

Die Krankenkasse hat für ihre Entscheidung die Erforderlichkeit der stationären Behandlung eigenständig und ohne Bindung an die Beurteilung des zuständigen Krankenhausarztes zu prüfen.

Nach den vorliegenden medizinischen Unterlagen war im vorliegenden Fall die stationäre Behandlung des Versicherten in einem Krankenhaus medizinisch notwendig. Die Leistung hätte nicht in vergleichbarer Weise durch eine Rehabilitationseinrichtung erbracht werden können.

Nach dem Beschluss des GS des BSG vom 25. September 2007 - GS 1/06 richtet sich die Beurteilung, ob einem Versicherten vollstationäre Krankenhausbehandlung zu gewähren ist, allein nach medizinischen Erfordernissen. Reicht nach den Krankheitsbefunden eine ambulante Therapie aus, so hat die Krankenkasse die Kosten eines Krankenhausaufenthaltes auch dann nicht zu tragen, wenn der Versicherte aus anderen, nicht mit der Behandlung zusammenhängenden Gründen eine spezielle Unterbringung oder Betreuung benötigt. Die Entscheidung des Krankenhausarztes ist darauf zu überprüfen, ob nach den objektiven medizinischen Befunden und wissenschaftlichen Erkenntnissen zum Zeitpunkt der Behandlung und dem damals verfügbaren Wissens- und Kenntnisstand des Krankenhausarztes eine Krankenhausbehandlung erforderlich war. Ob die Behandlung nur stationär in einem Krankenhaus durchgeführt werden kann, ist anhand der besonderen, einem Krankenhaus zu Gebote stehenden Mittel zu überprüfen. Es ist auf eine Gesamtbetrachtung abzustellen (BSGE 92, 300 = SozR 4-2500 § 39 Nr. 2 Rdnr. 16 m.w.N.; BSGE 94, 161 = SozR 4-2500 § 39 Nr. 4 Rdnr. 14). Als spezifische Mittel eines Krankenhauses gelten eine apparative Mindestausstattung, geschultes Pflegepersonal und jederzeit präsente oder rufbereite Ärzte (BSGE 94, 161 = SozR 4-2500 § 39 Nr. 4 Rdnr. 14). Die ärztlichen und pflegerischen Hilfeleistungen stellen die wesentlichen Leistungsbestandteile der Krankenhausbehandlung dar (vgl. Brandts, Kasseler Kommentar zum Sozialversicherungsrecht, Stand: Juli 2009, § 39 Rdnr. 45 m.w.N.).

Demgegenüber stehen gemäß § 107 SGB V Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen zwar auch unter ständiger ärztlicher Verantwortung; Behandlungen werden nach einem ärztlichen Behandlungsplan durchgeführt. Diese sind jedoch unter Mitwirkung von besonders geschultem Personal darauf eingerichtet, den Gesundheitszustand des Patienten vorwiegend durch Anwendung von Heilmitteln, einschließlich Krankengymnastik, Bewegungstherapie, Sprachtherapie oder Arbeits- und Beschäftigungstherapie,

