S 25 KR 1284/19

Land
Freistaat Sachsen
Sozialgericht
SG Dresden (FSS)
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
25
1. Instanz
SG Dresden (FSS)
Aktenzeichen
S 25 KR 1284/19
Datum
26.06.2019
2. Instanz
Sächsisches LSG
Aktenzeichen
L 1 KR 238/19
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze
Ein Krankenhaus handelt nicht rechtswidrig, wenn es die Aufnahme gesetzlich Versicherter zu einer geplanten stationären Behandlung, deren Erforderlichkeit zweifelhaft erscheint von der vorherigen Anerkennung der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit auf Antrag des Versicherten durch die Krankenkasse abhängig macht (entgegen Sächsisches Landessozialgericht, Beschluss vom 26. Februar 2019 - L 9 KR 691/17 B ER -).

Berufung anhängig beim Sächsischen Landessozialgericht, Az. L 1 KR 238/19
I. Es wird festgestellt, dass die Klägerin nicht auf Grund entgegenstehender Rechte der Beklagten daran gehindert ist, von Versicherten der Beklagten, die zu einer geplanten stationären Schmerzbehandlung in das Krankenhaus der Klägerin eingewiesen werden, vor der Aufnahme zur stationären Behandlung eine Erklärung der Beklagten über die Anerkennung der stationären Behandlungsnotwendigkeit zu verlangen.
II. Die Kosten des Verfahrens trägt die Beklagte.
III. Der Streitwert wird auf 150.000 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten darüber, ob die Klägerin berechtigt ist, die stationäre Aufnahme von gesetzlich Versicherten der Beklagten, die als chronische Schmerzpatienten zur stationären Schmerztherapie in ihr Krankenhaus eingewiesen werden, von der Vorlage einer Erklärung der Beklagten abhängig zu machen, dass sie die stationäre Behandlungsnotwendigkeit anerkenne. Die Klägerin ist Trägerin eines in den Krankenhausplan des Freistaates Sachsen aufgenommenen Plankrankenhauses (Teil II, KH-Nr ..., Hauptabteilung Chirurgie). Nach eigenen Angaben entfallen rund 10 v. H. der von ihr durchgeführten und abgerechneten Behandlungsfälle auf stationäre Schmerzbehandlungen (insbesondere die multimodale Schmerztherapie im Sinne des OPS 8-918, abzurechnen nach DRG I42A und I42B, sowie nichtoperative Interventionen bei Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich im Sinne des OPS 8-910, abzurechnen nach DRG I68D). In nahezu allen stationären Behandlungen in diesem Bereich lässt die Antragsgegnerin nach Abschluss der Behandlung und Rechnungslegung den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) die stationäre Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit prüfen (sog. primäre Fehlbelegungsprüfung). In zahlreichen Fällen hat die Beklagte im Ergebnis dieser Prüfung eine Vergütung der stationären Krankenhausbehandlung in voller Höhe abgelehnt und mit Ansprüchen auf Erstattung bereits ausgezahlter Vergütungen gegen unbestrittene Vergütungsforderungen der Klägerin aufgerechnet. Die Klägerin nahm dies zum Anlass, sich von den zur konservativen Schmerztherapie überwiesenen Versicherten vor der stationären Aufnahme eine formularmäßige Kostenübernahmeerklärung der Beklagten vorlegen zu lassen. In den Anschreiben an die Versicherten dazu 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. Bitte wenden Sie sich

damit umgehend an Ihre Krankenkasse. Eine Kopie Ihrer Krankenhauseinweisung legen wir dafür als Anlage bei. Für Ihre Rückfragen stehen wir Ihnen unter der Telefon-Nummer gern zur Verfügung." Dem Anschreiben beigefügt ist folgende mit Unterschrift und Stempel der Beklagten zu versehende Formularerklärung: "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." In einigen Fällen gab die Beklagte gegenüber ihren Versicherten eine entsprechende Kostenübernahmeerklärung – unter Verwendung des Vordrucks der Antragstellerin oder eines eigens formulierten Schreibens mit Befristung – ab. In zahlreichen anderen Fällen lehnt sie dies jedoch unter gleichzeitigem Hinweis auf die für Versicherte als Sachleistung kostenfrei zu erbringende Krankenhausbehandlung mit folgender Begründung ab: "Sehr geehrte/r Sie haben eine Verordnung zur Krankenhausbehandlung für das Fachklinikum eingereicht. Diese Klinik ist eine Vertragsklinik. Auf Grund der ärztlichen Verordnung vom wenden Sie sich bitte an diese Klinik. Eine Genehmigung ist vorab von uns nicht notwendig. Gemäß § 39 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) ist vom aufnehmenden Krankenhaus zu prüfen und zu entscheiden, ob eine Aufnahme ins Krankenhaus medizinisch erforderlich ist. Eine Vorab-Prüfung durch die Krankenkasse bzw. den MDK ist nicht vorgesehen und kann 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 erfolgt grundsätzlich präventiv durch das Krankenhaus selbst. Es trägt die