

L 5 KR 161/06

Land
Freistaat Bayern
Sozialgericht
Bayerisches LSG
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
5
1. Instanz
SG Augsburg (FSB)
Aktenzeichen
S 10 KR 438/04
Datum
28.04.2006
2. Instanz
Bayerisches LSG
Aktenzeichen
L 5 KR 161/06
Datum
11.03.2008
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum
-

Kategorie
Urteil

- I. Die Berufung gegen das Urteil des Sozialgerichts Augsburg vom 28. April 2006 wird zurückgewiesen.
II. Die Klägerin trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens.
III. Die Revision wird nicht zugelassen.
IV. Der Streitwert wird auf 5.247,83 Euro festgesetzt.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Erstattung von Behandlungskosten in Höhe von 5.247,83 Euro anlässlich der stationären Behandlung des Beigeladenen N. B ...

Der 1967 geborene Beigeladene ist seit 1. Dezember 2002 Mitglied der Beklagten. Seit 21. Juli 2003 ist er arbeitsunfähig gewesen. Bei der Beklagten ging am 8. September 2003 eine Aufnahmeanzeige der Klägerin ein, wonach der Beigeladene aufgrund der Einweisung von T. S., Arzt für Psychiatrie, vom 28. Juli 2003 wegen einer Anpassungsstörung bei Belastungssituation und Essattacken und anderen psychischen Störungen zur Krankenhausbehandlung aufgenommen wurde. Die Beklagte bat um Bestätigung der Kostenübernahme. Die Aufnahme erfolgte am 2. September 2003, worauf die Beklagte eine Überprüfung veranlasste, da in Hinblick auf die bereits am 28. Juli 2003 verordnete Krankenhausbehandlung von einer Akutbehandlung nicht gesprochen werden könne.

Der in A. wohnhafte Beigeladene hat, nachdem die Beklagte die Zulassung der Klinik bestätigte, auf eigenen Wunsch die H. Klinik ausgewählt, deren Pflegesatz unter den Pflegesätzen des Klinikums A. liegt. Die Beklagte bat den ärztlichen Dienst (MDK) um Stellungnahme, ob eine Behandlung am Wohnort hätte erfolgen müssen oder ob es dringend erforderlich war, in Bayern behandelt zu werden. Der MDK konnte in der Stellungnahme vom 11. September 2003 nicht erkennen, warum eine wohnortferne Krankenhausbehandlung stattfinden musste. Sofern eine stationäre Krankenhausbehandlung zwingend erforderlich sei, wäre eine wohnortnahe Behandlung gemäß der Psychiatriepersonalverordnung (Psych. PV) in einem psychiatrischen Fachkrankenhaus angezeigt.

Mit Schreiben vom 11. September 2003 teilte die Beklagte der H. Klinik mit, es sei aus den vorgelegten Unterlagen nicht ersichtlich, warum eine wohnortferne Krankenhausbehandlung stattfinden müsse. Es sei weiterhin nicht zu erkennen, ob nicht eine stationäre psychosomatische Rehabilitationsmaßnahme vorrangig zu Lasten des Rentenversicherungsträgers indiziert sei.

Die Klägerin beantragte mit Schreiben vom 19. September 2003 die Verlängerung der stationären psychotherapeutischen Behandlung bis 21.10.2003, schilderte den Aufnahmezustand und begründete die Notwendigkeit der beantragten Verlängerung mit der bei Aufnahme bestehenden akuten depressiven Symptomatik. Die Behandlungsplanung sehe eine Stabilisierung der akuten depressiven Symptomatik vor, die im intensiven klinischen multimodalen Setting zu erreichen sei. Dies sei im ambulanten Rahmen aber nicht verfügbar.

