

L 5 KR 3610/06

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
5
1. Instanz
SG Mannheim (BWB)
Aktenzeichen
S 9 KR 2931/03
Datum
27.06.2006
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 5 KR 3610/06
Datum
09.04.2008
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Mannheim vom 27. Juni 2006 wird zurückgewiesen.

Die Beklagte trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens.

Der Streitwert wird auf 29.585,70 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Im Rahmen der Klage ist streitig, ob die Beklagte als gesetzlicher Krankenversicherungsträger der Versicherten M. K. (im Folgenden Versicherte) an die Klägerin, die eine psychiatrische Klinik betreibt, für die stationäre Behandlung der Versicherten in der Zeit vom 29. März 2003 bis zum 13. Mai 2003 7.268,94 EUR zahlen muss. Im Rahmen der Widerklage ist streitig, ob die Klägerin bzw. Widerbeklagte der Beklagten bzw. Widerklägerin 22.316,76 EUR für die Zeit vom 15. November 2002 bis 28. März 2003 zu erstatten hat. Die Beklagte geht in dem Zusammenhang davon aus, dass die stationäre Behandlung der Versicherten ab dem 15. November 2002 nicht in einem zugelassenen Krankenhaus, sondern in einer betreuten Wohngruppe erfolgt sei, für die eine Kostenträgerschaft des Sozialhilfeträgers gegeben sei.

Die 1962 geborene Versicherte leidet an einer paranoiden Schizophrenie mit Panikstörung und symptomatischem Anfallsleiden. In der Vorgeschichte sind insgesamt vier stationäre psychiatrische Behandlungen erfolgt. Zuletzt hielt sich die Versicherte vom 16. August 2002 bis zum 30. September 2002 und vom 4. Oktober 2002 bis zum 14. Oktober 2002 im Psychiatrischen Zentrum Nordbaden (W.) auf.

Ab dem 15. November 2002 erfolgte eine erneute stationäre psychiatrische Behandlung in der Klinik der Klägerin. Diese war wegen einer Akuterkrankung in der Zeit vom 23. Januar 2003 bis zum 26. Januar 2003 durch einen Aufenthalt der Versicherten im Kreiskrankenhaus M. unterbrochen worden. Ab dem 27. Januar 2003 befand sich die Versicherte erneut in der Klinik der Klägerin, die Entlassung erfolgte erst zum 13. Mai 2003.

Die Beklagte hatte zunächst mit Schreiben vom 21. November 2002, 7. Februar 2003 und 11. Februar 2003 die Kosten der Krankenhausbehandlung der Versicherten für die Zeit vom 15. November 2002 bis 23. Januar 2003 sowie ab 27. Januar 2003 erneut übernommen.

Im Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) von Dr. A. vom 19. März 2003 ist die Gutachterin in ihrer Beurteilung davon ausgegangen, dass bei den jetzt vorliegenden anamnestischen Hinweisen bis fünf Wochen (eineinhalb Wochen) vor der aktuellen stationären Behandlung zunächst von der Notwendigkeit einer weiteren stationär-psychiatrischen Behandlung bis zum 28. März 2003 auszugehen sei. Mit Schreiben vom 24. März 2003 informierte die Beklagte daraufhin die Klägerin darüber, dass die Kosten der Krankenhausbehandlung seit dem 27. Januar 2003 übernommen würden und als neuer leistungsrechtlicher Überprüfungszeitpunkt der 28. März 2003 benannt werde.

Im Hinblick auf den weiteren Verlängerungsantrag der Klägerin vom 2. Mai 2003 über den 28. März 2003 hinaus vertrat Dr. A. in ihrer weiteren sozialmedizinischen Stellungnahme vom 21. Mai/3. Juni 2003 die Auffassung, dass sie in ihren Vorgutachten vom 24. Januar und 19. März 2003 gutachterlich die Indikation zur stationär-psychiatrischen Behandlung für die Versicherte bis zum 28. März 2003 als nachvollziehbar ansah. Bei derzeitiger Darstellung - keine wesentliche Änderung des Zustandbildes - der Versicherten innerhalb der stationären Behandlung über den 28. März 2003 hinaus könne gutachterlich die Indikation zur weiteren stationären Behandlung nicht bestätigt werden. Es sei hier zu vermuten, dass eine ambulante Behandlung unter betreuten Wohnbedingungen ausreiche, um den "Status

quo" zu erhalten. Auch dem zusätzlich vorgelegten Schreiben der Klinik vom 2. Mai 2003 mit Darstellung einer vorliegenden "chronifizierten schizophrenen Psychose mit immer wieder auftretenden Angstzuständen und verschiedenen Körperbeschwerden" und dem "Hauptproblem der erheblichen Minussymptomatik mit Antriebsverarmung, Initiativeverlust und Rückzugsverhalten" sei ohne weitere Darstellung der bisher erreichten Teilziele und weiteren Therapiezielen unter spezifischem Behandlungsplan die weitere Notwendigkeit der stationär-psychiatrischen Behandlung nicht zu entnehmen.

Im Hinblick auf die Stellungnahme der Klägerin vom 6. Juni 2003 hierzu und die Vorlage des vorläufigen Entlassungsberichtes vom 18. Juni 2003 vertrat Dr. A. in ihrer weiteren Stellungnahme vom 11. Juli 2003 die Auffassung, dass insgesamt auch unter Berücksichtigung des vorliegenden Entlassungsberichtes vom 18. Juni 2003 hier nach mehrfachen stationären Vorbehandlungen auch kein eigentlicher Behandlungsverlauf dargestellt werde, weder eine Rückläufigkeit der Ängste noch eine therapeutisch beeinflussbare Symptomatik. Das Ziel der Verlegung in das von der Versicherten gewünschte Heim in Ma. hätte jederzeit durch das aktuell betreuende Wohnheim erfolgen können, so dass weiterhin gutachterlich die Indikation zur stationären-psychiatrischen Behandlung über den 28. März 2003 hinaus nicht nachvollziehbar sei. Ab dem 28. März 2003 sei von der Möglichkeit der Entlassung in das betreute Wohnheim auszugehen mit einer weiteren ambulanten Behandlung. Mit Schreiben vom 4. August 2003 lehnte die Beklagte daraufhin eine weitere Kostenzusage für die Zeit ab 29. März 2003 ab.