Verantwortung und muss im Rahmen einer Prüfung durch den Krankenversicherungsträger im Einzelfall darlegen, dass die zur Anwendung gekommene Methode dem anerkannten Stand der medizinischen Kenntnis entspricht. Das Risiko einer Fehleinschätzung kann das Krankenhaus nicht an Versicherte oder den Krankenversicherungsträger delegieren. Vor diesem Hintergrund scheidet eine schriftliche Bestätigung durch uns aus. " Parallel dazu forderte die Beklagte mit Schreiben vom 15. März 2017 die Klägerin zur Unterlassung auf. In dem Schreiben heißt es unter anderem: " 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. " Hiergegen richtet sich die am 31. März 2017 beim Sozialgericht eingegangene Klage vom 22. März 2017. Die Klägerin macht geltend, die Entscheidung über die Notwendigkeit stationärer Krankenhausbehandlung sei bei chronischen Schmerzpatienten schwierig. Sie hänge von zahlreichen individuellen Faktoren der Patienten ab und könne im Nachhinein durch Sachverständige – sei es des MDK oder gerichtlich beauftragte Ärzte – nur unzureichend überprüft werden. Dies liege zum Einen daran, dass es zur Behandlung chronischer Schmerzpatienten keine festgelegten Behandlungspfade gebe, vielmehr immer wieder ein Paradigmenwechsel zu verzeichnen sei und daher die Meinungen der einbezogenen Ärzte und Sachverständigen oft weit auseinandergingen. Zum Anderen liege es daran, dass die im Rahmen der nachträglichen Prüfung/Begutachtung geforderte Dokumentation regelmäßig nicht in ausreichender Weise erstellt werden könne, da – worauf auch im Begutachtungsleitfaden der Sozialmedizinischen Expertengruppe (SEG 4) im MDK "Begutachtung des OPS-Komplexkodes 8-918 Multimodale Schmerztherapie" (Stand: November 2012) hingewiesen werde – sowohl für die Behandlung als auch für die Begutachtung ein "einheitliches Schema" bzw. "harte Kriterien" fehlten. Mittlerweile seien zwischen ihr und der Antragsgegnerin allein vor dem SG weit über 100 Klageverfahren zur Frage der stationären Behandlungsnotwendigkeit bei chronischen Schmerzpatienten anhängig. Daher sei sie dazu übergegangen, von ihren Patienten – mit Ausnahme von Notfallbehandlungen – vorab eine Erklärung über die Notwendigkeit stationärer Behandlung der Antragsgegnerin zu verlangen. Durch diese Vorgehensweise könnten die von der Antragsgegnerin gerügten Fälle primärer Fehlbelegung sowie zahlreiche hiermit im Zusammenhang stehende (unter Umständen gerichtliche) Auseinandersetzungen vermieden oder zumindest deutlich reduziert werden. Dies führe zum einen zu einer größeren Planungssicherheit für das Krankenhaus, zum anderen zur Schonung der Ressourcen des Gesundheitswesens insgesamt. Diese Vorgehensweise sei auch legitim, da die Vorabbefassung und entscheidung durch die Krankenkasse nicht generell ausgeschlossen, sondern vielmehr, etwa auf Antrag des Versicherten nach § 13 Abs. 3 SGB V in Fällen, in denen das Bestehen eines Sachleistungsanspruchs zweifelhaft sei, gesetzlich vorgesehen sei. Der Gesetzgeber habe zudem zur Verfahrensbeschleunigung in § 13 Abs. 3a SGB V eine Regelung zur Genehmigungsfiktion aufgenommen. Nichts anderes als dieses Verfahren werde seitens der Antragstellerin den Patienten angeraten. Das Verhalten der Beklagten sei willkürlich und führe zu einem erheblichen Kostenrisiko. Die Beanstandungen der Antragsgegnerin beträfen 10 v.H. der jährlich durchgeführten und abgerechneten Behandlungsfälle und einen Forderungsausfall von rund 30 v.H. des Jahresumsatzes. Die Klägerin beantragt, festzustellen, dass die Klägerin zulässig von den chronischen Schmerzpatienten, die zu einer geplanten stationären Schmerzbehandlung in das Krankenhaus der Klägerin eingewiesen werden, vor der Aufnahme zur stationären Behandlung eine Erklärung der Beklagten über die Anerkennung der stationären Behandlungsnotwendigkeit verlangt. Die Beklagte beantragt, die Klage abzuweisen. Das Verhalten der Klägerin verstoße gegen die gesetzlichen und vertraglichen Vorgaben der Leistungserbringung und vergütung. Nach § 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V sowie der im Freistaat Sachsen geltenden Vereinbarung nach § 112 Abs. 2 Nr. 1 und 2 SGB V zu den allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung (nachfolgend: Landesvertrag – LVtr) sei das Krankenhaus bzw. der Krankenhausarzt zur eingehenden Aufnahmeuntersuchung in eigener Verantwortung verpflichtet. Außermedizinische Umstände, wie etwa das Vorhandensein ambulanter Versorgungsmöglichkeiten im Einzugsgebiet, seien nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung für die in diesem Zusammenhang zu treffende Entscheidung irrelevant. Das Vergütungsrisiko trage nach der gesetzgeberischen