Die Beklagte veranlasste eine weitere Überprüfung durch den MDK. Dr. B. legte dar, dass die Aufnahme erst fünf Wochen nach Verordnung gegen die Annahme eines akut psychosomatischen Krankheitsbilds spreche. Im Übrigen sei im Rahmen der ambulanten fachärztlichen Behandlung durch Gabe einer antidepressiven Substanz bereits eine Besserung erreicht worden. Die therapeutischen Maßnahmen wiesen Angebote auf, die ebenfalls eher typisch für Rehabilitationsmaßnahmen seien, so dass insgesamt die Notwendigkeit einer stationären Krankenhausbehandlung gemäß [§ 39 SGB V](#) nicht ersichtlich sei. Eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme wäre ausreichend und zweckmäßig gewesen. Mit Schreiben vom 2. Oktober 2003 teilte die Beklagte dies der Klägerin mit und schloss eine Kostenübernahme nach [§ 39 SGB V](#) aus. Da für den Beigeladenen Beiträge zur Rentenversicherung abgeführt wurden, bestehe ein originärer Leistungsanspruch gegen den Rentenversicherungsträger zur Durchführung einer Rehabilitationsmaßnahme.

Gegen diese Entscheidung legte die Klägerin "Widerspruch" ein. Es handle sich eindeutig um eine stationäre Krankenhausbehandlung, das MDK-Gutachten weise Fehlbewertungen des Sachverhalts auf, dazu werde eine detaillierte ärztliche Stellungnahme noch erfolgen. Dr. B. bat um Einschaltung eines Zweitgutachters. Das Vorbringen der Klägerin sei sehr umfangreich, führe aber zu keiner anderen Erkenntnis. Die beschriebene psychopathologische Symptomatik rechtfertige für sich alleine keine Krankenhausbehandlung und für die Auffassung, eine ambulante Therapie sei nicht mehr ausreichend gewesen, werde keine Begründung abgegeben. Darüber hinaus bleibe die Frage offen, warum eine Behandlung wohnortfern erfolgte, was den Nachteil mit sich brachte, dass ein Übergang in teilstationäre Krankenhausbehandlung nicht erfolgen konnte und auch die poststationäre Behandlung zumindest erschwert sei.

Das Zweitgutachten wurde am 12. Februar 2004 von Dr. T. erstellt. Dieser schloss sich im Wesentlichen der Bewertung des Erstgutachters Dr. B. an und konnte nach Durchsicht der Unterlagen die Notwendigkeit einer stationären Krankenhausbehandlung nicht erkennen. Für alle genannten Diagnosen reiche eine ambulante Behandlung fast immer aus. Selbst wenn ambulante Behandlung nicht ausgereicht hätte, wäre der Versuch einer teilstationären Behandlung erforderlich gewesen. Die Kriterien für eine Krankenhausbehandlung im Sinne der Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Verordnung von Krankenhausbehandlung seien nicht erfüllt. Es habe hier vor allem keine Notwendigkeit einer kontinuierlichen Überwachung der Vitalparameter des Patienten vorgelegen. Eine ständige ärztliche und pflegerische Verfügbarkeit in der Behandlung sei nicht erforderlich gewesen. Im Übrigen seien die Behandlungsziele und das in der H. Klinik zur Anwendung gekommene Behandlungsprofil mit Psychotherapie nach [§ 107 SGB V](#) und der ständigen Rechtsprechung typisch für eine Rehabilitationsklinik. Es sei auch unter diesen Gesichtspunkten nicht nachvollziehbar, warum auf die unbestrittenen Vorteile einer wohnortnahen Behandlung verzichtet wurde. Andere Rehabilitationskliniken hätten ein vergleichbares Behandlungsangebot wie die H. Klinik. Der Beigeladene habe bei Entlassung noch Probleme beim Ausgang in einer städtischen Umgebung gehabt, was zu erwarten war, da eine wohnortnahe Beübung problematischer Situationen im städtischen Umfeld aufgrund der Lage der Klinik nicht möglich war. Grundsätzlich sei aber zu betonen, dass eine ambulante, höchstens teilstationäre Behandlung ausreichend gewesen wäre.

