

L 8 KR 202/06

Land
Hessen
Sozialgericht
Hessisches LSG
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
8
1. Instanz
SG Frankfurt (HES)
Aktenzeichen
S 30 KR 2041/04
Datum
04.08.2006
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 8 KR 202/06
Datum
20.03.2008
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie
Urteil
Leitsätze

Auch nach dem Ergehen des Beschlusses des Großen Senats des BSG vom 25.09.2007 ([GS 1/06](#)) zu den Kriterien für die Beurteilung der Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung sind Bestimmungen in Landesverträgen, die das Verfahren zur Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer einer Krankenhausbehandlung regeln, weiter wirksam, auch wenn sie über Verfahrenserfordernisse, Fristen oder Beweislastverteilungen zu einer geringeren Intensität der Überprüfung der Erforderlichkeit der Krankenhausbehandlung führen. Im Falle eines gravierenden Verstoßes der Krankenkasse gegen das vertraglich vorgesehene Krankenhausüberprüfungsverfahren ist diese mit dem Einwand, die stattgehabte Krankenhausbehandlung sei nicht notwendig gewesen, ausgeschlossen.

§ 2 Abs. 2 des Hessischen Krankenhausüberprüfungsvertrages vom 1. August 1990 zeigt nicht nur eine sinnvolle Vorgehensmöglichkeit auf, sondern statuiert ein Regel-Ausnahmeverhältnis, das Beachtung verlangt.

Auf die Berufung der Klägerin wird der Gerichtsbescheid des Sozialgerichtes Frankfurt am Main vom 4. August 2006 aufgehoben. Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin 5.126,88 EUR nebst Zinsen hieraus in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 29. Januar 2004 sowie seit 20. April 2004 Zinsen in Höhe von 8 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz zu zahlen.

Die Beklagte hat die Kosten des Verfahrens zu tragen.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Der Wert des Streitgegenstandes wird auf 5.126,88 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Umstritten ist, ob der Klägerin ein weiterer Vergütungsanspruch für Krankenhausbehandlungen im noch streitigen Zeitraum 21. März bis 17. April 2003 zusteht.

Die bei der Beklagten krankenversicherte, 1960 in der Türkei geborene und seit ihrem 12. Lebensjahr in Deutschland lebende, E. S. befand sich vom 19. November 2002 bis 17. April 2003 in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in A-Stadt am Taunus, deren Trägerin die Klägerin ist. Die Einweisung war durch die Fachärztin für Psychiatrie Dr. P. erfolgt mit der Angabe, es sei eine stationäre psychosomatische Behandlung erforderlich. Bereits im Jahre 2000, nämlich vom 28. April bis 30. Juli und vom 13. Juli bis 26. Oktober war die Versicherte stationär in der Fachklinik A-Stadt zu einer psychosomatischen Behandlung gewesen. Die Klinik der Klägerin hatte die erneute Aufnahme der Versicherten der Beklagten angezeigt und zunächst das voraussichtliche Behandlungsende mit dem 17. Dezember 2002 angegeben. Die Beklagte hatte eine nicht befristete Kostenübernahmeerklärung für die Behandlung ihrer Versicherten erteilt. Krankenhausrechnungen hatte die Klägerin der Beklagten unter dem 19. Dezember 2002, 31. Dezember 2002, ferner eine Zwischenrechnung vom 31. März 2003 sowie weitere Rechnungen vom 2. April 2003 und 17. April 2003 erteilt. Die Beklagte hatte diese Rechnungen zunächst beglichen. Mit Schreiben vom 11. Juni 2003 hatte sie sodann zur Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der vollstationären Behandlung von der Klägerin einen Kurzbericht gemäß [§ 112 Abs. 2 S. 1](#) Sozialgesetzbuch - Fünftes Buch - Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V) angefordert. Hierauf übersandte die Psychiatrische Klinik A-Stadt der Beklagten unter dem Datum vom 12. Juni 2003 eine Kopie des Entlassungsberichts vom 23. Mai 2003 in einem verschlossenen Umschlag zu Händen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherungen (MDK). In diesem Entlassungsbericht werden als Hauptdiagnosen mittelgradige depressive Episode, rezidivierend; somatoforme Schmerzstörung; unsichere, selbstschädigende und unreife Persönlichkeit; Morbus Crohn sowie als Nebendiagnosen latente Hypothyreose sowie stark vergrößerter Uterus bei klinischer Empfehlung zur Durchführung einer Hysterektomie genannt. In dem Abschnitt Therapie und Verlauf der stationären Behandlung wird ausgeführt, angesichts der auch in der stationären Behandlung fortbestehenden mittelgradig bis schwer ausgeprägten