Wertung das Krankenhaus. Weder nach dem SGB V noch nach dem Landesvertrag seien die Versicherten verpflichtet, vor Aufnahme in das Krankenhaus eine Kostenübernahmeerklärung ihrer Krankenkasse vorzulegen. Nach § 4 Abs. 3 LVtr sei lediglich eine Erklärung der Krankenkasse über das Bestehen der Mitgliedschaft vorgesehen. Die Wirkung eines deklaratorischen Schuldanerkenntnisses komme der Übersendung des Kostenübernahmesatzes nach § 4 Abs. 2 LVtr gerade nicht zu. Soweit die Antragstellerin das Recht des Versicherten nach § 13 Abs. 3 SGB V anführe, sei klarstellend darauf hinzuweisen, dass der Sachleistungs- bzw. Kostenerstattungsanspruch des Patienten gegenüber seiner Krankenkasse (Versicherungsverhältnis) und auch das Verhältnis zwischen Patient und Krankenhaus (Behandlungsverhältnis) strikt von den Vergütungsbeziehungen zwischen Krankenhaus und Krankenkasse (Abrechnungsverhältnis) zu scheiden sei. Entscheidungen in einem Verhältnis entfalteten für die jeweils anderen Rechtsbeziehungen keinerlei Bindungswirkung. Die von ihr, der Antragsgegnerin, vorgenommenen Verrechnungen seien jeweils auf der Grundlage schlüssiger Gutachten des MDK erfolgt. Dies belege nicht zuletzt der Ausgang von rund 1.800 Klageverfahren eines anderen Krankenhauses, bei welchem ebenfalls in großem Umfang Auffälligkeitsprüfungen

durchgeführt worden seien. Auf Antrag der Klägerin hat das Sozialgericht Dresden durch Beschluss vom 29. September 2017 – S 25 KR 317/17 ER – vorläufig festgestellt, dass die Klägerin 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 verlangen könne. Auf die Beschwerde der Beklagten hat das Sächsische Landessozialgericht mit Beschluss vom 26. Februar 2019 – L 9 KR 691/17 B ER – die einstweilige Anordnung des Sozialgerichts aufgehoben und den Antrag auf Gewährung einstweiligen Rechtsschutzes abgelehnt. Wegen der Einzelheiten des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der Gerichtsakte mit den zwischen den Beteiligten gewechselten Schriftsätzen sowie die zum Hauptsacheverfahren beigezogene Akte des Antragsverfahrens Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Klage ist zulässig und begründet. I. Die Feststellungsklage ist zulässig. Gemäß § 55 Abs. 1 Nr. 1 SGG kann mit der Klage die Feststellung des Bestehens oder Nichtbestehens eines Rechtsverhältnisses begehrt werden, wenn der Kläger ein berechtigtes Interesse an der baldigen Feststellung hat. Zwischen den Beteiligten ist ein Rechtsverhältnis im Sinne von § 55 Abs. 1 Nr. 1 SGG streitig. Die Beteiligten streiten darüber, ob die Klägerin die stationäre Aufnahme von Versicherten der Beklagten zur konservativen Schmerzbehandlung auf Patienten beschränken darf, deren Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit die Beklagte zuvor anerkannt hat. Das erforderliche Feststellungsinteresse folgt zum einen daraus, dass die Beklagte die Zulässigkeit des Vorgehens der Klägerin bestreitet. Sie hat der Klägerin sogar mit Schreiben vom 15. März 2017 angedroht, rechtliche Schritte zu ergreifen, sollte die Klägerin weiter an ihrer Vorgehensweise festhalten. Im Verfahren des vorläufigen Rechtsschutzes hat sie an Ihrer Auffassung festgehalten. Zudem 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 Klägerin 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 Beklagten 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 Beklagte bzw. durch gerichtlich bestellte Sachverständige im nachfolgenden Klageverfahren nicht geteilt wird. In diesem Fall steht dem durch die Klägerin finanzierten Ressourcenaufwand kein Vergütungsanspruch gegenüber. Eine Vergütung kann die Klägerin auch nicht von den Versicherten verlangen, da diese grundsätzlich auf die Erbringung der Krankenhausbehandlung als Sachleistung der Krankenkasse vertrauen dürfen (vgl. Wahl in juris-PK SGB V, § 39 SGB V, Rn. 135). II. Die Feststellungsklage hat auch in der Sache Erfolg. Die streitige Frage ist in dem von der Klägerin genannten Sinn zu beantworten. 1. Es ist nicht rechtswidrig, die unmittelbar für den gesetzlichen Anspruch des Versicherten auf Krankenhausbehandlung und mittelbar für den Vergütungsanspruch des Krankenhausträgers wesentliche Vorfrage der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit vor der Inanspruchnahme der Leistung durch die Krankenkasse klären zu lassen. Das Gesetz geht davon aus, dass die Erbringung einer Sachleistung der gesetzlichen Krankenversicherung von der vorherigen Feststellung der Leistungspflicht der Krankenkasse abhängig ist. Dieser Grundsatz ist auch bei der Erbringung von Krankenhausbehandlung nicht aufgehoben. 