S 25 KR 317/17 ER

Land
Freistaat Sachsen
Sozialgericht
SG Dresden (FSS)
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
25
1. Instanz
SG Dresden (FSS)
Aktenzeichen
S 25 KR 317/17 ER
Datum
29.09.2017
2. Instanz
Sächsisches LSG
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Beschluss
Leitsätze
1. Die Bewilligung der Krankenhausbehandlung obliegt allein der Krankenkasse, die darüber entscheidet, ob Krankenhausbehandlung erforderlich ist.

2. Es ist nicht zu beanstanden, wenn ein Krankenhaus bei planbaren stationären Behandlungen zur Vermeidung einer primären Fehlbelegung von den Versicherten vor Aufnahme eine Erklärung der Krankenkasse über die Anerkennung der stationären Behandlungsbedürftigkeit verlangt.
I. Es wird festgestellt, dass die Antragstellerin bis zu einer Entscheidung in der Hauptsache zulässig von den Patienten, die zu einer stationären Schmerzbehandlung in das Krankenhaus der Antragstellerin eingewiesen wurden, vor Aufnahme zur stationären Behandlung eine Erklärung der Antragsgegnerin über die Anerkennung der stationären Behandlungsnotwendigkeit verlangt. II. Die Antragsgegnerin trägt die Kosten des Verfahrens. III. Der Streitwert wird auf 1.250,00 EUR festgesetzt.

Gründe:

I.

Die Beteiligten streiten darüber, ob die Antragstellerin vor der Aufnahme von Versicherten in ihr Krankenhaus eine Erklärung der Antragsgegnerin über die Anerkennung der stationären Behandlungsnotwendigkeit verlangen kann.

Die Antragstellerin ist Trägerin eines im Krankenhausplan des Landes Sachsen aufgenommenen Plankrankenhauses. Die insbesondere auf orthopädische Krankheitsbilder spezialisierte Antragstellerin führt u. a. in ihrem Krankenhaus stationäre Schmerzbehandlungen durch. Nach von der Antragsgegnerin unbestrittenen Angabe der Antragstellerin lässt die Antragsgegnerin in nahezu allen Fällen der stationären Schmerzbehandlung ihrer Versicherten eine Abrechnungsprüfung durchführen und beauftragt zu diesem Zweck den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) mit der Prüfung der stationären Behandlungsbedürftigkeit. In der Folge kam und kommt es zu zahlreichen Rechnungskürzungen durch die Antragsgegnerin mit nachfolgender Verrechnung mit unstreitigen Vergütungsansprüchen der Antragstellerin.

Die Antragstellerin ging daraufhin in Fällen der geplanten stationären Schmerzbehandlung von chronischen Schmerzpatienten dazu über, von diesen eine Kostenübernahmeerklärung ihrer jeweiligen Krankenversicherung abzufordern. In den betreffenden Schreiben heißt es:

"Ihre geplante stationäre Schmerztherapie

Sehr geehrte/r ,

durch Ihren Arzt wurden Sie zur stationären Behandlung in das Orthopädische Zentrum eingewiesen.

Hiermit bestätigen wir Ihnen den Eingang Ihrer Einweisung (Verordnung von Krankenhausbehandlung).

Bitte haben Sie dafür Verständnis, dass wir Ihnen heute noch keinen verbindlichen Termin für Ihre stationäre Krankenhausbehandlung mitteilen können. In der jüngeren Vergangenheit kam es zu massiven Auseinandersetzungen zwischen unserem Haus und gesetzlichen Krankenkassen, da vermehrt von Seiten der Krankenkasse angezweifelt wurde, dass die Schmerztherapie tatsächlich stationär erfolgen

müsse. Sie werden verstehen, dass wir die mit einer nachträglichen Prüfung der Notwendigkeit einer stationären Behandlung verbundenen Risiken nicht eingehen können, da die Krankenkassen dann die von uns erbrachten Leistungen gar nicht bezahlen und uns nur sehr eingeschränkte Möglichkeiten zur Verfügung stehen, die für den Betrieb unseres Krankenhaus erforderlichen Entgelte auch tatsächlich zu erhalten.

Nachdem es sich vorliegend nicht um eine Notfallbehandlung handelt, müssen wir zur Vermeidung späterer Auseinandersetzungen mit Ihrem Krankenversicherer darauf bestehen, dass uns bereits vor Durchführung der stationären Behandlung eine schriftliche Kostenübernahmeerklärung Ihrer Krankenversicherung vorgelegt wird, mit der diese erklärt, dass gegen die medizinische Notwendigkeit der vollstationären Behandlung in Ihrem Fall keine Einwände erhoben werden. Einen entsprechenden Vordruck für eine von der Krankenkasse abzugebende Erklärung fügen wir in der Anlage bei. "

Dem vorgenannten Schreiben liegt ein Formular für eine von der Krankenkasse auszusprechende Kostenübernahmeerklärung mit folgendem Wortlaut bei:

"Erklärung

Hiermit wird bestätigt, dass der Patient/die Patientin: KV-Nr.: bei uns gesetzlich krankenversichert ist und von unserer Seite keine Einwände gegen die medizinische Notwendigkeit einer vollstationären Behandlung des/der vorstehend genannten Patientin/Patienten im Rahmen der mit der Verordnung von Krankenhausbehandlungen vom durch den/die niedergelassene(n) Arzt/Ärztin ärztlich verordneten stationären Schmerztherapie erhoben werden.