Der Klägerin wurde das Ergebnis des Zweitgutachtens mitgeteilt. Sie forderte daraufhin eine Zahlung des Gesamtbetrags in Höhe von 5.247,83 Euro für die Behandlungen vom 2. September 2003 bis 21. Oktober 2003 unter Fristsetzung. Mit Schreiben vom 6. April 2004 hat die Beklagte den Anspruch abgelehnt.

Auf Veranlassung der Klägerin hat das Amtsgericht C. einen Mahnbescheid erlassen, die Sache aber mit Schreiben vom 1. Juni 2004 an das Sozialgericht München zur Durchführung des streitigen Verfahrens abgegeben.

Die Beklagte hat zum Klagebegehren ausgeführt, dass eine stationäre psychiatrische Krankenhausbehandlung des Versicherten nicht notwendig war, da eine ambulante Behandlung oder gegebenenfalls stationäre Rehabilitationsmaßnahme zu Lasten des Rentenversicherungsträgers ausgereicht hätte. Zu den Einwendungen des Medizinischen Dienstes habe sich die Klägerin nicht geäußert.

Das Sozialgericht München hat sich mit Beschluss vom 1. Dezember 2004 für örtlich unzuständig erklärt und den Rechtsstreit an das Sozialgericht Augsburg verwiesen.

Zur Begründung der Klage wurde vorgetragen der Beigeladene, der unstreitig in der fraglichen Zeit in der H. Klinik behandelt wurde, sei von seinem Psychiater T. S. zur Akutbehandlung eingewiesen worden. Die Klägerin habe die von der Beklagten geforderte Begründung, warum keine wohnortnahe Behandlung erfolgt sei, durch einen ausführlichen medizinischen Bericht beantwortet. Entgegen der Auffassung der Beklagten habe es sich insgesamt um eine Akutbehandlung nach [§ 39 SGB V](#) gehandelt und nicht um eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme, wobei die Klägerin in ihrem Hause grundsätzlich beides durchführe. Es gebe kein gesetzlich definiertes Abgrenzungskriterium zwischen Akut- und Rehabilitationsbehandlung. Grundsätzlich seien jedoch folgende Merkmale zur Abgrenzung herangezogen worden: die Intensität des Einsatzes des medizinischen Personals, die ständige ärztliche Präsenz, die täglichen Visiten, intensive medizinische Betreuung, die den Tagesablauf bestimmt, sowie die im Hintergrund stehende zur umfassenden medizinischen Betreuung notwendige diagnostische und therapeutische Ausstattung. Diese Abgrenzung sei bei psychosomatischen Erkrankungen jedoch schwieriger und könne sich daher nur an der Intensität der durchgeführten Maßnahme orientieren. Die von der Beklagten genannten sozialmedizinischen Gesichtspunkte, wie die Herstellung und Erhaltung der Arbeitsfähigkeit, spielten in der Psychosomatik immer eine Rolle, so dass allein aus dem Vorliegen dieser Befunde nicht auf eine Rehabilitationsproblematik geschlossen werden könne. Bei der erforderlichen Abgrenzung im Einzelfall müsse hier die gesamte Behandlungsdauer als Akutbehandlung eingestuft werden. Dafür sprächen die langjährige komplexe und schwere depressive Problematik beim Versicherten, die parallel verlaufenden sieben verschiedenen therapeutischen Maßnahmen, die ein engmaschiges therapeutisches Konzept darstellten. Außerdem seien engmaschig und regelmäßig ärztliche Kontrollen durchgeführt worden, wie dem Abschlussbericht entnommen werden könne. Der Zeitaufwand der Behandlung des Beigeladenen B. habe daher einer Akutbehandlung und nicht dem einer Rehabilitationsbehandlung entsprochen. Bei Zweifeln werde die Einholung eines Sachverständigengutachtens beantragt.