anderen geeignete Hilfen sowie geistigen und seelischen Einwirkungen zu verbessern und dem Patienten bei der Entwicklung eigener Abwehr- und Heilungskräfte zu helfen. Nichtärztliche Leistungen stehen hier gleichwertig neben den ärztlichen. Die Unterscheidung vom Krankenhaus ist im Wesentlichen nach der Art der zu behandelnden Erkrankungen, den Behandlungsmethoden sowie der damit im Zusammenhang stehenden Organisation der Einrichtung und der typischen Behandlungsdauer zu treffen (BSG SozR 3-2500 § 107 Nr. 1 Seite 6; BSGE 94, 139 = SozR 4-2500 § 112 Nr. 4 Rdnrn. 12, 18; Brandts, a.a.O., Rdnrn. 6, 65). Die stationäre Reha-Maßnahme nach § 40 Abs. 2 SGB V zielt nicht in erster Linie darauf ab, eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern oder im Anschluss an Krankenhausbehandlungen den dabei erzielten Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen (§ 107 Abs. 2 Nr. 1b, 2 SGB V). Sie dient auch zur Abwendung und Minderung von drohender Behinderung oder Pflegebedürftigkeit sowie zum Ausgleich von deren Folgen (§§ 11 Abs. 2, 107 Abs. 2 Nr. 1b SGB V). Die Auswahl zwischen den unterschiedlichen stationären Maßnahmen erfolgt nach der Zielsetzung, dem Einsatz der Mittel und den Kriterien des § 12 SGB V. Eine Unterscheidung kann im Wesentlichen nur nach der Art der Einrichtung, der Behandlungsmethode und dem Hauptziel der Behandlung getroffen werden (Brandts, a.a.O. Rdnr. 65). Gestaltet sich die Abgrenzung im Einzelfall schwierig, spricht nicht gegen eine Krankenhausbehandlung, dass diese auch rehabilitative Elemente beinhaltet (BSG, Urteil vom 20. Januar 2005 - B 3 KR 9/03 R).

Unter Berücksichtigung dieser Kriterien war die stationäre Behandlung des Versicherten im Krankenhaus in dem streitigen Zeitraum erforderlich.

Bei dem Versicherten bestanden im Zeitpunkt der Aufnahme in das Krankenhaus am 21. September 2006 ein Typ I Diabetes, entgleist und Hypoglykämie. Der Versicherte, der nicht nur bei seinem einweisenden Hausarzt, sondern auch in der diabetologischen Schwerpunktpraxis ~~behandelt~~ behandelt wurde (vgl. Patientenakte - Vorbefundliste), wurde wegen einer akuten Stoffwechsellentgleisung in die Fachklinik der Klägerin eingewiesen. Ferner bestand eine Neuropathie. Die stark schwankenden Blutzuckerwerte wurden dabei mit Werten zwischen 1,8 und 14,1 mmol angegeben. Kurz vor der Aufnahme haben bei dem Kläger eine Hypoglykämie mit 2,9 mmol sowie eine Hyperglykämie am 21. September 2006 mit 15,1 mmol bestanden. Innerhalb der ersten 24 Stunden traten Blutzuckerschwankungen zwischen 3,7 und 15,1 mmol auf. Der HbA1c-Wert lag mit 6,6 % niedrig, was für das häufige Vorkommen von Hypoglykämien

spricht. In der ersten Woche des Aufenthaltes im Krankenhaus der Klägerin schwankten die Blutzuckerwerte ausweislich der Patientenakte weiterhin zwischen 2,4 und 18,1 mmol. Eine akute stationäre Behandlungsbedürftigkeit besteht bei Stoffwechsell-entgleisungen im Rahmen der Diabetes-Erkrankung nicht erst, wenn ein hypoglykämischer Schock erreicht wird, ein diabetisches Koma eintritt oder eine Ketoazidose vorliegt. Es haben in den Folgetagen engmaschige Blutzuckerkontrollen über den Tag verteilt stattgefunden. Bis zuletzt sind starke Schwankungen aufgetreten. Nach der Simulation einer Nachtschicht trat bei dem Versicherten am 10. Oktober 2006 eine Hypoglykämie mit 3,1 mmol/l auf. Am folgenden Tag spritze der Versicherte ausweislich der Patientenakte mit einem falschen KE(Kohlenhydrateinheit)-Faktor. Erst am 12. Oktober hat sich nach Auskunft der behandelnden Ärzte ein vollständiges normnahes Blutzuckerprofil gezeigt. Während der Zeit der stationären Behandlung ist der Versicherte auf ein anderes Medikament umgestellt worden. Ferner wurden eine Sonographie des Abdomens und ein EKG durchgeführt. Bei klinischem Verdacht auf das Vorliegen einer Zöliakie wurde der entsprechende Antikörper bestimmt (Transglutaminase Endomysium Antikörper).

