

L 5 KR 71/07

Land
Schleswig-Holstein
Sozialgericht
Schleswig-Holsteinisches LSG
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
5
1. Instanz
SG Lübeck (SHS)
Aktenzeichen
S 19 KR 136/02
Datum
10.05.2004
2. Instanz
Schleswig-Holsteinisches LSG
Aktenzeichen
L 5 KR 71/07
Datum
13.02.2008
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum
-

Kategorie
Urteil

Die Berufung der Beklagten und die Anschlussberufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Lübeck vom 10. Mai 2004 werden zurückgewiesen. Die Beklagte trägt die Kosten des Berufungsverfahrens sowie die Kosten des Revisionsverfahrens. Die Revision wird nicht zugelassen. Der Streitwert wird auf 2.804,85 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über einen Anspruch der Klägerin auf Kostenerstattung in Höhe von 2.804,85 EUR für eine stationäre Krankenhausbehandlung für die Zeit vom 16. bis 31. Juli 2001.

Die Klägerin betreibt die Fachklinik H, ein als Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie, Neurologie und Rehabilitation zugelassenes Krankenhaus. In der Zeit vom 14. Mai bis 31. Juli 2001 wurde in der Klinik die 1944 geborene Versicherte der Beklagten U S stationär behandelt. Die Versicherte leidet seit 1995 an einer Chorea-Huntington-Krankheit. Sie lebte in einem Pflegeheim mit dem Schwerpunkt Gerontopsychiatrie. Pflegebedürftigkeit i. S. d. § 14 Sozialgesetzbuch, 11. Buch, ist nach der Pflegestufe III festgestellt worden. Wegen der Krankheit war die Versicherte in den vorangegangenen Jahren mehrfach stationär behandelt worden. Die Aufnahme am 14. Mai 2001 im Krankenhaus der Klägerin erfolgte auf Verordnung des Neurologen und Psychiaters Dr. Ha nach einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes. Nach dem Bericht der Betreuerin hatte die Versicherte nur noch unzureichende Nahrung und Flüssigkeit zu sich genommen, sei hinfällig geworden und ziehe sich Verletzungen und Stürze zu. Es habe sich ein hirnorganisches Psychosyndrom mit depressiver Symptomatik und schweren Verhaltensstörungen sowie schweren Bewegungs- und Koordinationsstörungen, Sprech- und Schluckstörung herausgebildet, daneben wurde der Verdacht auf einen linksseitigen Hirninfarkt geäußert, eine Hypotonie, Osteoporose und eine grundkrankheitsbedingte Obstipationsneigung wurden diagnostiziert. Ausweislich des Entlassungsberichtes wurde im Rahmen der Behandlung in der Fachklinik der Klägerin zunächst der Tages- und Wochenablauf strukturiert, wobei Gruppenaktivitäten in die Behandlung einbezogen wurden. Das Schlafbedürfnis sowie die psychomotorischen Unruhezustände wurden behandelt und die Medikation reduziert. Daraufhin besserten sich die Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahmen sowie das Gangbild. Der hohe Zigarettenkonsum der Versicherten wurde verhaltenstherapeutisch behandelt, bei Aggressionstendenzen wurde die Versicherte fixiert. Durch eine neue Zahnprothetik wurden die Sprachstörungen bekämpft. Mit Besserung des Gesamtzustandes der Versicherten wurden logopädische, ergo- und physiotherapeutische Maßnahmen angewandt. Es waren vermehrte Blutdruckkontrollen erforderlich. Im Zusammenhang mit der Änderung des Schlafverhaltens bildete sich ein depressives Syndrom heraus, das medikamentös behandelt wurde. Am 31. Juli 2001 wurde die Versicherte in eine spezielle Chorea-Huntingtongruppe eines Pflegeheims entlassen.