Hiergegen erhob die Klägerin mit Schreiben vom 7. August 2003 unter Vorlage einer ärztlichen Stellungnahme vom 5. August 2003 Widerspruch und beantragte ein Zweitgutachten durch einen Arzt des Teilgebietes Neurologie/Psychiatrie und machte geltend, dass seinerzeit eine Entlassung wegen der immer wieder auftretenden Angstzustände und Körperbeschwerden nicht möglich gewesen sei. Wiederholte Versuche, die Versicherte durch therapeutische Beurlaubungen wieder in ihre bisherige Wohngruppe zu integrieren, seien fehlgeschlagen.

In der daraufhin eingeholten sozialmedizinischen Stellungnahme von Dr. S. (Arzt für Psychiatrie) vom 21. August 2003 führte dieser aus, dass auch, wie bereits von der Ärztin für Psychiatrie und Sozialmedizin Dr. A. formuliert, ein konkretes realistisches Behandlungsziel gefehlt habe. Es sei nicht erkenntlich, dass sich durch ärztliche bzw. medikamentöse Interventionen an der Grundsituation etwas geändert habe. Nehme man den konkreten Fall mit der chirurgischen Intervention Ende Januar 2003 auf, so seien weitere zwei Monate ein sehr großzügig bemessener Zeitraum zur Klärung der Frage, was denn nun eigentlich passieren solle. Nach der Gesamtsituation habe die Indikation für eine betreutes Wohnen bestanden. Für die erforderlichen Eingliederungsmaßnahmen sei jedoch nicht die Krankenkasse, sondern der Sozialhilfeträger zuständig. Mit Schreiben vom 6. Oktober 2003 lehnte die Beklagte daraufhin nochmals eine Kostenzusage über den 28. März 2003 ab.

Hiergegen hat die Klägerin am 14. Oktober 2003 Klage vor dem Sozialgericht Mannheim. (SG) erhoben und geltend gemacht, dass die stationäre Behandlung der Versicherten bis zum 13. Mai 2003 erforderlich gewesen sei, sodass die Beklagte verpflichtet sei, hierfür 7.268,94 EUR zuzüglich Prozesszinsen zu zahlen.

Die Beklagte ist dem unter Wiederholung ihrer bisherigen Ausführungen entgegen getreten und hat mit der am 7. September 2005 erhobenen Widerklage geltend gemacht, dass für den gesamten Behandlungszeitraum vom 15. November 2002 bis zum 23. Januar 2003 und vom 27. Januar 2003 bis zum 13. Mai 2003 kein Leistungsanspruch bestanden habe. Sie hat in dem Zusammenhang die Vermutung geäußert, dass die Versicherte nicht auf einer Krankenhausstation behandelt worden sei, sondern in einer Außenwohngruppe untergebracht gewesen sei. Hierfür bestehe jedoch keine Kostenpflicht des Krankenversicherungsträgers.

In dem vom SG eingeholten Gutachten nach Aktenlage vom 14. Februar 2005 führt Dr. Sch., Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Chefarzt Allgemeinpsychiatrie und Psychotherapie des Psychiatrischen Zentrums Nordbaden in Wi. u. a. aus, dass die Behandlungsdokumentation der Klägerin über die Versicherte insgesamt lückenhaft sei. Im streitigen Zeitraum (ab dem 29. März 2003 bis zum 13. Mai 2003) habe die Versicherte drei bis vier Behandlungseinheiten Beschäftigungstherapie wöchentlich erhalten. Während des Gesamtzeitraumes sei eine viermalige krankengymnastische Behandlung dokumentiert. Darüber hinaus hätten insgesamt drei psychologische Gespräche stattgefunden. Einmal habe die Versicherte an einer Gruppentherapie teilgenommen. Insgesamt ist Dr. Sch. davon ausgegangen, dass nach seiner Einschätzung die stationäre Behandlung der Versicherten in der Klinik der Klägerin in der hier streitigen Zeit aus medizinischen Gründen notwendig gewesen sei. So wäre nach seiner Einschätzung angesichts der konkreten Versorgungsgegebenheiten, vor der stationär-psychiatrischen Behandlung bei der Klägerin habe sich die Versicherte in hausärztlicher, fachpsychiatrischer sowie ärztlich-psychotherapeutischer Behandlung befunden, die Versicherte ohne die stationäre Behandlung vom 29. März bis 13. Mai 2003 mit hoher Wahrscheinlichkeit wieder umgehend oder doch sehr bald aufgrund einer akuten Verschlechterung des psychopathologischen Bildes mit psychotisch-hypochondrischen Ängsten notfallmäßig in stationär-psychiatrischer Behandlung eingewiesen worden. Nach Einschätzung von Dr. Sch. wäre ein Versuch, die Versicherte am 29. März 2003 in ihre (ursprüngliche) Wohngemeinschaft zurückzuverlegen unter Fortführung einer ambulanten Behandlung mit hoher Wahrscheinlichkeit zum Scheitern verurteilt gewesen. Des Weiteren hat Dr. Sch. noch ausgeführt, dass allerdings nach seiner Einschätzung es nicht grundsätzlich auszuschließen sei, dass die stationär-psychiatrische Behandlung ab dem 29. März 2003 hätte abgekürzt werden können, wenn der Wohnheimplatz in Ma. schon früher zur Verfügung gestanden hätte.

