

S 12 KR 997/00

Land
Hessen
Sozialgericht
SG Kassel (HES)
Sachgebiet
Sonstige Angelegenheiten
Abteilung
12
1. Instanz
SG Kassel (HES)
Aktenzeichen
S 12 KR 997/00
Datum
20.02.2002
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 1 KR 305/02
Datum
31.07.2003
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 3 KR 18/03 R
Datum
13.05.2004
Kategorie
Urteil
Die Klage wird abgewiesen.

Der Kläger hat der Beklagten die Kosten des Rechtsstreites zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob die Beklagte verpflichtet ist, dem Kläger als Krankenhausträger des Zentrums für Soziale Psychiatrie Kurhessen und früherem Psychiatrischen Krankenhaus Merxhausen die Kosten des dortigen vollstationären Krankenhausaufenthaltes des 1944 geborenen, bei der Beklagten im streitigen Zeitraum in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten A. (A.) auch noch für den Zeitraum vom 1. Juli 1998 bis 29. Oktober 1998 zu zahlen.

Die dem streitigen Zeitraum vorausgegangene vollstationäre Aufnahme des Versicherten A. im Psychiatrischen Krankenhaus Merxhausen war wegen paranoider halluzinatorischer Schizophrenie am 28. Dezember 1997 erfolgt, wobei es sich um die 8. bzw. 9. Wiederaufnahme handelte. Der Aufnahme selbst lag dabei u.a. auch ein gerichtlicher Unterbringungsbeschluss zur Krankenhausbehandlung zu Grunde, wobei die Behandlung schließlich bis 1. September 1999 andauerte und die Kosten der Behandlung von der Beklagten dann auch zunächst vom 28. Dezember 1997 bis 30. Juni 1998 und vom 1. März 1999 bis 1. September 1999 übernommen wurden und streitig danach allein noch die Zeiträume vom 1. Juli 1998 bis 29. Oktober 1998 und vom 1. Januar 1999 bis 28. Februar 1999 blieben. Letzteres nach Einholung mehrerer Stellungnahmen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung in Hessen (MDK), für den der Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie/Psychoanalyse und Arzt für Psychotherapeutische Medizin Dr. med. D. als externer Gutachter unter dem 19. Juni 1998, 21. Dezember 1998, 25. Februar 1999 und 6. August 1999 die Auffassung vertreten hatte, dass zumindest in den verbliebenen streitigen, vorgenannten Zeiträumen Heimverlegungsfähigkeit vorgelegen habe.

Der Kläger ist dem entgegengetreten und hat als Krankenhausträger am 14. Juli 2000 Klage vor dem Sozialgericht in Kassel erhoben, mit der er unter Vorlage von Stellungnahmen des Krankenhauses vom 30. Juni 1998, 3. November 1998, 31. Dezember 1998, 31. März 1999 und 2. November 1999 daran festgehalten hat, dass vollstationäre Krankenhausbehandlungsnotwendigkeit auf Seiten des Versicherten A. auch vom 1. Juli 1998 bis 29. Oktober 1998 und vom 1. Januar 1999 bis 28. Februar 1999 vorgelegen habe. Die Beklagte ist dem unter Hinweis auf die o.a. gutachterlichen Stellungnahmen des Dr. med. D. entgegengetreten.

Nach Beiziehung der Krankengeschichte hat das Gericht schließlich mit Beweisanordnung vom 30. November 2000 zum Vorliegen von vollstationärer Krankenhausbehandlungsnotwendigkeit auf Seiten des Versicherten A. in den Zeiträumen vom 1. Juli 1998 bis 29. Oktober 1998 und vom 1. Januar 1999 bis 28. Februar 1999 ein schriftliches medizinisches Sachverständigengutachten in Auftrag gegeben, das der Arzt für Neurologie/Psychiatrie, Psychotherapie Dr. med. C. am 13. März 2001 nach Aktenlage erstellt hat. Entgegen der Beklagten und dem MDK gelangt der Sachverständige dabei zu der Auffassung, dass vollstationäre Krankenhausbehandlungsnotwendigkeit auch im Zeitraum vom 1. Januar 1999 bis 29. Februar 1999 vorgelegen habe. Mit der Beklagten und dem MDK verneint er dies jedoch für den Zeitraum vom 1. Juli 1998 bis 29. Oktober 1998.

Der Sachverständige führt insoweit u.a. aus, beim Versicherten A. handele es sich unstrittig um eine schwere schizophrene Psychose, die eine langjährige stationäre Behandlung notwendig gemacht habe und die weiterhin eine Unterbringung in betreuten Einrichtungen erfordere. Zum ersten strittigen Zeitraum der stationären Behandlung vom 1. Juli 1998 bis 28. Oktober 1998 sei auszuführen, dass der Versicherte laut Krankenkurven und Verlaufsbeobachtungen durchgehend deutliche medikamentöse Nebenwirkungen, wie Speichelfluss und Händezittern, gezeigt habe. Ihm sei Einzelausgang gewährt worden, ab dem 13. Juli 1998 habe er an der Arbeitstherapie teilgenommen,

