S 12 KR 206/09

Land
Hessen
Sozialgericht
SG Kassel (HES)
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
12
1. Instanz
SG Kassel (HES)
Aktenzeichen
S 12 KR 206/09
Datum
18.05.2011
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-

Kategorie
Urteil
Leitsätze

Zur Nachrangigkeit und zur fehlenden Notwendigkeit vollstationärer Krankenhausbehandlung bei Stimm- und Sprachstörungen, wenn die Behandlung bei fehlenden Hinweisen auf eine schwerwiegendere psychische Erkrankung oder akute, nur mit den vollstationären Mitteln eines Krankenhauses zu behandelnde organische Ursachen, auch aus vorausschauender Sicht bei nahezu identischem Behandlungskonzept mit gleicher Aussicht auf Erfolg ebenfalls im Rahmen einer vollstationären medizinischen Rehabilitationsbehandlung behandelbar ist. Die Klage wird abgewiesen.

Der Kläger hat einschließlich der Kosten der Beklagten insgesamt die Kosten des Rechtsstreits zu tragen.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob die Beklagte verpflichtet ist, dem Kläger für die A. A-Stadt gGmbH aus Anlass der dortigen vollstationären Behandlung des 1960 geborenen, im streitigen Zeitraum bei der Beklagten in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versicherten R. in der Klinik A-Stadt und dort konkret in der Klinik für Stimm- und Spracherkrankungen in der Zeit vom 26. Februar bis 6. April 2007 insgesamt 9.756,45 EUR zuzüglich Zinsen zu zahlen, wobei der Kläger die Forderung als ehemaliger Träger der Klinik für die A. A-Stadt gGmbH auf der Grundlage einer entsprechenden Ermächtigung des Geschäftsführers der gGmbH für diese in gewillkürter Prozessstandschaft geltend macht, nachdem der Kläger mittelbar und unmittelbar alleiniger Gesellschafter der gGmbH ist.

Der streitigen Forderung liegen schließlich eine Aufrechnung der Beklagten vom 2. Februar 2009 über 8.244,23 EUR sowie eine noch teilweise offene Rechnung vom 3. Mai 2007 über weitere 1.512,22 EUR zu Grunde, nachdem die Beklagte auf der Grundlage zweier nach Aktenlage gefertigter Stellungnahmen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) die Auffassung vertreten hatte, dass vollstationäre Krankenhausbehandlungsnotwendigkeit im Sinne von § 39 Sozialgesetzbuch Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V) auf Seiten des R. im gesamten Behandlungszeitraum nicht vorgelegen habe, so dass die Beklagte im Anschluss an eine insoweit bereits erfolgte Zahlung im Weiteren die o.a. Aufrechnung vorgenommen und den Ausgleich der noch teilweise offenen o.a. Rechnung abgelehnt hatte. Eine ambulante Behandlung habe ausgereicht, ggf. wäre eine vollstationäre medizinische Rehabilitationsbehandlung vorrangig gewesen.

Die vollstationäre Krankenhausaufnahme des als Ordenspriester im Gemeindedienst tätigen R. war schließlich im Anschluss an eine Verordnung von Krankenhausbehandlung der Fachärztin für Hals-, Nasen-Ohren-Heilkunde, Phoniatrie und Pädaudiologie, Professor Dr. med. B., vom 15. Januar 2007 als geplante Aufnahme am 26. Februar 2007 ausweislich des späteren Entlassungsberichtes vom 5. September 2007 im Anschluss an eine vier Jahre zurückliegende operative Entfernung eines Mandel-Abszesses mit sich seit Herbst 2006 verstärkenden Stimm- und Sprachstörungen erfolgt, wobei diagnostisch von einer Dysphonie, einer Hyperrhinophonie bei eingeschränkter Velumaktivität, einer Störung der Stimmbildung, psychologischen und Verhaltensfaktoren bei anderen ortsklassifizierten Krankheiten, einer gutartigen Neubildung am Gaumenbogen und einer ungünstigen Vernarbung am Gaumensegel ausgegangen worden war. Neben den Stimm- und Sprechstörungen sei es insoweit im Herbst 2006 zu Schluckproblemen mit einem Kloßgefühl im Hals gekommen; hieraus resultierend zu einem Gewichtsverlust bei Würgereiz in Belastungssituationen. Gleichzeitig hätten Hypersalivation und Husten bei einem vermehrten Kraftaufwand beim Sprechen zugenommen. Eine Stimmveränderung sei schließlich erstmals im Anschluss an die o.a. Operation bemerkt worden. Die Stimme sei tiefer geworden. Daneben sei es bei der Nahrungsaufnahme zu Flüssigkeitsverlust durch die Nase gekommen, auch Speise sei durch die Nase gelaufen. Wegen dieser Veränderungen sei eine ambulante logopädische Behandlung durchgeführt worden, durch die die Stimme bei jedoch weiter fortbestehendem nasalem Stimmklang habe verbessert werden können. Auch der nasale Stimmklang habe sich durch entsprechende Übungen etwas reduziert; anschließend sei R. in laufender ambulanter HNO-fachärztlicher Behandlung gewesen. Wegen des Speichelflusses und der Funktionsstörungen am Gaumensegel sei auch eine neurologische Untersuchung durchgeführt worden,