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 Form eines Verwaltungsaktes mitgeteilt werden (Wahl, a.a.O., Rn.132, m.w.N.). Dies gilt 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 vorn herein 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., Rn.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 sind 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., Rn.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, § 6 Abs. 1 LVtr. 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 Beklagten 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 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., Rn. 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. Dezember 1992 (BGBl I S. 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 7. November 2006 – B 1 KR 32/04 R – Rn. 34). § 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., Rn. 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., Rn. 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, im Sinne des § 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, Rn. 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 regelt 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. März 2017 – B 1 KR 29/16 R – Rn. 25). Gemäß § 5 Abs. 1 LVtr 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 kann und die medizinische Versorgung nach Art und Schwere der Krankheit nur mit den besonderen Mitteln eines Krankenhauses möglich ist. Gemäß § 6 Abs. 1 LVtr 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 im Sinne des § 39 SGB V Bezug, so dass die obigen Ausführungen im Hinblick auf die bestehende Prüfungspflicht verwiesen werden kann. 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. März 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. 2. Im Vertragsarztrecht ist die Zulässigkeit der von der Klägerin gewählten Verfahrensweise seit langem anerkannt. Die zuständigen Senate des BSG haben in ständiger Rechtsprechung darauf verwiesen, dass ein Vertragsarzt in Fällen unklarer Verordnungen – insbesondere bei einem medizinisch umstrittenen Arzneimitteleinsatz bzw. in Fällen eines Off-Label-Use – der Krankenkasse als Kostenträger vorab die Prüfung ermöglichen muss, ob sie die Verordnungskosten übernimmt, wenn er sich nicht dem Risiko eines Regresses aussetzen will (BSG, Urteil vom 20. März 2013 – B 6 KA 27/12 R – Rn. 28; BSG, Beschluss vom 31. Mai 2006 – B 6 KA 53/05 B – Rn. 13; BSG, Urteil vom 14. Dezember 2006 – B 1 KR 8/06 R – Rn. 17; BSG, Urteil vom 5. Mai 2010 – B 6 KA 6/09 R – Rn. 43; BSG, Urteil vom 13. Oktober 2010 – B 6 KA 48/09 R – Rn. 37). Unabhängig davon, ob der Vertragsarzt den Antrag für den Patienten oder der Patient selbst den Antrag stellt, ergeht die Entscheidung der Krankenkasse, die Verordnung zu genehmigen oder den Leistungsantrag abzulehnen, als Verwaltungsakt gegenüber dem Versicherten (BSG, Urteil vom 20. März 2013 – B 6 KA 27/12 R – Rn. 24). Bestätigt die Krankenkasse im Rahmen der Prüfung, dass eine Leistung – die Verordnung des in Rede stehenden Arzneimittels bzw. die Übernahme der Verordnungskosten – zu Unrecht abgelehnt wurde, begründet diese Feststellung einen Vertrauenstatbestand, auf den sich (auch) der verordnende Vertragsarzt berufen kann (BSG, Urteil vom 20. März 2013 – B 6 KA 27/12 R – Rn. 28; BSG, Beschluss vom 31. Mai 2006 – B 6 KA 53/05 B – Rn. 13; BSG, Urteil vom 14. Dezember 2006 – B 1 KR 8/06 R – Rn. 17). Die Rechtsbeziehungen zwischen den Krankenkassen bzw. deren Verbänden und den Vertragsärzten und ihren Vereinigungen und die für die ambulante ärztliche Behandlung geltenden Regelungen, wonach Versicherte zugelassene Leistungserbringer unmittelbar in Anspruch nehmen können und diese ihre Leistungen nachträglich ohne Einbeziehung des Versicherten gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung und den Krankenkassen abrechnen, stehen dem nicht entgegen. Das Gericht sieht kein Hindernis, diese Rechtsprechung auf die Leistungserbringung im Rahmen der stationären Krankenhausbehandlung zu übertragen. Denn das gesetzliche Sachleistungsprinzip für den Zugang zu ärztlichen Leistungen ist im sozialrechtlichen Dreiecksverhältnis beider Sektoren vergleichbar ausgestaltet. 