depressiven Symptomatik (ausgeprägte Schlafstörungen mit häufigen Alpträumen trotz schlafanstoßender Medikation, innerer Leere, Verzweiflung, Grübelzwänge, Zukunftssorgen und zeitweilig in den Vordergrund getretenem Lebensüberdruß) und der somatoformen Störung habe es insbesondere einen Fortschritt dargestellt, dass sich die Patientin allmählich auf den erforderlichen längeren Therapiezeitraum einzulassen vermochte. Es habe sich jedoch auch im Verlauf der fünfmonatigen Akutbehandlung nur eine leichte Art der Stabilisierung und eine psychische Erholung abgezeichnet, so dass zur längerfristigen Stabilisierung und Behandlung der chronifizierten psychischen Störungen sowie zum weiteren Erhalt der Erwerbsfähigkeit dringend die Durchführung einer längerfristigen medizinischen und beruflichen Rehabilitationsmaßnahme und die Fortführung der ambulanten Psychotherapie zu empfehlen sei. In der medikamentösen Therapie sei bei gleichzeitiger Behandlung der Schmerzsymptomatik eine Umstellung auf ein anderes Antidepressivum versucht worden, was die Patientin jedoch nicht tolerierte, weil es zu einer Zunahme ihrer Magendarmbeschwerden kam. Auch habe sich die Patientin bei der Durchführungen der eingeleiteten Schmerzmittelreduktion nur wenig kooperativ verhalten, und sich nach einigen Wochen der Abstinenz in eigener Regie erneut Paracetamoltabletsen besorgt. Die zahlreichen konsiliarischen Untersuchungen hätten keine Hinweise auf organische Ursachen der Beschwerden ergeben; dringend seien jedoch regelmäßige Kontrollen der Schilddrüsenparameter sowie gynäkologische Untersuchungen, insbesondere im Hinblick auf den stark vergrößerten Uterus bei Ablehnung einer angezeigten operativen Hysterektomie. Bei der Entlassung am 17. April 2003 hätten die depressiven Störungen in leicht- bis mittelgradiger Ausprägung und die somatoforme Störung in mittelgradiger Ausprägung fortbestanden. Die Patientin habe sich selbst von ihrer Stimmung her als etwas stabiler beschrieben und angegeben, sie könne die fortbestehenden ängstlich-depressiven Stimmungsschwankungen eher selber überwinden und sei nicht mehr so verzweifelt wie bei der Aufnahme in die Klinik. Unter dem 16. Juli 2003 ersuchte die Beklagte den MDK um Überprüfung der Notwendigkeit des Krankenhausbehandlungszeitraumes. Im Auftrage des MDK erstellte die Fachärztin für psychotherapeutische Medizin Dr. R. eine aktenmäßige Stellungnahme unter dem Datum vom 1. August 2003, in der ausgeführt wird, es habe sich zwar um einen schwierigen Behandlungsverlauf mit wechselhaftem Krankheitsbild und bei wiederholter Notwendigkeit der medikamentösen Umstellungen, zum Teil mangels Compliance der Patientin, gehandelt. Ein Erfordernis der stationären akuten Behandlung über mehr als fünf Monate sei jedoch in vollem Umfange nicht nachvollziehbar. Es werde zunächst davon ausgegangen, dass in diesem besonders problematischen Fall eine akute psychiatrisch-psychotherapeutische Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit für ca. 12 bis 15 Wochen anzunehmen sei. Darüber hinaus scheinen rehabilitative Behandlungsaspekte in den Vordergrund gerückt zu sein. Hierauf teilte die Beklagte der Klägerin mit Schreiben vom 22. September 2003 mit, laut dem beigefügten ärztlichen Gutachten vom 1. August 2003 sei die stationäre medizinische Behandlung nur bis zum 5. März 2003 medizinisch nachvollziehbar. Nur bis zu diesem Zeitpunkt bestehe auch ein Krankenhausvergütungsanspruch. Es sei eine Überzahlung in Höhe von 8089,76 EUR eingetreten, die zurückgefordert werde. Hierauf gaben für die Klägerin und deren Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie die Ärzte Prof. Dr. ZE., die Fachärztin für Psychiatrie - Psychotherapie und Oberärztin G. L. sowie die Assistenzärztin U. eine als Widerspruch überschriebene gemeinsame schriftliche Stellungnahme vom 10. Oktober 2003 gegenüber der Beklagten ab. Darin wird nochmals der Behandlungsverlauf dargestellt und in Ergänzung der Darlegungen in dem Entlassungsbericht ausgeführt, die Patientin sei am Wochenende vor dem 4. März 2003 im Rahmen einer Belastungserprobung in die Häuslichkeit geschickt worden. Diese Belastungserprobung sei wegen Konflikten mit den Eltern völlig fehlgeschlagen. Die Patientin sei ab 4. März 2003 stark verzweifelt gewesen und in der Woche vom 5. März bis 10. März 2003 parallel zur psychischen Dekompensation auch somatisch schwer erkrankt. Ab dem 9. April 2003 sei eine Vorbereitung auf die anstehende Entlassung