Das SG hat des Weiteren am 16. November 2005 einen Beweisaufnahme- und Erörterungstermin durchgeführt und hierbei als Zeugen Dr. L., Chefarzt in der Klinik der Klägerin, sowie die Versicherte vernommen. Danach haben zunächst die Sitzungsvertreter der Beklagten u. a. ausdrücklich bestätigt, dass die von der Klägerin betriebene Klinik mit der Beklagten einen Versorgungsvertrag abgeschlossen habe und dieser u. a. auch die Abteilung Neurologische Psychiatrie erfasse.

Dr. L. hat als Zeuge u. a. angegeben, dass die Versicherte an einem schwierigen Krankheitsbild gelitten habe, in diagnostischer Hinsicht habe eine schizophrene Psychose vorgelegen. Kennzeichnend sei gewesen, dass die Versicherte auf alle Belastungssituationen mit körperlichen Beschwerden reagiert habe (vor allem Schwindel und Angstzustände). Die Versicherte habe über lange Zeit die Station nicht verlassen. Von der Möglichkeit, das unmittelbare Umfeld aufzusuchen, habe sie keinen Gebrauch gemacht. Dr. L. hat ferner bestätigt, dass die Versicherte auf der allgemeinpsychiatrischen Krankenhausstation behandelt worden sei. Eine frühere Entlassung der Versicherten sei nicht möglich gewesen, da sie bis zum Schluss beim Verlassen der Station vor der Tür sofort mit körperlichen Beschwerden reagiert habe. Vor diesem Hintergrund sei die Überlegung, wie eine weitere Betreuung der Versicherten organisiert werden könnte, äußerst schwierig

gewesen. Insbesondere habe die Versicherte eine Rückkehr in ihre Wohngruppe, in der sie vor ihrer Krankenhausaufnahme gewohnt habe, als sehr problematisch erlebt, da sie dort häufig alleine gewesen sei. Hiervor habe die Versicherte große Angst gehabt. Die Versicherte habe sodann den Wunsch geäußert, in ein Wohnheim nach Ma. ziehen zu können. Der entsprechende Anmeldebogen sei am 27. November 2002 angefordert worden, der Sozialdienst habe sodann am 28. Januar 2003 mit diesem Heim Kontakt aufgenommen. Der Kostenübernahmeantrag beim Landeswohlfahrtsverband datiere vom 22. Januar 2003. Nachdem eine Entlassung in das betreute Wohnen ausgeschlossen sei, habe sich die Behandlung darauf konzentriert, eine Entlassung in das Wohnheim nach Ma. zu ermöglichen. Gleichwohl sei der Versicherten in der Zwischenzeit verschiedentlich vorgeschlagen worden, probeweise in ihre Wohngruppe zurückzukehren. Dies habe die Versicherte immer blockiert. Nachdem die Kostenübernahme durch die Beklagte nicht mehr gesichert gewesen sei, sei die Versicherte gleichwohl in diese Wohngruppe entlassen worden. Sie habe sich aber nur pro forma in der Wohngruppe aufgehalten und im Übrigen im Stadtgebiet M. mit körperlichen Symptomen reagiert, sie habe sich mitten auf die Straße fallen lassen, sie habe sogar notärztlich behandelt werden müssen. Aufgrund dieser schwierigen Situation sei durch den Betreuer seinerzeit sogar erwogen worden, die Versicherte in einem Altenheim unterzubringen oder sie zwangsweise in das Psychiatrische Zentrum Nordbaden (Wi.) einweisen zu lassen. Erst zum 1. Juli 2003 sei dann der Wohnheimplatz in Ma. gesichert gewesen. Der Zeuge Dr. L. hat ferner angegeben, dass sofern ein Heimplatz für die Versicherte früher zur Verfügung gestanden hätte, sie auch früher hätte entlassen werden können, nicht unbedingt im Januar oder Februar, sondern eher im März.

Die Versicherte selbst hat als Zeugin angegeben, dass sie sich in der Wohngemeinschaft der Arbeiterwohlfahrt in M. nicht wohlfühlt habe. Sie hat ferner bestätigt, dass Dr. L. ihr vorgeschlagen habe, probeweise in diese Wohngemeinschaft zurückzukehren, dies habe sie jedoch aufgrund ihrer furchtbaren Ängste nicht geschafft, es sei einfach nicht gegangen.