3. Dem stehen nicht die Erwägungen entgegen, aus denen das Sächsische Landessozialgericht mit Beschluss vom 26. Februar 2019 – L 9 KR 691/17 B ER – die einstweilige Anordnung des Sozialgerichts vom 29. September 2017 – S 25 KR 317/17 ER – aufgehoben hat. Der Senat hat darin die Auffassung vertreten, aus den Grundsätzen zur Prüfung der Erforderlichkeit stationärer Krankenhausbehandlungen ergebe sich, dass eine Prüfung seitens des Krankenhauses vor/bei Aufnahme (§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V) und seitens der Krankenkasse regelmäßig erst danach (insb. nach Eingang der Abrechnung) – ggf. unter Beauftragung des MDK (§ 275 Abs. 1 Nr. 1, Abs. 1c SGB V) – vorgenommen werde. Für Prüfungen der sachlich-rechnerischen Richtigkeit der vom Krankenhaus erstellten Rechnung ergebe sich dies bereits aus der Natur der Sache wegen der notwendig rückschauenden Betrachtung der Hauptdiagnose nach den Deutschen Kodierrichtlinien (Version 2019, Abschnitt D002f). Ein Krankenhaus, das die Erforderlichkeit von Krankenhausbehandlung nach eigener Prüfung (vgl. § 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V) bejahe, sei verpflichtet, den Versicherten aufzunehmen und zu behandeln (vgl. § 109 Abs. 4 Satz 2 SGB V). Die Verweigerung notwendiger Behandlung könne Haftungsansprüche gegenüber dem Versicherten auslösen (BSG, Urteil vom 19. Juni 2018 – B 1 KR 26/17 R – Rn. 20). § 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V ordne damit das Risiko der Erforderlichkeitsprüfung gerade dem Krankenhaus zu. Das Krankenhaus habe die Notwendigkeit der stationären Behandlung in eigener Verantwortung zu überprüfen. Das Vergütungsrisiko für eine nicht notwendige Krankenhausbehandlung ebenso wie die Nachteile der Nichterweislichkeit im nachfolgenden Rechtsstreit seien von diesem zu tragen (BSG, Urteil vom 28. Februar 2007 – B 3 KR 15/06 R – Rn. 19; Urteil vom 16. Dezember 2008 – B 1 KN 3/08 KR R – Rn. 28 m. w. N.). Das Vorgehen der Klägerin, die Erforderlichkeit der stationären Aufnahme erst nach Abschluss der Behandlung und Rechnungslegung seitens des Krankenhauses zu prüfen, verstoße damit nicht gegen die vergütungsrechtlichen Vorgaben und das darin zum Ausdruck kommende Regel-Ausnahme-Verhältnis. Anhaltspunkte dafür, dass abweichend hiervon in Fallkonstellationen wie den vorliegend streitigen oder gar regelhaft eine Vorab-Prüfung durch die Krankenkasse (ggf. unter Beauftragung des MDK) zulässig sei bzw. seitens der Antragstellerin als Leistungserbringer beansprucht werden kann, seien dem Wortlaut und der Systematik der angeführten gesetzlichen und untergesetzlichen Regelungen nicht zu entnehmen. Dem vermag die Kammer nicht zu folgen. Zunächst beschränkt sich die Begründung des Senats darauf, die Argumentation der Vorinstanz lediglich zu negieren, ohne sich auch nur ansatzweise mit der ausführlichen und schlüssigen Begründung der einstweiligen Anordnung sowie der hierzu herangezogenen Rechtsprechung und

Kommentarliteratur auseinanderzusetzen. Eine inhaltlich überlegene Argumentation lässt sich dieser bloßen Behauptung des Gegenteils nicht entnehmen. Der Senat übersieht, dass die Befugnis, für die Leistungspflicht wesentliche Elemente in Bezug auf eine konkrete Behandlung feststellen zu lassen, dem Versicherten in der leistungsrechtlichen Beziehung gegenüber der Beklagten zusteht und deshalb durch die vom Senat zitierten Regelungen des Leistungserbringerrechts nicht ausgeschlossen werden kann. Die Klägerin kann ihr Vorgehen praktisch darauf stützen, dass der Versicherte ihr gegenüber keinen eigenen, aus § 39 SGB V abgeleiteten Aufnahmeanspruch hat und sie deshalb in zweifelhaften Leistungsfällen die Klärung des Leistungsanspruchs im Verhältnis zwischen Krankenkasse und Versichertem abwarten kann, bevor sie sich zur Aufnahme entschließt. Zwar kann die Klägerin ihrerseits gegenüber der Beklagten keine Entscheidung über das Bestehen die Leistungspflicht aus eigenen subjektiven Rechten zu erzwingen. Dem Krankenhausträger steht ebenso wenig eine rechtliche Handhabe zu, die Leistungspflicht der Krankenkasse gegenüber dem Versicherten feststellen zu lassen, wie ein Versicherter die Leistungspflicht der Krankenkasse allein im Interesse des Leistungserbringers abstrakt klären lassen kann und diesen damit einen eigenen Prozess zu ersparen (vgl. BSG, Urteil vom 9. Oktober 2001 – B 1 KR 6/01 R –). Dies macht aber die Klägerin auch gar nicht geltend. In den streitgegenständlichen Konstellationen ist es vielmehr der Versicherte, der im eigenen Interesse eine Sachleistung der Krankenkasse verfolgt, auf die er mit hoher Wahrscheinlichkeit keinen Anspruch hat. Die Klägerin behält sich lediglich vor, vor der stationären Aufnahme wenigstens die Klärung der hierfür primär maßgeblichen Krankenhausbehandlungsnotwendigkeit abzuwarten. Der Antrag auf Feststellung der Zulässigkeit ihres Vorgehens ist nach dem Inbegriff des Klagevorbringens und unter Würdigung der Vorgeschichte so zu verstehen, dass die Klägerin lediglich festgestellt haben möchte, dass die Beklagte im Leistungserbringerverhältnis jedenfalls kein Recht hat, ihr die legitime Ausnutzung dieses im Leistungsverhältnis fußenden Rechtsreflexes zu verbieten. Für den Versicherten leitet sich aus den §§ 39 und 109 SGB V kein eigener Anspruch gegen den Krankenhausträger auf unmittelbaren Zugang zur konkreten Behandlung ab, dessen Erfüllung ihm durch den Vorbehalt einer Kostenübernahmeerklärung vorenthalten werden könnte. Dass der Versicherte im Falle der Verweigerung einer medizinisch gebotenen Behandlung eventuell zivilrechtliche Schadensersatzansprüche gegen die Krankenhausärzte erheben kann, resultiert nicht aus einer Verletzung dieser sozialrechtlichen Vorschriften. Die Beklagte kann deshalb hieraus auch keine Rechte ableiten, der Klägerin ihr Vorgehen zu untersagen. Den Begründungsansatz des Senats zu Ende gedacht, wären sämtliche Klagen Versicherter auf Feststellung der Leistungspflicht ihrer Krankenkasse zur Gewährung einer bestimmten, nur im stationären Rahmen zu erbringenden Behandlung (zum Beispiel adipositaschirurgische Eingriffe oder behandlungsintensive Krebstherapien) unzulässig, weil der Versicherte, anstatt die Krankenkasse zur Sachleistung verpflichten zu lassen, vorrangig auf die zivilrechtliche Inanspruchnahme des Behandlers verwiesen werden müsste, der sich dann seinerseits erst nachgehend mit der Krankenkasse über die Deckung der Kosten auseinandersetzen könnte. Die Rechtsprechung wohl sämtlicher Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit, die solche Leistungsklagen bislang einhellig für zulässig erachtet haben, teilt diese bislang singuläre gebliebene Rechtsauffassung offenkundig nicht. Nur ergänzend sei noch klargestellt, dass sich für die streitgegenständliche Frage erst rechts nichts aus den Vorschriften der Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) über die Verschlüsselung der für die Krankenhausabrechnung relevanten Hauptdiagnose ableiten lässt, schon gar nicht eine– wie auch immer verstandene – "Natur der Sache". Für eine Regelung von Grundsätzen der Inanspruchnahme von Sachleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung und des Verfahrens zur Klärung der Leistungspflicht haben die Vertragspartner auf der Bundesebene nach § 9 KHEntgG und § 17b Absatz 2 KHG kein Mandat. 4. Gegen die Vorab-Prüfung der Krankenhausbehandlungsnotwendigkeit spricht im vorliegenden Fall auch nicht die praktische Befürchtung, hierdurch würden Krankenhausträger im wesentlichen Umfang Kostenrisiken durch Ausschluss des Direktzugangs zur Krankenhausbehandlung auf die Versicherten abwälzen. Eine Gefährdung des zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern vertraglich ausgestalteten Gefüges der Leistungserbringung, prüfung und abrechnung ist jedenfalls in den Fällen nicht zu befürchten, in denen es sich – wie hier – um geplante Krankenhausaufenthalte, also nicht um akut erforderlich werdende Krankenhausbehandlungen handelt, und nach der Art des Eingriffs eine negative Einschätzung der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit durch den MDK wenigstens nahe liegt. Wenigstens in diesen Fallkonstellationen muss der im Rahmen des Kassenarztrechts zum Ausgleich der widerstreitenden Interessen gefundene Verfahrensweg zulässig sein. Beide Voraussetzungen liegen hier vor. Gegenstand des Feststellungsantrags sind zum einen ausschließlich plan- und deshalb für die Dauer der Vorabprüfung auch aufschiebbare Behandlungen. Zum anderen beschränkt sich die Befugnis zur Vorabprüfung auf Fälle, in denen – ähnlich den im Vertragsarztrecht anerkannten Ausnahmekonstellationen – im Regelfall keine Leistungspflicht der Krankenkasse besteht und nur ausnahmsweise auf Grund besonderer Umstände überhaupt ein Anspruch auf eine Behandlung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung in Betracht kommt und der Leistungserbringer sich im arbeitsteiligen Gefüge der Versorgungssektoren besonderen Schwierigkeiten zur positiven Indikationsstellung ausgesetzt sehen, die mit erheblichen finanziellen Risiken einhergehen. Eine solche Konstellation steht hier im Streit. Die Feststellungsklage ist deshalb begründet, weil die nichtoperative Schmerztherapie in der Klinik der Klägerin, so wie sie sich im Ergebnis der Abrechnungsprüfungen in der Vergangenheit darstellt, in der Regel nicht im Rahmen einer stationären Krankenhausbehandlung beansprucht werden kann. Ohne im Einzelnen auf den Klageverfahren über die Notwendigkeit konkreter Krankenhausbehandlungen vorzugreifen, sei nur exemplarisch darauf hingewiesen, dass speziell zur stationären multimodalen Schmerztherapie (DRG I42A und I42B in Verbindung mit OPS 8-918) inzwischen Konsenspapiere der schmerztherapeutischen Fachgesellschaft , Begutachtungsleitlinien für den MDK und eine Nationale Versorgungsleitlinie (NVL) "Nicht-spezifischer Kreuzschmerz" (2. Auflage, Version 1, 2017) die Voraussetzungen