jedoch offenbar sehr unregelmäßig, welches auch durch die ärztlichen Berichte bestätigt werde (Überzeugungsarbeit). Die Medikation sei über den gesamten ersten Zeitraum nahezu unverändert geblieben, wobei die Verlaufsbeobachtungen in vielen Eintragungen einen stabilisierten Gesundheitszustand beschreiben würden. So habe der Versicherte am 19. August 1998 selbständig und ohne Aufforderung und relativ sorgfältig gearbeitet, am 12. August 1998 habe er das ZRP selbständig und ohne Probleme durchgeführt. Allerdings zeigten sich auch Eintragungen, wie am 10. Juli 1998, wonach der Versicherte wieder viele Wahnideen, aber ein sonst angepasstes Verhalten gezeigt habe. Am 23. Juli 1998 habe er wieder über Nebenwirkungen mit Speichelfluss, Zittern, Müdigkeit und weitere Wahnvorstellungen geklagt. Nach den Krankenunterlagen sei es zu einer gewissen Stabilisierung gekommen, wenngleich die Wahninhalte weiterhin vorhanden gewesen wären und der leicht stabilisierte Zustand natürlich auch immer wieder gefährdet erschienen sei. Auch dem Behandlungsziel der Tagesstrukturierung sei man in diesem ersten strittigen Zeitraum durchaus nahe gekommen. Der Versicherte habe sich in das Stationsgeschehen und in die arbeitstherapeutischen Maßnahmen integriert. Ein Teil der vom Krankenhaus unter dem 2. November 1999 formulierten Behandlungsziele, wie Verhinderung von Fremdaggressionen, Reduktion des Ostilitätssyndroms sowie der Etablierung einer konstanten Tagesstruktur und des Wiedererlernens der Aktivitäten des täglichen Lebens sei zumindest teilweise verwirklicht gewesen. Insoweit würden die Krankenhausärzte hierzu selbst schreiben, dass Anfang Juli 1998 habe erreicht werden können, dass der Versicherte drei Stunden täglich in die Arbeitstherapie habe integriert werden können, wobei die produktive Symptomatik jedoch nach wie vor bestanden und häufig zu entsprechenden Durchbrüchen geführt habe. In Anbetracht der Tatsache einer bereits seit 1997 anhaltenden vollstationären Behandlung könne der Argumentation der Krankenhausärzte für diesen Zeitraum nicht mehr gefolgt werden. Der Zustand des Versicherten sei vom 1. Juli 1998 bis 29. Oktober 1998 derart stabilisiert gewesen, dass eine unvollstationäre Unterbringung möglich gewesen wäre bzw. auch eine Unterbringung in einer heilpädagogischen Einrichtung. Insoweit habe die Klinik für diesen Zeitpunkt komplementäre Funktionen übernommen. Zu diesem Schluss komme auch der beratende Arzt des MDK, Dr. med. D., der ebenfalls davon spreche, dass der Zustand des Versicherten sich in diesem Zeitraum stabilisiert gehabt habe. Wegen einer erfolgten medikamentösen Umstellung sei dann am 30. Oktober 1998 eine vollstationäre Behandlungsbedürftigkeit wiederum anerkannt worden. Anders verhalte es sich dann jedoch für den zweiten strittigen Zeitraum vom 1. Januar 1999 bis 28. Februar 1999. Hier sei zwar auch Einzelausgang vermerkt, eine Medikamentenumstellung sei weitgehend erfolgt, in den Verlaufsbeobachtungen sei jedoch oft die Rede von wahnhaften Verknüpfungen und Halluzinationen. Auch habe die Verlegung in eine betreute Einrichtung wieder zur Debatte gestanden und sich so sehr belastend ausgewirkt, dass sich der Patient geweigert habe, verlegt zu werden. Während des zweiten strittigen Zeitraumes vom 1. Januar 1999 bis 28. Februar 1999 habe es des vollen und vollstationären therapeutischen Einsatzes bedurft, um die vom Krankenhaus formulierten Behandlungsziele zu verwirklichen. Eine unvollstationäre Behandlung wäre hier nicht ausreichend gewesen, eine Entlassung hätte möglicherweise schlimme Folgen für die Gesundheit des Versicherten nach sich gezogen. Wie labil und gefährdet der Gesundheitszustand des Versicherten gewesen sei, belege auch der später erfolgte Unterbringungsbeschluss des Amtsgerichts Wolfhagen vom 18. Juni 1999. Für den zweiten strittigen Zeitraum könne danach der Argumentation des Klägers gefolgt werden, nicht jedoch der des Dr. med. D.

Wegen des weiteren Inhaltes des gerichtlichen Sachverständigengutachtens des Dr. med. C. vom 30. März 2001 wird Bezug genommen auf Bl. 56 bis Bl. 80 der Gerichtsakte.

Unter Vorlage einer weiteren für den MDK gefertigten gutachterlichen Stellungnahme des Dr. med. D. vom 6. August 2001 hat sich die Beklagte dem gerichtlichen Sachverständigen im weiteren Verlauf angeschlossen und das Vorliegen von Krankenhausbehandlungsnotwendigkeit für den Zeitraum vom 1. Januar 1999 bis zum 28. Februar 1999 anerkannt, worauf der Kläger den Rechtsstreit diesen vorgenannten Zeitraum betreffend für erledigt erklärt hat. Hinsichtlich des Zeitraumes vom 1. Juli 1998 bis 29. Oktober 1998 ist der Kläger dem gerichtlichen Sachverständigengutachten selbst jedoch unter Vorlage einer weiteren Stellungnahme des Krankenhauses vom 28. Juni 2001 entgegengetreten, ebenfalls im Hinblick darauf, dass in diesem streitigen Zeitraum die weitere Unterbringung des Versicherten auf einer geschlossenen Abteilung des Psychiatrischen Krankenhauses Merxhausen ausdrücklich vormundschaftsgerichtlich genehmigt gewesen sei, wobei eine solche Unterbringung im Übrigen nur zulässig sei, wenn sie zur Heilbehandlung notwendig sei.