Zum Zeitpunkt der Behandlung habe die Klägerin einen Vertrag mit den Landesverbänden der gesetzlichen Krankenversicherung gemäß [§ 112 SGB V](#) abgeschlossen gehabt. Aufgrund der vertraglichen Regelungen stehe der Klägerin jeweils 14 Tage nach Rechnungsstellung die geforderte Verzinsung zu.

Die jeweiligen Rechnungen sind vorgelegt worden, ebenso die Gutachten des MDK und auch die an den MDK gerichtete Stellungnahme zum "Widerspruch" vom 28. Oktober 2003 sowie ein Bericht der Klägerin an den behandelnden Psychiater vom 18. November 2003.

Die Beklagte hat der Auffassung der Klägerin widersprochen, sie sei hinsichtlich der Erforderlichkeit der stationären Behandlungsbedürftigkeit an die Beurteilung des behandelnden Arztes gebunden und hat auf verschiedene BSG-Entscheidungen dazu verwiesen. Bei Herrn B. habe eindeutig keine Indikation für eine stationäre Krankenhausbehandlung bestanden. Es wäre vielmehr durch eine ambulante oder teilstationäre wohnortnahe Behandlung ein deutlich größerer Behandlungserfolg zu erzielen gewesen.

Das Sozialgericht hat den Facharzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. S. gutachterlich zur Frage der Notwendigkeit einer akut bzw. teilstationären oder ambulanten Behandlung gehört. Dr. S. hat im Gutachten vom 21. Juli 2005 ausführlich die medizinischen Unterlagen referiert und kam zu dem Ergebnis, die Behandlung vom 2. September bis 21. Oktober 2003 habe einen akut stationären Charakter gehabt, allerdings sei ein qualitativer Unterschied zwischen einer stationären Akutbehandlung und einer psychosomatischen Reha-Behandlung nur

schwer darzustellen. Auch wenn die Wartezeit von sechs Wochen bis zur stationären Aufnahme kürzer hätte sein sollen, so sei doch trotzdem die Behandlung noch einem akut stationären Rahmen zuzurechnen. Das Krankheitsbild habe sich während des stationären Aufenthalts offensichtlich nur wenig geändert oder gebessert. Die ambulanten Behandlungsmöglichkeiten seien nicht ausgeschöpft gewesen, so hätte insbesondere die Intensivierung der psychopharmakologischen Medikation erfolgen können. Auch eine ambulante Psychotherapie wäre möglich gewesen, so dass mit Wahrscheinlichkeit davon auszugehen sei, dass ambulante Behandlungsmaßnahmen ausgereicht hätten.

Die Klägerin ist weiterhin der Auffassung, dass aus der Sicht der behandelnden Ärzte ambulante Maßnahmen nicht ausreichend gewesen sind, denn eine ausreichende Stabilisierung sei nur durch eine Behandlung in der durchgeführten Art einschließlich einer Psychopharmakologie zu erreichen gewesen. Im Übrigen stelle gerade bei dem recht jungen Versicherten die ausschließliche psychopharmakologische Therapie das letzte Mittel der Wahl dar, wenn andere Maßnahmen sich als nicht ausreichend erweisen. Im Übrigen seien durch die fehlende Wohnortnähe keine zusätzlichen Kosten entstanden, so dass dieser Einwand unbeachtlich sei.