Mit dieser Erklärung sind keine sonstigen, über die Anerkennung der medizinischen Notwendigkeit einer vollstationären Behandlung hinausgehenden präjudizierenden Erklärungen der Krankenkasse abgegeben ... (Ort/Datum) (Unterschrift/Stempel Krankenkasse)"

Die Antragsgegnerin reagierte in unterschiedlicher Weise auf das Begehren ihrer Versicherten auf Abgabe einer entsprechenden Kostenübernahmeerklärung. Teilweise bestätigte sie die Kostenübernahme auf dem von der Antragstellerin vorbereiteten Formular (vgl. Bl. 50 der Gerichtsakte) oder sie bestätigte den Versicherten mit einem gesonderten Schreiben die Kostenübernahme für eine Krankenhausbehandlung zur stationären Schmerztherapie (vgl. Bl. 49 der Gerichtsakte). In anderen Fällen lehnte die Antragsgegnerin die Abgabe einer entsprechenden Kostenübernahmeerklärung gegenüber den Versicherten ab. Dabei teilte sie den Versicherten mit, dass eine Genehmigung durch die Antragsgegnerin vorab nicht notwendig sei und sich der Versicherte aufgrund der ärztlichen Verordnung direkt an die Antragstellerin wenden solle. Gemäß § 39 Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch (SGB V) sei vom aufzunehmenden Krankenhaus zu prüfen und zu entscheiden, ob eine Aufnahme ins Krankenhaus medizinisch erforderlich sei. Eine Vorabprüfung durch die Krankenkasse bzw. den MDK sei nicht vorgesehen und könne durch das Krankenhaus nicht gefordert werden. Eignung, Erforderlichkeit und Wirtschaftlichkeit und somit die Einschätzung der eingesetzten Methode im Krankenhaus als übereinstimmend mit § 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V erfolge grundsätzlich präventiv durch das Krankenhaus selbst. Es trage die Verantwortung und müsse im Rahmen einer Prüfung durch den Krankenhausversicherungsträger im Einzelfall darlegen, dass die zur Anwendung gekommene Methode dem anerkannten Stand der medizinischen Kenntnis entspreche. Das Risiko einer Fehleinschätzung könne das Krankenhaus nicht an Versicherte oder Krankenversicherungsträger delegieren. Vor diesem Hintergrund scheide eine schriftliche Kostenübernahme durch die Antragsgegnerin aus (vgl. etwa das Schreiben vom 06.12.2016, Bl. 58 der Gerichtsakte). Zum Teil bestätigte die Antragsgegnerin den Versicherten auf deren Antrag auf Kostenübernahmeerklärung lediglich, dass die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für eine Krankenhausbehandlung vorliegen würden (vgl. etwa das Schreiben vom 20.03.2017, Bl. 42 der Gerichtsakte).

Mit an die Antragstellerin gerichtetem Schreiben vom 15.03.2017 wandte sich die Antragsgegnerin gegen die Verfahrensweise der Antragstellerin. In dem Schreiben heißt es wörtlich:

"Hiermit fordern wir Sie auf, es ab sofort zu unterlassen, unseren Versicherten vor der stationären Aufnahme vorgefertigte Kostenübernahmeerklärungen im Hinblick auf konkrete diagnostische oder therapeutische Maßnahmen auszuhändigen. Wir fordern Sie ebenfalls auf, es ab sofort zu unterlassen, gegenüber unseren Versicherten vergütungsrechtliche Auseinandersetzungen zwischen Krankenhaus und Krankenkasse zu thematisieren.

Ihr Verhalten unseren Versicherten gegenüber ist rechtswidrig. Daher werden wir nicht zögern, rechtliche Schritte zu ergreifen, sollten Sie weiter daran festhalten.

Wie Ihnen bekannt ist, erfordert die Behandlung von Versicherten der GKV keine vorherige auf eine konkret zu erbringende medizinische Leistung bezogene Kostenübernahmeerklärung der Krankenkasse. Als zugelassener Leistungserbringer sind Sie im Rahmen ihres Versorgungsauftrages gemäß § 109 Abs. 4 Satz 2 SGB V verpflichtet, gesetzlich versicherte ohne vorherige Kostenübernahmeerklärung der Krankenkasse bei medizinischer Notwendigkeit stationär aufzunehmen, wenn eine Mitgliedsbestätigung der Krankenkasse gemäß § 4 Abs. 3 des Vertrages nach § 112 Abs. 2 SGB V vorliegt."

Auf den Inhalt des Schreibens im Übrigen wird Bezug genommen (vgl. Bl. 4 f der Gerichtsakte).

Am 31.03.2017 hat die Antragstellerin Klage auf Feststellung erhoben, dass sie zulässig vor Aufnahme der stationären Behandlung von den Versicherten eine Erklärung über die Anerkennung der stationären Behandlungsnotwendigkeit verlange (Az. S 25 KR 320/17). Gleichzeitig hat sie einen Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung gestellt. Die von ihr gewählte Form des Vorgehens sei zulässig. Den Patienten und Versicherten der Antragsgegnerin werde keine notwendige Behandlung verweigert. Die hier in Rede stehende Behandlung der chronischen Schmerzpatienten sei keine Notfallbehandlung, bei der durch die Dauer der Beschaffung der Erklärung der Antragsgegnerin eine gesundheitliche Beeinträchtigung bei den Patienten zu befürchten wäre. Seien gesundheitliche Beeinträchtigungen bei einer nicht sofort beginnenden Behandlung zu erwarten, würden diese Patienten auch ohne Kostenübernahmeerklärung stationär aufgenommen und behandelt. Streitgegenständlich seien nur geplante Aufnahmen im Rahmen der stationären Schmerzbehandlung. Mit der von ihr vorgenommenen Verfahrensweise werde verhindert, dass es überhaupt zu primären Fehlbelegungen im Zusammenhang mit der Behandlung der chronischen Schmerzpatienten komme, da der Antragsgegnerin als Krankenkasse die Entscheidung über die Notwendigkeit