erfolgt. Dabei seien immer wieder Ängste deutlich geworden sowie unterschwellige Verzweiflung. Auch habe die Patientin in suizidaler Absicht am 14. April 2003 nochmals Paracetamol eingenommen. Die Beklagte ersuchte sodann den MDK um die Erstellung eines Widerspruchsgutachtens. Der MDK zog hierauf Auszüge aus der Krankenhausdokumentation der Klägerin bei und beauftragte den Arzt für Neurologie und Psychiatrie CB. mit der Erstellung eines nervenärztlichen sozialmedizinischen Gutachtens nach Aktenlage. Dieser gelangte in seinem schriftlichen Gutachten vom 3. Dezember 2003 zu der Beurteilung, eine Behandlungsnotwendigkeit könne aus medizinischer Sicht nur bis zum 20. März 2003 gesehen werden. Die medizinische Notwendigkeit für eine stationäre Krankenhausbehandlung an sich könne bestätigt werden, da es sich um ein schwieriges und instabiles Krankheitsbild mit wenigen stabilisierenden Eigenelementen gehandelt habe. Der Krankenhausdokumentation sei zu entnehmen, dass die therapeutische Medikation seit dem 5. März 2003 nicht mehr geändert wurde. Am 6. März 2003 werde eine Verschlechterung durch eine Infektion ausgewiesen. Von diesem Infekt habe sich die Patientin nach zwei Tagen wieder erholt. Im Anschluss daran seien noch sozialmedizinische Anträge von der Patientin gestellt und eine Informationsveranstaltung des Berufsförderungswerks besucht worden. Am 20. März 2003 sei dann der Rehaantrag von der Patientin unterzeichnet worden. In der Folgezeit habe es keine wesentlichen Einträge über eine Krankheitsverschlechterung oder über besondere therapeutische Interventionen in den ausgewerteten Unterlagen mehr gegeben. Die Beklagte übermittelte hierauf der Klägerin mit Schreiben vom 30. Dezember 2003 dieses Gutachten unter Hinweis darauf, dass diesem zufolge die stationäre Behandlung nur bis zum 20. März 2003 nachvollziehbar sei. Sie reduzierte infolge dessen den von der Klägerin auszugleichenden überzahlten Betrag auf 5.126,88 EUR. Da die Klägerin der Rückzahlungsaufforderung nicht folgte, rechnete die Beklagte diesen Betrag mit einer unstreitig bestandenen Forderung der Klägerin auf. Die Klägerin hat am 20. April 2004 Klage zum Sozialgericht Frankfurt am Main erhoben mit dem Antrag, die Beklagten zu verurteilen, an sie 5.126,88 EUR nebst Zinsen hieraus in Höhe von 5% über dem Basiszinssatz seit dem 29. Januar 2004 zu zahlen. Für die gesamte Behandlungsdauer sei das Behandlungsziel nur mit den besonderen Mitteln eines Krankenhauses zu erreichen gewesen. Dies habe der für den MDK tätig gewordene Gutachter verkannt. Auch sei die Beklagte mit möglichen Einwendungen einer fehlenden Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit ausgeschlossen, weil sie ihre Pflichten aus dem sie bindenden Vertrag zwischen der hessischen Landeskrankenhausgesellschaft und den Verbänden der Krankenkassen über die Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung missachtet habe. Das Sozialgericht hat die Verwaltungsakte der Beklagten beigezogen. Mit Gerichtsbescheid vom 4. August 2006 hat es die Klage kostenpflichtig abgewiesen. Der Klägerin stehe kein Vergütungsanspruch für den streitigen Zeitraum 21. März 2003 bis zum 17. April 2003 zu. In dieser Zeitphase habe keine Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit der Versicherten mehr bestanden. Dies stehe zur Überzeugung des Gerichtes aufgrund des Gutachtens des Arztes für Neurologie und Psychiatrie CB. vom 3. Dezember 2003 fest. Dessen Ausführungen zur Frage der medizinischen Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung der Versicherten seien überzeugend und schlüssig sowie widerspruchsfrei. Es komme hinzu, dass dieser Arzt dem Gericht in anderem Zusammenhang aus einer Vielzahl von Verfahren als sozialmedizinisch erfahrener Gutachter bekannt sei. Ein Einwendungsausschluss wegen Nichteinhaltung von Verfahrensregelungen greife zulasten der Beklagten nicht ein. Zwar habe der dritte Senat des Bundessozialgerichts in seinem Urteil vom 7. Juli 2005 ([B 3 KR 40/04 R](#)) ausgeführt, die Prognose des Krankenhausarztes, eine - weitere stationäre Behandlung im Krankenhaus sei notwendig, müsse von der Krankenkasse hingenommen werden, sofern sie "vertretbar" sei. Das Sozialgericht folge dieser Sichtweise jedoch nicht, da die gesetzliche Regelung in [§ 39 Abs. 1 S. 2 SGB V](#) ausschließlich auf die sachliche Notwendigkeit der Krankenhauspflege für die Beurteilung von Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit abstelle.