Zum weiteren Vorbringen des Klägers ergänzend angehört, führt Dr. med. C. unter dem 30. Oktober 2001 sodann u.a. schriftlich aus, auch unter Würdigung der Einwände des Krankenhauses könne er zu keiner anderen Beurteilung als der bereits in seinem o.a. Gutachten dargestellten Auffassung gelangen. Insoweit würden weder von Verwaltungsseite noch vom Oberarzt B. neue Aspekte des Falles dargestellt, vielmehr werde versucht, innere Widersprüche seines Gutachtens nachzuweisen und hieraus eine durchgehende Behandlungsnotwendigkeit abgeleitet. Es sei richtig, dass die ärztlichen Verlaufsbeobachtungen in der auch ohne diese Verlaufsbeobachtungen bereits sehr umfangreichen Zitatsammlung des Gutachtens nicht nochmals ausdrücklich erwähnt worden seien. Allerdings hätten gerade die ersten Verlaufsbeobachtungen durch ihn besondere Beachtung gefunden und dabei besonders auch der Entscheidungsfindung gedient. Der Sachverständige verweist insoweit auf Eintragungen u.a. vom 10. Juli, 30. Juli und 13. August 1998. Insoweit müsse zwar konstatiert werden, dass es sich beim Versicherten A. um einen schwerkranken Schizophrenen handle, im Verlauf zu den Vorbefunden sei jedoch keine wesentliche Änderung eingetreten bzw. der Versicherte habe sich trotz noch vorhandener psychotischer Symptome konsolidiert gehabt. Insoweit zeigten die ärztlichen Verlaufsberichte gerade der Stationsärztin zwar keine Heilung, jedoch eine gewisse Stabilisierung des Zustandsbildes. Nach fast zweijähriger Behandlungsdauer habe insoweit bei dem zweifelsfrei noch psychotischen Patienten keine vollstationäre Behandlungsnotwendigkeit mehr bestanden, zumal, wie von ihm zitiert, die Behandler selbst eine Stabilisierung festgestellt hätten. Dass der psychische Zustand des Versicherten auch unter Konsolidierung labil gewesen sei, sei unstrittig und werde auch durch zahlreiche Zitate aus den Pflegeberichten belegt. Die Grundtendenz sei jedoch die der psychischen Stabilisierung gewesen. Für den insoweit noch strittigen Zeitraum vom 1. Juli bis 29. Oktober 1998 wäre unvollstationäre Behandlung durchaus ausreichend gewesen. Dabei wären auch letztlich heilpädagogische Einrichtungen anzudenken gewesen. Wenn solche seitens des Krankenhauses strikt abgelehnt würden, wären aber auch andere unvollstationäre Maßnahmen durchaus möglich. Dabei sei ihm als Sachverständigen durchaus bekannt, dass die typischen Langzeiteinrichtungen des Psychiatrischen Krankenhauses Merxhausen aufgelöst worden seien. Dafür gebe es jedoch zwischenzeitlich andere Möglichkeiten, wie z.B. den sogenannten CPK-Bereich (Chronisch-Psychiatrischer Krankheitsbereich), in dem ein chronisch kranker Patient auf Kosten des Landessozialamtes auf Station unvollstationär behandelt werde. Oder aber es wäre die Unterbringung in einer betreuten Wohneinrichtung und Tagesstätte möglich gewesen. Der bestehende Betreuungsbeschluss ändere nichts an dieser Einschätzung. Auch in unvollstationären Einrichtungen stünden Patienten unter entsprechender Betreuung.

Der Kläger beantragt,
die Beklagte zu verurteilen, ihm als Krankenhausträger die Kosten des vollstationären Krankenhausaufenthaltes des Versicherten A. auch noch für den Zeitraum vom 1. Juli 1998 bis 29. Oktober 1998 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,
die Klage abzuweisen.

Wegen der weiteren Einzelheiten, insbesondere wegen des jeweiligen weiteren Vorbringens der Beteiligten, wird Bezug genommen auf den Inhalt der Gerichtsakte insgesamt; ebenso wird Bezug genommen auf die beigezogene Krankengeschichte sowie den weiterhin beigezogenen Verwaltungsvorgang der Beklagten, deren jeweils wesentlicher, den vorliegenden Rechtsstreit betreffender Inhalt gleichfalls Gegenstand der mündlichen Verhandlung war.

Entscheidungsgründe:

Die Klage ist nach der ständigen Rechtsprechung der Kammer, die sich an die höchstrichterliche Rechtsprechung anlehnt, als allgemeine (echte) Leistungsklage (vgl. hierzu BSG in [SozR 3 - 2500 § 39 Nr. 4](#) und BSG, Urteil vom 17. Mai 2000, [B 3 KR 33/99 R](#)) zulässig, wobei sich die Klagebefugnis des Klägers als Krankenhausträger daraus ergibt, dass der Versicherte A., da er im hier streitigen Zeitraum bei der Beklagten krankenversichert war, gegenüber der Beklagten in diesem Zeitraum Anspruch auf Zahlung von in einem Krankenhaus entstehender notwendiger Behandlungskosten direkt an den Krankenhausträger hatte, sich der hier geltend gemachte Anspruch des Klägers also aus dem öffentlich - rechtlichen Leistungserbringungsrecht ergibt (vgl. BSG in [SozR 3 - 2500 § 39 Nr. 1](#)). Im übrigen ergibt sich die Zuständigkeit der Sozialgerichte für Streitigkeiten aus dem Abrechnungsverhältnis zwischen Krankenhaus und Krankenkasse (vgl. BSG, Urteil vom 17. Mai 2000 wie vor) insoweit aber auch ausdrücklich aus [§ 51 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG), der u.a. auch Streitigkeiten zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen in Angelegenheiten des Sozialgesetzbuches - Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V) der Sozialgerichtsbarkeit zuweist.