der stationären Behandlung bereits vor deren Beginn eingeräumt sei und die Antragsgegnerin daher eine primäre Fehlbelegung durch Verweigerung der Bestätigung vermeiden könne. Das Gesundheitssystem werde dann vor einer nicht berechtigten Inanspruchnahme der stationären Leistungserbringung geschützt und vermeidbare Kosten würden vermieden. Darüber hinaus erhalte sie eine gewisse Sicherheit für ihren Ressourceneinsatz auch die normierte Vergütung zu erhalten, ohne den Zufälligkeiten einer nachträglichen Begutachtung des Falles durch unterschiedliche gerichtlich bestellte Sachverständige ausgesetzt zu sein. Gerade die Fälle der chronischen Schmerzpatienten seien mit einer erheblichen Unsicherheit hinsichtlich einer später vorgenommenen Begutachtung durch Sachverständige einzuordnen. Um die Situation zu verdeutlichen werde auf die Abrechnung der Behandlung der Patientin U. G ... verwiesen, die wegen chronischer Rückenschmerzen sowohl in der Zeit vom 15.09.2016 bis zum 20.09.2016 als auch anschließend in der Zeit vom 29.10.2016 bis 08.11.2016 stationär behandelt worden sei. Die erste Behandlung habe wegen eines Darminfekts abgebrochen werden müssen, so dass dann im Oktober die Wiederaufnahme zur Fortsetzung der Behandlung durchgeführt wurde. Die Antragsgegnerin habe den Aufenthalt im September prüfen lassen und sei zu dem Ergebnis gekommen, dass der Aufenthalt stationär medizinisch erforderlich gewesen sei und habe 300,00 EUR Aufwandspauschale gezahlt. Für die Fortsetzung der wegen Darminfektes unterbrochenen Behandlung werde nunmehr die stationäre Erforderlichkeit bestritten, da die Patientin nach Ansicht der Antragsgegnerin in Ermangelung ausreichender ambulanter Vorbehandlung nicht hätte stationär aufgenommen werden müssen. An diesem Fall demonstriere sich die Willkür, der die Krankenhäuser bei den Diskussionen um die primäre Fehlbelegung bei den chronischen Schmerzpatienten ausgesetzt seien. Ob einem Versicherten vollstationäre Krankenhausbehandlung zu gewähren sei, richte sich allein nach medizinischen Erfordernissen. Die Entscheidung darüber obliege nach ständiger Rechtsprechung nicht dem Krankenhaus, sondern der Krankenkasse, gegen die sich der Anspruch richte. Beantrage der Versicherte vorab die Genehmigung einer vertragsärztlich verordneten Krankenhausbehandlung, so entscheide die Krankenkasse ihm gegenüber durch Verwaltungsakt (Hinweis auf SG Koblenz, Urteil vom 27.07.2015, Az. S 13 KR 1193/13). Die sozialrechtliche Rechtsprechung habe damit anerkannt, dass es gerade in Fällen, in denen die Patienten nicht wegen einer notfallmäßigen Aufnahme bei akuter Erkrankung in das Krankenhaus aufgenommen werden müssten, den Weg der Entscheidung der Krankenkasse vor Aufnahme in das Krankenhaus zur stationären Behandlung gebe. Unter Berücksichtigung der üblichen Verfahrensdauern bei den Sozialgerichten könne eine Entscheidung in der Hauptsache nicht abgewartet werden, ohne eine Vielzahl von weiteren gerichtlichen Auseinandersetzungen vor dem Sozialgericht Dresden zu provozieren. Darüber hinaus werde ein geordneter Betrieb des Krankenhauses massiv erschwert, wenn in größerem Umgang erbrachte Leistungen über mehrere Jahre hinweg nicht bezahlt würden. Das Eilbedürfnis sei vor allem auch deswegen gegeben, weil die Antragsgegnerin nunmehr den von der Antragstellerin eingeschlagenen Weg einer Prüfung und Bestätigung der stationären Behandlungsbedürftigkeit vor der stationären Aufnahme als rechtswidrig bezeichnet und Unterlassungsansprüche gegen die Antragstellerin geltend gemacht hat. Es bedürfe wegen der ungeklärten Rechtslage und dem trotzdem weiter laufenden Krankenhausbetrieb und der weiter erforderlichen Behandlung von chronischen Schmerzpatienten einer dringlichen Regelung durch das Gericht, die bis zu einer Entscheidung in der Hauptsache zu befristen sei. Es könne einem Krankenhaus nicht zugemutet werden, jährlich in ca. zehn Prozent der durchgeführten Behandlungsfälle die Vergütungen gerichtlich einklagen zu müssen. Die Kalkulation der Behandlungsentgelte im DRG-System beinhalteten nicht die Kosten für die Durchsetzung der Forderungen und auch nicht die erforderlichen Zwischenfinanzierungen bis zum Abschluss eines gerichtlichen Verfahrens.

