

## L 1 KR 11/03

Land  
Berlin-Brandenburg  
Sozialgericht  
LSG Berlin-Brandenburg  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung  
1  
1. Instanz  
SG Berlin (BRB)  
Aktenzeichen  
S 88 KR 121/02  
Datum  
17.01.2003  
2. Instanz  
LSG Berlin-Brandenburg  
Aktenzeichen  
L 1 KR 11/03  
Datum  
20.01.2006  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen

-  
Datum

-  
Kategorie  
Urteil

Die Berufung wird zurückgewiesen. Die Klägerin trägt die Kosten des Verfahrens. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über Krankenhausbehandlungskosten.

Die Klägerin betreibt ein Fachkrankenhaus für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie. Dort wurde der bei der Beklagten versicherte Patient S M, geboren am 1943 im Zeitraum vom 15. Februar – 8. März 2001 vollstationär behandelt. Die Verordnung der Krankenhausbehandlung erfolgte durch den Vertragsarzt Dr. J H Facharzt der Nervenheilkunde und Psychotherapie. Als Diagnosen gab der Arzt an, "Kraftminderung re. Arm, V.a.PNP oder andere toxische Ursache". Als bisherige Maßnahmen gab er unter anderem an: "Orthopäde und Handchirurg ohne Befund" und als Fragestellung benannte der Arzt: "Objektivierung (Aggravation)".

Die Beklagte erhielt per Fax eine Kopie der Verordnung am 12. Februar 2001 und bat mit Schreiben vom 12. Februar 2001 den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MdK) in Mönchengladbach um eine gutachterliche Äußerung, ob auf Grund der Verordnung eine stationäre Behandlung notwendig sei und in wie weit die Erkrankung PNP (i.e. Polyneuropathie) mit einer evtl. Alkoholabhängigkeit zusammenhängen könne. Der beratende Arzt Dr. B teilte der Beklagten daraufhin unter dem 13. Februar 2001 mit, die stationäre Behandlung sei medizinisch notwendig. Die Ursache der PNP könne vielfältig sein und müsse gegebenenfalls durch Differenzialdiagnose abgeklärt werden.

Die Aufnahmemitteilung bzw. den Kostenübernahmeantrag der Klägerin erhielt die Beklagte am 19. Februar 2001. Als voraussichtliche Dauer der Krankenhausbehandlung wurden 22 Tage (bis 9. März 2001) angegeben. Daraufhin erhielt die Klägerin eine Kostenübernahmeerklärung bis zum 1. April 2001, was allerdings, so wird von der Beklagten behauptet, auf einen EDV-Fehler zurückzuführen gewesen sei.

Unter dem 28. Februar 2001 bat die Beklagte die Klägerin um Mitteilung, welche diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen bisher durchgeführt worden seien und voraussichtlich noch durchgeführt würden, die nur mit den Mitteln eines Krankenhauses durchgeführt werden könnten. Es sei eine Verweildauerbewertung vorzunehmen. Mehrfacher Schriftwechsel zwischen den Beteiligten zu der Frage, ob überhaupt eine stationäre Behandlung des Patienten S.M. erforderlich gewesen sei, führte zu keiner Einigung. Die Beklagte bat daraufhin den MdK Berlin-Brandenburg um eine gutachterliche Äußerung nach Aktenlage, ob die Diagnostik und Therapie im vorliegenden Fall auch ambulant hätte durchgeführt werden können. Dies wurde durch das sozialmedizinische Gutachten des MdK vom 26. Juli 2001 bejaht. Stationäre Behandlung sei aus medizinischer Sicht nicht indiziert gewesen.

Mit Schreiben vom 2. August 2001 lehnte die Beklagte daraufhin die Übernahme der Behandlungskosten ab. Auf die Kostenübernahmeerklärung bis zum 1. April 2001 könne sich die Klägerin nicht berufen, weil es sich bei der Befristung um einen EDV-Fehler gehandelt habe und darüber hinaus ein stationärer Aufenthalt nicht medizinisch begründet gewesen sei.