Die Beklagte übernahm die Kosten für die stationäre Krankenhausbehandlung der Versicherten bis zum 15. Juli 2001, nachdem sie zuvor eine gutachterliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK; Gutachter Dr. K) Schleswig-Holstein eingeholt hatte. Am 23. Juli beantragte die Klägerin die weitere Kostenübernahme bis voraussichtlich 30. August 2001 und führte aus, es beständen bei der Versicherten massive Unruhe- und Verwirrheitszustände, eine Depression sowie ein sozial nicht angepasstes Verhalten. Die Versicherte könne in einem Heim zurzeit noch nicht geführt werden. Es solle Ergo- und Soziotherapie durchgeführt werden. Trotz einer Erhöhung der Neuroleptie sei noch keine ausreichende Besserung eingetreten. Die Beklagte holte eine erneute gutachterliche Stellungnahme des MDK (Gutachter Dr. M) vom 6. November 2001 ein, nachdem die Klägerin einen Zwischenbericht vom 16. Oktober 2001 eingereicht hatte. Der Gutachter führte aus, bei der Versicherten liege ein Pflegefall vor und sie sei dauerhaft in einer adäquaten Pflegeeinrichtung unterzubringen. Im Hinblick auf diese Aussage lehnte die Beklagte die weitere Kostenübernahme mit Schreiben vom 14. November 2001 gegenüber der Klägerin ab.

Am 24. April 2002 hat die Klägerin mit ihrer Klage die Kosten für den Zeitraum vom 16. bis 31. Juli 2001 beim Sozialgericht Lübeck geltend

gemacht und ausgeführt, die Versicherte sei auch nach dem 15. Juli 2001 krankenhausbehandlungsbedürftig gewesen. Die stationäre Behandlung sei insbesondere wegen der aus der Grunderkrankung folgenden weiteren Krankheitserscheinungen notwendig gewesen. Die Medikation habe nur in einem stationären Rahmen unter ärztlicher Überwachung umgestellt werden können. Die zur Selbst- und Fremdgefährdung führende erhebliche Aggressivität der Versicherten habe vor einer Unterbringung in einer Pflegeeinrichtung behandelt werden müssen. Ohne die stationäre Behandlung wäre es mit großer Wahrscheinlichkeit zu einer zusätzlichen gesundheitlichen Schädigung der Versicherten gekommen. Die verschiedenen Ausprägungen des Krankheitsbildes hätten eine dauerhafte und kontinuierliche ärztliche Überwachung erfordert. In den letzten Behandlungstagen sei es daher nicht darum gegangen, einen geeigneten Pflegeheimplatz für die Versicherte zu finden. Der MDK begründe die Befristung der Kostenübernahme nicht. Der geltend gemachte Zinsanspruch ergebe sich aus den vertraglichen Vereinbarungen. Über die Kostenforderung hat die Klägerin der Beklagten eine Rechnung vom 30. September 2003 erstellt.

Die Klägerin hat beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, an sie 2.804,85 EUR nebst 2 % Zinsen über dem Basiszinssatz der Europäischen Zentralbank p.a. seit Klagezustellung zu zahlen.

Die Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen

und ausgeführt, die Krankheit der Versicherten sei nicht heilbar und der Verlauf chronisch progredient. Es sei aus den vorliegenden Unterlagen kein strukturierter Behandlungsverlauf erkennbar, der über den gesamten Zeitraum das therapeutische Geschehen und die jeweiligen Befundänderungen skizziere. Nach dem stationären Aufenthalt habe ein Wechsel der Heimunterbringung stattgefunden. Es sei zu vermuten, dass der Aufenthalt nach dem 15. Juli allein der Suche nach einer geeigneten Pflegeeinrichtung gedient habe.

Das Sozialgericht hat mit Urteil vom 10. Mai 2004 die Beklagte hinsichtlich der Hauptforderung antragsgemäß und hinsichtlich des Zinsanspruchs zum Teil verurteilt und im Übrigen die Klage abgewiesen. Zur Begründung hat es im Wesentlichen ausgeführt, der Zahlungsanspruch der Klägerin richte sich danach, ob die Krankenhausbehandlung notwendig gewesen sei. Über die Notwendigkeit entscheide grundsätzlich das Krankenhaus. Die Beurteilung und Prognose des behandelnden Arztes begründe dabei einen Anscheinsbeweis, der nur im Fall der Durchführung des zwischen den Beteiligten vereinbarten Überprüfungsverfahrens erschüttert werden könne. Aus vorausschauender Sicht des Arztes müsse die Annahme der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit vertretbar sein. Die Entscheidung des Krankenhausarztes sei der Krankenkasse zuzurechnen, denn er sei in dieser Hinsicht deren Erfüllungsgehilfe. Das vertraglich vereinbarte Überprüfungsverfahren habe die Beklagte nicht eingehalten und die darin vereinbarten Überprüfungsschritte nicht durchgeführt. Hierfür wäre erforderlich, dass ein Kurzbericht des Krankenhauses angefordert werde; sofern dieser nicht ausreiche, sei eine Überprüfung grundsätzlich während der Dauer der Krankenhausbehandlung vor Ort vorzunehmen. Die Überprüfung könne zwar auch nach Beendigung des Krankenhausaufenthalts durchgeführt werden, dann müsse der MDK jedoch die Behandlungsunterlagen anfordern und mit dem behandelnden Krankenhausarzt Rücksprache nehmen. Diese gesamten Schritte zur Überprüfung seien hier nicht eingehalten. Das Gutachten vom 6. November 2001 sei nur nach Aktenlage, ohne Einsicht in die Behandlungsunterlagen und ohne Rücksprache mit den behandelnden Ärzten erstellt worden und beantworte nicht die Vertretbarkeit der Entscheidung des behandelnden Arztes. Das Gutachten erschüttere daher nicht den Anscheinsbeweis, den dessen Beurteilung gesetzt habe. Ein Zinsanspruch ergebe sich aus § 9 der Pflegesatzvereinbarung seit dem 16. Oktober 2003.