Gegen den ihr am 28. August 2006 zugestellten Gerichtsbescheid hat die Klägerin 26. September 2006 Berufung eingelegt. Sie trägt vor, das Sozialgericht habe verkannt, dass dem Krankenhausarzt ein Anscheinsbeweis zugute komme und dass eine konkrete Betrachtungsweise

im Hinblick auf die Beurteilung der weiteren Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit anzustellen sei. Die Krankenkasse müsse eine konkrete Behandlungsalternative zum Krankenhausaufenthalt nennen, was hier nicht geschehen sei. Auch der Arzt CB. habe dies in seinem Gutachten nicht geleistet, obwohl er selbst von einem schwierigen instabilen Krankheitsbild der Versicherten mit wenigen stabilisierenden Eigenenlementen ausgegangen sei. Weiter sei zu berücksichtigen, dass die Einwendungen der Beklagten gegen die Notwendigkeit der weiteren stationären Krankenhausbehandlung erst acht Monate nach Abschluss des stationären Aufenthalts erhoben worden seien. Die Krankenhausärzte hätten auch jetzt nicht mehr die Möglichkeit unter Rückgriff auf ihre frischen Erinnerungen die Vertretbarkeit ihrer Entscheidungen zu begründen. Jedenfalls hätte das Sozialgericht zumindest ein Gutachten von Amts wegen einholen müssen, zumal der als Gutachter für den MDK tätig gewordene Arzt CB. vielfach in anderen Fällen für die Beklagte beziehungsweise den MDK tätig werde und deshalb nicht als unbefangen angesehen werden könne.

Die Klägerin beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichtes Frankfurt am Main vom 4. August 2006 aufzuheben und die Beklagten zu verurteilen, an sie 5.126,88 EUR nebst Zinsen hieraus in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 29. Januar 2004 sowie weitere drei Prozentpunkte seit Rechtshängigkeit zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie trägt vor, die gutachterliche Beurteilung des Arztes CB. sei voll überzeugend. Dieser habe zur Begründung seiner Beurteilung dargelegt, eine Krankenhausbehandlungsnotwendigkeit habe nicht mehr länger bestanden, weil die therapeutische Medikation bereits seit dem 5. März 2003 nicht mehr verändert wurde. Danach hätten rehabilitative Aspekte im Vordergrund der Behandlung gestanden. Der Krankenakte seien spätestens nach Unterzeichnung des Rehantrages durch die Versicherte am 20. März 2003 keine wesentlichen Einträge über eine Krankheitsverschlechterung oder über besondere therapeutische Interventionen zu entnehmen. In rechtlicher Hinsicht sei bedeutsam, dass der Große Senat des Bundessozialgerichtes entschieden habe, die Behandlungsnotwendigkeit sei allein nach medizinischen Erkenntnissen zu beurteilen und in vollem Maße der gerichtlichen Überprüfung zugänglich. Ein Einwendungsausschluss der Krankenkasse komme nur in Fällen eines gravierenden Verstoßes gegen den Krankenhausüberprüfungsvertrag in Betracht, was hier nicht gegeben sei. Kurz vor dem Gerichtstermin hat die Beklagte noch eine schriftliche Stellungnahme des Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie Dr. T. vom 13. August 2007, erstellt im Auftrag des MDK, vorgelegt. Darin wird ausgeführt, im noch streitigen Zeitraum hätte keine medizinische Notwendigkeit für eine weitere Krankenhausbehandlung bestanden. Es hätten vielmehr rehabilitative sowie soziale Gründe für den weiteren Aufenthalt der Versicherten im Krankenhaus vorgelegen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichtsakte, der Verwaltungsakte der Beklagten sowie auf die von der Klägerin in Kopie vorgelegte Krankenakte der behandelten Versicherten, der Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung ist zulässig, denn sie ist form- und fristgerecht eingelegt sowie statthaft ([§ 151 Abs. 1](#) und [§§ 143, 144](#) Sozialgerichtsgesetz – SGG).

