erbringung von Heilbehandlung verpflichtet, §§ 26 SGB VII. Sie war später auch grundsätzlich zur Zahlung bereit. Das Interesse war zu unterstellen, weil es dem Willen der Beklagten entsprach. Die Erforderlichkeit der Aufwendungen für eine ambulante Behandlung war zu bejahen. Die Abrechnung für die ambulante Behandlung war auch inhaltlich richtig.

Es war jedoch weiter zu berücksichtigen, dass die Beklagte keinen Anlass zur Erhebung der Klage hinsichtlich des erledigten Teils gegeben hatte. Nach entsprechender Abrechnung, um die sie schon frühzeitig gebeten hatte, wäre sie zur Zahlung bereit gewesen. Dementsprechend hatte sie sogar schon vor Zusendung einer ordnungsgemäßen Abrechnung einen Abschlag in Höhe von etwa der Hälfte der voraussichtlichen Kosten geleistet.

Die Berufung ist nicht zulässig, weil der Wert des Beschwerdegegenstandes EUR 750 nicht übersteigt, § 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG. Gründe für eine Zulassung der Berufung liegen nicht vor.

RECHTSMITTELBELEHRUNG

1. Dieses Urteil kann **nicht** mit der Berufung angefochten werden, weil sie gesetzlich ausgeschlossen und vom Sozialgericht nicht zugelassen worden ist.

Die Nichtzulassung der Berufung kann mit der Beschwerde angefochten werden.

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

Die Beschwerde soll das angefochtene Urteil bezeichnen und die zur Begründung dienenden Tatsachen und Beweismittel angeben.

Die Beschwerde kann nur darauf gestützt werden, dass

- 1.) die Rechtssache grundsätzliche Bedeutung hat,
- 2.) das Urteil von einer Entscheidung des Landessozialgerichts, des Bundessozialgerichts, des Gemeinsamen Senats der obersten Gerichtshöfe des Bundes oder des Bundesverfassungsgerichts abweicht und auf dieser Abweichung beruht oder
- 3.) ein der Beurteilung des Berufungsgerichts unterliegender Verfahrensmangel geltend gemacht wird und vorliegt, auf dem die Entscheidung beruhen kann.

Ist das Urteil **im Ausland** zuzustellen, so gilt anstelle der oben genannten Monatsfrist eine Frist von **drei Monaten**.

2. Gegen die **Streitwertfestsetzung** ist auch isoliert die **Beschwerde** an das Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen, Georg-Wilhelm-Straße 1, 29223 Celle oder bei der Zweigstelle des Landessozialgerichts Niedersachsen-Bremen, Am Wall 198, 28195 Bremen, zulässig, **wenn der Wert des Beschwerdegegenstandes 200,00 € übersteigt**.

Sie ist innerhalb von sechs Monaten, nachdem die Entscheidung in der Hauptsache Rechtskraft erlangt oder das Verfahren sich anderweitig erledigt hat, beim Sozialgericht Bremen, Am Wall 198, 28195, schriftlich oder zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle einzulegen. Ist der Streitwert später als einen Monat vor Ablauf dieser Frist festgesetzt worden, so kann sie noch innerhalb eines Monats nach Zustellung oder formloser Mitteilung des Festsetzungsbeschlusses eingelegt werden. Hilft das Sozialgericht der Beschwerde nicht ab, so legt es diese dem Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen zur Entscheidung vor. Die Beschwerdefrist ist auch gewahrt, wenn die Beschwerde innerhalb der Frist bei dem Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen oder bei der Zweigstelle des Landessozialgerichts Niedersachsen-Bremen schriftlich oder zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle eingelegt wird.

Hornberger

Richterin am Sozialgericht