

L 13 KNK 628/04

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Rentenversicherung

Abteilung

13

1. Instanz

SG Freiburg (BWB)

Aktenzeichen

S 2 KN 1623/01

Datum

19.11.2003

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 13 KNK 628/04

Datum

15.04.2008

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Freiburg vom 19. November 2003 aufgehoben und die Klage abgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt von der Beklagten die Erstattung der Kosten einer stationären Krankenhausbehandlung.

Nach einem im Jahr 1976 erlittenen Unfall mit komplizierter Beckenfraktur leidet die 1933 geborene Klägerin an einer rezidivierenden Lumboischialgie links bei Zustand nach Knochenresektion im Bereich des linken IS-Gelenks 1976 und Bandscheiben-OP L 4/5 links 1978. Darüber hinaus bestehen traumatische Kompressionsfrakturen BWK 5 und 12 (1986), eine Rhizarthrose beidseits, links mehr als rechts, ein postthrombotisches Syndrom beidseits, links unterschlenkelbetont, ein Zustand nach Schilddrüsen-OP wegen Hyperthyreose 1973 mit medikamentöser Substitution, Sakralkanalzysten in Höhe S 1/2 sowie S 1 (1999) und eine Hepathopathie ungeklärter Genese. Seit 1986 erfolgten insgesamt 18 stationäre Behandlungen in der W.-Klinik in H ... Nachdem die Beklagte mit Schreiben vom 16. Oktober 2000 die Übernahme der Kosten der Krankenhauspflege für die Dauer des stationären Aufenthalts zugesagt hatte, begab sich die Klägerin ab 29. Oktober 2000, überwiesen durch ihren Hausarzt Dr. M., erneut in stationäre Behandlung in der W.-Klinik. Mit Aufnahmeanzeige vom 30. Oktober 2000 bat die Klinik bei der Beklagten um Zusendung einer Kostenübernahmeerklärung bis 25. November 2000. Hierauf erteilte die Beklagte eine Kostenzusage für die Zeit vom 29. Oktober bis 7. November 2000 (Schreiben vom 7. November 2000). Auf die Verlängerungsanzeige vom selben Tag, mit der die Notwendigkeit einer weiteren stationären Behandlung bis 21. November 2001 bescheinigt wurde, erteilte die Beklagte eine weitere Kostenzusage für die Zeit vom 8. bis 17. November 2000 (Schreiben vom 8. November 2000). Nachdem seitens der W.-Klinik die Erforderlichkeit einer über den 17. November 2000 hinausgehenden stationären Behandlung begründet worden war (Schreiben von Dr. A. vom 42. November 2000), lehnte die Beklagte mit Schreiben vom 28. November 2000 eine weitere Kostenübernahme ab. Zuvor hatte der sozialmedizinische Dienst der Beklagten die Auffassung vertreten, die weitere Behandlung könne auch ambulant erfolgen. Am 9. Dezember 2000 wurde die Klägerin aus der stationären Behandlung entlassen.