Gegen dieses ihr am 5. Juli 2004 zugestellte Urteil hat die Beklagte am 30. Juli 2004 beim Schleswig-Holsteinischen Landessozialgericht Berufung eingelegt, die Klägerin hat wegen des Zinsanspruchs gegen das ihr am 3. Juli 2004 zugestellte Urteil am 5. November 2004 Anschlussberufung eingelegt.

Der Senat hat mit Beschluss vom 31. März 2005 ([L 5 KR 87/04](#)) die Berufung als unzulässig verworfen. Diese Entscheidung hat das Bundessozialgericht mit Urteil vom 24. Mai 2006 aufgehoben.

Die Beklagte trägt vor, trotz des Anscheinsbeweises müssten von Amts wegen die Voraussetzungen für eine Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit überprüft werden. Die Krankenkasse habe regelmäßig keine Möglichkeit hierzu, denn sie könne die Behandlungsunterlagen nicht einsehen. Derartige notwendige Feststellungen fehlten im Urteil des Sozialgerichts. Der Anscheinsbeweis bekomme erst dann Bedeutung, wenn trotz aller eingesetzter Aufklärungsmittel die Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit nicht geklärt werden könne. Eine Chorea-Huntington-Krankheit und eine Demenz rechtfertigten alleine noch keine stationäre Krankenhausbehandlung und es sei nicht zu erkennen, worauf sich die Notwendigkeit ansonsten stütze. Dies gelte unabhängig davon, ob die vertraglichen Überprüfungsregeln eingehalten worden seien. Im Übrigen sei dies der Fall, insbesondere da der MDK nicht verpflichtet sei, die vertraglich vorgesehenen fakultativen Überprüfungsschritte einzuhalten.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Lübeck vom 10. Mai 2004 abzuändern und die Klage in vollem Umfang abzuweisen sowie die Anschlussberufung der Klägerin zurückzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Lübeck vom 10. Mai 2004 hinsichtlich des Verzinsungsanspruchs abzuändern und die Beklagte zu verurteilen, 2 % Zinsen auf 2.804,85 Euro über dem Basiszinssatz der Europäischen Zentralbank bereits seit dem 24. April 2002 zu zahlen sowie die Berufung der Beklagten zurückzuweisen.

Sie führt in Ergänzung ihres erstinstanzlichen Vortrages aus, der Anscheinsbeweis für die Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit stelle eine Tatsachenvermutung dar, die nur erschüttert werden könne, wenn nach dem Vortrag der Beteiligten andere Tatsachen hierfür dargelegt

seien. Das sei hier nicht der Fall. Den vertraglichen Vereinbarungen zum Überprüfungsverfahren der Krankenhausbehandlung komme eine materielle Bedeutung zu. Die Überprüfungsschritte seien zwingend und hätten zum Ziel, nachvollziehbare Maßstäbe für die Beurteilung der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit zu liefern. Die Beklagte habe diese Schritte nicht eingehalten. Daher sei an der Einschätzung des behandelnden Krankenhausarztes für die Notwendigkeit der stationären Krankenhausbehandlung festzuhalten. Zur Anschlussberufung trägt sie vor, ihr stehe mit der Klagezustellung ein Verzinsungsanspruch zu. Zwar habe sie die Rechnung über die Klagsumme erst während des Gerichtsverfahrens abgesandt mit einem mutmaßlichen Eingang am 2. Oktober, und die Pflegesatzvereinbarungen sähen eine Fälligkeit und einen anschließenden Zinsanspruch erst 14 Tage nach Rechnungseingang vor. Der prozessuale Zinsanspruch bestehe jedoch neben dem vertraglich vereinbarten Zinsanspruch, der lediglich den spätesten Fälligkeitstermin kennzeichne.