Die zulässige Berufung der Klägerin hat auch in der Sache Erfolg. Das Sozialgericht hat in seinem Gerichtsbescheid zu Unrecht die Notwendigkeit der weiteren Krankenhausbehandlung der Versicherten S. für die streitige Zeit vom 21. März 2003 bis 17. April 2003 verneint. Die Klage ist als echte Leistungsklage nach [§ 54 Abs. 5 SGG](#) zulässig; denn es geht bei einer auf Zahlung der Behandlungskosten eines Versicherten gerichteten Klage eines Krankenhausträgers gegen eine Krankenkasse um einen sog. Parteienstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt (BSG, Urteil vom 13. Mai 2004, [B 3 KR 18/03 R](#); BSG, Urteil vom 28. September 2006, [B 3 KR 23/05 R](#)).

Anspruchsgrundlage für den geltend gemachten restlichen Vergütungsanspruch der Klägerin ist [§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) in Verbindung mit der Pflegesatzvereinbarung der Beteiligten für das Jahr 2003. Die Zahlungsverpflichtung der Krankenkassen entsteht unabhängig von einer Kostenzusage der Krankenkasse unmittelbar mit einer Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten. Der Behandlungspflicht der zugelassenen Krankenhäuser im Sinne des [§ 109 Abs. 4 Satz 2 SGB V](#) steht ein Vergütungsanspruch gegenüber, der auf der Grundlage der gesetzlichen Ermächtigung in den §§ 16, 17 Krankenhausfinanzierungsgesetz nach Maßgabe der Bundespflegesatzverordnung in der Pflegesatzvereinbarung zwischen Krankenkasse und Krankenhausträgern festgelegt wird. Der Zahlungsanspruch des Krankenhauses korrespondiert mit dem Anspruch des Versicherten auf Krankenhausbehandlung. Demgemäß müssen beim Versicherten bei der Aufnahme in das Krankenhaus grundsätzlich die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für die Inanspruchnahme von Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung sowie Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit vorliegen, wobei unter Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit ein Krankheitszustand zu verstehen ist, dessen Behandlung den Einsatz der besonderen Mittel eines Krankenhauses erforderlich macht. Eine Krankenkasse ist nach [§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) in Verbindung mit der Pflegesatzvereinbarung verpflichtet, die vereinbarten Entgelte zu zahlen, wenn die Versorgung im Krankenhaus im Sinne von [§ 39 SGB V](#) erforderlich ist (BSG, Urteile vom 13. Mai 2004 und 28. September 2006).

Was das Erfordernis der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit anbelangt, gab es bislang in der Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes zwischen dem 1. Senat und den ebenfalls für das Krankenversicherungsrecht zuständigen 3. Senat eine Divergenz. Der 1. Senat stellte allein auf den Gesundheitszustand des Patienten ab und entschied danach, ob dieser, losgelöst von sonstigen persönlichen Umständen eine stationäre Versorgung mit den Mitteln eines Krankenhauses erfordert. Nach der Rechtsprechung des 3. Senates sollte das Merkmal der Erforderlichkeit der Behandlung im Krankenhaus dagegen nicht "abstrakt", bezogen auf den festgestellten medizinischen Bedarf, sondern "konkret", bezogen auf die speziellen Versorgungsbedürfnisse des Versicherten, zu verstehen sein. Krankenhausbehandlung war nach der Auffassung des 3. Senats folglich auch dann notwendig, wenn ein Patient, der an sich ambulant behandelt werden könnte, wegen der Art der Erkrankung oder aus anderen Gründen eine Betreuung durch hinreichend geschulte medizinische Hilfskräfte in geschützter Umgebung benötigte und andere bedarfsgerechte Einrichtungen als das Krankenhaus weder flächendeckend vorhanden waren noch im Einzelfall konkret zur Verfügung standen. Eine Divergenz bestand auch in der Frage der gerichtlichen Kontrolldichte. Während der 1. Senat die

Meinung vertrat, dass Verwaltung und Gerichte die medizinische Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung selbst in vollem Umfange zu überprüfen und festzustellen hätten, ging der 3. Senat davon aus, dass sie an die Beurteilung des behandelnden Krankenhausarztes gebunden seien, sofern diese unter Zugrundelegung der im Entscheidungszeitpunkt bekannten oder erkennbaren Umstände vertretbar sei, d.h. nicht im Widerspruch zur allgemeinen oder besonderen ärztlichen Erfahrung standen oder medizinische Standards verletzten. Wegen dieser Divergenzen zwischen den beiden für das Krankenversicherungsrecht zuständigen Senaten des Bundessozialgerichts hatte der 1. Senat mit Beschluss vom 7. November 2006 dem Großen Senat des Bundessozialgerichts folgende Rechtsfragen zur Beantwortung vorgelegt:

1. Setzt der Anspruch erkrankter Versicherter auf vollstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus voraus, dass allein aus medizinischen Gründen Krankenhausbehandlung erforderlich ist, weil das Behandlungsziel durch andere Maßnahmen der Krankenbehandlung nicht erreicht werden kann?
2. Hat das Gericht die Voraussetzungen gemäß Frage 1 voll zu überprüfen?