Mit Urteil vom 28. April 2006 hat das Sozialgericht Augsburg die Klage abgewiesen. Es war der Auffassung, dass die Klägerin, die zwar an der Versorgung gemäß [§§ 108, 109 SGB V](#) teilnehme, aufgrund des Verstoßes gegen das Wirtschaftlichkeitsverbot aber keinen Anspruch auf Erstattung der Behandlungskosten habe. Das Bundessozialgericht habe sich im Urteil vom 13. Dezember 2001 grundlegend zu Fragen der Krankenhausbehandlung und Überprüfung der Notwendigkeit geäußert. Auch wenn über die Erforderlichkeit der Krankenhausbehandlung der Krankenhausarzt entscheide und von der Kostenübernahmeerklärung die Zahlungspflicht der Krankenkasse nicht abhängen, erfolge die Überprüfung der Wirtschaftlichkeit der Krankenhausbehandlung ausschließlich im Prüfverfahren nach [§ 113 SGB V](#). Bei medizinischen Zweifeln an der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung könne die Krankenkasse einen Kurzbericht anfordern und durch frühzeitige Einschaltung des medizinischen Dienstes unwirtschaftliches Verhalten aufzeigen. Für die Überprüfung der Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung sei die Auseinandersetzung mit der Beurteilung des Krankenhausarztes erforderlich. Die Beklagte habe raschest möglich reagiert, als sie von der stationären Aufnahme des Beigeladenen erfahren habe. Sie habe dabei unmissverständlich zum Ausdruck gebracht, dass eine stationäre Aufnahme nicht hätte erfolgen dürfen. Das Gutachten von Dr. S. sei schlüssig und überzeugend, er habe dargestellt, dass die ambulanten Behandlungsmöglichkeiten nicht ausgeschöpft gewesen seien, so dass mit Wahrscheinlichkeit ambulante Behandlungsmaßnahmen, wie sie im Entlassungsbericht der Klägerin empfohlen wurden, ausgereicht hätten. Da deshalb der aufnehmende Krankenhausarzt von Anfang an hätte erkennen können, dass eine stationäre Aufnahme das Maß des Notwendigen im Sinne von [§ 12 Abs. 1 SGB V](#) übersteigt, hätte die stationäre Behandlung nicht durchgeführt werden dürfen, so dass die Klägerin keine Kostenerstattung erhalten könne.

Dagegen richtet sich die mit Schreiben vom 9. Juni 2006 eingelegte Berufung zu deren Begründung auf das Vorbringen in erster Instanz grundsätzlich hingewiesen wurde. Es sei unzutreffend wenn das Sozialgericht davon ausgehe, dass keine akut stationäre Behandlungsbedürftigkeit des Versicherten bestanden habe. Der Bevollmächtigte stelle die Indikationen für eine akut-stationäre Einweisung nach den Leitlinien Psychotherapie der Depression der Arbeitsgemeinschaften der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften dar. Diese Voraussetzungen seien beim Versicherten erfüllt, da die Schwere der Symptomatik und die erhebliche Comorbidität trotz Einnahme eines Medikaments die ausgeprägten Angstzustände und Panikattacken nicht gebessert hätten. Allein die Schwere der Symptomatik habe aus ärztlicher Sicht eine Herausnahme aus dem Umfeld und die stationäre Einweisung gerechtfertigt. Im unmittelbaren sozialen Umfeld habe auch eine erhebliche Alltagsbeeinträchtigung vorgelegen. Wenn auch im Einzelfall Depressionen mittelschwerer Art grundsätzlich ambulant behandelt werden könnten, so habe dies auf den Versicherten nicht zugefallen, deshalb sei die stationäre Behandlung notwendig gewesen.

Der Senat holte einen ausführlichen Bericht bei dem behandelnden Facharzt für Psychiatrie S. ein.

Es wurde ergänzend Dr. S. gehört zur Frage, ob angesichts des Befundberichts des einweisenden Arztes eine andere Beurteilung möglich sei. Dr. S. hat dies in seiner Stellungnahme vom 12. März 2007 verneint. Es ergäben sich dafür aus dem Befundbericht des einweisenden Arztes keinerlei Gesichtspunkte. Aus dem Bericht von Herrn S. werde deutlich, dass erst vier Wochen nach Eintreten einer gewissen Verschlechterung ein Antidepressivum gegeben wurde, weitere Behandlungsmöglichkeiten nicht genutzt wurden, sondern der Betroffene zur stationären Behandlung in der H. Klinik angemeldet wurde. Es verbleibe dabei, dass eine ambulant psychiatrisch-psychopharmakologische Behandlung zunächst hätte begonnen werden müssen und auch ausreichend Aussicht auf Erfolg gehabt hätte.