Bei all dem lässt sodann auch § 57a 4. Fallgruppe SGG die örtliche Zuständigkeit des Sozialgerichts Kassel unberührt, die hier nicht der vorgenannten Regelung, sondern [§ 57 Abs. 1 SGG](#) folgt.

Nach [§ 57 Abs. 1 Satz 1](#) 1. Halbsatz SGG ist örtlich zuständig das Sozialgericht, in dessen Bezirk der Kläger zur Zeit der Klageerhebung seinen Sitz oder Wohnsitz oder in Ermangelung dessen seinen Aufenthaltsort hat, wobei nach Abs. 1 Satz 1 2. Halbsatz der Kläger auch vor dem für den Beschäftigungsort zuständigen Sozialgericht klagen kann, wenn er in einem Beschäftigungsverhältnis steht. Klagt eine Körperschaft oder Anstalt des öffentlichen Rechts oder in Angelegenheiten der Kriegsopferversorgung ein Land, so ist nach Satz 2 der Sitz oder Wohnsitz oder Aufenthaltsort des Beklagten maßgebend, wenn dieser eine natürliche Person oder eine juristische Person des Privatrechts ist. Die Umkehr der Regelung von Satz 1 durch die Regelung in Satz 2 liegt dabei im Interesse der Erleichterung des Rechtsschutzes für die Betroffenen. Sind Kläger und Beklagte jedoch juristische Personen des öffentlichen Rechts, bleibt es bei der Zuständigkeit nach Satz 1, wobei insgesamt die einmal begründete örtliche Zuständigkeit durch spätere Änderungen, wie z.B. die Verlegung von Wohnsitz oder Sitz in den Bezirk eines anderen Sozialgerichtes, nicht berührt wird und hier letztlich auch unstreitig ist, dass örtlich für den Kläger als Krankenhausträger des Zentrums für Soziale Psychiatrie Kurhessen und früheren Psychiatrischen Krankenhauses Merxhausen zuständig das Sozialgericht Kassel ist, da der Kläger selbst seinen Sitz in A-Stadt hat.

Dies gilt unabhängig und trotz § 57a 4. Fallgruppe SGG auch für Rechtsstreitigkeiten der vorliegenden Art, d.h. für Rechtsstreite, in denen ein Krankenhaus bzw. ein Krankenhausträger die Krankenkasse eines Versicherten auf Zahlung der Kosten in Anspruch nimmt, die dadurch entstanden sind, dass das Krankenhaus einem Versicherten der Krankenkasse für diese eine stationäre Krankenhausbehandlung erbracht hat.

Nach [§ 57a SGG](#) ist in Angelegenheiten des § 51 Abs. 2 Satz 1, wenn es sich um Fragen der Kassenarztzulassung (Kassenzahnarztzulassung) handelt, das Sozialgericht zuständig, in dessen Bezirk die Kassenarztstelle (Kassenzahnarztstelle) liegt [1. Fallgruppe], in den anderen Angelegenheiten des Kassenarztesrechtes das Sozialgericht, in dessen Bezirk die kassenärztliche (kassenzahnärztliche) Vereinigung ihren Sitz hat [2. Fallgruppe], jedoch in Angelegenheiten, die Entscheidungen oder Verträge auf Bundesebene betreffen, das Sozialgericht, in dessen Bezirk die kassenärztliche Bundesvereinigung ihren Sitz hat [3. Fallgruppe], und im übrigen, soweit durch Landesrecht nichts abweichendes bestimmt ist, das Sozialgericht, in dessen Bezirk die Landesregierung ihren Sitz hat [4. Fallgruppe]. Zur letzteren gehören nach Auffassung der Hessischen Krankenhausgesellschaft e.V. laut Rundschreiben 189/2000 vom 28. August 2000 in Hessen auch Rechtsstreite der vorliegenden Art, nachdem das Hessische Landesrecht im Ausführungsgesetz zum SGG insoweit keine andere Zuständigkeitsregelung treffe. Insoweit wird allein darauf abgestellt, dass es sich hier um Rechtsstreite nach [§ 51 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGG](#) handele, wozu auch Streitigkeiten über vom Krankenhaus geltend gemachte Vergütungsansprüche aus der stationären Versorgung von Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung gehörten, nachdem die Vergütungsansprüche selbst wiederum auf zwischen den Krankenhäusern bzw. dem Krankenhausverband und den Krankenkassen auf Landesebene geschlossenen Verträgen im Sinne des [§ 51 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGG](#) beruhten und sich danach in Hessen die örtliche Zuständigkeit des Sozialgerichts Wiesbaden ergebe.

Dem vermag die Kammer nicht zu folgen.