Nach Einwendungen der Klägerin, es habe sich hier um einen Problemfall gehandelt, der sehr wohl der stationären Behandlung bedürft hätte, bat die Beklagte erneut den MdK Berlin-Brandenburg um eine Begutachtung. Zu diesem Zweck erfolgte ein Besuch der Gutachterin des MdK im Krankenhaus der Klägerin und eine Fallbesprechung mit dem behandelnden Arzt des Patienten Oberarzt Dr. L.

In dem Gutachten vom 15. Oktober 2001 der Fachärztin für Neurologie und Psychotherapie, Dipl. med. H vom MdK Berlin-Brandenburg heißt

es, auch nach Einsicht in die Krankengeschichte sowie nach einer Fallbesprechung im Krankenhaus ließen sich keine schwerwiegenden körperlich-neurologischen und psychischen Auffälligkeiten erkennen, die einen längeren stationären Aufenthalt hätten begründen könnten. Es müsse festgestellt werden, dass die stationäre Behandlung längstens für den Zeitraum 15.- 17. Februar 2001 medizinisch indiziert gewesen sei. In diesem zeitlichen Rahmen von drei Tagen hätten sowohl das EMG (i.e. Elektromyographie), ENG (i.e. Elektroneurographie) und SEP (i.e. Messung somatosensorisch evozierter Potenziale) durchgeführt werden können. Die Einstellung auf Lipon-Säure hätte stationär beginnen und ambulant weitergeführt werden können, ebenso wie die durchgeführten physiotherapeutischen Maßnahmen.

Die Beklagte zahlte daraufhin auf den insgesamt geforderten Betrag von 10.510,08 DM lediglich einen Teilbetrag von 1.501,44 DM.

Mit der am 31. Januar 2002 bei dem Sozialgericht Berlin eingegangenen Klage hat die Klägerin Behandlungskosten in Höhe von 4.606,04 EUR (9.008,64 DM) nebst Zinsen geltend gemacht. Die stationäre Behandlung sei in vollem Umfang medizinisch begründet gewesen. Im Übrigen sei die Beklagte wegen der Kostenübernahmeerklärung bis zum 1. April 2001 mit solchen Einwendungen ausgeschlossen, die sie bei Abgabe der Kostenzusage bereits gekannt habe oder mit denen sie zumindest hätte rechnen müssen. Im Rahmen des Klageverfahrens legte die Beklagte ein erneutes sozialmedizinisches Gutachten der Dipl. med. H vom 12. August 2002 vor, in dem es abschließend heißt, auch nach Würdigung aller Unterlagen müsse festgestellt werden, dass nach drei Tagen akuter neurologischer Abklärung keine stationäre Behandlungsnotwendigkeit mehr bestanden habe und ambulante neuropsychiatrische sowie physiotherapeutische Behandlung ausreichend und zweckmäßig gewesen sei.

Das Sozialgericht hat die Klage durch Urteil vom 17. Januar 2003 abgewiesen. Ein über den 17. Februar 2001 hinausgehender Zahlungsanspruch stehe der Klägerin nicht zu. Die Kostenübernahmeerklärung habe keinen konstitutiven sondern lediglich einen deklaratorischen Charakter gehabt. Aus ihr könne die Klägerin nichts herleiten, wenn die Beklagte das sich aus dem Krankenhausüberprüfungsvertrag ergebende spezielle Verfahren zur Verweildauer eingehalten habe, was hier der Fall gewesen sei. Nach Auswertung der Patientenakte folge das Gericht der sachverständigen Auskunft des MdK Berlin-Brandenburg, dass Krankenhausbehandlung über den 17. Februar 2001 hinaus medizinisch nicht erforderlich gewesen sei. Der Pflegedokumentation der Patientenakte sei zu entnehmen, dass bereits am 24. Februar 2001 eine so genannte Entlassungsphase eingeleitet worden sei. Weder für die vorausgehende Zeit noch für den nachfolgenden Zeitraum bis zum 8. März 2001 seien Gesichtspunkte dokumentiert oder sonst erkennbar geworden, die die Notwendigkeit einer stationären Behandlung begründet hätten.

Hiergegen richtet sich die Berufung, mit der die Klägerin geltend macht, die Übersendung der befristeten Kostenübernahmeerklärung sei als Anerkennung der Leistungspflicht für die Behandlung in dem abgelaufenen befristeten Zeitraum zu sehen, die weitere Einwendungen gegen die Zahlungspflicht insoweit endgültig ausschließe (unter Hinweis auf BSG vom 13. Dezember 2001 in SozR 3 2500 § 112 Nr. 2).