Das SG hat sodann ohne mündliche Verhandlung mit Urteil vom 27. Juni 2006 der Klage stattgegeben und die Beklagte verurteilt, an die Klägerin 7.268,94 EUR zu zahlen zuzüglich Verzinsung und die Widerklage der Beklagten abgewiesen. Das SG hat hierbei die Auffassung vertreten, dass auch für die hier streitige Zeit ab 29. März 2003 bis 13. Mai 2003 ein Anspruch der Versicherten auf Krankenhausbehandlung bestanden habe. Das SG hat in dem Zusammenhang auf ein Urteil des BSG vom 13. Mai 2004 ([B 3 KR 18/03 R - SozR 4-2500 § 39 Nr. 2 = BSGE 92, 300](#) -) abgestellt, wonach es im Ergebnis nicht ausreiche, dass die Krankenkasse lediglich den MDK um ein Gutachten bitte und anschließend das Krankenhaus über die Ablehnung des Antrages auf weitere Kostenübernahme unterrichte, ohne den Versicherten zuvor angehört und ihm einen entsprechenden Verwaltungsakt erteilt zu haben. Danach habe die Beklagte hier bereits die Krankenhausbehandlung über ihre Versicherten zu keinem Zeitpunkt wirksam abgebrochen, sodass sie schon aus diesem Grund verpflichtet sei, die entsprechenden Aufwendungen, die der Klägerin entstanden seien, in vollem Umfang zu begleichen. Darüber hinaus habe das BSG in diesem Urteil ausgeführt, dass die Krankenkasse die Entscheidung der behandelnden Ärzte, eine bereits begonnene stationäre psychiatrische Behandlung fortzusetzen, solange als vertretbar hinzunehmen habe, wie sie Behandlungsalternativen den Krankenhausärzten und dem Versicherten nicht konkret und nachprüfbar aufgezeigt habe. Danach billige das BSG den für die Krankenhausbehandlung verantwortlichen Ärzten einen weiten, nur begrenzt gerichtlich überprüfbaren Beurteilungsspielraum zu (mit Hinweis auf ein weiteres Urteil des BSG vom 13. Dezember 2001 - [B 3 KR 11/01 R - SozR 3-2500 § 112 Nr. 2 = BSGE 89, 104](#) -). Danach sei daher letztlich die Entscheidung der Krankenhausärzte, die stationäre Behandlung der Versicherten über den 28. März 2003 hinaus fortzusetzen, vertretbar und von der Beklagten hinzunehmen. Soweit im Übrigen die Beklagte und Widerklägerin geltend gemacht habe, die Versicherte sei auch gar nicht in einem zugelassenen Krankenhaus behandelt worden, entbehre dies jeder Grundlage. Für das SG sei nicht nachvollziehbar, weshalb diese Vermutung in die Welt gesetzt worden sei und - dies wiege noch wesentlich schwerer - weshalb diese Unterstellung nach dem Erörterungs- und Beweisaufnahmetermin vom 16. November 2005 nicht zurückgenommen worden sei. Immerhin hätten die beiden Sitzungsvertreter der Beklagten, die an dem Termin teilgenommen hätten, übereinstimmend erklärt, dass die Klägerin ein zugelassenes Plankrankenhaus betreibe und die Versicherte auf der dortigen psychiatrischen Station stationär behandelt worden sei. Daher müsse die Widerklage auch abgewiesen werden.

Die Beklagte hat gegen das ihr mit Empfangsbekanntnis am 4. Juli 2006 zugegangene Urteil am 19. Juli 2006 Berufung eingelegt. Zur Begründung macht sie geltend, man habe zwar zur Kenntnis genommen, dass die so genannte "externe Station" Teil eines zugelassenen Krankenhauses sei, wenngleich man immer noch nicht nachvollziehen könne, warum und nach welchen Kriterien sie anders belegt werde, als andere Stationen. Allerdings sei man nach wie vor der Auffassung, dass der bloße Aufenthalt innerhalb eines zugelassenen Krankenhauses noch nichts mit einer "Krankenhausbehandlung" im Sinne von [§ 39 SGB V](#) zu tun habe. Wie man sich von Seiten der Beklagten eine solche vorstelle, habe man bereits wiederholt, zuletzt im Schriftsatz vom 22. Mai 2006 auf Seite 2 oben beschrieben. Bezüglich des Gutachtens von Dr. L. sei nochmals darauf hingewiesen, dass die Folgerungen von Dr. L. in der vorhandenen Dokumentation keinerlei Grundlage hätten. Auch scheine das SG davon auszugehen, dass es für Krankenhausaufenthalte immer nur einen Kostenträger - nämlich die Krankenkasse - gebe. Das sei aber bei weitem nicht der Fall. Gerade in psychiatrischen Krankenhäusern seien Patienten oft jahrelang zu Lasten der Sozialhilfe untergebracht. Es gebe auch immer wieder Fälle, in denen die Ärzte die Krankenhausbehandlung für beendet hielten, die Angehörigen aber den pflegebedürftigen Patienten nicht zu sich nehmen wollten und sich auch nicht um einen Heimplatz bemühten. Dann bleibe der Patient eben im Krankenhaus, allerdings auf eigene Kosten. Zur Frage der Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung habe das angefochtene Urteil unter Bezug auf die - inzwischen umstrittene - Entscheidung des 3. Senats des BSG den verminderten Maßstab einer "Vertretbarkeit" der Entscheidung des aufnehmenden Arztes zugrunde gelegt. Dies habe sich letztlich im Hinblick auf den zwischenzeitlich ergangenen Beschluss des Großen Senates des BSG vom 25. September 2007 und die dortigen Ausführungen wohl auch erledigt.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Mannheim vom 27. Juni 2006 aufzuheben, die Klage abzuweisen und auf die Widerklage der Beklagten die Klägerin zu verurteilen, an die Beklagte 22.316,76 EUR nebst Zinsen zu zahlen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung der Beklagten zurückzuweisen.

Sie hält die Entscheidung des SG für zutreffend. Unter Berücksichtigung der vom SG zitierten Entscheidung des BSG vom 13. Mai 2004 sei eben die Entscheidung der behandelnden Ärzte, eine bereits begonnene stationäre psychiatrische Behandlung fortzusetzen, solange als

vertretbar hinzunehmen, wie von der Beklagten keine Behandlungsalternativen aufgezeigt worden seien. Solche Alternativen seien nicht aufgezeigt worden und es bestünden daher auch keine Zweifel, dass die Entscheidung der Krankenhausärzte, die stationäre Behandlung über den 28. März 2003 hinaus fortzusetzen, mindestens vertretbar gewesen sei, wenn nicht sogar geboten, da eine frühere Entlassung der Versicherten medizinisch-ethisch nicht zu verantworten gewesen sei. Hinsichtlich des zwischenzeitlich ergangenen Beschlusses des Großen Senates des BSG vom 25. September 2007 führt der Klägerbevollmächtigte noch aus, das BSG hat habe zwar nunmehr klargestellt, dass sich die Frage, ob einem Versicherten voll stationäre Krankenhausbehandlung zu gewähren sei, alleine nach den medizinischen Erfordernissen richte und insofern auch dem behandelnden Krankenhausarzt keine "Einschätzungsprärogative" zukomme. Dennoch sei die Entscheidung des SG nicht zu beanstanden, denn hier sei die Fortsetzung der stationären Behandlung medizinisch geboten gewesen, da gerade im Bereich der Psychiatrie die Entscheidung, ob eine begonnene stationäre Behandlung fortzusetzen sei, stets nur mit Blick auf die in Betracht kommenden ambulanten Behandlungsalternativen getroffen werden könne. Im Hinblick auf die Angaben von Dr. L. im Beweisaufnahmetermin vor dem SG, wonach die Versicherte unter einer schizophrenen Psychose leidet, die dazu geführt habe, dass sie auf alle Belastungssituationen mit körperlichen Beschwerden reagiert habe, sei eine Entlassung aus der stationären Behandlung aus medizinischen Gründen nicht zu vertreten gewesen. Hierzu hat Dr. L. gegenüber dem Senat noch weitere ergänzende Angaben gemacht. Insoweit wird auf die Niederschrift über die mündliche Verhandlung vom 9.4.2008 Bezug genommen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Verwaltungsakte der Beklagten sowie die Gerichtsakten erster und zweiter Instanz Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