Grundsätzlich ist hierzu zunächst auszuführen, dass zwar auch nach Auffassung der Kammer unter die 4. Fallgruppe des [§ 57a SGG](#) Streitigkeiten in Angelegenheiten des [§ 51 Abs. 2 Satz 1 SGG](#) fallen, die weder Kassenarztsachen sind, noch unter [§ 57 Abs. 4 SGG](#) fallen, noch Entscheidungen oder Verträge auf Bundesebene betreffen, also nicht bereits zu den drei ersten Fallgruppen des [§ 57a SGG](#) gehören, die vorliegende Fallgestaltung wird hiervon jedoch nicht erfasst. Hierunter fallen nach Auffassung der Kammer nämlich allein Streitigkeiten, die einen Versorgungsvertrag im Leistungserbringungsrecht unmittelbar betreffen, was insbesondere dann der Fall ist, wenn die Begründung oder Beendigung eines Versorgungsvertrages oder die Auslegung seiner Bestimmungen umstritten sind, wenn also z.B. was nach wie vor streitig ist - nicht nur der Medizinische Dienst Einsicht in die Krankenhausakten eines Versicherten zur Überprüfung von Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit geltend macht, sondern auch die Krankenkasse des Versicherten selbst. In Rechtsstreiten, in denen ein Krankenhaus bzw. der Krankenhausträger gegenüber einer Krankenkasse die Kosten der stationären Krankenhausbehandlung eines Versicherten der Krankenkasse zur Zahlung geltend macht, nachdem die Krankenkasse - wie hier - die Zahlung mit der Begründung verweigert hat, dass die stationäre Krankenhausbehandlung nicht notwendig gewesen sei, verbleibt es dagegen nach Auffassung der Kammer auch im Hinblick auf § 57a 4. Fallgruppe SGG bei der örtlichen Zuständigkeit der Sozialgerichte nach [§ 57 Abs. 1 SGG](#). Dies deshalb, weil der Vergütungsanspruch des Krankenhauses - auch wenn die Zahlungsverpflichtung der Krankenkasse unabhängig von einer Kostenzusage unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten entsteht - in diesen Fällen selbst nur so weit geht,

wie der Behandlungsanspruch des Versicherten gegen seine Krankenkasse reicht, der Zahlungsanspruch des Krankenhauses also immer mit dem Anspruch des Versicherten auf Krankenbehandlung korrespondiert (vgl. BSG, Urteil vom 17. Mai 2000 wie vor).

Das heißt, der Vergütungsanspruch des Krankenhauses wird in diesen Fällen zwar u.a. durch seinen Versorgungsvertrag begründet, in erster Linie jedoch durch den Krankenhausbehandlungsanspruch des Versicherten. Insoweit unterfallen zwar z.B. Rechtsstreite, die Vereinbarungen über die Vergütung von zahntechnischen Leistungen, die Ausgestaltung, den Abschluss und die Kündigung von Versorgungsverträgen mit Krankenhäusern und Vorsorge- und Rehabilitations-Einrichtungen oder Entscheidungen der Landesschiedsstellen nach dem SGB V oder die Zulassung von Leistungserbringern von Hilfsmitteln sowie Verträge mit diesen zum Inhalt haben, der Zuständigkeitsregelung des § 57a 4. Fallgruppe SGG, nicht jedoch solche, in denen unabhängig von der Höhe im Hinblick auf dessen generelle Notwendigkeit der Anspruch des Versicherten auf eine stationäre Krankenhausbehandlung bzw. die Vergütung eines solchen stationären Krankenhausaufenthaltes im Streit steht, also letztlich der individuelle Krankenhausbehandlungsanspruch des Versicherten, aus dem dann erst der Zahlungsanspruch des Krankenhauses resultiert. Der Vertragsgestaltung zwischen Krankenhaus bzw. Krankenhausträger und Krankenkasse selbst, also den Rechtsbeziehungen zwischen Krankenhaus und Krankenkasse, kommt dabei letztlich nur eine untergeordnete Bedeutung zu. Nur hinsichtlich dieser kommt aber dem Konzentrationsgedanken des [§ 57a SGG](#) überhaupt eine Bedeutung zu, der dann keine Rolle spielt, wenn es um individuelle Ansprüche des Versicherten geht (ebenso bereits SG Kassel, Urteil vom 13. September 2000, S-12/KR-1401/98). Insoweit vermag die Kammer auch nach wie vor weder dem Landessozialgericht Niedersachsen (Beschluss vom 18. September, [L 4 B 205/00 KR](#)) zu folgen, noch einem entsprechenden Beschluss des Sozialgerichts Fulda vom 8. November 2000, die beide von einer örtlichen Zuständigkeit in Fällen der vorliegenden Art nach [§ 57a SGG](#) ausgehen. Anders als in erster Linie im Kassenarztrecht wird hier nämlich gerade nicht darum gestritten, wie und in welchem Umfang ärztliche Leistungen allgemein als solche überhaupt abzurechnen bzw. zu vergüten sind, sondern darum, ob die Krankenhausbehandlung eines bestimmten Patienten auf der Grundlage seines individuellen Krankheitsgeschehens überhaupt und wenn ja, in welchem zeitlichen Umfang notwendig war. Der Vergütungsanspruch des Krankenhauses wird also in erster Linie und überwiegend durch den Krankenhausbehandlungsanspruch des Versicherten gegenüber seiner Krankenkasse nach [§ 39 SGB V](#) bestimmt und nicht durch die Vertragsgestaltung der Beteiligten im Leistungserbringungsrecht, wobei es in Hessen anders als in Niedersachsen einen Sicherstellungsvertrag nach [§ 112 Abs. 2 SGB V](#) ohnehin nicht gibt und sich Art und Weise der Vergütung der Krankenhäuser insoweit allein aus dem Anspruch des Versicherten nachgehenden Regelungen im Leistungserbringungsrecht ergeben.