Die von der Klägerin am 20. April 2001 beim Sozialgericht Reutlingen erhobene Klage, mit der sie von der Beklagten die Erstattung der durch den stationären Aufenthalt in der Zeit vom 18. November bis 9. Dezember 2000 entstandenen Kosten in Höhe von 11.461,44 DM begehrt hat, ist mit Beschluss vom 1. Juni 2001 an das sachlich zuständige Sozialgericht Freiburg (SG) verwiesen worden. Sie hat vorgetragen, die notwendigen physikalischen Maßnahmen hätten nicht unter ambulanten Bedingungen durchgeführt werden können. Deshalb habe die Beklagte die Kosten der stationären Behandlung, die sich aus der Endabrechnung der W.klinik vom 19. Dezember 2000 über 9.851,82 DM und der Liquidation für ärztliche Bemühungen der Klinik vom 9. Dezember 2000 zusammensetzten, zu tragen. Die Klägerin hat ferner die Abtretungserklärung der W.-Klinik vom 11. September 2001 vorgelegt. Danach hat diese "eventuell bestehende Ansprüche aus dem Behandlungsvertrag vom 17.11. bis 09.12." an die Klägerin abgetreten. Die streitige Forderung sei ihr gegenüber in Rechnung gestellt und von ihr auch beglichen worden. Die Beklagte ist der Klage unter Vorlage der Stellungnahmen ihres sozialmedizinischen Dienstes vom 10. Januar 2002 und vom 6. Mai 2003 (Bl. 43 bis 45 und 105 der Klageakten des SG) entgegengetreten. Ein Kostenübernahmeanspruch könne nicht der Klägerin, sondern allenfalls der behandelnden Klinik zustehen. Im übrigen könne die medizinische Notwendigkeit einer über die Dauer von drei Wochen hinausgehenden stationären Behandlung nicht bejaht werden. Mit Beschluss vom 6. August 2001 hat das SG die Stiftung W.-Klinik, H., zum Verfahren beigelegt. Diese hat vorgetragen, entgegen der Auffassung der Beklagten sei die bis 9. Dezember 2000 durchgeführte stationäre Behandlung erforderlich gewesen. Dies habe der Krankenhausarzt Dr. A., an dessen Beurteilungskompetenz die Beklagte gebunden sei, bestätigt. Ihren Vergütungsanspruch habe sie an die Klägerin abgetreten; diese habe die Abtretung auch angenommen. Mit Urteil vom 19. November 2003 hat das SG die Beklagte verurteilt, der

Klägerin die Kosten für ihren stationären Krankenhausaufenthalt bei der Beigeladenen vom 17. November bis 9. Dezember 2000 in Höhe von 5.860,14 EUR (11.461,44 DM) zu erstatten.

Gegen das ihr gemäß Empfangsbekenntnis am 3. Februar 2004 zugestellte Urteil hat die Beklagte am 13. Februar 2004 schriftlich beim Landessozialgericht Berufung eingelegt. Die Klägerin sei zur Geltendmachung des streitigen Abrechnungsanspruchs nicht aktivlegitimiert. Nehme ein gesetzlich Versicherter die Leistungen eines zugelassenen Krankenhauses in Anspruch, entstehe ein Vergütungsanspruch ausschließlich im Verhältnis zwischen Krankenhaus und Krankenkasse. Ein Zahlungsanspruch des Krankenhauses gegenüber dem Patienten werde hingegen nicht begründet. Entsprechende Selbstzahlerklauseln in allgemeinen Geschäftsbedingungen seien unwirksam. Ein Anspruch der Klägerin nach [§ 13 Abs. 3](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) sei deshalb ausgeschlossen. Die behauptete Abtretung, die letztlich dazu führe, dass der Patient das Inkasso des Krankenhauses betreibe, sei ebenfalls unwirksam. Unter Hinweis auf die Stellungnahmen ihres Ltd. Arztes Dr. D. vom 6. Februar 2004 und vom 2. November 2004 (Bl. 7/8 und 158 bis 162 der Berufungsakte des Senats) hat die Beklagte zudem erneut die Erforderlichkeit einer stationären Behandlung in Abrede gestellt.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Freiburg vom 19. November 2003 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil des SG für zutreffend.

Die Beigeladene trägt vor, die Klägerin habe sich mit Behandlungsvertrag vom 25. Oktober 2000 verpflichtet, die Pflege- und Behandlungskosten entsprechend dem jeweils gültigen Tarif über Leistungsentgelte zu tragen, soweit sie nicht von dem von der Klägerin benannten Kostenträger übernommen werden. In Höhe dieser Zahlungsverpflichtung habe die Klägerin nun einen Freistellungsanspruch gegen die Beklagte und sei zu dessen Geltendmachung auch aktivlegitimiert. Lediglich vorsorglich habe sie einen ihr etwaig zustehenden Erstattungsanspruch an die Klägerin abgetreten.

Der Senat hat die Behandlungsunterlagen der Beigeladenen (Bl. 50 bis 151 der Berufungsakte des Senats) beigezogen und Dr. M. schriftlich als sachverständigen Zeugen gehört. Wegen des Ergebnisses der Beweisaufnahme wird auf Bl. 152 bis 155 der Berufungsakte Bezug genommen.