Der große Senat des BSG hat nunmehr in seinem Beschluss vom 25. September 2007 (GS1/06) die beiden Vorlagefragen wie folgt beantwortet:

1. Ob einem Versicherten vollstationäre Krankenhausbehandlung zu gewähren ist, richtet sich nach den 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 und wegen des Fehlens einer geeigneten Einrichtung vorübergehend im Krankenhaus verbleiben muss.
2. Ob eine stationäre Krankenhausbehandlung aus medizinischen Gründen notwendig ist, hat das Gericht im Streitfall uneingeschränkt zu überprüfen. Es hat dabei von dem im Behandlungszeitpunkt verfügbaren Wissens- und Kenntnisstand des verantwortlichen Krankenhausarztes auszugehen. Eine "Einschätzungsprärogative" kommt dem Krankenhausarzt nicht zu.

Damit hat der Große Senat des BSG die Erforderlichkeit einer Behandlung eindeutig an medizinischen Maßstäben ausgerichtet und insoweit stärker auf das Krankenversicherungsrisiko abgestellt, wenn es auch weiterhin allein auf die Prognosemöglichkeiten des behandelnden Krankenhausarztes ankommt, also nicht auf eine rückschauende Betrachtung. Risiken der verspäteten Entlassung aufgrund fehlender Anschlussbehandlungen oder Unterbringungsalternativen gehen aber ausschließlich zu Lasten des Krankenhauses oder anderer Kostenträger. Die Frage, ob einem Versicherten vollstationäre Krankenhausbehandlung zu gewähren ist, richtet sich nach der Entscheidung des Großen Senates 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 und wegen des Fehlens einer geeigneten Einrichtung vorübergehend im Krankenhaus verbleiben muss. Ob eine stationäre Krankenhausbehandlung aus medizinischen Gründen notwendig ist, hat das Gericht im Streitfall uneingeschränkt zu überprüfen. Es hat dabei von dem im Behandlungszeitpunkt verfügbaren Wissen- und Kenntnisstand des verantwortlichen Krankenhausarztes auszugehen.

Das Sozialgericht hat in seinem Gerichtsbescheid im Ergebnis diese vom Großen Senat in Abweichung von der bisherigen Rechtsprechung des 3. Senats aufgestellten Grundsätze zugrunde gelegt und ist in die Prüfung eingetreten, ob für den streitigen Behandlungszeitraum die medizinische Notwendigkeit für eine weitere stationäre Krankenhausbehandlung bestand. Dies hat es unter Rückgriff auf das im Verwaltungsverfahren im Auftrage des MDK erstellte Gutachten des Arztes für Neurologie und Psychiatrie CB. vom 3. Dezember 2003 verneint. Es hat dieses Gutachten für überzeugend, widerspruchsfrei und schlüssig eingeschätzt. Ob diese Sachverhaltsbeurteilung Bestand haben kann, kann hier jedoch dahingestellt bleiben, da es aus rechtlichen Gründen auf die Frage medizinisch bedingter Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit nicht ankommt. Dementsprechend bedurfte es auch keiner weiteren medizinischen Ermittlungen durch den Senat, insbesondere nicht der Einholung eines Sachverständigengutachtens von Amts wegen.