Der Senat hat ein schriftliches Gutachten des Arztes für Neurologie und Psychiatrie Dr. Ka vom 19. Januar 2008 eingeholt, den er in der mündlichen Verhandlung am 13. Februar 2008 als Sachverständigen ergänzend vernommen hat. Die Verwaltungsvorgänge der Beklagten, die die Versicherte betreffende Behandlungsakte, die Akte des Bundessozialgerichts [B 3 KR 15/05 R](#) sowie die Verfahrensakte haben vorgelegen. Zur Ergänzung der Einzelheiten wird darauf Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung der Beklagten und die Anschlussberufung der Klägerin sind zulässig, jedoch beide nicht begründet. Das Urteil des Sozialgerichts Lübeck ist rechtlich nicht zu beanstanden. Das Sozialgericht hat die Beklagte zu Recht verurteilt, die Behandlungskosten für die Zeit vom 16. bis 31. Juli 2001 an die Klägerin zu zahlen. Ebenfalls zu Recht hat es den Zinsanspruch auf die Zeit nach dem Zugang der Rechnung der Klägerin beschränkt. Die Entscheidung des Sozialgerichts entspricht den bestehenden Ansprüchen der Beteiligten.

Die Klägerin hat mit der erhobenen echten Leistungsklage im Sinne des [§ 54 Abs. 5](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) die richtige Klageart gewählt. Denn sie begehrt die Verurteilung der Beklagten zu einer Leistung, auf die – wenn der geltend gemachte Erstattungsanspruch denn begründet ist – ein Rechtsanspruch besteht. Ein Verwaltungsakt konnte nicht ergehen, weil sich die Klägerin und die Beklagte gleichgeordnet gegenüber stehen.