und die wesentlichen Bestandteile einer solchen Behandlung in einer Weise umreißen, dass daraus auch Schlussfolgerungen für die Beurteilung der stationären Behandlungsnotwendigkeit gezogenen werden können. Kennzeichnend sind insoweit vor allem eine Schwere der Erkrankung und eine Therapieresistenz, die eine intensive interdisziplinäre Kooperation verlangen, welche sich auch von den Behandlungsangeboten der (stationären) Rehabilitation deutlich abhebt. Die Krankenhausbehandlung ist, auch in Abgrenzung zur Rehabilitation, Patienten mit erheblichen therapieerschwerenden Komorbiditäten oder kontinuierlicher Befundverschlechterung, bei drohender oder eingetretener Chronifizierung trotz adäquater Vorbehandlung und bei in der Regel fehlender Rehabilitationsfähigkeit vorbehalten. Zusätzlicher Bedarf an interventionellen Verfahren kann ein Aufnahmegrund sein. Diese Prozeduren sind jedoch kein regelhafter Bestandteil einer multimodalen Schmerztherapie (Arnold et al. 2014, S. 460) und können die stationäre Behandlungsbedürftigkeit allein nicht begründen. Generell dürfen passive Maßnahmen neben aktiv übenden Verfahren nur bei gesonderter Indikation in Einzelfällen eingesetzt werden (NVL Abschnitt 9.1). Dies gilt entsprechend auch für nichtoperative Interventionen wie zum Beispiel epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie (OPS 8-910) bei nicht operativ behandelten Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich (DRG I68D). Bei nichtspezifischen Rückenschmerzen sollen solche Verfahren schon generell nicht angewendet werden (vgl. NVL Abschnitt 7.1). Die gerichtsbekannten Gutachten in Verfahren über Fehlbelegungsprüfungen haben die Durchführung solcher perkutaner Verfahren im Krankenhaus der Klägerin allein nicht zur Begründung der stationären Behandlungsnotwendigkeit ausreichen lassen. Soweit die Indikation für eine stationäre Aufnahme bestätigt wurde, lag dem eine differenzierte Beurteilung des individuellen Gesundheitszustandes und Behandlungsverlaufs zu Grunde; auf dieser Grundlage erwiesen sich in Ausnahmefällen die Möglichkeiten einer ambulante Weiterbehandlung als ausgeschöpft oder sonst nicht angezeigt. Diese strengen Voraussetzungen lassen die Einschätzung zu, dass es sich bei den im Klageantrag beschriebenen Fällen der stationären Schmerztherapie im Wesentlichen um Fälle handeln wird, in denen schon nach dem ersten Anschein eine tatsächliche Vermutung dafür spricht, dass eine stationäre Behandlungsnotwendigkeit von der Beklagten willkürfrei in Zweifel gezogen werden darf und eine Fehlbelegungsprüfung

angezeigt erscheint. Es steht außer Streit, dass die Beklagte nahezu alle stationären Schmerzbehandlungen chronischer Schmerzpatienten im Krankenhaus der Klägerin einer Abrechnungsprüfung unterzieht und in der Mehrzahl der Fälle der hier streitgegenständlichen Fallgruppe (nach Angaben der Klägerin im Jahr 2018 in 26 von 35 Prüffällen) die Fehlbelegungsprüfung negativ ausgeht. Unter diesen Umständen ist es daher legitim, diese Prüfung im Interesse aller Beteiligten auf Verlangen des Versicherten auf die Phase vor der Krankenhausaufnahme vorzuverlagern. Schließlich lässt sich die Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit nicht mit dem Hinweis auf das Fehlen oder den unzureichenden Ausbau von Angeboten für eigentlich angezeigte ambulante Behandlungen begründen. Selbst wenn ein solches Versagen des gesetzlichen Leistungssystems vorläge und deshalb die Versicherten auf die im stationären Sektor vorgehalten Ressourcen zurückgreifen müssten, würde dies keine stationäre an Stelle einer ausreichenden ambulanten Behandlung rechtfertigen. Die ambulanten Leistungen müssten in solchen Fällen vielmehr auf Grundlage einer Ermächtigung – die nach § 31a Absatz 1 Satz 2 Ärzte-ZV bei einem Sicherstellungsbedarf zum Ausgleich von Versorgungsdefiziten zwingend zu erteilen ist – erbracht und vertragsärztlich abgerechnet werden. Bei Unaufschiebbarkeit kommt eine Abrechnung gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung nach § 76 Absatz 1 Satz 2 SGB V in Betracht. Die Klägerin hat den Feststellungsantrag dahin gehend formuliert, dass sie eine Kostenübernahmeerklärung allein für planbare Krankenhausaufenthalte chronischer Schmerzpatienten verlangt, nicht jedoch bei akuter Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit oder in Notfällen. Damit beschränkt sich die Feststellung auf Fälle, in denen sich aus den dargestellten Gründen eine stationäre Behandlungsindikation von vorn herein als problematisch darstellt und ein Klärungsbedarf nicht von der Hand zu weisen ist. Die Gefahr einer Umgehung oder gar Umkehrung des Grundsatzes, dass Versicherte stationäre Krankenhausbehandlung grundsätzlich ohne vorherige Feststellung der Leistungspflicht der Krankenkasse in Anspruch nehmen können, sieht die Kammer nicht. Die abstrakte Befürchtung, dass über die hier klar umrissene Fallgruppe hinaus Krankenhäuser in größerem Maßstab Kostenrisiken auf dem Rücken der Versicherten vermeiden, indem sie die stationäre Aufnahme von einer Kostenübernahmeerklärung abhängig machen, hält die Kammer für unbegründet. Dem steht schon der Wettbewerb zwischen den Krankenhausträgern um die Auslastung ihrer Belegungskapazitäten entgegen. 