Die Klage ist sodann jedoch nicht begründet. Die Beklagte ist nicht verpflichtet, dem Kläger als Krankenhausträger die im o.a. Krankenhaus vom 1. Juli 1998 bis 29. Oktober 1998 durch die weitere, über den 30. Juni 1998 hinausgehende vollstationäre Behandlung ihres Versicherten A. entstandenen Kosten zu zahlen, da mit dem gerichtlichen Sachverständigen Dr. med. C., der Beklagten sowie dem MDK, hier der o.a. Stellungnahmen des Dr. med. D. und entgegen dem Kläger, damit aber auch entgegen dem Krankenhaus, dessen hier vertretene medizinische Auffassung sich mit den rechtlichen Voraussetzungen des Vorliegens von Krankenhausbehandlungsnotwendigkeit in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht in Einklang bringen lässt, zur Überzeugung der Kammer zumindest in dieser Zeit weitere vollstationäre Krankenhausbehandlungsnotwendigkeit anspruchsbegründend nachweisbar nicht mehr vorgelegen hat. Unabhängig vom Vorliegen von allgemeiner Behandlungsbedürftigkeit auf Seiten des A. auch ab 1. Juli 1998 wäre danach eine begleitende, auch fachpsychiatrische, ambulante Weiterbehandlung des A. z.B. in einer Komplementäreinrichtung, auch einer geschlossenen, zur Überzeugung der Kammer ausreichend gewesen. Krankenhausbehandlungsnotwendigkeit im krankenversicherungsrechtlichen Sinne hat nicht mehr vorgelegen bzw. ist zumindest, auch unter Berücksichtigung der o.a. weiteren Krankenhausberichte, nicht wahrscheinlich gemacht.

Nach [§ 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) haben Versicherte Anspruch auf Krankenhausbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Nach Satz 2 Nr. 5 umfasst die Krankenbehandlung auch die Krankenhausbehandlung. Diese wird schließlich nach [§ 39 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) vollstationär, teilstationär, vor- und nachstationär sowie ambulant erbracht, wobei nach Satz 2 Versicherte Anspruch auf vollstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus haben, wenn die Aufnahme durch Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann. Die Krankenhausbehandlung umfasst nach Satz 3 sodann im Rahmen des Versorgungsauftrages des Krankenhauses alle Leistungen, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung der Versicherten im Krankenhaus notwendig sind, insbesondere ärztliche Behandlung, Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Unterkunft und Verpflegung. Auch nach [§ 12 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) müssen die Leistungen schließlich ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein, wobei sie das Maß des notwendigen nicht überschreiten dürfen. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nach Satz 2 nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht erbringen und die Krankenkassen nicht bewilligen. Wie bis 31. Dezember 1989 nach der Reichsversicherungsordnung (RVO) wird auch nach dem SGB V Versicherten Krankenhausbehandlung danach vollstationär zeitlich unbegrenzt gewährt, wenn die Aufnahme in ein Krankenhaus erforderlich ist, um die Krankheit zu erkennen oder zu behandeln oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und dies nur vollstationär möglich ist. Im Unterschied zu den ambulanten Behandlungsformen werden bei der teilstationären Behandlung die Versicherten in das Krankenhaus aufgenommen, das heißt zumindest teilweise in dessen spezifisches Versorgungssystem eingegliedert, wobei u.a. auch die Behandlung in Tages- oder Nachtkliniken in Betracht kommt.

Diese Voraussetzungen lagen zugunsten des bei der Beklagten versicherten A. bzw. des Klägers als Krankenhausträger nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme für den streitigen Zeitraum zur Überzeugung der Kammer im Anschluss an das von Dr. med. C. erstellte, in sich schlüssige, nachvollziehbare und - den rechtlichen Vorgaben Rechnung tragende - gerichtliche Sachverständigengutachten vom 18. März 2001 sowie die ergänzende Stellungnahme hierzu vom 30. Oktober 2001 unter gleichzeitiger Auswertung der vollständigen Krankengeschichte, aber auch der o.a. Krankenhausberichte sowie der weiteren gutachterlichen Stellungnahmen des Dr. med. D., die dieser für den MDK gefertigt hat, nicht vor.

Bei der Frage, ob Krankenhausbehandlungsnotwendigkeit vorliegt, ist sodann von den Grundsätzen auszugehen, die die Rechtsprechung zur Auslegung und Abgrenzung der sich aus § 184 RVO a.F. ergebenden Leistungsverpflichtung der Krankenkasse entwickelt hat, die auch für die seit dem 1. Januar 1989 geltende Rechtslage nach dem SGB V fortgelten. Danach (vgl. [BSGE 28, 199 ff.](#); BSG in SozR 2200 § 216 Nr. 2 m.w.N.; BSG in SozR 2200 § 184 Nr. 11, 15, 22, 27, 28; Krauskopf, aaO, [§ 39 SGB V](#) Rdnr. 14 ff.; Höfler, aaO, [§ 39 SGB V](#) Rdnr. 11 ff.) ist eine Krankheit nicht nur dann behandlungsbedürftig, wenn therapeutische Maßnahmen die Heilung oder Verbesserung eines Leidens oder die Verhütung einer Verschlimmerung erwarten lassen, sondern auch dann, wenn die Behandlung nur auf Linderung der Beschwerden gerichtet

ist oder die Verlängerung des Lebens für eine bestimmte Zeit bezweckt. Die Behandlung in einem Krankenhaus ist erforderlich, wenn die notwendige medizinische Versorgung nach der Art der Erkrankung mit einiger Aussicht auf Erfolg nur mit den besonderen Mitteln des Krankenhauses (apparative Mindestausstattung, jederzeit rufbereiter Arzt, geschultes Pflegepersonal) durchgeführt werden kann und eine ambulante ärztliche Versorgung nicht ausreicht. Die Notwendigkeit der Krankenhausaufnahme muss sich also insgesamt aus den vorgenannten Behandlungszielen ergeben. Besteht dieser Bedingungszusammenhang nicht, kann Krankenhauspflege somit selbst dann nicht beansprucht und gewährt werden, wenn für die Unterbringung im Krankenhaus krankheitsbedingte Umstände maßgebend sind. Darüber hinaus besteht auch keine Leistungsverpflichtung der Krankenkassen, wenn die ärztliche Behandlung keine hinreichende Erfolgsaussicht mehr bietet, die Pflege deshalb im wesentlichen nur noch um ihrer selbst willen und nicht im Rahmen eines zielgerichteten Heilplanes durchgeführt wird oder lediglich bezweckt, einem Zustand der Hilflosigkeit zu begegnen. Nicht ausreichend für eine dauernde Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit ist gleichfalls die gelegentliche Inanspruchnahme eines Notfallarztes oder die kurzfristige Notwendigkeit einer Krankenhauseinweisung.