Die Antragstellerin beantragt:

Es wird festgestellt, dass die Antragstellerin zulässig von den Patienten, die zu einer stationären Schmerzbehandlung in das Krankenhaus der Antragstellerin eingewiesen wurden, vor Aufnahme zur stationären Behandlung eine Erklärung der Antragsgegnerin über die Anerkennung der stationären Behandlungsnotwendigkeit verlangt, bis eine Entscheidung in der Hauptsache ergangen ist.

Die Antragsgegnerin beantragt,

den Antrag abzulehnen.

Die Vorgehensweise der Antragstellerin sei selbstverständlich rechtswidrig. Aus diesem Grunde habe die Antragsgegnerin die Antragstellerin mit Schreiben vom 15.03.2017 darauf hingewiesen und sie aufgefordert, es umgehend zu unterlassen, Versicherten vor der stationären Aufnahme vorgefertigte Kostenübernahmeerklärungen zwecks Unterzeichnung durch die Antragsgegnerin vorzulegen und Versicherte über vergütungsrechtliche Auseinandersetzungen zwischen den Beteiligten zu informieren. Zwischen der Antragstellerin und der Antragsgegnerin bestehe ein Vertragsverhältnis, aus dem sich als vertragliche Nebenpflicht die Verpflichtung ergebe, im Rechtsverkehr alles zu tun und zu unterlassen, was den Vertragszweck und den Leistungserfolg beeinträchtigen oder gefährden oder den jeweiligen Vertragspartner schädigen könnte. Gegen diese Verpflichtungen habe die Antragstellerin durch das streitgegenständliche Verhalten verstoßen. Denn die an die Versicherten gerichteten Schreiben seien geeignet, Zweifel an der Rechtmäßigkeit der Vorgehensweise der Antragsgegnerin zu schüren mit dem Hinweis darauf, dass Krankenkassen die Übernahme der Kosten für eine stationäre Behandlung ablehnen würden und es zu massiven Auseinandersetzungen zwischen der Antragstellerin und den Gesetzlichen Krankenkassen gekommen sei, werde bei den Versicherten der Antragsgegnerin die Befürchtung hervorgerufen, dass ihnen aufgrund des Verhaltens der Antragsgegnerin nicht das medizinisch Notwendige gewährt werde, auf das sie jedoch einen entsprechenden Leistungsanspruch hätten. Ein Anspruch der Antragstellerin auf Vorprüfung der medizinischen Notwendigkeit vollstationärer Aufnahme durch die Antragsgegnerin bestehe weder auf vertraglicher noch auf gesetzlicher Grundlage. Hingegen regele §§ 5 Abs. 1, 6 Abs. 1 des Landesvertrages gemäß § 112 Abs. 2 Nr. 1 und 2 SGB V die Pflicht des Krankenhauses zur Prüfung der Erforderlichkeit der vollstationären Krankenhausbehandlung. Die Versicherten hätten gem. § 5 Abs. 1 des Landesvertrages einen Anspruch auf vollstationäre Krankenhausbehandlung, wenn diese nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich sei, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden könne und die medizinische Versorgung nach Art und Schwere der Krankheit nur mit den besonderen Mitteln eines Krankenhauses möglich sei. Die Notwendigkeit der stationären Behandlung habe die Antragstellerin in eigener Verantwortung zu überprüfen. Durch die Fassung des § 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V werde die Prüfungsflicht des Krankenhauses verdeutlicht (Hinweis auf BSG, Beschluss vom 25.09.2007, Az. GS 1/06, Rdnr. 29). Die Antragstellerin habe damit Sorge zu tragen, dass die Aufnahmeuntersuchung gemäß § 6 Abs. 1 des Landesvertrages, mit der die Notwendigkeit und Art der Krankenhausbehandlung vor der Aufnahme des Patienten durch eingehende Untersuchung unter Beachtung der Grundsätze des § 39 SGB V von einem Krankenhausarzt geprüft werde, unverzüglich in die Wege geleitet werde. Anderenfalls verstoße die Antragstellerin gegen § 109 Abs. 4 Satz 2 SGB V. Danach seien die zugelassenen Krankenhäuser im Rahmen ihres Versorgungsauftrages zur Krankenhausbehandlung der Versicherten verpflichtet. Die Frage, ob tatsächlich Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit vorlag, könne dagegen jederzeit mit sachverständiger Hilfe auch rückschauend geklärt werden. Soweit die Antragstellerin der Meinung sei, dass ihr nicht zuzumuten sei, jährlich in ca. zehn Prozent der

durchgeführten Behandlungsfälle die Vergütungsansprüche einzuklagen, verkenne sie, dass das System der Fallpauschalen auf einer klaren Risikoverteilung basiere. Das Krankenhaus habe die Chance auf Gewinn durch Kostenersparnisse, trage im Einzelfall aber auch grundsätzlich die zusätzlichen Kosten der Versorgung (Hinweis auf BSG, Urteil vom 10.03.2015, Az. B 1 KR 2/15 R, Rdnr. 22).

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitverhältnisses wird in entsprechender Anwendung des § 136 Abs. 2 Satz 1 Sozialgerichtsgesetz (SGG) auf den Inhalt der vorbereitenden Schriftsätze verwiesen.

II.

Der Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ist zulässig und begründet.

Der Antrag ist als Regelungsanordnung zulässig. Gemäß § 86b Abs. 2 Satz 2 SGG kann das Gericht der Hauptsache auf Antrag eine einstweilige Anordnung zur Regelung eines vorläufigen Zustandes im Bezug auf ein streitiges Rechtsverhältnis treffen, wenn eine solche Anordnung zur Abwendung wesentlicher Nachteile nötig erscheint.