diese habe jedoch keine Auffälligkeiten ergeben.

Zur beruflichen Anamnese war sodann weiter ausgeführt worden, dass der Kläger täglich sowie samstags und sonntags zweimal eine Stunde predigen müsse, wobei bei der Aufnahme im Krankenhaus R. eine belegte, leicht heisere Sprechstimme mit monotoner Sprechmelodie und leiser Stimmdynamik aufgewiesen habe. Crescendo, Decrescendo und Glissando seien möglich gewesen. Es habe eine resonanzarme Brust- und Kopfstimme mit angedrückten Stimmeinsätzen, knarrenden Stimmsätzen, einem retropharyngealen Stimmsatz bei Überspannung im Zungenbereich und enger Kieferweite vorgelegen. Die weiteren Untersuchungen hätten ein hochgradiges Handicap ergeben, das im Rahmen der subjektiven Einschätzung des R. selbst jedoch als leichtgradige Stimmstörung eingeschätzt worden sei. Bei der Entlassung habe dann allein noch ein mittelgradiges Handicap vorgelegen bei gleichbleibender subjektiver Einschätzung. Letztlich sei R. zur stationären Intensivbehandlung aufgenommen worden, nachdem er trotz ambulanter logopädischer Therapie stimmlich völlig dekompenziert gewesen sei. Er habe sich in einer leisen, gepressten, monotonen, adynamen Stimme verständigt, die ihn sehr angestrengt habe. Er habe unter Würgereiz gelitten und es habe ein hoher Leidensdruck bestanden. In der interdisziplinären Intensivtherapie habe er in allen Therapiebereichen sehr motiviert mitgearbeitet. Muskuläre Spannungszustände zu regulieren, sei ihm sehr schwer gefallen. Er habe zur Überkorrektur mit muskulärer Tonussteigerung geneigt, was die Schwingungsfähigkeit der Stimmklappen zusätzlich behindert habe. In der auf Atmung und Stimmgebung ausgerichteten Bewegungstherapie sei in Einzelbehandlung Arbeit an verschiedenen Geräten mit hohem zeitlichem Aufwand der speziell sehr qualifizierten Bewegungstherapie erfolgt. Nach und nach sei es R. gelungen, Spannungsverhältnisse zu korrigieren und korrekte Bewegungsabläufe selbst zu entwickeln. In der engen Kombination mit der täglichen logopädischen Einzeltherapie sei er zu einem klaren modulationsfähigen und in der Dynamik steigerungsfähigen Stimmklang gelangt, in den psychotherapeutischen Einzelgesprächen zu einem Erkenntnisprozess, der es ihm ermöglicht habe, psychische Belastungsfaktoren zu erkennen und zu akzeptieren, dass deren Aufarbeitung in ambulanter Psychotherapie erfolgen sollte, da auch diese zu muskulärer Anspannung führten. Die Therapien seien sämtlich ärztlich indiziert gewesen, die Ergebnisse überwacht. Es seien phoniatriisch-fachärztliche Kontrollen und Interventionen erfolgt, welche die Therapie ebenfalls vorangebracht hätten.