Wegen der weiteren Darstellung des Sachverhalts wird auf die beigezogenen Verwaltungsvorgänge der Beklagten, die Klageakte des SG (S 2 KN 1623/01) und die Berufungsakte des Senats (L 13 KN 628/04) Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung der Beklagten hat Erfolg.

Die Berufung ist statthaft, da der Wert des Beschwerdegegenstandes 500 EUR übersteigt (vgl. [§§ 143, 144 Abs. 1 Nr. 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG)) und auch ansonsten zulässig, da sie unter Beachtung der maßgeblichen Form- und Fristvorschriften ([§ 151 Abs. 1 SGG](#)) eingelegt wurde. Die Berufung ist auch begründet, das SG hat der auf Verurteilung der Beklagten zur Zahlung von 5.860,14 EUR (11.461,44 DM) an die Klägerin gerichteten Leistungsklage zu Unrecht stattgegeben. Den Kostenerstattungsanspruch für den 17. November 2000 betreffend ergibt sich dies bereits aus dem Umstand, dass die Beklagte mit Schreiben vom 8. November 2000 bereits eine Kostenzusage bis einschließlich 17. November 2000 erteilt hat, insoweit also für einen Anspruch der Klägerin gegenüber der Beklagten kein Raum bleibt. Der Klägerin steht darüber hinaus aber auch für die Zeit vom 18. November bis 9. Dezember 2000 kein Anspruch auf Erstattung der Kosten der in der Klinik der Beigeladenen absolvierten Krankenhausbehandlung zu.

Nach [§ 2 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) erhalten die Versicherten die Leistungen der Krankenversicherung als Sach- und Dienstleistungen, soweit dieses oder das die Rehabilitation und die Teilhabe behinderter Menschen regelnde Neunte Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) nichts Abweichendes vorsehen. Die Krankenkasse darf an Stelle der Sach- oder Dienstleistung Kosten nur erstatten, soweit es das SGB V oder das SGB IX vorsieht ([§ 13 Abs. 1 SGB V](#)). Anspruchsgrundlage ist hier [§ 39 Abs. 1 SGB V](#) in Verbindung mit [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#). Diese Vorschrift bestimmt: Konnte die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen (1. Alternative) oder hat sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt (2. Alternative) und sind dadurch Versicherten für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden, sind diese von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war. Der im vorliegenden Fall streitige Kostenerstattungsanspruch für die Zeit vom 18. November bis 9. Dezember 2000 richtet sich nach der 2. Alternative, nachdem die Beklagte eine (weitere) Kostenerstattung für die Zeit nach dem 17. November 2000 abgelehnt hat.

Ob eine stationäre Krankenhausbehandlung aus medizinischen Gründen notwendig ist bzw. war, hat der Senat uneingeschränkt zu überprüfen. Er hat dabei von dem im Behandlungszeitpunkt verfügbaren Wissens- und Kenntnisstand des verantwortlichen Krankenhausarztes auszugehen. Eine "Einschätzungsprärogative" kommt dem Krankenhausarzt insoweit nicht zu (Bundessozialgericht (BSG), Beschluss des großen Senats vom 25. September 2007 - [GS 1/06](#)). Die Entscheidung darüber, ob dem Versicherten ein Anspruch auf Gewährung vollstationärer Krankenhausbehandlung als Sachleistung zusteht und darin eingeschlossen die Entscheidung, ob eine stationäre Behandlung aus medizinischen Gründen notwendig ist, obliegt nicht dem Krankenhaus, sondern der Krankenkasse, gegen die sich der Anspruch richtet. Die Entscheidungsabläufe sind unterschiedlich, je nachdem, zu welchem Zeitpunkt die Kasse mit dem Leistungsbegehren befasst wird. Beantragt der Versicherte vorab die Genehmigung einer gemäß [§ 73 Abs. 2 Satz 1 Nr. 7](#) in Verbindung mit Abs. 4 SGB V vertragsärztlich verordneten Krankenhausbehandlung, so entscheidet die Krankenkasse ihm gegenüber durch Verwaltungsakt. Wird er dagegen, wie zumeist, wegen einer akuten Erkrankung oder eines Krankheitsverdachts ohne vorherige Konsultation der Krankenkasse stationär aufgenommen, so entscheidet diese über den Behandlungsanspruch lediglich indirekt, indem sie, erforderlichenfalls nach Einschaltung des MDK, dem die Leistung erbringenden Krankenhaus eine - in der Regel befristete - Kostenzusage (Kostenübernahmeerklärung) erteilt (zur