Auch nach den Einlassungen der Beklagten war der Versicherte [REDACTED] stationär behandlungsbedürftig. Dies hat die Beklagte sowohl im erstinstanzlichen Verfahren ausgeführt als auch in ihrer Berufungsbegründung vom 16. März 2011. Die Dauer der stationären Behandlungsbedürftigkeit ist zu keiner Zeit beanstandet worden. In der Stellungnahme der Beklagten vom 19. Juli 2011 heißt es wörtlich, dass die festgestellten Blutzuckerschwankungen die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung in einem stationären Umfeld beweisen würden. Nach dem Gutachten des MDK vom 31. August 2007 wäre hier eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme erforderlich gewesen. Aus dem MDK Gutachten vom 7. Januar 2010 ergibt sich, dass offensichtlich eine ambulante Blutzuckereinstellung nicht ausreichend möglich sei. Bei fehlender Compliance des Versicherten habe eine ambulante Einstellung der Stoffwechsellage nicht erreicht werden können. Die Notwendigkeit einer stationären Maßnahme sei daher prinzipiell nachvollziehbar.

Die Beklagte hat mithin eingeräumt, dass eine stationäre Behandlung des Versicherten medizinisch notwendig war. Dementsprechend musste die Frage, ob der Versicherte stationär behandlungsbedürftig war, nicht durch Einholung eines medizinischen Sachverständigengutachtens geklärt werden - wie es das SG auch zutreffend ausgeführt hat.

Der Behandlungsablauf zur Diagnostik und bei akut stark schwankenden Blutzuckerprofilen sowie zur Umstellung auf ein neues Medikament in einem Krankenhaus zeigt, dass es sich hier um Krankenhausbehandlung gehandelt hat und es nicht um die Verbesserung und Stabilisierung eines bereits erreichten Zustandes durch Anwendung von Heilmitteln im Rahmen einer Reha-Behandlung im Sinne von § 107 Abs 2 Nr. 2 SGB V ging. Nach der S 3 Leitlinie Typ I Diabetes von September 2011 ist eine Indikation zur stationären Krankenhausbehandlung eine Abklärung nach wiederholten schweren Hypoglykämien sowie zur Einleitung einer intensivierten Insulintherapie zur Verbesserung der Blutglykoseeinstellung.

Soweit die Beklagte vorträgt, dass die hier beschriebene Behandlung auch in einer Reha-Einrichtung möglich ist, ist darauf hinzuweisen, dass es durchaus möglich sein kann, dass typische Krankenhausbehandlungen in spezialisierten Rehabilitationskliniken mit einem ständig anwesenden Arzt möglich sind. Im vorliegenden Fall ging es jedoch zunächst um die Behandlung der Krankheit selbst, und nicht um die Sicherung und Festigung des Behandlungserfolges und des Gesundheitszustandes im Anschluss an die Krankenhausbehandlung, um die Erwerbsfähigkeit zu halten und Folgekrankheiten zu mindern. Bei dem Versicherten stand nicht nur eine Optimierung, sondern eine Therapieumstellung auf andere Medikamente im Vordergrund. Damit hat es sich nach der rechtlichen Abgrenzung um eine stationäre Krankenhausbehandlung gehandelt (vgl. auch Urteil des erkennenden Senates vom 9. Mai 2012 - L 1 KR 241/10).

Die Kostenentscheidung beruht auf § 197 a SGG iVm §§ 154 Abs 1 und 2 Verwaltungsgerichtsordnung.

Der Streitwert war gemäß §§ 52, 63 Gerichtskostengesetz (GKG) festzusetzen.

Es hat kein gesetzlicher Grund vorgelegen, die Revision zuzulassen (§ 160 Abs. 2 SGG).