Die Klägerin hielt an ihrem Standpunkt fest, dass eine akut-stationäre Krankenhausbehandlung schon wegen der Schwere der Erkrankung notwendig war. Es müsse berücksichtigt werden, dass der Depression eine seit rund 10 Jahren bestehende selbstunsichere Persönlichkeitsstörung zu Grunde lag und zudem eine psychogene Essstörung bestand. Der von Dr. S. im Ergänzungsgutachten zu Grunde gelegte Sachverhalt ergebe sich so nicht aus der Aktenlage und auch nicht aus dem Befundbericht von Herrn S. ... Der Sachverhalt sei bezüglich der ambulanten Behandlung durch Herrn S. noch nicht hinreichend aufgeklärt.

Herr S. nahm ergänzend am 2. August 2007 zu seinem Befundbericht Stellung. Der Beigeladene habe sich am 27. Juni 2003 erstmals in seiner Praxis vorgestellt. Aufgrund einer Verschlechterung des Krankheitsbilds habe er zur stationären psychosomatischen Behandlung geraten, da mit einer Besserung durch die Pharmakotherapie erst mittel- bis langfristig zu rechnen war und für eine psychotherapeutische Behandlung mit Wartezeiten gerechnet werden musste. Weitere Behandlungsmaßnahmen seien zwischen dem 27. Juni 2003 und dem 24. Juli 2003 nicht eingeleitet worden. Der Versicherte habe ihm mitgeteilt, eine mündliche Zusage der Krankenkasse bezüglich des gewünschten Klinikaufenthalts erhalten zu haben.

Die Klägerin beantragt, das Urteil des Sozialgerichts Augsburg vom 28. April 2006 aufzuheben und die Beklagte zur Erstattung der Kosten in Höhe von 5.247,83 Euro zuzüglich von 2% Zinsen aus 2.412,74 Euro seit 13. Oktober 2003 und 2% Zinsen aus 2.303,07 Euro seit 4. November 2003 und 2% Zinsen aus 532,02 Euro seit 11. November 2003 zu verurteilen.

Die Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Die Beklagte stimmt der Auffassung von Dr. S. im Schriftsatz vom 28. März 2007 unter Vorlage eines Gutachtens des MDK vom 27. September 2006 zu.

Wegen weiterer Einzelheiten wird auf den Inhalt der Akten der Beklagten des Sozialgerichts Augsburg und des Bayerischen Landessozialgerichts Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung ([§§ 143, 144, 151](#) Sozialgerichtsgesetz - SGG -) ist zulässig, erweist sich jedoch als unbegründet.

Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Erstattung der Kosten der Krankenhausbehandlung des Beigeladenen in der Zeit vom 2. September bis 21. Oktober 2003.

Für den von der Klägerin geltend gemachten Erstattungsanspruch ist gemäß [§ 51 Abs. 1 Ziffer 2 SGG](#) der Rechtsweg zu den Sozialgerichten eröffnet. Die Klage ist als (echte Leistungsklage) nach [§ 54 Abs. 5 SGG](#) zulässig, denn die Parteien stehen in einem sogenannten Gleichordnungsverhältnis, so dass ein Verwaltungsakt der Beklagten gegen die Klägerin nicht ergehen musste. Das die Zahlung ablehnende Schreiben der Beklagten vom 2. Oktober 2003 ist nicht als Bescheid anzusehen, ebensowenig hat die Beklagte mit Schreiben vom 6. April 2004 einen Widerspruchsbescheid erlassen. Beide Schreiben können nach Form und Inhalt nicht als Verwaltungsakte angesehen werden und sind von den Beteiligten auch nicht so verstanden worden. Sie enthalten im Übrigen auch keine Rechtsmittelbelehrungen. Das Gleichordnungsverhältnis zwischen der Beklagten und der Klägerin entsteht (wie das BSG auch im Urteil vom 21. August 1996 Az.: [3 RK 2/96](#) Rz. 12 ausgeführt hat) durch die Zulassung der Klägerin nach [§ 109 SGB V](#), die zumindest zum Zeitpunkt der Behandlung des Beigeladenen bestand. Es war somit ein Vorverfahren nicht durchzuführen und eine Frist zur Klageerhebung nicht einzuhalten.