Darüber hinaus habe aber auch tatsächlich stationäre Behandlungsbedürftigkeit über den 17. Februar 2001 hinaus vorgelegen, weil im weiteren Krankenhausaufenthalt angestrebt worden sei, den Patienten am Ende der Behandlung beschwerdefrei zu entlassen. Dies habe zwar nicht erreicht, es habe jedoch eine deutliche Besserung erzielt werden können.

Die Beklagte verweist auf eine erneute gutachterliche Stellungnahme des MdK Berlin-Brandenburg vom 5. März 2004, in dem die Dipl. med. H erneut ausführt, aus den vorliegenden Unterlagen ergebe sich keine Notwendigkeit einer stationären Behandlung über den 17. Februar 2001 hinaus. Die von der Klägerin angeführte "intensive Behandlung" (mit tagtäglicher ärztlicher Kontrolle) lasse sich aus der ärztlichen Befunddokumentation nicht ersehen.

Die Klägerin wendet hiergegen ein, es sei richtig, dass sich eine detaillierte Verlaufseintragung der behandelnden Ärzte in der Patientenakte nicht finde. Frau Dr. Fals behandelnde Ärztin sei daher seitens der Klägerin gebeten worden, ergänzend zu der stationären Behandlung Stellung zu nehmen. Dies sei nunmehr geschehen. Auf die Erklärung der Frau Dr. F vom 6. April 2004 werde Bezug genommen.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 17. Januar 2003 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin 4.606,04 EUR nebst 2 % Zinsen über dem jeweiligen Basiszinssatz der Europäischen Zentralbank seit dem 29.03.2001 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie verweist auf ihr bisheriges Vorbringen. Die Verwaltungsakte der Beklagten sowie die Patientenakte der Klägerin betreffend den Patienten S M haben vorgelegen und sind Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung ist zulässig aber nicht begründet.

Zutreffend hat das Sozialgericht, auch wenn es dies nicht ausdrücklich ausgesprochen hat, die Klage als (echte) Leistungsklage nach [§ 54 Abs. 5](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) behandelt, denn es geht um einen so genannten Parteienstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem ein Verwaltungsakt der Beklagten gegen die Klägerin nicht ergehen musste und auch nicht ergangen ist (vgl. zuletzt BSG in Soz R 3 2500 § 39 Nr. 4 m.w.N.). Zu Recht und mit zutreffender Begründung hat das Sozialgericht darüber hinaus entschieden, dass der Klägerin ein über den 17. Februar 2001 hinausgehender Zahlungsanspruch nicht zusteht.

Nach § 109 Abs. 4 Satz 2 Sozialgesetzbuch 5. Buch (SGB V) ist das zugelassene Krankenhaus - hier die Klägerin - im Rahmen seines Versorgungsauftrags zur Krankenhausbehandlung der Versicherten verpflichtet. Satz 3 der Vorschrift verpflichtet die Krankenkassen, mit den zugelassenen Krankenhäusern Pflegesatzverhandlungen zu führen und setzt damit die Vergütungspflicht als selbstverständlich voraus. Zu den Voraussetzungen und Modalitäten der Zahlungspflichten der Krankenkassen haben die Landesverbände der Krankenkassen mit der

Berliner Krankenhausgesellschaft den Vertrag über allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung vom 1. November 1994 in der Fassung der Ergänzungsvereinbarung vom 22. Dezember 1997 (im folgenden: Krankenhausbehandlungsvertrag) sowie den Vertrag zur Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung vom 1. November 1994 (im folgenden: Krankenhausüberprüfungsvertrag) geschlossen, die gemäß [§ 112 Abs. 2 Satz 2 SGB V](#) für die Beteiligten unmittelbar verbindlich sind. Aus [§ 12 Nr. 1](#) Krankenhausbehandlungsvertrag sowie aus dem auch die stationäre Behandlung beherrschenden Sachleistungsprinzip ergibt sich, dass die Zahlungsverpflichtung der Krankenkassen unmittelbar mit Inanspruchnahme der Leistungen durch ihre Versicherten entsteht. Der Zahlungsanspruch des Krankenhauses korrespondiert deshalb mit dem Anspruch des Versicherten auf Krankenhausbehandlung. Wie letzterer ist er davon abhängig, dass beim Versicherten bei der Aufnahme in das Krankenhaus grundsätzlich die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für die Inanspruchnahme von Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung und Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit vorliegen müssen, wobei unter Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit ein Krankheitszustand zu verstehen ist, dessen Behandlung den Einsatz der besonderen Mittel des Krankenhauses – apparative