Der Begriff "Rechtsverhältnis" ist ebenso zu verstehen, wie in § 55 Abs. 1 Nr. 1 SGG (vgl. Keller in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer/Schmidt, SGG, § 86b, Rdnr. 25b). Hieraus folgt, dass eine einstweilige Anordnung auch als Feststellung ergehen kann, wenn in der Hauptsache eine Feststellungsklage statthaft ist und ein Anordnungsgrund vorliegt. Ein Antrag auf eine vorläufige Feststellung ist daher im Rahmen des § 86b Abs. 2 Satz 2 SGG zulässig (vgl. Sächsisches LSG, Beschluss vom 12.11.2012, Az. L 3 AS 618/12 B ER, juris; Beschluss vom 28.01.2015, Az. L 3 AS 6/15 B ER PKH, juris, Rdnr. 6; Keller a.a.O., Rdnr. 30; Schenke in Kopp/Schenke, VwGO, § 123, Rdnr. 9; SG Dresden, Beschluss vom 26.03.2012, Az. S 11 KA 257/11 ER, juris, Rdnr. 30).

Vorliegend ist im anhängigen Hauptsacheverfahren eine Feststellungsklage zulässig. Gem. § 55 Abs. 1 Nr. 1 SGG kann mit der Klage die Feststellung des Bestehens oder nicht Bestehens eines Rechtsverhältnisses begehrt werden, wenn der Kläger ein berechtigtes Interesse an der baldigen Feststellung hat. Zwischen den Beteiligten ist ein Rechtsverhältnis i.S.v. § 55 Abs. 1 Nr. 1 SGG streitig. Die Beteiligte streiten über die Frage, ob die Antragstellerin von bei der Antragsgegnerin versicherten Patienten vor Aufnahme einer stationären Schmerzbehandlung die Vorlage einer Kostenübernahmeerklärung der Antragsgegnerin verlangen darf.

Das erforderliche Feststellungsinteresse folgt zum einen daraus, dass die Antragsgegnerin die Zulässigkeit des Vorgehens der Antragstellerin bestreitet. Sie hat der Antragstellerin sogar mit Schreiben vom 15.03.2017 angedroht, rechtliche Schritte zu ergreifen, sollte die Antragstellerin weiter an ihrer Vorgehensweise festhalten. Im Antragsverfahren hat die Antragsgegnerin Bezug auf das Schreiben vom 15.03.2017 genommen und an der von ihr vertretenen Rechtsansicht festgehalten. Ferner hat sie sich gegenüber ihren Versicherten dahingehend geäußert, dass eine vorhergehende schriftliche Kostenübernahme nicht notwendig sei, bzw. eine schriftliche Kostenübernahme ausscheide. Darüber hinaus hat die Antragstellerin auch ein wirtschaftliches Interesse an der Klärung des streitigen Rechtsverhältnisses. Für den Fall der Ablehnung der Kostenübernahmeerklärung hat sie zwei Entscheidungsalternativen, die jeweils wirtschaftliche Nachteile nach sich ziehen. Entweder sie entscheidet sich unter Verlust des Vergütungsanspruchs dafür, Patienten der Antragsgegnerin nicht aufzunehmen; oder sie entscheidet sich dafür, die Patienten aufzunehmen mit dem Risiko, dass die Einschätzung des verordnenden und aufnehmenden Arztes über das Vorliegen von Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit in der Folge in der Abrechnungsprüfung durch den MDK und die Antragsgegnerin bzw. durch gerichtlich bestellte Sachverständige im nachfolgenden Klageverfahren nicht geteilt wird. In diesem Fall steht dem durch die Antragstellerin finanzierten Ressourcenaufwand kein Vergütungsanspruch gegenüber. Eine Vergütung kann die Antragstellerin auch nicht von dem Versicherten verlangen, da dieser grundsätzlich auf die Rechtmäßigkeit der Leistungserbringung vertrauen darf (vgl. Wahl in juris-PK – SGB V, §§ 39 SGB V, Rdnr. 135).

Nach im vorläufigen Rechtsschutz allein gebotener summarischer Prüfung hat die Feststellungsklage in der Hauptsache auch Aussicht auf Erfolg, da die streitige Frage in dem von der Antragstellerin genannten Sinn zu beantworten ist.