Bei psychiatrischen Erkrankungen, bei denen typischerweise die apparative Ausstattung eines Krankenhauses nicht oder kaum zum Einsatz kommt, ist schließlich die ärztliche Präsenz im Rahmen einer laufenden Behandlung sowie der Einsatz von therapeutischen Kräften und geschultem Pflegepersonal für die Bejahung der Notwendigkeit von Krankenhauspflege maßgebend, wobei die notwendige ärztliche Behandlung nicht in allen Phasen der Behandlung gleich intensiv sein muss. In besonderem Maße umfasst sie insoweit nicht nur die vom Arzt selbst vorgenommenen Behandlungsmaßnahmen, sondern auch psychotherapeutische Maßnahmen und den Einsatz von "natürlichen" Heilmitteln und methoden, wie z.B. eine ärztlich angeordnete und geleitete Beschäftigungs- und Arbeitstherapie. Die ärztliche Behandlung als solche muss - auch beim Einsatz allein einzelner krankenhausspezifischer Mittel - lediglich im Vordergrund stehen. Erst wenn die ärztliche Behandlung nur noch einen die pflegerischen Maßnahmen begleitenden Charakter hat, liegt eine medizinisch begründete Krankenhauspflege auch bei psychiatrischen Erkrankungen nicht mehr vor, wobei die reine Entwöhnungsbehandlung z.B. bei Alkoholabhängigkeit wiederum aber allein in den Aufgabenbereich des Rentenversicherungsträgers fällt (zur stationären Krankenhausbehandlungsnotwendigkeit bei Alkoholabhängigkeit vgl. BSG, Urteil vom 30. Oktober 1990, [8 RKn 2/89](#) und zur versicherungsrechtlichen Zuständigkeit für Entgiftung/Entwöhnung BSG, Urteile vom 6. Mai 1998, [B 13 RJ 11/97 R](#) und vom 13. Januar 1999, [B 13 RJ 33/98 R](#)).

Beinhaltet die Krankenhausbehandlung schließlich eine alleinige Drogensubstitution (z.B. mit Methadon) stellt dies keine von der Krankenkasse geschuldete Maßnahme der Krankenbehandlung mehr dar, wenn sie im konkreten Fall nur sonstige wegen einer Krankheit notwendig werdende Hilfe im Bereich der Lebensführung bieten soll. Die Beurteilung der Notwendigkeit des Einsatzes von Ersatzdrogen setzt in der Regel insoweit eine Zielsetzung dahingehend voraus, dass der Gebrauch von Drogen beendet wird. Die Drogensubstitution zur Besserung der Lebensumstände allein reicht danach in der Regel nicht zur Begründung von entsprechender Behandlungsnotwendigkeit aus, auch wenn dadurch mittelbar ein Fortschreiten der Suchterkrankung selbst verhindert und Folgeerkrankungen geheilt, gelindert oder gebessert werden. Dem steht die gleichzeitige Aufrechterhaltung der Drogenabhängigkeit entgegen (vgl. hierzu BSG in SozR 3 - 2500 [§ 27 SGB V](#) Nrn. 5 und 6). Etwas anderes kann in diesen Fällen insoweit nur dann gelten, wenn eine der sich aus den einschlägigen Richtlinien ergebende Indikationen für die Drogensubstitution selbst vorliegt, z.B. bei Schwangerschaft.

Letztlich müssen - um Krankenhausbehandlungsnotwendigkeit z.B. wegen vorrangiger bzw. ausreichender Pflege in einer Komplementäreinrichtung oder statt dessen indizierter, nicht in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung fallender medizinischer Rehabilitation zu verneinen - unter Zugrundelegung des vom Krankenhaus verfolgten Behandlungskonzeptes nach objektiven Kriterien aber auch tatsächlich Heimverlegungs- oder Rehabilitationsfähigkeit selbst vorliegen. Allein dies ist für die Beurteilung maßgeblich. Auf andere Beurteilungskriterien kann insoweit nicht abgestellt werden. Dient der Krankenhausaufenthalt überhaupt erst der Erlangung von Heimverlegungs- oder Rehabilitationsfähigkeit und ist dies nur stationär und mit den Mitteln eines Krankenhauses möglich, verbleibt es beim Vorliegen von Krankenhausbehandlungsnotwendigkeit. Akute Behandlungsbedürftigkeit in diesem Sinne steht danach - ausgenommen sind interkurrente Erkrankungen medizinischen Leistungen zur Rehabilitation und damit einer rentenversicherungsrechtlichen Zuständigkeit entgegen.

Entscheidend ist insoweit allein, ob sich die behandelnden Ärzte - auch z.B. bei der Vorbereitung auf eine in den Zuständigkeitsbereich des Rentenversicherungsträgers fallende Entwöhnungsbehandlung - nach ihrem an dem medizinisch - wissenschaftlichen Erkenntnisstand orientierten Ermessen, z.B. bei psychisch Kranken durch die im Vordergrund der Behandlung stehenden psychotherapeutischen Behandlungs- bzw. multidimensional orientierten Therapiemaßnahmen, noch im Rahmen des Bedingungszusammenhangs zwischen der Notwendigkeit der Krankenhausaufnahme und den o.a. Behandlungszielen bewegen (vgl. BSG in SozR 2200 § 182 Nr. 14 und § 368 e Nr. 11 sowie Peters, Handbuch der Krankenversicherung, SGB V, § 27 Rdnr. 284 ff. und ausführlich Hess. Landessozialgericht, Urteil vom 26. November 1992, Az.: L 1 KR 1295/90).