In der Sache hat die Berufung ebenso wie die Klage keinen Erfolg. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Zahlung von 5.247,83 Euro zuzüglich Zinsen. Das Sozialgericht hat zu Recht im Urteil vom 28. April 2006 den Erstattungsanspruch der Klägerin verneint und die Klage abgewiesen. Durch den Beschluss des Großen Senats vom 25. September 2007 ([GS 1/06](#)) bestehen keine Divergenzen in der Rechtsprechung mehr, in welchem Umfang die Krankenkasse und ihr nachfolgend die Sozialgerichte die medizinische Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung selbst nachzuprüfen haben. In seinen Leitsätzen hat der Große Senat festgestellt, dass die Frage, ob eine stationäre Krankenhausbehandlung aus medizinischen Gründen notwendig ist, das Gericht im Streitfall uneingeschränkt zu überprüfen hat. Es hat dabei von dem im Behandlungszeitpunkt verfügbaren Wissens- und Kenntnisstand des verantwortlichen Krankenhausarztes auszugehen. Eine Einschätzungsprerogative kommt dem Krankenhausarzt dabei nicht zu, d.h. ihm steht kein Handlungsspielraum im Sinne eines Entscheidungsfreiraums mit verminderter Kontrolldichte zu und zwar schon deshalb nicht, weil nicht er, sondern die Krankenkasse über den Anspruch auf Krankenhausbehandlung entscheidet. Es gibt aber auch im Innenverhältnis zwischen Krankenhaus und Krankenkasse keinen Beurteilungsvorrang des behandelnden Arztes, der die Kasse bei ihrer Entscheidung bindet (BSG a.a.O. Rn. 29). Der Große Senat hat ausgeführt, dass eine Einschränkung der Kontrollbefugnisse der Krankenkasse und des Gerichts im Gesetz keine Grundlage finden, wobei auch die in [§ 39 Abs. 1 S. 2 SGB V](#) vorgesehene Prüfung durch das Krankenhaus lediglich hervorhebt, dass dieses die Notwendigkeit der stationären Behandlung mit Blick auf die zur Verfügung stehenden Alternativen in eigener Verantwortung zu überprüfen hat. In der Begründung des Gesetzentwurfes heißt es dazu, dass die Prüfpflicht des Krankenhauses in Hinblick auf den Vorrang der ambulanten Behandlung verdeutlicht werde (BSG a.a.O. [BT-Drs. 12/3608 S. 81](#) zu Nr. 23 Buchstabe a). Die Überprüfbarkeit der Anordnung nach [§ 39 Abs. 1 SGB V](#), also die Frage, ob eine stationäre Behandlung objektiv notwendig ist, erfordert "kein an eine bestimmte Person gebundenes höchstpersönliches Fachurteil, sondern kann jederzeit durch einen unabhängigen Sachverständigen nachvollzogen werden. Sie unterliegt deshalb im Streitfall der vollen richterlichen Nachprüfung" (BSGE a.a.O. Rn. 31).