I.

Die Berufung der Beklagten ist zulässig. Sie ist insbesondere statthaft. Ein Berufungsausschlussgrund nach [§ 144 Abs. 1 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) liegt nicht vor. Der für Erstattungsstreitigkeiten maßgebliche Beschwerdewert von 5000 EUR ist überschritten.

II.

Die Berufung der Beklagten ist jedoch unbegründet. Das SG hat zu Recht einen Anspruch der Klägerin gegenüber der Beklagten auf Übernahme auch der Behandlungskosten für die streitige Zeit vom 29. März 2003 bis 13. Mai 2003 bejaht (dazu im Folgenden unter 1.). Bezüglich der Widerklage der Beklagten auf Erstattung der bereits der Klägerin gezahlten Behandlungskosten für die Zeit vom 15. November 2002 bis 23. Januar 2003 und vom 27. Januar 2003 bis 28. März 2003 hat das SG ebenfalls zu Recht die Widerklage abgewiesen (dazu im Folgenden unter 2.).

1. Maßgebliche Rechtsgrundlage ist [§ 39 Abs. 1 Satz 2 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch - Gesetzliche Krankenversicherung - \(SGB V\)](#).

Danach muss die Aufnahme des Patienten in das Krankenhaus erforderlich sein, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann. Für sich alleine gibt diese Formulierung keinen endgültigen Aufschluss darüber, ob mit dem Merkmal der Erforderlichkeit ausschließlich der medizinische Bedarf gemeint ist oder ob auch andere Umstände die Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung begründen können. Fest steht nach dem Wortlaut nur, 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 Gründen, etwa wegen Hilflosigkeit, Pflegebedürftigkeit, zur Verwahrung oder zum Schutz der Öffentlichkeit im Krankenhaus behalten oder dort untergebracht wird (Beschluss des Großen Senats des BSG vom 25. September 2007 - [GS 1/06](#) - mit Hinweis auf die ständige Rechtsprechung des BSG; siehe zuletzt [BSGE 94, 161 = SozR 4-2500 § 39 Nr. 4](#) Rdnr. 13 m.w.N.; zum früheren Recht der RVO: [BSGE 47, 83, 85 f. = SozR 2200 § 216 Nr. 2](#) Seite 3 f.; [BSGE 59, 116 = SozR 2200 § 184 Nr. 27](#); BSG SozR 2200 § 84 Nr. 22 Seite 32 f. und Nr. 28 Seite 41 ff.).

Der Große Senat des BSG hat in seinem Beschluss vom 25. September 2007 im Einzelnen ausgeführt:

Ob einem Versicherten voll stationäre 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. Das gilt auch dann, wenn der Versicherte zur Sicherstellung der ambulanten Behandlung einer Betreuung durch medizinische Hilfskräfte in geschützter Umgebung bedarf und eine dafür geeignete Einrichtung außerhalb des Krankenhauses nicht zur Verfügung steht.

Weiter führt der Große Senat aus:

Nachdem das SGB V nicht nur die medizinischen, sondern auch die ergänzenden Leistungen der Krankenbehandlung selbst abschließend regelt (siehe dazu bereits [BSGE 81, 240, 244 = SozR 3-2500 § 27 Nr. 9](#) Seite 30; BSG [SozR 3-2500 § 38 Nr. 4](#) Seite 28), verbietet sich auch aus rechtssystematischen Gründen eine Auslegung, welche den Anwendungsbereich des [§ 39 Abs. 1 SGB V](#) auf Fälle erstreckt, in denen die Notwendigkeit einer stationären Krankenhausbehandlung nicht mit medizinischen Erfordernissen, sondern mit dem Fehlen alternativer Versorgungs- oder Unterbringungsmöglichkeiten begründet wird.

Der Große Senat hat zur zweiten Vorlagefrage ausgeführt:

Ob eine stationäre Krankenhausbehandlung aus medizinischen Gründen notwendig ist, hat das Gericht im Streitfall grundsätzlich uneingeschränkt zu überprüfen. Es hat jedoch von dem im Behandlungszeitpunkt verfügbaren Wissens- und Kenntnisstand des verantwortlichen Krankenhausarztes auszugehen, wenn die Krankenkasse im Nachhinein beanstandet, die stationäre Behandlung des Patienten sei nicht gerechtfertigt gewesen.

Die Entscheidung darüber, ob dem Versicherten ein Anspruch auf Gewährung vollstationärer Krankenhausbehandlung als Sachleistung zusteht und damit 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 ([BSGE 65, 94](#), 97 = [SozR 2200 § 182 Nr. 115](#) Seite 264 f.; [BSGE 82, 158](#), 161 f. = [SozR 3-2500 § 39 Nr. 5](#) Seite 26 f.; Urteil des BSG vom 11. Oktober 1988, [3/8 RK 20/87](#) - USK 88 157; siehe auch Beschluss des 3. Senats vom 3. August 2006 - [B 3 KR 1/06 S](#) - Umdruck Rdnr. 10). 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 2 Nr. 7](#) i.V.m. 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 sie 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](#) Seite 5 f.; [BSGE 89, 104](#), 106 = [SozR 3-2500 § 112 Nr. 2](#) Seite 12 f.). Dieser Vorgang wiederholt sich, wenn zu einem späteren Zeitpunkt über eine Verlängerung des Krankenhausaufenthaltes 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.