Wie § 12 Abs. 1 Satz 2 SGB V zeigt, bedarf die Gewährung von Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung im Grundsatz der vorherigen Bewilligung durch die Krankenkasse. Dies schließt die Verpflichtung zur Durchführung eines Verwaltungsverfahrens mit ein. Das Ergebnis der vorherigen Prüfung der Behandlungsnotwendigkeit muss dem Versicherten in der Form des Verwaltungsakts mitgeteilt werden (Wahl, a.a.O., Rdnr.132, m.w.N.). Dieser Grundsatz gilt zwar auch für die Krankenhausbehandlung. Dennoch setzt diese nicht zwingend eine Bewilligung der Krankenkasse voraus. Denn die vorherige Entscheidung der Krankenkasse über den Leistungsanspruch wird nur bei zeitlich planbaren Krankenhausbehandlungen möglich sein. Dagegen scheidet in Notfällen und bei anderen akuten Krankheitszuständen, die einen Aufschub nicht dulden, aus Sachgründen eine vorherige Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen durch die Krankenkasse von vornherein aus. In diesen Fällen kann der Versicherte die Krankenhausbehandlung auch ohne vorherige Bewilligung unmittelbar in Anspruch nehmen. Die Inanspruchnahme von Krankenhausbehandlung setzt also nicht notwendig einen Verwaltungsakt voraus, schließt diesen aber auch nicht aus (Wahl, a.a.O., Rdnr.133, m.w.N.). Die Bewilligung der Krankenhausbehandlung obliegt allein der Krankenkasse. Deren Leistungspflicht wird weder durch die vertragsärztliche Verordnung (§ 73 Abs. 2 Nr. 7, Abs. 4 SGB V) noch durch die Aufnahmeentscheidung des zugelassenen Krankenhauses (§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V) begründet. Weder der Vertragsarzt noch der Krankenhausarzt ist befugt, Rechtsentscheidungen über das Bestehen oder Nichtbestehen von Leistungsansprüchen zu treffen oder gar hierüber Verwaltungsakte zu erlassen. Auch durch die bei Aufnahme durchzuführende Prüfung der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit wird keine Entscheidung über den Leistungsanspruch des Versicherten getroffen. Vielmehr hat allein die Krankenkasse darüber zu befinden, ob dem Versicherten ein bestimmter Anspruch auf Krankenbehandlung zusteht oder nicht. Dass dies dem Leitbild des Gesetzes entspricht, zeigt § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V. Die Entscheidungsgewalt darüber, ob stationäre Krankenhausbehandlung erforderlich ist, liegt demnach allein bei der Krankenkasse (Wahl, a.a.O., Rdnr.134, m.w.N.). Insgesamt ist festzuhalten, dass bei planbaren Krankenhausaufenthalten außerhalb von Notfallsituationen und Akutfällen das Herbeiführen der Bewilligungsentscheidung der Krankenkasse dem gesetzlichen Regelfall entspricht.

Etwas anderes folgt auch nicht aus § 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V, § 109 Abs. 4 Satz 2 SGB V und § 5 Abs. 1 und § 6 Abs. 1 des Landesvertrages gemäß § 112 Abs. 2 Nr. 1 und 2 SGB V (in der Folge: Landesvertrag). Gemäß § 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. Entgegen der Ansicht der Antragsgegnerin ist der Vorschrift nicht zu entnehmen, dass Versicherte

gegen das Krankenhaus einen Anspruch auf stationäre Aufnahme haben, wenn die Aufnahmeuntersuchung nach Einschätzung des untersuchenden Krankenhausarztes erforderlich ist. Aus dem zweiten Halbsatz der Vorschrift ist nämlich zu entnehmen, dass der Anspruch weiter voraussetzt, dass Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit vorliegt. Wie bereits erläutert, entscheidet der Krankenhausarzt gerade nicht darüber, ob der Anspruch des Versicherten besteht, sondern § 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V legt ihm eine Prüfungspflicht auf, die im Zusammenhang mit § 73 Abs. 2 Nr. 7, Abs. 4 SGB V zu sehen ist. Die Erforderlichkeit der stationären Aufnahme in das Krankenhaus ist zwar gem. § 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V vom Krankenhaus eigenverantwortlich zu prüfen. Die Prüfungspflicht, die § 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V den Krankenhäusern auferlegt, ist jedoch im Zusammenhang mit § 73 Abs. 2 Nr. 7, Abs. 4 SGB V zu sehen (Wahl, a.a.O., Rdnr. 81). Das Gesetz geht davon aus, dass die stationäre Krankenhausbehandlung im Regelfall vom Vertragsarzt verordnet wird. In Hinblick hierauf stellt § 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V klar, dass sich das Krankenhaus auf die Beurteilung des Vertragsarztes nicht verlassen darf, sondern die Erforderlichkeit der stationären Krankenhausbehandlung eigenverantwortlich zu prüfen hat. Die erst durch das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) vom 21.12.1992 (BGBl I 2266) eingefügte Einschränkung, dass die Aufnahme "nach Prüfung durch das Krankenhaus" erforderlich sein muss, unterwirft die Krankenhäuser einer besonderen Prüfungspflicht für die typischerweise finanziell aufwendige stationäre Behandlung. Ziel dieser Änderung durch das GSG war es aber nicht, den Freiraum der Krankenhäuser zu erweitern, sondern sie im Gegenteil strengeren Anforderungen zu unterwerfen (BSG, Vorlagebeschluss vom 07.11.2006, Az. B 1 KR 32/04 R, juris, Rdnr. 34, mit Hinweis auf die Gesetzesbegründung). § 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V behält die Prüfung der Erforderlichkeit der stationären Krankenhausbehandlung dagegen nicht dem Krankenhaus vor. Der Prüfungspflicht des Krankenhauses entspricht kein ausschließliches Prüfungsrecht. Vielmehr verbleibt die Entscheidung über die Leistungsbewilligung bei der Krankenkasse (vgl. Wahl, a.a.O., Rdnr. 82, m.w.N.). Diese hat nicht nur das alleinige Recht, rechtsverbindlich über den Anspruch des Versicherten auf Krankenhausbehandlung zu entscheiden. Vielmehr ändert § 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V auch nichts daran, dass die Krankenkasse berechtigt ist, selbständig zu prüfen, ob die Voraussetzungen für die Inanspruchnahme von stationärer Krankenhausbehandlung erfüllt sind. Eine Bindung der Krankenkasse an die vom Krankenhaus getroffenen tatsächlichen Feststellungen lässt sich aus § 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V nicht herleiten (Wahl, a.a.O., Rdnr. 82).