Die Beklagte ist nämlich mit der Geltendmachung ihrer Einwendung ausgeschlossen, bezüglich der streitigen Behandlungszeit habe keine weitere Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit ihrer Versicherten bestanden. Nach der gefestigten Rechtsprechung des Senats (Urteil vom 17. Juni 2004, L 14 KR 549/02, Urteil vom 9. Dezember 2004, L 14 KR 428/03, Urteil vom 27. Januar 2005, L 8/14 KR 302/02 und Urteil vom 17. März 2005, L 8/14 KR 252/03) ist die Krankenkasse mit ihrem nachträglich erhobenen Einwand, Krankenhausbehandlungsnotwendigkeit habe nicht bestanden, nach Treu und Glauben ausgeschlossen, wenn sie das vertraglich vorgesehene Verfahren zur Überprüfung der Krankenhausbehandlungsnotwendigkeit nicht eingehalten hat, obwohl dies tatsächlich möglich und nach den Umständen des Falles auch geboten war. Die Hessische Krankenhausgesellschaft und die Landesverbände der Krankenkassen haben mit Datum vom 1. August 1990 einen Vertrag zur Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung nach § 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB abgeschlossen, der im hier maßgeblichen Behandlungszeitraum weiterhin Gültigkeit hat. Dieser Vertrag ist nach [§ 112 Abs. 2 Satz 2 SGB V](#) für die Krankenkassen und zugelassenen Krankenhäuser im Land Hessen unmittelbar verbindlich. Dieser Vertrag sieht in seinem § 2 ein näher beschriebenes Verfahren zur Überprüfung der leistungsrechtlichen Voraussetzungen der stationären Krankenhausbehandlung vor. In Abs. 1 dieser Vertragsbestimmung ist vorgesehen, dass die Krankenkasse vor Beauftragung des MDK unter Angabe des Überprüfungsanlasses eine Stellungnahme des Krankenhauses zu einzelnen Behandlungsfällen anfordern kann, wobei das Krankenhaus die Notwendigkeit und Dauer der stationären Behandlung erläutert. Ergibt sich aus Sicht der Krankenkasse die Notwendigkeit einer ärztlichen Überprüfung, so kann die Krankenkasse im Einzelfall die Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung durch Ärzte, die für den MDK tätig sind, überprüfen lassen. In § 2 Abs. 2 dieses Vertrages heißt es sodann: "In der Regel erfolgt die Überprüfung während der Zeit, in der sich der Patient in stationärer Krankenhausbehandlung befindet. In diesen Fällen soll die Überprüfung im Krankenhaus stattfinden. ". Nach den vertraglichen Regelungen soll die Begutachtung nach Entlassung aus der stationären Behandlung damit die Ausnahme sein. "Soll" in § 2 Abs. 2 Satz 2 des Vertrages bedeutet, dass von einer Überprüfung im Krankenhaus nur abgesehen werden kann, wenn sachliche Gründe dies rechtfertigen (vgl. gemeinsame Erläuterungen und Umsetzungshinweise der Hessischen Krankenhausgesellschaft e.V. und der Verbände der Krankenkassen in Hessen zu dem Vertrag nach [§ 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V](#)). Das in dem Vertrag vereinbarte Verfahren ist somit auf eine zeitnahe Durchführung ausgerichtet, wobei in den Fällen, in denen die Überprüfung im Krankenhaus stattfinden soll, dies im Zusammenwirken durch Ärzte des MDK mit dem behandelnden Krankenhausarzt geschehen soll (§ 2 Abs. 2 i. V. m. Abs. 4 und 5 des Vertrages vom 1. August 1990). Dadurch ist ein Gutachter nicht nachträglich alleine auf die schriftliche Dokumentation angewiesen, sondern die anschauliche Beurteilung des laufenden Falles oder die frische Erinnerung des behandelnden Krankenhausarztes im Zusammenwirken mit dem Vertreter des MDK wird nutzbar. Sofern die Krankenkassen das vertraglich vorgesehene Überprüfungsverfahren

nicht durchführen, sind sie dann aber nach Treu und Glauben mit solchen Einwendungen endgültig ausgeschlossen, die bis dahin geltend gemacht werden konnten (vgl. BSG, Urteil vom 13. Dezember 2001, [B 3 KR 11/01 R](#); BSG, Urteil vom 28. Februar 2007, [B 3 KR 12/06 R](#)). Eine gerichtliche Sachaufklärung der Behandlungsnotwendigkeit findet in diesem Fall nicht mehr statt.

Diese Grundsätze gelten auch nach dem Beschluss des Großen Senates vom 25. September 2007 fort. Zwar hat der Große Senat ausdrücklich ausgeschlossen, zu vereinbaren, dass die Entscheidung über die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung entgegen dem Gesetz nicht nach objektiven Maßstäben getroffen wird, sondern im Ergebnis der subjektiven Einschätzung des Krankenhausarztes überlassen bleibt. Der Große Senat hat es den Verbänden der Krankenkassen und der Vereinigungen der Krankenhausträger jedoch weiterhin überlassen, die allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung entsprechend der Ermächtigung in [§ 112 SGB V](#) durch zweiseitige Verträge auf Landesebene und durch Rahmenempfehlungen ihrer Spitzenverbände zu regeln. Er hat hierzu weiter ausgeführt, dass in diesem Zusammenhang auch Vereinbarungen darüber getroffen werden könnten, auf welchem Wege Meinungsverschiedenheiten zwischen Krankenhaus und Krankenkasse über die Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung bereinigt werden sollen und welches Verfahren dabei einzuhalten ist (BSG Großer Senat, Beschluss vom 25. September 2007, [GS 1/06](#) – juris Rn. 30). Somit besteht weiterhin die Möglichkeit, in Verträgen nach [§ 112 SGB V](#) Verfahrensmodalitäten zu vereinbaren, die im Wege über Verfahrenserfordernisse, Fristen oder Beweislastverteilungen, nicht zuletzt zur Erzielung von Verfahrens- und Verwaltungseffizienzen, zu einer geringeren Intensität der Überprüfung der Erforderlichkeit der Krankenhausbehandlung führen (vgl. Pawlita in: juris PK – SGB V, § 112 Rn. 40). Der Hessische Krankenhausüberprüfungsvertrag vom 1. August 1990 beinhaltet solche Verfahrensmodalitäten, die im Falle ihrer Nichteinhaltung bewirken, dass eine gerichtliche Klärung der medizinischen Behandlungsnotwendigkeit weiterer Krankenhausversorgung unterbleiben kann. Diese Regelungen sind weiterhin wirksam und verbindlich.