Mindestausstattung, geschultes Pflegepersonal und einen jederzeit rufbereiten Arzt (vgl. BSG SozR 2200 § 184 RVO Nr. 28 Seite 42) - erforderlich macht. Die dafür nötige Entscheidung über die Erforderlichkeit und Art der Krankenhausbehandlung obliegt nach [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) grundsätzlich dem Krankenhausarzt. Wie bei der ambulanten Behandlung dem Vertragsarzt, so kommt im Bereich der Krankenhausbehandlung dem Krankenhausarzt eine "Schlüsselstellung" zu. Denn das zugelassene Krankenhaus und dessen Ärzte sind auf Grund des Sachleistungsprinzips gesetzlich ermächtigt, mit Wirkung für die Krankenkassen über die Aufnahme sowie die erforderlichen Behandlungsmaßnahmen und damit konkludent auch über den Leistungsanspruch des Versicherten zu entscheiden. Die Krankenkasse ist dann grundsätzlich an diese Entscheidung gebunden. Das gilt auch für den Zahlungsanspruch des Krankenhauses gegenüber den Krankenkassen. Stellt sich die Entscheidung nachträglich – vollständig oder in einzelnen Teilen – als unrichtig heraus, ist die Krankenkasse nur dann nicht an die Entscheidung des Krankenhausarztes gebunden, wenn dieser vorausschauend ("ex ante") hätte erkennen können, dass die geklagten Beschwerden nicht die Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung begründeten, de lege artis also eine Fehlentscheidung getroffen hat (BSG [SozR 3-2500 § 39 Nr. 4](#)). Den Eintritt der zuletzt genannten Voraussetzung hat das Sozialgericht zutreffend unter Bezugnahme auf das im Verlauf des Verfahrens eingeführte fachneuropsychiatrische Gutachten des MdK Berlin-Brandenburg vom 12. August 2002 bejaht und sich dabei darüber hinaus auf die eigene Auswertung der Patientenakte der Klägerin gestützt, die keinen Anhaltspunkt dafür gebe, dass über den 17. Februar 2001 hinaus Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit vorgelegen habe. Der Senat macht sich diese Argumentation zu Eigen und sieht von einer Wiederholung ab.

Auch die im Berufungsverfahren eingereichte Erklärung der behandelnden Ärztin F vermag daran im Ergebnis nichts zu ändern. Zutreffend ist hierzu bereits in dem fachneuropsychiatrischen Gutachten des MdK Berlin-Brandenburg vom 5. März 2004 ausgeführt worden, dass eine depressive Symptomatik bereits im Jahre 2000 bestanden habe und der Versicherte im Rahmen der Rehabilitationsmaßnahme vom 8. November bis 20. Dezember 2000 diesbezüglich diagnostiziert und behandelt worden sei. Eine schwere depressive Störung, die eine intensive neurologisch-psychiatrische Therapie erfordert hätte, lasse sich dem Akteninhalt jedoch nicht entnehmen. Für die neurologische Diagnostik einer Kraftminderung im Bereich des rechten Armes bei Verdacht auf Polyneuropathie toxischer Genese sei ein stationärer Aufenthalt vom 15. Februar bis 17. Februar 2001 medizinisch ausreichend gewesen. Der Senat schließt aus dieser Aussage, dass auch der aufnehmende Krankenhausarzt dies von vornherein hätte ebenfalls erkennen können.