Dr. med. C. hatte schließlich bereits zuvor unter dem 27. März 2007 in einer für den MDK nach Aktenlage gefertigten ersten Stellungnahme auf einen Antrag der Klinik vom 19. März 2007 auf Kostenübernahme bis zum 5. April 2007 u.a. die Frage aufgeworfen, warum nun nach bereits erfolgter stationärer Krankenhausbehandlung von über vier Wochen die fallabschließende Behandlung nicht auch im Rahmen einer stationären Rehabilitationsmaßnahme fortgeführt werden könne. Einer fallabschließenden Behandlung könne insoweit allein bis 30. März 2007 zugestimmt werden, wobei dem die Chefärztin der Klinik für Stimm- und Spracherkrankungen, Dr. med. D., Fachärztin für HNO, Phoniatrie/Pädaudiologie und Sozialmedizin, im Weiteren unter dem 4. September 2007 entgegengetreten war. Die Behandlung des Versicherten R. habe auf der Grundlage der o.a. Diagnosen einen hohen personellen und gerätetechnischen Aufwand erfordert, der in dieser Weise in einer Rehabilitationsklinik nicht gewährleistet gewesen sei. Den Störungen hätten sowohl psychische als auch stimmfunktionelle, atmungs- und haltungsbedingte Ursachen zu Grunde gelegen, wobei in der engen Verbindung von logopädischer Einzeltherapie, der auf Atmung und Stimmgebung ausgerichteten Bewegungstherapie, Atemtherapie, Entspannungstherapie und psychotherapeutische Einzelbehandlung die hohe muskuläre Anspannung im Zungengrund und den Gaumenbögen, die den Husten- und Würgereiz bei der Stimmgebung ausgelöst hätten, allmählich hätte beseitigt werden können. Die Entlassung des Versicherten R. aus der akutstationären Therapie sei darüber hinaus erst möglich gewesen, als das Krankheitsgefühl, welches im Zusammenhang mit dem Unwohlsein bei der Stimmgebung bestanden habe, habe beseitigt werden können. Vor dem 6. April 2007 sei dies nicht möglich gewesen. Insoweit nahm Frau Dr. med. D. im Weiteren auf den Entlassungsbericht vom 5. September 2007 Bezug.

Zu alledem hatte der Facharzt für Hals-, Nasen-Ohrenheilkunde und Sozialmedizin, E., in einer zweiten nach Aktenlage gefertigten Stellungnahme für den MDK schließlich ausgeführt, dass aus HNO-fachärztlicher Sicht vorliegend zu bestätigen sei lediglich die offensichtliche Therapieresistenz der Stimmstörung angesichts der im Zeitpunkt der Krankenhausaufnahme bislang in Anspruch genommenen ambulanten logopädischen Therapie. Die Notwendigkeit einer vollstationären Akutkrankenhausbildung ergebe sich hingegen aus allen vorliegenden Unterlagen hieraus nicht. Unter Berücksichtigung der seitens der Klinik ursprünglich formulierten Fallbesonderheiten wäre eine vergleichbare Behandlung durch die Inanspruchnahme einer stationären mehrwöchigen Rehabilitationsmaßnahme in einer hierfür ausgerichteten Fachklinik (z.B. F-Stadt, G Stadt, H-Stadt usw.) möglich gewesen, so dass sich auch für ihn als Zweitgutachter die Notwendigkeit einer Akutkrankenhausbildung angesichts im Vordergrund stehender Maßnahmen mit rehabilitativem Charakter nicht bestätigen lasse. Im Übrigen seien aus den vorliegenden Unterlagen weder das fachärztliche Fundament, so z.B. auch auf dem Boden eines diesbezüglich zunächst zu erhebenden fachärztlichen Befundes einer vermeintlich hochfrequent durchgeführten Psychotherapie noch die immer wieder phoniatriisch-fachärztlichen Interventionen nachvollziehbar zu entnehmen, so dass im Vordergrund eines zweifellos komplexen Therapieansatzes Maßnahmen gestanden hätten, die allesamt im Rahmen einer spezifischen Rehabilitationsmaßnahme in ausreichendem Maße hätten verwirklicht werden können. Auch unter eher formalen sozialmedizinischen Gesichtspunkten sei dabei vorliegend eine Zuordnung zu einer medizinischen Rehabilitation naheliegend. Insoweit habe beim Versicherten R. nämlich eine rehabilitationsrelevante Schädigung vorgelegen, die zu einer nicht nur vorübergehenden alltagsrelevanten Beeinträchtigung der Aktivitäten und/oder der Teilhabe an Lebensbereichen geführt habe, wobei die (ambulante) alternative Krankenbehandlung ausgeschöpft gewesen sei. Rehabilitationsfähigkeit habe darüber hinaus vorgelegen, ebenso eine positive Rehabilitationsprognose und auch die Rehabilitationsziele seien zu bestimmen gewesen. Nach alledem wäre die Aufnahme in einer geeigneten Rehabilitationsklinik angesichts des Scheiterns der ambulanten vertraglichen Versorgung vorrangig gewesen.