Rechtsgrundlage des geltend gemachten Vergütungsanspruchs der Klägerin ist [§ 109 Abs. 4 Satz 3](#) Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch (SGB V), in Verbindung mit der entsprechenden Pflegesatzvereinbarung der Beteiligten. Dabei korrespondiert der Zahlungsanspruch des Krankenhauses mit dem Anspruch der Versicherten auf Krankenhausbehandlung. Demgemäß müssen bei ihr die Voraussetzungen für die Inanspruchnahme der entsprechenden Leistungen, hier der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit, vorliegen (ständige Rechtsprechung des Senats, vgl. Urteil vom 22. März 2006, [L 5 KR 160/04](#)). Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit besteht, wenn die Behandlung der Versicherten den Einsatz der besonderen Mittel eines Krankenhauses erforderlich macht. Nach [§ 107 Abs. 1 SGB V](#) sind Krankenhäuser Einrichtungen, die der Krankenhausbehandlung oder Geburtshilfe dienen, fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende, ihrem Versorgungsauftrag entsprechende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen, nach wissenschaftlich anerkannten Methoden arbeiten und mit Hilfe von jederzeit verfügbarem ärztlichem Personal sowie Pflege-, Funktions- und medizinisch-technischem Personal darauf eingerichtet sind, vorwiegend durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten der Patienten zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten, Krankheitsbeschwerden zu lindern oder Geburtshilfe zu leisten, wobei die Patienten dort auch untergebracht und gepflegt werden können. Die Mittel müssen regelmäßig nicht alle zum Einsatz gebracht werden. Das Wirtschaftlichkeitsgebot des [§ 12 SGB V](#) erfordert es, dass vorrangig vor einer Krankenhausbehandlung andere, kostengünstigere Behandlungsmaßnahmen durchzuführen sind, wenn sie ausreichen. Der Zahlungsanspruch des Krankenhauses entsteht unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistungen durch die Patienten nur dann, wenn ihre Krankenhausbehandlung objektiv notwendig ist. Ob dies der Fall ist, ist nicht im Wege einer nachträglichen Betrachtung (ex post) zu beantworten, sondern aus einer Vorausschau (ex ante); es ist damit von dem im Behandlungszeitpunkt verfügbaren Wissens- und Kenntnisstand des aufnehmenden oder behandelnden Krankenhausarztes auszugehen (BSG, Urteil vom 7. Juli 2005, [B 3 KR 40/04 R](#)). Zwar hat das Krankenhaus nach [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) bei Aufnahme oder Behandlung einer Patientin die Voraussetzungen der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit zu prüfen. Daraus folgen für den aufnehmenden oder behandelnden Krankenhausarzt jedoch keine Einschätzungsprärogative und kein Beurteilungsspielraum im Sinne eines Entscheidungsfreiraums, der von der Krankenkasse oder dem Gericht nur in vermindertem Umfang kontrolliert werden könnte (Großer Senat des BSG, Beschluss vom 25. September 2007, [GS 1/06](#), veröffentlicht in juris, Rz. 29). Vielmehr muss die Annahme der Voraussetzungen für die Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit nach medizinischen Maßstäben objektiv vertretbar gewesen sein. Das Wirtschaftlichkeitsgebot des [§ 12 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) erstreckt sich auch auf die Krankenhausbehandlung. Danach müssen die Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein, dürfen das Maß des Notwendigen aber nicht überschreiten. Maßgeblich ist daher, ob es aus medizinischen und wirtschaftlichen Gründen vertretbar war, dass der einweisende oder behandelnde Krankenhausarzt in seiner vorausschauenden Betrachtungsweise die Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung annahm (vgl. Urteil des Senats vom 13. Juni 2007, [L 5 KR 61/06](#)). Die Notwendigkeit kann unabhängig von der Vertragslage, die nach [§ 112 Abs. 2 Nr. 2 SGB V](#) zwischen den Beteiligten gestaltet wurde, auch noch nachträglich verneint werden. Jedoch gehen im Rahmen der nachträglichen Überprüfung aufkommende Beweisschwierigkeiten zu Lasten der Krankenkasse, wenn die vertraglichen Vereinbarungen von ihr nicht eingehalten worden sind (Urteil des Senats vom 9. November 2005, [L 5 KR 57/04](#)). Die Entscheidung, ob die Versicherte wegen einer behandlungsbedürftigen Krankheit in einem Krankenhaus stationär versorgt werden muss, kann der behandelnde Arzt stets nur mit Blick auf die in Betracht kommenden Behandlungsalternativen treffen.

Nach dem Gesamtergebnis des Verfahrens kommt der Senat zu der Überzeugung, dass die Versicherte auch in der Zeit vom 16. bis 31. Juli 2001 im oben dargelegten Sinne krankenhausbearbeitungsbedürftig gewesen ist.

Die Versicherte leidet an einer Chorea-Huntington-Erkrankung. Dabei handelt es sich um ein komplexes Krankheitsbild mit zum Teil sehr schwerwiegenden, äußerlich sichtbaren Bewegungsstörungen und Problemen auf psychiatrischem Fachgebiet mit Depressionen, ausgeprägten psychotischen Symptomen bis hin zu akuter oder chronischer Selbstmordgefährdung. Hinzu kommen Ernährungs-, Atmungs- und Sprachstörungen. Dieses umfassende Krankheitsbild, dessen Symptome in ihrer Ausprägung und Intensität variieren können, macht einen umfangreichen Behandlungsansatz notwendig (Urteil des Senats vom 21. September 2004, [L 1 KR 92/03](#)). Ob dieser in stationärem Rahmen durchgeführt werden muss, ist vom Einzelfall und der Intensität der Gesundheitsstörungen abhängig. Die Versicherte wurde am 14. Mai 2001 in der Klinik der Klägerin aufgenommen, da sich ihr Allgemeinzustand akut verschlechtert hatte. Die Verhaltens- und Bewegungsstörungen mit taumelndem Gangbild, die unzureichende Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme und die ständige Sturz- und