Auch aus § 109 Abs. 4 Satz 2 SGB V lässt sich kein anderes Ergebnis herleiten. Nach der vorgenannten Vorschrift ist das zugelassene Krankenhaus im Rahmen seines Versorgungsauftrages zur Krankenhausbehandlung (§ 39 SGB VI) der Versicherten verpflichtet. Die Krankenhausbehandlung, zu der nach § 109 Abs. 4 Satz 2 SGB V die zugelassenen Krankenhäuser verpflichtet sind, ist, wie der Klammerzusatz zeigt, i.S.d. § 39 SGB V zu verstehen. Einen davon abweichenden eigenständigen Begriff der Krankenhausbehandlung kennt das Leistungserbringungsrecht nicht (vgl. Wahl, in juris-PK – SGB V, § 109 SGB V, Rdnr. 121). Auch aus den landesrechtlichen Vorschriften folgt kein neben § 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V stehender Anspruch des Versicherten auf Aufnahme in das Krankenhaus. Der Landesvertrag inhaltlich nichts anderes als die vorgenannten bundesrechtlichen Vorschriften. Die landesvertraglichen Regelungen sollen nämlich sicherstellen, dass Art und Umfang der Krankenhausbehandlung den bundesrechtlichen Anforderungen des SGB V entsprechen; sie dürfen keine Regelungen treffen, die dazu in Widerspruch stehen (BSG, Urteil vom 28.03.2017, Az. B 1 KR 29/16 R, juris, Rdnr. 25). Gemäß § 5 Abs. 1 Landesvertrag haben versicherte Patienten Anspruch auf vollstationäre Krankenhausbehandlung in einem zugelassenen Krankenhaus, wenn diese nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden könne und die medizinische Versorgung nach Art und Schwere der Krankheit nur mit den besonderen Mitteln eines Krankenhauses möglich sei. Gemäß § 6 Abs. 1 Landesvertrag wird die Notwendigkeit und Art der Krankenhausbehandlung vor Aufnahme des versicherten Patienten durch unverzügliche eingehende Untersuchung – auch bei Notfällen – unter Beachtung der Grundsätze des § 39 SGB V von einem Krankenhausarzt festgestellt (Aufnahmeuntersuchung). Die vorgenannten Vorschriften nehmen auf die Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit des § 39 SGB V Bezug, so dass die obigen Ausführungen im Hinblick auf die bestehende Prüfungspflicht verwiesen werden kann. Im Gegensatz zur Ansicht der Antragsgegnerin lässt sich daher feststellen, dass es nicht rechtswidrig ist, vorab von den Versicherten die Vorlage einer Kostenübernahmeerklärung zu verlangen.

Auch aus der Tatsache, dass das System der Fallpauschalen auf einer klaren Risikoverteilung basiert, folgt nichts anderes. Ein solches Risiko trägt das Krankenhaus nur und erst dann, wenn es sich für die stationäre Aufnahme des Patienten entscheidet und die Krankenhausbehandlung durchführt. Einen solchen Fall betrifft auch das von der Beklagten zitierte Urteil des Bundessozialgerichts (Urteil vom 10.03.2015, B 1 KR 2/15 R). In dem Fall der stationären Aufnahme kann die Krankenkasse nach der oben aufgezeigten Rechtsprechung nachträglich Einwendungen gegen ihre Leistungspflicht gegenüber dem Krankenhaus geltend machen. Stellt der aufnehmende Krankenhausarzt zwar stationäre Behandlungsbedürftigkeit fest, erwartet er aber, dass möglicherweise der durch die abrechnende Krankenkasse eingeschaltete MDK zu einem anderen Ergebnis kommt, so muss es dem Krankenhaus möglich sein, eine Vorab-Prüfung des Anspruchs durch die Krankenkasse, die die abschließende Entscheidung über die Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit trifft, zu bewirken. Im Bereich des Kassenarztrechtes hat die Rechtsprechung anerkannt, dass der Vertragsarzt in Fällen unklarer Verordnungen - insbesondere bei einem medizinisch umstrittenen Arzneimitteleinsatz bzw. in Fällen eines Off-Label-Use – der Krankenkasse als Kostenträger eine Vorab-Prüfung ermöglichen muss, ob sie die Verordnungskosten übernimmt, wenn er sich nicht dem Risiko eines Regresses aussetzen will (vgl. BSG, Urteil vom 20.03.2013, Az. B 6 KA 27/12 R, juris, Rdnr. 28). Unabhängig davon, ob der Vertragsarzt selber für den Patienten oder der Patient den Antrag selber stellt, stellt sich die darauf ergehende Erklärung der Krankenkasse, die Verordnung zu genehmigen, als Verwaltungsakt gegenüber dem Versicherten dar (vgl. BSG, a.a.O., Rdnr. 24). Das Gericht sieht keinen Grund dafür, die im Rahmen des Kassenarztrechts ergangene Rechtsprechung nicht auf die Leistungserbringung im Rahmen der stationären Behandlung zu übertragen. Insbesondere in Fällen, in denen zum einen eine andere Einschätzung durch den MDK möglich erscheint und es sich zum anderen um geplante Krankenhausaufenthalte, also nicht um akut erforderlich werdende Krankenhausbehandlungen handelt, muss der im Rahmen des Kassenarztrechts zum Ausgleich der widerstreitenden Interessen gefundene Verfahrensweg übertragbar sein.