Auf der Grundlage dieser vom Großen Senat des BSG vorgenommenen Entscheidung zu den hier streitigen Fragen, der sich der erkennende Senat anschließt, ist somit festzuhalten, dass auch für die streitige Zeit vom 29. März 2003 bis 13. Mai 2003 ein Anspruch der Klägerin auf Kostenübernahme gegenüber der Beklagten besteht. Offen kann im Hinblick darauf bleiben, dass hier die Beklagte nicht ausdrücklich gegenüber der Versicherten die Einstellung der Übernahme der Behandlungskosten ab 29. März 2003 mit Verwaltungsakt (Bescheid) erklärte, da hier eben auch kein vorheriger Antrag der Versicherten vorlag, sondern die Einweisung aufgrund einer akuten Erkrankung erfolgte (siehe hierzu die oben zitierten Ausführungen des Großen Senats des BSG im Beschluss vom 25. September 2007). Im Übrigen wurde mit der Versicherten nach den Angaben des Zeugen Dr. L. im Beweisaufnahmetermin vor dem SG am 16. November 2005 mehrfach ausführlich über die Frage der Entlassung und Rückkehr in die Wohngruppe und eine ambulante Behandlung gesprochen, d. h. die Versicherte ist insoweit auch im Sinne der Rechtsprechung auf diesem Wege bereits über die Fragen einer alternativen Weiterbehandlung informiert worden sowie die Frage, ob und inwieweit eine stationäre Behandlung noch fortgeführt werden kann.

Der Große Senat des BSG hat im Übrigen ausdrücklich bezüglich der noch vom SG zitierten Rechtsprechung des 3. Senats des BSG ausgeführt:

Für eine Einschränkung der Kontrollbefugnisse der Krankenkasse und des Gerichts in der Weise, dass von der Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung auszugehen ist, wenn der Krankenhausarzt sie bejaht und seine Einschätzung fachlich vertretbar ist, bietet das Gesetz keine Grundlage. Zwar heißt es in [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#), die Krankenhausbehandlung müsse "nach Prüfung durch das Krankenhaus" erforderlich sein. Diese durch das Gesundheitsstrukturgesetz vom 21. Dezember 1992 ([Bundesgesetzblatt I 2266](#)) eingefügte Formulierung eröffnet dem behandelnden Arzt aber keinen Beurteilungsspielraum, sondern hebt lediglich hervor, dass das Krankenhaus die Notwendigkeit der stationären Behandlung mit Blick auf die zur Verfügung stehenden Alternativen in eigener Verantwortung zu überprüfen hat. Durch die Fassung der Vorschrift soll - wie es in der Begründung des Gesetzentwurfes heißt, die Prüfungspflicht des Krankenhauses im Hinblick auf den Vorrang der ambulanten Behandlung verdeutlicht werden ([BT-Drs. 12/3608 Seite 81](#) zu Nr. 23 Buchst. a). Ein Beurteilungsspielraum oder eine Einschätzungsprärogative im Sinne eines Entscheidungsfreiraums mit verminderter Kontrolldichte kann dem Krankenhausarzt schon deshalb nicht zukommen, weil nicht er, sondern die Krankenkasse über den Anspruch auf Krankenhausbehandlung entscheidet. Aber im Innenverhältnis zwischen Krankenhaus und Krankenkasse gibt es keinen Beurteilungsvorrang des behandelnden Arztes, der die Kasse bei ihrer Entscheidung bindet. Der Grundsatz, dass die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung im Prozess vom Gericht vollständig zu überprüfen ist, gilt auch dann, wenn die Krankenkasse ihre Leistungspflicht nachträglich für einen zurückliegenden Zeitraum bestreitet. Denn auch in dieser Konstellation ist eine Zurücknahme der gerichtlichen Kontroll- und Entscheidungsbefugnis unter Berufung auf einen Einschätzungsvorrang des verantwortlichen Krankenhausarztes weder vom Gesetz vorgesehen noch von der Sache her erforderlich und deshalb mit dem rechtsstaatlichen Gebot effektiven Rechtsschutzes nicht vereinbar. Ob die Aufnahme ins Krankenhaus oder die Fortführung der stationären Behandlung über einen bestimmten Zeitpunkt hinaus nach objektiven Maßstäben medizinisch geboten war, lässt sich mit sachverständiger Hilfe auch rückschauend klären. Nicht in rechtlicher, wohl aber in tatsächlicher Hinsicht, also im Rahmen der Beweiswürdigung, wird allerdings in Grenz- oder Zweifelsfällen bei einer nachträglichen Prüfung der Beurteilung des behandelnden Arztes besonderes Gewicht zukommen können, weil sich die in der Vergangenheit liegende Behandlungssituation auch bei einer ordnungsgemäßen Dokumentation des Krankheitsgeschehens und des Behandlungsverlaufs unter Umständen nur begrenzt nachvollziehen lässt und der Krankenhausarzt im Zeitpunkt der Behandlung in Kenntnis des Patienten und aller für die medizinische Versorgung relevanten Umstände im Zweifel am ehesten einschätzen konnte, welche Maßnahmen medizinisch veranlasst waren. Das relativiert die Befürchtung, die Krankenkasse könne mit Hilfe eines vom MDK "am grünen Tisch" erstatteten Gutachtens jederzeit noch Wochen oder Monate nach Abschluss einer Behandlung deren Berechtigung in Zweifel ziehen und ihre Leistungspflicht bestreiten.