Der Beklagten ist ein Verstoß gegen § 2 Abs. 2 Satz 1 und Satz 2 des Vertrages vom 1. August 1990 unterlaufen. Die in dem Vertrag enthaltene Formulierung unter Verwendung von "soll" zeigt anders als der vom BSG in seinem Urteil vom 28. September 2006 ([B 3 KR 23/05 R](#)) angewandte saarländische Krankenhausüberprüfungsvertrag, nicht nur eine sinnvolle Alternative für den Fall auf, dass es sich um einen länger dauernden Krankenhausaufenthalt handelt oder eine Begutachtung im Krankenhaus aus anderen Gründen geboten erscheint. Es wird vielmehr wie der hessische Vertragstext und die gemeinsamen Erläuterungen und Umsetzungshinweise hierzu klarstellen ein Regel-Ausnahme-Verhältnis statuiert.

Die Vorgaben des Vertrages vom 1. August 1990 für die Überprüfung der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit hat die Beklagte missachtet. Eine Begutachtung ihrer Versicherten S. hätte schon während deren stationärer Behandlung erfolgen müssen und können. Aus den von der Klägerin zeitnah erstellten Rechnungen, insbesondere derjenigen vom 31. Dezember 2002 und 31. März 2003 ergab sich ganz klar, dass eine Krankenhauslangzeitbehandlung der Versicherten stattfand. Die Datensätze der Beklagten wiesen auch aus, dass ihre Versicherte bereits im Jahre 2000 einen nahezu 5,5 monatigen Aufenthalt zur stationären psychosomatischen Behandlung in der Fachklinik A-Stadt hatte. Bei dieser Sachlage und den übermittelten Rechnungen hätte es nahegelegen, bereits in der zweiten Märzhälfte des Jahres 2003 Stellungnahmen des Krankenhauses der Klägerin zur Notwendigkeit und Dauer der stationären Behandlung anzufordern und eine Überprüfung der weiteren Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie A-Stadt in die Wege zu leiten. Die Beklagte hat sich jedoch erst mit Schreiben vom 11. Juni 2003, also fast zwei Monate nach Entlassung der Versicherten, an die Klägerin gewandt und um einen Kurzbericht gebeten. Dem ist die Klägerin auch umgehend nachgekommen und hat eine Kopie des Entlassungsberichtes an die Beklagte zu Händen des MDK übermittelt. Die dann seitens des MDK eingeholten Stellungnahmen der Fachärztin für psychosomatische Medizin Frau Dr. R. vom 1. August 2003 und des Arztes für Neurologie und Psychiatrie CB. erweisen, dass ein schwieriger Behandlungsverlauf mit wechselhaftem Krankheitsbild vorlag. Bei dieser Sachlage ist es gerade nach dem Krankenhausüberprüfungsvertrag vom 1. August 1990 geboten, nicht auf eine Klärung der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit alleine nach Aktenlage anhand der schriftlichen medizinischen Verlaufsdokumentation zu setzen, sondern unter Einschaltung von Ärzten des MDK die Möglichkeit zu nutzen, mit den behandelnden Ärzten zum Zeitpunkt der noch laufenden stationären Behandlung die Befundlage und Krankheitsumstände zu erörtern und sich ggf. auch vom Gesundheitszustand der Versicherten einen unmittelbaren Eindruck zu verschaffen. Dies hat die Beklagte unterlassen. Dies hat zur Folge, dass die Beklagte aus dem erst lange nach Beendigung der Krankenhausbehandlung und lediglich nach Aktenlage erstellten Gutachten des Arztes CB. vom 3. Dezember 2003 keine Einwände gegen die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung mehr herleiten kann.

Die Nebenentscheidung folgt aus § 10 des Vertrages über die allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung gemäß [§ 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#), auf den die zwischen den Beteiligten geltende Pflegesatzvereinbarung Bezug nimmt sowie hinsichtlich der Prozesszinsen aus der entsprechenden Anwendung der [§§ 291, 288 Abs. 2 BGB](#), die [§ 69 Satz 4 SGB V](#) anordnet.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197 a SGG](#) i. V. m. [§ 154](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).

Die Festsetzung des Streitwertes beruht auf [§ 52](#) Gerichtskostengesetz (GKG).

Gründe für die Zulassung der Revision lagen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2008-10-31