rechtlichen Wirkung der Kostenübernahmeerklärung siehe: [BSGE 86, 166](#), 170 f. = [SozR 3-2500 § 112 Nr. 1](#) S. 5 f.; [BSGE 89, 104](#), 106 = [SozR 3-2500 § 112 Nr. 2](#) S. 12 f.). Dieser Vorgang wiederholt sich, wenn zu einem späteren Zeitpunkt über eine Verlängerung des Krankenhausaufenthalts zu befinden ist. In allen Fällen hat die Krankenkasse vor ihrer Entscheidung die Erforderlichkeit der stationären Behandlung eigenständig und ohne Bindung an die Beurteilung des zuständigen Krankenhausarztes zu prüfen. Nichts anderes gilt für das Gericht, das gegebenenfalls in einem nachfolgenden Rechtsstreit über den Behandlungsanspruch des Versicherten oder den Vergütungsanspruch des Krankenhauses zu entscheiden hat (BSG, Großer Senat a.a.O.).

Ob einem Versicherten vollstationäre Krankenhausbehandlung zu gewähren ist, richtet sich allein nach den medizinischen Erfordernissen. Ermöglicht es der Gesundheitszustand des Patienten, das Behandlungsziel durch andere Maßnahmen, insbesondere durch ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege, zu erreichen, so besteht kein Anspruch auf stationäre Behandlung. Daraus ergibt sich, dass der Aufenthalt im Krankenhaus einem Behandlungszweck dienen muss und die Krankenkasse deshalb nicht leistungspflichtig ist, wenn der Patient aktuell keiner ärztlichen Behandlung (mehr) bedarf, sondern aus anderen Gründen, etwa wegen Hilflosigkeit, Pflegebedürftigkeit, zur Verwahrung oder zum Schutz der Öffentlichkeit, im Krankenhaus behalten oder dort untergebracht wird. Aus der Aufgabenstellung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), der Systematik des Krankenversicherungsrechts sowie dem Zweck und der Entstehungsgeschichte des [§ 39 Abs. 1 SGB V](#) folgt darüber hinaus, dass die Krankenkasse eine vollstationäre Krankenhausbehandlung nur schuldet, wenn der Gesundheitszustand des Patienten sie aus medizinischen Gründen erfordert. Reicht nach den Krankheitsbefunden eine ambulante Therapie aus, so hat die Krankenkasse die Kosten einer dennoch durchgeführten stationären Krankenhausbehandlung auch dann nicht zu tragen, wenn der Versicherte aus anderen, nicht mit der Behandlung zusammenhängenden Gründen eine spezielle Unterbringung oder Betreuung benötigt, die gegenwärtig außerhalb des Krankenhauses nicht gewährleistet ist (BSG, Großer Senat a.a.O.).