Die Klägerin kann ihren Zahlungsanspruch auch nicht aus der Kostenübernahmeerklärung der Krankenkasse vom 21. Februar 2001 herleiten. Die in [§ 6](#) des Krankenhausbehandlungsvertrages in den Mittelpunkt des Abrechnungsverhältnisses zwischen Krankenhaus und Krankenkasse gestellte Kostenübernahmeerklärung dient ausschließlich dazu, das Krankenhaus unverzüglich darüber zu informieren, ob die Krankenkasse die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung anerkennt oder dagegen Einwände erhebt. Mit der Kostenübernahmeerklärung wird das Vorliegen bestimmter, den Vergütungsanspruch des Krankenhauses begründender Tatbestandsvoraussetzungen vorab festgestellt. Die Kostenübernahmeerklärung hat damit die Wirkung eines so genannten deklaratorischen Schuldanerkenntnisses im Zivilrecht. Angesichts der Tatsache, dass die Krankenkasse nur eine gesetzlich begründete und vertraglich näher ausgeformte Pflicht erfüllen will, kann nicht davon ausgegangen werden, dass sie mit der Kostenübernahmeerklärung zusätzlich einen eigenen Verpflichtungsgrund begründet. Dies vorliegend auch schon deshalb nicht, weil die konkrete Kostenübernahmeerklärung ausdrücklich den Vorbehalt macht, dass sie nur für Leistungen gelte, die nach den Umständen des Einzelfalles ausschließlich mit den Mitteln eines Krankenhauses erbracht werden können. Folge des Schuldanerkenntnisses ist im Verhältnis Krankenhaus – Krankenkasse vor allem, dass die Krankenkasse als Schuldnerin des Vergütungsanspruches des Krankenhauses mit solchen Einwendungen ausgeschlossen ist, die sie bei Abgabe kannte oder mit denen sie zumindest rechnen musste (BSG in SozR 3 2500 § 112 Nr. 1). Nach der Rechtsprechung des BSG (a. a. O.) tritt bei Erteilung einer Kostenübernahmeerklärung eine Beweislastumkehr ein. D. h. die Krankenkasse muss beweisen, dass die medizinische Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung nicht vorlag und der Krankenhausarzt dies hätte erkennen müssen. Im Falle der Beweislosigkeit muss die Krankenkasse danach gleichwohl zahlen. Hier steht jedoch nach Überzeugung des Senats auf der Grundlage der Gutachten des MdK Berlin-Brandenburg fest, dass die medizinische Notwendigkeit für eine Krankenhausbehandlung über den 17. Februar 2001 hinaus nicht vorlag und dies vorausschauend durch den Krankenhausarzt auch hätte erkannt werden können. Denn die Feststellungen des MdK Berlin-Brandenburg sind so eindeutig, dass es auf der Hand liegt, dass der aufnehmende Krankenhausarzt eine ärztliche Fehlentscheidung getroffen hat.

Selbst wenn jedoch daran aus Sicht des Krankenhausarztes noch Zweifel bestünden, wovon der Senat nicht ausgeht, wäre von Bedeutung, dass die Klägerin zugesteht, dass die Dokumentation der ärztlicherseits getroffenen Feststellungen in den Krankenhausunterlagen höchst dürftig ist. Zutreffend hat das Sozialgericht darauf verwiesen, dass diese Unterlagen nichts dafür hergeben, dass Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit vorlag oder zumindest die behandelnden

Krankenhausärzte davon ausgehen durften, dass diese vorlag. Im Falle mangelnder Dokumentation hat nach der Rechtsprechung des BSG (BSG SozR 3 2500 § 112 Nr. 1) das Krankenhaus die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen.

Etwas anderes ergibt sich schließlich auch nicht daraus, dass im vorliegenden Fall die Kostenübernahmeerklärung der Beklagten – zwar versehentlich, wie die Beklagte vorträgt – in unüblicher Weise befristet bis zum 1. April 2001 erteilt worden ist. Wie sich aus [§ 3 Abs. 1 Satz 2](#) des Krankenhausüberprüfungsvertrages ergibt, erfolgt auch in den Fällen, in denen zulässiger Weise eine Kostenübernahmeerklärung befristet erteilt worden ist, die Überprüfung der Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung für die gesamte Behandlungsdauer, wie der Verweis auf die Absätze 2 – 8 des [§ 2](#) des Vertrages deutlich macht.

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

Die Entscheidung über die Nichtzulassung der Revision folgt aus [§ 160 Abs. 2 SGG](#).

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2008-06-10