Unter Berücksichtigung dessen ist auf der Grundlage der MDK-Gutachten von Dr. A. vom 24. Januar 2003, 19. März 2003 und 21. Mai 2003/3. Juni 2003 wie aber auch den Einlassungen von Dr. L. im Beweisaufnahmetermin vor dem SG vom 16. November 2005 zunächst festzustellen, dass bis zum 28. März 2003 die medizinischen Voraussetzungen für eine stationäre Behandlung der Versicherten bei der Klägerin unstreitig vorlagen. Auch die Gutachter des MDK (Dr. A. und im "Widerspruchsverfahren" Dr. S.) haben letztlich keine Zweifel daran geäußert, dass in der Zeit bis zum 28. März 2003 die medizinische Notwendigkeit für eine stationär-psychiatrische Behandlung bestanden habe.

Aber auch für die Zeit ab dem 29. März 2003 lagen die medizinischen Voraussetzungen für eine stationär-psychiatrische Behandlung weiter vor. Zwar haben sowohl Dr. A. in ihren Gutachten vom 19. März, 21. Mai/3. Juni und 11. Juli 2003 wie auch Dr. S. im Gutachten vom 21. August 2003 dem widersprochen. Dr. L. als behandelnder Arzt hat in seiner Aussage vor dem SG im Beweisaufnahmetermin vom 16. November 2005 u. a. erklärt, dass eine Entlassung der Versicherten im März 2003 aus seiner Sicht möglich gewesen wäre, wenn der begehrte Platz in Ma. schon zu diesem Zeitpunkt zur Verfügung gestanden hätte. In diesem Sinne hat sich auch Dr. Sch. in dem vom SG noch eingeholten Gutachten geäußert, worin er ausgeführt hat, dass nach seiner Einschätzung es nicht grundsätzlich auszuschließen sei, dass die stationär-psychiatrische Behandlung ab dem 29. März 2003 hätte abgekürzt werden können, wenn der Wohnheimplatz in Ma.

vorher schon zur Verfügung gestanden hätte. Dr. Sch. hat unter anderem auch darauf hingewiesen, dass ausweislich der vorliegenden Behandlungsunterlagen bezüglich des strittigen Behandlungsintervalles vom 29. März bis 13. Mai 2003 festzuhalten ist, dass die psychopharmakotherapeutische Regelmedikation aus Ergenyl chrono und Seroquel sowie die Bedarfsmedikation aus Ximovan, Atosil und Lorazepam unverändert blieb. Drei- bis sechsmal pro Woche wurde die Durchführung von Beschäftigungstherapie dokumentiert, "KG + Gym." wurde im fraglichen Intervall als viermal durchgeführt dokumentiert, psychologische Gespräche insgesamt dreimal. In der ärztlichen Verlaufeintragung vom 10. April 2003 findet sich des weiteren der Hinweis, dass mit der Versicherten am 9. April 2003 ein Gespräch über die Entlassung sowie erneute Probe-Beurlaubung geführt worden sei. Daraufhin habe die Versicherte am 10. April 2003 Schmerzen im rechten Oberbauch beklagt, außerdem denke sie, "sie habe was Bösesartiges" (ärztliche Verlaufeintragung vom 10. April 2003). Im Verlaufeintrag vom 16. April 2003 wird reduzierter Pflegezustand, regelrechte Vernachlässigung dokumentiert. Für die Folgezeit findet sich eine ärztliche Dokumentation von Dr. L., der eine ausgeprägte Belastungsintoleranz mit sozialem Rückzug und Entwicklung verschiedener Körperbeschwerden bei subjektiv erlebter Überforderung beschreibt (Eintrag vom 25. April 2003). Auf Motivation zur besuchsweisen Kontaktaufnahme zu ihrer Wohngemeinschaft habe die Versicherte prompt mit Bauchschmerzen reagiert (Verlaufeintrag vom 2. Mai 2003). Ein entsprechendes somatisches Reaktionsmuster bei geplanter Entlassung wird für den 9. Mai 2003 dokumentiert. Zum Entlassungstag, den 13. Mai 2003, wird erneut der Vortrag "verschiedener Körperbeschwerden" dokumentiert, doch habe die Versicherte die Entlassung "aber erstaunlicherweise gut angenommen". Parallel zu den ärztlichen Gesprächen wurde die Versicherte in eine Gruppentherapie integriert. Auch haben weitere sozialtherapeutische Interventionen stattgefunden (u. a. ein Gespräch mit der Versicherten sowie einer Betreuerin der Wohngemeinschaft). Insgesamt gelangt Dr. Sch. zu der Einschätzung, dass sich aus den Behandlungs- und Verlaufdokumentationen ergebe, dass im stationären Behandlungszeitraum vom 29. März 2003 bis 13. Mai 2003 eine ärztlich geleitete, multiprofessionelle und koordinierte Behandlung der antriebsdefizienten, zur Verwahrlosung neigenden und ausgeprägt belastungssensitiven Versicherten durchgeführt worden sei. Auf die Thematisierung der anstehenden Entlassung sowie der für deren Vorbereitung als notwendig erachteten Belastungserprobungen reagierte die Versicherte in typischer Weise mit somatoform-hypochondrischen Reaktionsmustern. Letztlich ist nach Einschätzung von Dr. Sch. der wesentliche Grund dafür, dass sich die Entlassungsvorbereitungsphase protrahiert gestaltete, im konkreten Krankheitsbild der Versicherten zu finden. Dieses ist geprägt von einem komplexen schizophrenen Residualsyndrom mit ausgeprägter Neigung zu belastungsreaktiver Ausbildung hypochondrisch-ängstlicher Zustandsbilder. Diese letztlich auf psychosebedingt gestörte Ich-Funktionen zurückzuführende Störung der Affektregulation hat nach Einschätzung von Dr. Sch. im hier streitigen Behandlungsabschnitt ein äußerst behutsames Vorgehen bei der Entlassungsvorbereitung notwendig gemacht. Vergegenwärtigt man sich sämtliche dokumentierte stationär-psychiatrische Behandlungsepisoden sowie das konkrete psychopathologische Störungsmuster der Versicherten, so werde deutlich, dass bei einer früheren Entlassung der Versicherten das hohe Risiko bestanden hätte, dass sie mit neuerlich intensivierten somatoformen Beschwerden und affektiven Ausnahmezuständen zur stationären Behandlung - sei es in einer somatischen Abteilung, sei es in einer psychiatrischen Klinik - gekommen wäre. Zusammenfassend ist nach Auffassung von Dr. Sch. festzuhalten, dass seiner Einschätzung nach die stationäre Behandlung der Versicherten bei der Klägerin in der Zeit vom 29. März 2003 bis 13. Mai 2003 aus medizinischen Gründen notwendig war. Im fraglichen Zeitraum waren die besonderen Mittel des Krankenhauses erforderlich, insofern die jederzeitige Verfügbarkeit einer ärztlichen Intervention der Versicherten bei der Kontrolle ihrer psychotisch-hypochondrischen Ängste half. Dr. Sch. verweist den Zusammenhang auch an weiterer Stelle darauf, dass ohne die tatsächlich behutsame und kleinschrittige stationäre Behandlung ab dem 29. März 2003 nach seiner Einschätzung des Risiko einer akuten Verschlimmerung des Krankheitsbildes mit emotionalen Ausnahmezuständen hoch gewesen wäre. Der Versuch, die Versicherte am 29. März 2003 in ihre Wohngemeinschaft zurück zu verlegen unter Fortführung einer ambulanten Behandlung wäre seiner Auffassung nach mit hoher Wahrscheinlichkeit zum Scheitern verurteilt gewesen.