Unter Zugrundelegung dieser Maßstäbe hat jedenfalls über den 17. November 2000 hinaus eine aus medizinischen Gründen erforderliche Krankenhausbehandlung nicht vorgelegen. Dies steht zur vollen Überzeugung des Senats fest aufgrund des von der Beklagten vorgelegten Gutachtens von Dr. D. (Ltd. Arzt des Sozialmedizinischen Dienstes der Beklagten) vom 2. November 2004. Dr. D. hat nach Auswertung der vom Senat beigezogenen (vollständigen) Krankenakten betreffend die stationären Aufenthalte der Klägerin in der Klinik der Beigeladenen in den Jahren 1999 und 2000 sowie der sachverständigen Zeugenaussage des behandelnden Facharztes für Allgemeinmedizin Dr. M. vom 16. September 2004 in seinem (Beteiligten-) Gutachten, das der Senat im Wege des Urkundsbeweises verwerten kann und gegen das weder die Klägerin noch die Beigeladenen Einwendungen erhoben haben, überzeugend dargelegt, dass jedenfalls über den 17. November 2000 hinaus eine Fortführung der stationären Behandlung auch bei großzügiger Interpretation der (medizinischen) Fakten nicht zu rechtfertigen war. Die Klägerin litt im Zeitpunkt des streitgegenständlichen Klinikaufenthalts unter einem Zustand nach Knochenresektion der linken Ileosakralfuge 1976 (posttraumatisch nach Verkehrsunfall), unter rezidivierenden Lumboischialgien bei Zustand nach Bandscheibenoperation L 4/5 1978, unter traumatischen Kompressionsfrakturen BWK 5 und BWK 12 1986, unter einer Rhizarthrose beidseits, links mehr als rechts, unter einem postthrombotischen Syndrom beidseits, links mehr als rechts, unter einem Zustand nach Schilddrüsenoperation 1973 wegen Hyperthyreose, unter Sakralzysten S1/S2 1999, unter einer Hepatopathie, am ehesten hormonbedingt bei Substitution und unter einer chronisch-depressiven Verstimmung. Zu Recht hat Dr. D. darauf hingewiesen, dass die Aufnahmebefunde der stationären Behandlungen in der Vergangenheit nur in geringem Umfang voneinander abweichen und die Therapiekonzepte im wesentlichen unverändert Jahr für Jahr durchgeführt wurden. Hinweise auf eine Schmerzsymptomatik, die akut eine stationäre Einweisung erforderlich gemacht hätte, vermochte Dr. D. den Untersuchungsbefunden nicht zu entnehmen. Vor diesem Hintergrund hat Dr. D. auch für den Senat nachvollziehbar geschlussfolgert, dass im Vordergrund der Behandlung rehabilitative balneophysikalische Maßnahmen, die im wesentlichen dem Leistungsspektrum einer Rehabilitationsklinik entsprechen, gestanden haben. Dies wird durch die Krankenakten der Beigeladenen bestätigt, ausweislich derer die Klägerin mit intensiver Einzelkrankengymnastik zur Kräftigung der Rücken- und Bauchmuskulatur sowie Haltungskorrektur, teilweise im Schlingentisch mit Dehnungen im linken Hüftbereich, zusätzlich mit Überwärmungsbädern, kontrolliertem Muskelsequenztraining, Magnetfeldbehandlungen, Bewegungsbädern, Laserbehandlungen, Dampfduschen, Ultraschallanwendungen, Kolonreflexzonenmassagen, manuell lockernden Massagen und Kneipp'schen Güssen behandelt worden ist. Vor diesem Hintergrund überzeugt die Schlussfolgerung von Dr. D., dass die bei der Klägerin vorliegenden Erkrankungen eine dauerhafte und langfristige ambulante fachärztliche Behandlung am Wohnort (orthopädisch und ggf. nervenärztlich) erfordern, sich die Notwendigkeit einer stationären Krankenhausbehandlung aber medizinisch nicht begründen lässt. Ob dies auch die bis 17. November 2000 und in den Vorjahren durchgeführten stationären Behandlungen betreffend der Fall gewesen, braucht der Senat nicht zu entscheiden.

Bei der gegebenen Sachlage kommt es auf die Frage, ob ein Anspruch der Klägerin auf Kostenerstattung darüber hinaus voraussetzt, dass dem Versicherten für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden sind, zu seinen Lasten also eine (wirksame) Zahlungsverpflichtung gegenüber dem Leistungserbringer entstanden ist (vgl. dazu BSG [SozR 3-2500 § 13 Nr. 25](#) und [SozR 4-2500 § 13 Nr. 10](#)), nicht an. Nachdem eine nach dem Sachleistungsprinzip zu gewährende oder einen Kostenerstattungsanspruch auslösende, aus medizinischen Gründen notwendige stationäre Krankenhausbehandlung nicht durchgeführt worden ist, kann die Klägerin einen Kostenerstattungsanspruch auch nicht aus einem ihr von der Beigeladenen abgetretenem Recht herleiten.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#).

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2008-06-15