5. Insgesamt erachtet es das Gericht somit für zulässig, jedenfalls bei planbaren Behandlungen, die wie bei der konservativen Schmerztherapie in der Regel nicht der besonderen Mittel des Krankenhauses bedürfen, die stationäre Aufnahme von der Bestätigung der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit durch die Krankenkasse abhängig zu machen. Dabei erstrecken sich die Bewilligungsentscheidungen nur auf die Frage, ob ein Anspruch auf stationäre Aufnahme besteht, und nicht auf die Dauer und den Umfang der Behandlung. Darüber hinaus entfaltet der bewilligende Verwaltungsakt nur eine eingeschränkte Bindungswirkung. Denn die Entscheidung steht 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, Rn. 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 unabhängig von einer rechtlichen oder tatsächlichen Änderung widerrufen werden (Wahl, a.a.O.). Die Krankenkasse ist zudem nicht gehindert, im Nachhinein die Zahlung einer Vergütung für die stationäre Behandlung zu verweigern, wenn im Rahmen der Abrechnungsprüfung Umstände zu Tage treten, welche die Krankenkasse bzw. der MDK bei Abgabe der Erklärung nicht berücksichtigen konnte, die aber in einer für die Ärzte des aufnehmenden Krankenhauses erkennbaren Weise einer stationären Aufnahme entgegen gestanden hätten. Um klarzustellen, dass der Vorbehalt einer Kostenübernahmeerklärung keine Rechte der Versicherten einschränken kann und soll, wurde der Feststellungstenor in der Entscheidungsformel entsprechend dem Rechtsschutzbegehren der Klägerin und mit Rücksicht auf den Anlass des Rechtsstreits abweichend vom Wortlaut des Klageantrags gemäß § 123 SGG dahin gehend gefasst, dass jedenfalls die Beklagte der angekündigten Verfahrensweise der Klägerin keine eigenen Rechte entgegen halten kann. III. Die Kostenentscheidung beruht auf § 154 Abs. 1 VwGO, die Festsetzung des Streitwertes auf § 52 Abs. 1 GKG, jeweils in Verbindung mit § 197a Abs. 1 SGG. Bei der Bemessung des Streitwertes hat sich das Gericht davon leiten lassen, dass die Klägerin mit der begehrten Feststellung das wirtschaftliche Interesse an der Vermeidung des Kostenrisikos verfolgt, das bei der Erbringung der Krankenhausbehandlungen ohne vorherige Klärung der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit im Jahr 2018 in Rechnungskürzungen in 26 von 35 geprüften Abrechnungsfällen resultierte. In den umstrittenen schmerztherapeutischen Behandlungsfällen steht meist eine Vergütung nach DRG I68D im Raum; Abrechnungen nach DRG I42x in Verbindung mit dem OPS 8-918 hat die Klägerin seit zwei Jahren zumindest in der erkennenden Kammer nicht mehr neu eingeklagt. Die Höhe der Fallpauschale kann je nach aktueller Bewertungsrelation und aktuellem Basisfallwert auf ca. 1.900 EUR geschätzt werden. Hieraus resultiert, entsprechend § 42 Abs. 1 GKG auf drei Jahre hochgerechnet, ein zu vermeidendes Kürzungsvolumen von ca. 150.000 EUR.

vgl. für die Ad-hoc-Kommission "Interdisziplinäre Multimodale Schmerztherapie" der Deutschen Schmerzgesellschaft e. V. insbesondere Arnold et al., Multimodale Schmerztherapie. Konzepte und Indikation. Schmerz 2009;23(2):112-120; Casser et al., Interdisziplinäres Assessment zur multimodalen Schmerztherapie. Schmerz 2013;27(4):363-370; Arnold et al., Multimodale Schmerztherapie für die Behandlung chronischer Schmerzsyndrome. Schmerz 2014;28(5):459-472; Arnold et al., Akutstationäre multimodale Schmerztherapie und Rehabilitation. Rahmenbedingungen, Aufgaben und differenzierte Patientenzuweisung, Schmerz 2015;29(6):641-648; Arnold et al., Umsetzung der interdisziplinären multimodalen Schmerztherapie nach OPS 8 918, Schmerz 2018;32(1):5-14; Pfingsten et al., Sektorenübergreifende interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie, Schmerz 2019;33(3):191-203
Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V., Arbeitshilfe "Begutachtungskriterien zur Begutachtung des OPS-Komplexkodes 8-918 Multimodale Schmerztherapie" (Endfassung vom 28. November 2017 mit Ergänzung vom 25. April 2019 abrufbar unter https://www.mds-ev.de)
Rechtskraft
Aus
Login
FSS
Saved
2019-09-10