Verletzungsgefahr bei Zustand nach diversen Kopfplatzwunden hatten zugenommen. Die Versicherte war stark sediert, in ihrer Präsenz eingeschränkt, ihre Äußerungen waren unverständlich und sie hatte Schwierigkeiten bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme. In dem Heim, in dem sie vor dem stationären Krankenhausaufenthalt betreut wurde, konnte sie nicht mehr wohnen. Grund für die Aufnahme in der Klinik der Klägerin war eine medikamentöse Umstellung. Dabei sollten die neuroleptischen und sedierenden Medikamente reduziert werden. Eine derartige Umstellung der Medikation kann Grund für eine Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit sein, wenn sie unter ständiger ärztlicher Kontrolle und Überwachung vorgenommen werden muss. Dies war bei der Versicherten der Fall, demzufolge hat die Beklagte die Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit auch seit dem 14. Mai 2001 zutreffend angenommen. Entgegen der Auffassung der Beklagten dauerte die Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit jedoch über den 16. Juli bis zum 31. Juli 2001 an. Denn auch in dieser Zeit waren die Mittel eines Krankenhauses für die Behandlung der Versicherten notwendig. Dabei ist die Versicherte bis zum 20. Juli 2001 im eigentlichen Sinne ärztlich und pflegerisch behandelt worden. Nach dem 15. Juli, bis zu dem die Beklagte selbst Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit angenommen hat, ist für den 18. Juli in den Behandlungsunterlagen ein Sturz der Versicherten vermerkt; die Versicherte musste aus diesem Anlass im Bett diagonal fixiert werden. Am 20. Juli sind Unruhephasen vermerkt, in denen die Versicherte sich in fremde Betten gelegt hat. Dr. Ka hat ausgeführt, dass nach dem 25. Juli keine pflegerischen und ärztlichen Behandlungsmaßnahmen im eigentlichen Sinne vermerkt sind. Allerdings erfolgte in dieser gesamten letzten Phase des stationären Aufenthalts ab dem 20. Juli im Wesentlichen eine Beobachtung der Patientin. Dr. Ka hat hierzu ausgeführt, dass die Medikation bis zum 20. Juli dokumentiert worden sei. Während des gesamten Zeitraumes ist die Medikation angepasst worden, um die Behandlungsziele, nämlich der weitgehenden Sedierung der Versicherten und den Verhaltensstörungen entgegenzuwirken, zu verfolgen. Aber auch in der Zeit nach dem 20. Juli lag Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit vor. Dies hat Dr. Ka auf weitere Nachfrage des Senats in der mündlichen Verhandlung ausdrücklich bestätigt. Hierzu hat er ausgeführt, dass es einiger Tage der weiteren Beobachtung bedurfte, um zu erkennen, ob das neu erarbeitete medikamentöse Behandlungskonzept auch Wirkung zeigte. Eine derartige Beobachtung ist ein adäquates Ziel einer stationären Krankenhausbehandlung. [§ 39 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) nimmt für den Umfang der ärztlichen Behandlung auf § 28 Abs. 1 Bezug, der die Tätigkeit des Arztes "zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Krankheiten" erfasst. Zwar ging es hier nicht um eine Früherkennung, aber um eine Erkennung der weiteren Symptome und des weiteren Krankheitsverlaufs. In vorausschauender Betrachtung hätte bei einer negativen Entwicklung eine erneute Anpassung der Medikation erfolgen müssen. Die Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit in dieser Zeit kann nicht mit dem Argument verneint werden, dass tatsächlich eine derartige weitere Umstellung oder Anpassung nicht erforderlich war. Denn diese Argumentation liefe der gebotenen ex ante Betrachtung zuwider und würde auf eine ex post Betrachtung abstellen, die – wie oben ausgeführt – nicht vorgenommen werden darf. Bezeichnenderweise sind zumindest für den 18. Juli erhebliche Reaktionen der Versicherten in der Pflegedokumentation vermerkt. Vorausschauend war nicht abzusehen, ob weitere Zwischenfälle eintreten würden. Aus den Ausführungen von Dr. Ka ergibt sich folglich, dass für den gesamten Zeitraum bis zum 31. Juli Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit bestanden hat, und zwar bis zum 20. Juli in Form einer Anpassung der Medikation und der Überwachung der Versicherten während der auffälligen Zustände, in der anschließenden Zeit in Form einer Kontrolle, ob das neue medikamentöse Behandlungskonzept medizinisch regelrechten Verhältnissen entsprach.