Wie bereits die Begründung des BSG zur Überprüfbarkeit der Verordnung zeigt, ist die vollstationäre Behandlung immer erst dann zulässig, wenn das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- oder nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann ([§ 39 Abs. 1 S. 2 SGB V](#)). Nach den überzeugenden Ausführungen des gerichtlichen Sachverständigen Dr. S., zuletzt zusammengefasst in der ergänzenden Stellungnahme vom 12. März 2007 kann nicht festgestellt werden, dass für die Behandlung eine ambulante Therapie nicht ausgereicht hätte, zumal sich aus der Mitteilung des einweisenden Arztes ergibt, dass aufgrund der zunächst ablehnenden Haltung des Beigeladenen zu einer medikamentös antidepressiven Behandlung keine ambulante Therapie veranlasst wurde, sondern nur die Empfehlung ausgesprochen wurde, den Besuch einer Selbsthilfegruppe fortzusetzen. Der behandelnde Arzt beschreibt zwar eine zwischen dem 27. Juni 2003 und 24. Juli 2003 aufgetretene Verschlechterung des Gesundheitszustandes, die ihn zur Verordnung der stationären Maßnahme veranlasst habe, allerdings hat er gleichzeitig die medikamentöse Behandlung eingeleitet, die mittel- bis langfristig eine Besserung erwarten ließ. Er hat nichts dazu vorgetragen, dass aufgrund einer akuten Behandlungsbedürftigkeit die sofortige stationäre Aufnahme hätte erfolgen müssen, was im Übrigen durch den tatsächlichen Verlauf widerlegt wäre, denn trotz Verordnung am 28. Juli 2003 erfolgte die Aufnahme des Versicherten in der Klinik der Klägerin erst am 2. September 2003. Die mündliche Auskunft der Beklagten gegenüber dem Beigeladenen stellte im Übrigen auch keine Zusage an den Beigeladenen dar, da ihm zwar bestätigt wurde, dass die Klinik eine Zulassung habe, ob die Aufnahme medizinisch begründet und eine Akutbehandlung erforderlich sei, sei aber nicht geprüft worden.

Der Senat kann sich der Auffassung der Klägerin nicht anschließen, dass eine akut stationäre Krankenbehandlung objektiv erforderlich war. Entgegen der Auffassung der Klägerin hat der Sachverständige Dr. S. sowohl im Gutachten für das Sozialgericht als auch in seiner ergänzenden Stellungnahme überzeugend dargelegt, dass die Behandlungsmöglichkeiten insbesondere die ambulanten und wohnortnahen Möglichkeiten nicht ausgeschöpft waren und insbesondere die Durchführung einer ambulanten Psychotherapie möglich und erfolgversprechend gewesen wäre. Zumindest konnte der Sachverständige keinen Unterschied zwischen der in der Klinik der Klägerin durchgeführten stationären Behandlung und einer entsprechenden stationären Reha-Behandlung durch einen Rentenversicherungsträger darlegen. Alle die von der Klägerseite hervorgehobenen Besonderheiten der stationären Behandlung seien auch in Rehakliniken durchführbar und angeboten. Insbesondere konnte nicht dargelegt werden, dass während des stationären Aufenthalts eine engmaschigere oder regelmäßige ärztliche Kontrolle als sie bei einer stationären Reha-Maßnahme angeboten werden kann, hätte erfolgen müssen. Der Entlassungsbericht der H. Klinik zeigt im Übrigen, dass mit der Beendigung der stationären Maßnahme keine wesentliche Besserung erzielt werden konnte, sondern vielmehr die Aufnahme einer ambulanten Psychotherapie und weiterer pharmakologischer Unterstützung, wie sie unverändert seit Verordnung durch Herrn S. weitergeführt wurde, erforderlich war. Da die Stellungnahme von Herrn S. vom 2. August 2007 keine weitergehenden medizinischen Behandlungen darstellte und tatsächlich ja auch keine stattgefunden haben, musste Dr. S. nicht erneut gehört werden, denn ihm waren bei der Abfassung seines Gutachtens alle vorhandenen Unterlagen bekannt, so dass er seine

Beurteilung objektiv unter Zugrundelegung des damaligen Kenntnis- und Wissenstandes treffen konnte. Zur weiteren Sachaufklärung musste der Senat sich daher nicht gedrängt fühlen.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 193 SGG](#).

Der Streitwert wird gemäß [§ 197a Abs. 1 S. 1 SGG](#) i.V.m. [§§ 154 VwGO](#), [§§ 52 Abs. 3](#), [47 Abs. 2 GKG](#) festgesetzt.

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2008-08-27