Dr. L. hat auch in seiner Zeugenaussage vor dem SG darauf hingewiesen, dass eine frühere Entlassung aus seiner Sicht nicht möglich gewesen sei, da die Versicherte beim Verlassen der Station vor der Tür sofort mit körperlichen Beschwerden reagiert habe. Man habe ihr auch unter anderem vorgeschlagen, probeweise ihre Wohngruppe in M. aufzusuchen. Hierauf habe sie sich aber nicht wirklich einlassen können, sie habe blockiert. Dr. L. hat auch in der mündlichen Verhandlung vor dem Senat bestätigt, dass grundsätzlich im Wege eines Probelaufs versucht werde, ob es in einem entsprechendem Wohnheim oder einer Wohngruppe funktioniere. Dr. L. hat aber auch nochmals darauf hingewiesen, dass während dieser Zeit nach wie vor man als behandelnder Arzt die Versicherte betreuen musste für den Fall, dass es nicht klappt und ein entsprechender Rückfall erfolgt.

Damit war auch nach Überzeugung des Senats für die hier streitige Zeit eine stationäre Krankenhausbehandlung auf der Grundlage der vom Gutachter vorgenommenen Feststellungen und Einschätzung in Verbindung auch mit den Angaben des behandelnden Arztes Dr. L. im Hinblick auf das konkrete Krankheitsbild der Versicherten medizinisch notwendig.

2. Das SG hat ebenfalls zutreffend die Widerklage der Beklagten abgewiesen.

Der Senat ist mit dem SG der Überzeugung, dass die Versicherte sich in der Zeit vom 15. November 2002 bis 28. März 2003 (ausgenommen die Unterbrechung vom 23. Januar 2003 bis zum 26. Januar 2003) nicht außerhalb der Klinik befand, sondern in der neurologischen Abteilung der Klinik der Klägerin, Station II. Dr. L. hat bezüglich des offensichtlich von der Beklagten falsch interpretierten Terminus "externe Station" darauf hingewiesen, dass die Versicherte seinerzeit auf der offenen alltagspsychiatrischen Station behandelt worden sei, diese traditionell als externe Station bezeichnet werde. Dies beruhe historisch darauf, dass es früher eine andere, interne Station gegeben habe, die nur den Heimbewohner offengestanden habe. Diese Station gebe es auch heute noch, aber auch sie stehe nicht mehr nur den Heimbewohnern offen. Die Versicherte sei somit auf der Station II der Neurologisch-Psychiatrischen Klinik behandelt worden. Die Bezeichnung "externe" Station rühre nach Wissen von Dr. L. da her, weil sie früher auch Patienten offengestanden habe, die nicht in den Johannes-Anstalten wohnhaft gewesen seien. Diese Angaben sind auch für den Senat schlüssig und nachvollziehbar, es gibt für den Senat überhaupt keinen Grund an deren Richtigkeit insoweit zu zweifeln.

Im Übrigen haben in der Sache selbst auch die MDK-Gutachter Dr. A. und Dr. S. - wie bereits oben ausgeführt - die medizinische Notwendigkeit einer stationär-psychiatrischen Behandlung für die im Zusammenhang mit der Widerklage streitige Zeit vom 15. November 2002 bis 28. März 2003 bejaht. Damit bestehen für den Senat keinerlei Zweifel, dass insoweit ein Anspruch der Klägerin auf Übernahme der Behandlungskosten der Versicherten bestanden hat und nach wie vor besteht. Ein Rückzahlungsanspruch der Beklagten ist daher zu verneinen.

3. Damit ist insgesamt die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des SG zurückzuweisen.

III.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 197 a SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 2 VwGO](#).

Der Streitwert war gem. [§ 45 Abs. 1 Satz 1 GKG](#) in Höhe der Gesamtsumme der Forderungen aus der Klage (7.268,94 EUR) und der Widerklage (22.316,76 EUR) auf insgesamt 29.585,70 EUR festzusetzen.

Gründe für die Zulassung der Revision bestehen nicht. Der Große Senat des BSG hat mit Beschluss vom 25. September 2007 die hier zu beachtende Rechtslage endgültig geklärt.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2008-04-28