Der Senat hält die Ausführungen von Dr. Ka für schlüssig begründet und nachvollziehbar. Sie machen deutlich, dass der weitere Aufenthalt der Versicherten nicht erfolgte, um eine neue Unterbringungsmöglichkeit für die Versicherte zu finden. Vielmehr lagen medizinische Gründe vor, die einen derartigen weiteren Krankenhausaufenthalt geboten. Dr. Ka hat aus eigener Kenntnis als Krankenhausarzt nachhaltigen Einblick in vergleichbare Behandlungsfälle und ist daher in der Lage, die medizinischen Notwendigkeiten realistisch einzuschätzen. Er hat die Behandlungsunterlagen ausgewertet und ein für den Senat nachvollziehbares Bild von den Behandlungsinhalten einer Chorea-Huntington-Krankheit gezeichnet. Die entgegenstehenden Aussagen des MDK, auf die die Beklagte sich stützt, setzen sich im Gegensatz zu der Aussage von Dr. Ka mit den Behandlungsinhalten des Aufenthalts der Versicherten vom 16. bis 31. Juli 2001 nicht auseinander, sondern treffen lediglich die (unbegründete) Feststellung, dass eine Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit in dieser Zeit nicht bestanden habe. Mangels einer Begründung vermag diese Aussage den Senat nicht zu überzeugen. Aus dem Grunde hält der Senat die Voraussetzungen für die Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit in der Zeit für gegeben. Die Berufung der Beklagten ist daher unbegründet.

Die Anschlussberufung der Klägerin ist ebenfalls unbegründet und daher gleichfalls zurückzuweisen. Die Klägerin macht einen Anspruch auf Prozesszinsen bereits seit Rechtshängigkeit der Klage geltend. Ein derartiger Anspruch besteht jedoch nicht. Rechtsgrundlage dafür ist allein [§ 296](#) Bürgerliches Gesetzbuch (BGB), nach dem eine Geldschuld von dem Eintritt der Rechtshängigkeit an zu verzinsen ist, auch wenn der Schuldner mit der Zahlung nicht in Verzug ist. Es kann hier dahingestellt bleiben, ob Verzug tatsächlich eingetreten ist und damit die Voraussetzungen des [§ 291 BGB](#) erfüllt sind. Denn die Vorschrift ist im sozialgerichtlichen Verfahren nicht anwendbar (Keller in Meyer-Ladewig, SGG, 8. Aufl. § 51 Rz. 39). Die Verzinsung öffentlich-rechtlicher Forderungen bei verspäteter Leistung richtet sich allein nach Spezialrecht, dessen Voraussetzungen erfüllt sein müssen (BSG, Urteil vom 9. Mai 1985, [6 RKA 2/84](#), USK 85185). Regelmäßig stellt [§ 44 SGB I](#) hierfür eine abschließende Regelung dar. Zwischen den Beteiligten ist hierbei jedoch zu beachten, dass § 9 der maßgeblichen Pflegesatzvereinbarung eine spezielle Regelung trifft, die Vorrang hat. Danach sind die Beträge der übersandten Rechnungen spesenfrei und ohne Abzug sofort, spätestens jedoch 14 Tage nach Rechnungseingang bei der zuständigen Krankenkasse zu begleichen. Als Tag der Zahlung gilt der Tag der Erteilung des Auftrags an das Geldinstitut oder der Tag der Absendung eines Zahlungsmittels an das Krankenhaus. Bei Zahlungsverzug können Verzugszinsen in Höhe von 2 % über dem Basiszinssatz der Deutschen Bundesbank bzw. – jetzt – der Europäischen Zentralbank ab Fälligkeitstag berechnet werden. Diese Regelung hat das Sozialgericht zutreffend herangezogen. Da die Klägerin die Rechnung über die Kosten der Krankenhausbehandlung erst am 30. September 2003 übersandt hat, war unter Berücksichtigung des Zugangs der Rechnung und des 14tägigen Zahlungszeitraums ein Zinsanspruch erst ab 16. Oktober 2003, nicht jedoch bereits ab Klagerhebung, gegeben.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 197a SGG](#) in Verbindung mit [§ 154 Abs. 2](#) Verwaltungsgerichtsordnung. Der Klägerin Verfahrenskosten wegen der zurückgewiesenen Anschlussberufung aufzuerlegen, ist nicht gerechtfertigt, da letztere den Streitwert nicht erhöht hat. Die Kosten schließen die des Revisionsverfahrens mit ein.

Gründe für die Zulassung der Revision nach [§ 160 Abs. 2 SGG](#) liegen nicht vor.

Der Streitwert folgt aus dem wirtschaftlichen Interesse der Klägerin an der Durchführung des Rechtsstreits ([§ 13 Abs. 1 Satz 1](#) Gerichtskostengesetz in der Fassung bis zum 30. Juni 2004).

Rechtskraft

Aus

Login

SHS
Saved
2008-04-22