Da sich die Leistungsverpflichtung der Krankenkassen ausschließlich nach medizinischen Gesichtspunkten richtet, ist aber z.B. das Fehlen eines im Einzelfall notwendigen Pflegeplatzes für das Vorliegen von Krankenhausbehandlungsnotwendigkeit unerheblich.

Weiterhin ist zu berücksichtigen, dass die vom Vertragsarzt verordnete Krankenhausbehandlung zwar zunächst immer vom Krankenhausarzt auf ihre Notwendigkeit zu überprüfen ist, wobei das zugelassene Krankenhaus und dessen Ärzte nach den vertraglichen Vereinbarungen mit den Krankenkassen mit Wirkung für diese über die Krankenhausaufnahme sowie die erforderlichen Behandlungsmaßnahmen entscheiden. Stellt sich die Entscheidung aber nachträglich - vollständig oder in einzelnen Teilen - als unrichtig heraus, ist die Krankenkasse nur dann nicht an die Entscheidung des Krankenhausarztes gebunden, wenn dieser vorausschauend hätte erkennen können, dass die geklagten Beschwerden nicht die Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung begründeten, er also de lege artis eine Fehlentscheidung getroffen hat (vgl. hierzu BSG, Urteil vom 17. Mai 2000, [aaO](#)) oder letztlich bereits die Voraussetzungen notwendiger Krankenhausbehandlung verkannt hat. Solange keine oder nur eine befristete Kostenzusage der Krankenkasse vorliegt, trägt dabei aber allein das Krankenhaus die Beweislast für das Vorliegen des von ihm geltend gemachten Anspruchs. Will sich die Krankenkasse jedoch rückwirkend an einer einmal abgegebenen Kostenzusage nicht mehr festhalten lassen, tritt eine Umkehr dieser Beweislast ein (vgl. BSG wie vor).

Den vorstehenden rechtlichen Grundsätzen folgend, steht nach dem eingeholten, in sich schlüssigen und nachvollziehbaren Sachverständigengutachten des Dr. med. C., an dessen Verwertbarkeit die Kammer auf der Grundlage der vorstehenden Ausführungen

keinerlei Zweifel hegt, zur Überzeugung der Kammer fest, dass vollstationäre Krankenhausbehandlungsnotwendigkeit im hier streitigen Zeitraum nicht mehr vorgelegen hat und insoweit eine Weiterbehandlung des Versicherten A. der Beklagten im Psychiatrischen Krankenhaus Merxhausen mit Dr. med. C., aber auch den o.a. Ausführungen des MDK-Gutachters nicht mehr im vorgenannten, rechtlichen Sinne notwendig war, wobei sich für die Kammer bereits weder aus der gesamten Krankengeschichte noch den vorliegenden weiteren Krankenhausberichten Anhaltspunkte ergeben, die aus rechtlicher Sicht auf eine solche Notwendigkeit schließen lassen könnten. Zumindest sind solche nicht wahrscheinlich gemacht und damit nicht nachgewiesen, wobei - weitere allgemeine Behandlungsbedürftigkeit unterstellt - zur Überzeugung der Kammer mit dem Sachverständigen hier eine begleitende ambulante Behandlung/Betreuung des A. entweder in einer - auch geschlossenen - untevollstationären Einrichtung oder insgesamt einer Pflegeeinrichtung ausgereicht hätte, was eine Rückverlegung in das Krankenhaus selbstverständlich nicht ausgeschlossen hätte. Insoweit lassen unter Berücksichtigung des tatsächlichen zeitlichen Ablaufs weder die Krankengeschichte noch die weiteren Stellungnahmen des Krankenhauses mit dem Sachverständigen und entgegen dem Krankenhaus einen im o.a. Sinne erforderlichen, rechtlich relevanten Bedingungszusammenhang erkennen, aus dem sich das Vorliegen von alleiniger stationärer Krankenhausbehandlungsnotwendigkeit weiterhin hätte ableiten lassen können. Hieran ändert auch die immer wieder zitierte Unterbringung nichts, da diese für sich vollstationäre Krankenhausbehandlungsnotwendigkeit im sozialversicherungsrechtlichen Sinne nicht zu begründen vermag. Gleiches gilt hinsichtlich der erfolgten Medikation mit Leponex. Dazu, dass allein diese die streitige vollstationäre Behandlung notwendig gemacht haben könnte, fehlen wiederum entsprechende Anhaltspunkte und wird vom Krankenhaus in dieser Form selbst auch nicht geltend gemacht.

Die Kammer schließt sich danach letztlich den - den o.a. rechtlichen Vorgaben Rechnung tragenden - in sich schlüssigen sowie nachvollziehbaren, oben referierten Ausführungen des Dr. med. C. mit der Beklagten und Dr. med. D. an und vermochte, nicht zuletzt auch im Hinblick auf die beigezogene Krankengeschichte, der gegenteiligen Auffassung des Klägers nicht zu folgen.

Die Klage war somit abzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 Abs. 1 und Abs. 4 Satz 2 SGG](#) (in der hier noch anzuwendenden, bis 31. Dezember 2001 geltenden Fassung).

Der gesonderten Entscheidung über eine Zulassung der Berufung bedurfte es bereits auf Grund der Höhe des Beschwerdewertes nicht.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2018-04-27