Beide genannten Voraussetzungen liegen unstreitig vor. Die Antragstellerin hat unbestritten angegeben, dass sie eine Kostenübernahmeerklärung allein bei planbaren Krankenhausaufenthalten chronischer Schmerzpatienten verlangt, nicht jedoch bei akuter Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit oder Notfällen. Zum anderen hat sie von der Antragsgegnerin unbestritten vorgetragen, dass nahezu alle stationären Schmerzbehandlungen chronischer Schmerzpatienten einer Abrechnungsprüfung durch die Antragsgegnerin unterzogen werden.

Insgesamt erachtet das Gericht es für zulässig, bei planbaren Krankenhausaufenthalten die Vorlage einer Kostenübernahmeerklärung durch die Versicherten zu verlangen.

Soweit die Antragsgegnerin sich dagegen wendet, dass die Antragstellerin in ihren Anschreiben an die Versicherten darauf hinweist, dass es

zu massiven Auseinandersetzungen zwischen ihrem Krankenhaus und Gesetzlichen Krankenkassen gekommen sei, ist die Zulässigkeit dieses Hinweises nicht Gegenstand des Antrages der Antragstellerin und nicht dieses Rechtsstreites. Das Gericht hat daher auch nicht über die Rechtmäßigkeit der verwandten Formulierungen zu befinden.

Der Antrag zur einstweiligen Anordnung ist auch zur Abwendung wesentlicher Nachteile der Antragstellerin geboten. Für die Beurteilung der Voraussetzung eines "wesentlichen Nachteils" ist entscheidend, ob es bei einer Interessenabwägung nach den Umständen des Einzelfalls für den Betroffenen zumutbar ist, die Entscheidung in der Hauptsache abzuwarten (vgl. Keller a.a.O., § 86b, Rdnr. 28). Dabei ist auch die Erfolgsaussicht in der Hauptsache zu berücksichtigen. Ist eine in der Hauptsache erhobene Klage offensichtlich zulässig und begründet, vermindern sich die Anforderungen an den Anordnungsgrund. Der Antragstellerin ist es bei den geschilderten Erfolgsaussichten einer Feststellungsklage in der Hauptsache nicht zumutbar, die rechtskräftige Entscheidung in der Hauptsache abzuwarten. Dies folgt zum einen daraus, dass die Antragsgegnerin für den Fall, dass die Antragstellerin weiter Kostenübernahmeerklärungen von ihren Versicherten verlangt, mit rechtlichen Schritten gedroht hat. Zum anderen bedeutet ein weiteres Zuwarten wirtschaftliche Nachteile, die im Falle einer positiven Hauptsacheentscheidung nicht mehr rückgängig gemacht werden können. Wie bereits geschildert, geht die Antragstellerin im Falle der Verweigerung von Kostenübernahmeerklärungen entweder des Vergütungsanspruches verlustig, wenn sie sich entscheidet, den Versicherten bei fehlender Kostenübernahmeerklärung nicht aufzunehmen; oder sie setzt sich dem Risiko aus, dass im Rahmen der Abrechnungsprüfung die Ärzte des MDK und ggf. Gerichtsgutachter eine andere Einschätzung zu der Frage haben, ob stationäre Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit vorliegt oder nicht. Im für die Antragstellerin ungünstigen Fall, dass im Rahmen der Abrechnungsprüfung die Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit anders beurteilt wird, als vom aufnehmenden Krankenhausarzt, setzt sie sich einem Ressourcenverbrauch aus, dem kein Vergütungsanspruch, aber ggf. zusätzlich Gerichtskosten gegenüber stehen. Dagegen sind für die Antragsgegnerin keine wesentlichen Nachteile für den Fall, dass im Hauptsacheverfahren ein anderes Ergebnis gefunden wird, zu erwarten. Sie muss bei Abgabe der Kostenübernahmeerklärungen an die Versicherten letztlich nur für stationäre Krankenhausbehandlungen aufkommen, die sie selber für erforderlich erachtet hat. Dabei erstrecken sich die Bewilligungsentscheidungen nur auf die Frage, ob ein Anspruch auf stationäre Aufnahme besteht und nicht auf deren Dauer und Umfang der Behandlungen. Darüber hinaus entfaltet der bewilligende Verwaltungsakt nur eine eingeschränkte Bindungswirkung. Denn derartige Entscheidungen stehen unter dem (stillschweigenden) gesetzlichen Vorbehalt des jederzeitigen Widerrufs mit Wirkung für die Zukunft, weil der Anspruch auf Krankenhausbehandlung von dem Grundsatz geprägt ist, dass die Behandlungsmaßnahmen dem jeweiligen Bedarf anzupassen und daher stets abhängig von den aktuellen Verhältnissen, von dem gegenwärtigen Krankheitszustand sowie den gegenwärtigen Behandlungsmöglichkeiten sind (vgl. Wahl, a.a.O., § 39 SGB V, Rdnr. 137, m.w.N.). Weil die Festlegung in einem Bewilligungsbescheid nicht über den jeweiligen (konkreten) Behandlungsbedarf hinaus in die Zukunft reicht, kann eine dennoch (abstrakt) erklärte Leistungszusage jederzeit - und zwar unabhängig von einer rechtlichen oder tatsächlichen Änderung - widerrufen werden (Wahl, a.a.O.).

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

Die Festsetzung des Streitwertes beruht auf § 197a Abs. 1 Satz 1 SGG i. V. m. § 52 Abs. 2 Gerichtskostengesetz (GKG). Der Regelstreitwert war aufgrund der Vorläufigkeit der Feststellung im Verfahren des vorläufigen Rechtschutzes auf ein Viertel zu reduzieren.
Rechtskraft
Aus
Login
FSS
Saved
2018-09-18