Dies mit der Folge, dass die Beklagte, den Ausführungen des MDK folgend, nicht nur den Ausgleich der noch teilweise offenen Rechnung vom 3. Mai 2007 endgültig verweigerte, sondern auch an der Rückforderung der bereits ausgeglichenen Kosten festhielt und diese schließlich unter dem 2. Februar 2009 in Höhe von 8.244,23 EUR verrechnete, mithin unter Nichtberücksichtigung des Einbehalts für die Anschlussfinanzierung zur Förderung der integrierten Versorgung nach [§ 140 d SGB V](#) die gesamten Behandlungskosten in Höhe von 9.756,45 EUR zur Zahlung offen blieben.

Nachdem die Klinikum A-Stadt gGmbH am 30. Oktober 1998 als gemeinnützige GmbH in das Handelsregister eingetragen worden war, das Krankenhaus A-Stadt zuvor ein Eigenbetrieb des Klägers gewesen ist und der Kläger in Anschluss an die Ausgliederung des Krankenhauses A-Stadt aus dem Vermögen des Klägers zur Neugründung der gGmbH, die zwischenzeitlich als A. A-Stadt gGmbH firmiert, unmittelbar und mittelbar alleiniger Gesellschafter dieser gGmbH geblieben ist, hat der Kläger am 7. September 2009 Klage vor dem Sozialgericht in Kassel erhoben, mit der er die insoweit offene Forderung auf der Grundlage einer schriftlichen Ermächtigung des Geschäftsführers der gGmbH in gewillkürter Prozessstandschaft geltend macht, wobei sich das für die zulässige gewillkürte Prozessstandschaft noch erforderliche eigene

schutzwürdige Interesse des Klägers daraus ergebe, dass der Kläger unmittelbar und mittelbar alleiniger Gesellschafter der A. A-Stadt gGmbH sei.

Zum Vorliegen vollstationärer Krankenhausbehandlungsnotwendigkeit auf Seiten des R. und deren tatsächlicher Erbringung im streitigen Zeitraum verweist der Kläger auf eine Stellungnahme der o.a. Chefarztin, Dr. med. D., vom 29. Juni 2009, die u.a. ausführt, dass auf Seiten des R. hier eine schwerwiegende und zugleich ungewöhnliche Funktionsstörung der Bewegungsabläufe im Kehlkopf und im Resonanzraum (im Mund) vorgelegen habe. Die Stimmbelastung habe bei R. zur Schwellung der Uvula, zu Würgereiz, Hypersalivation und Husten geführt. Infolgedessen sei es bereits zu Gewichtsverlust gekommen gewesen. Die auffällige Stimmstörung sei für R. ausgesprochen belastend gewesen. Insoweit sei die Krankenhausbehandlung umgehend eingeleitet worden, um eine Verschlimmerung und eine weitere Chronifizierung zu verhindern. Auf Grund des Schweregrades und der Besonderheiten habe das Krankheitsbild auch der intensiven Einzelbehandlung und Betreuung des Patienten bedurft. Es habe ebenso der interdisziplinären Vorgehensweise sowie der engen ärztlichen/therapeutischen Absprache bedurft. Zusätzlich hätten mehrere Faktoren die Stimmtherapie erschwert. R. habe große Probleme gehabt, muskuläre Spannungszustände zu regulieren. Er habe zur Überkorrektur mit muskulärer Tonussteigerung geneigt. Zu dieser Problematik seien in der Bewegungstherapie Einzelbehandlungen und der Einsatz verschiedener Geräte mit hohem zeitlichem Aufwand erfolgt. Des Weiteren habe der Versicherte ein psychisches Problem gehabt, das ihn belastet und die Stimmtherapie behindert habe. Es seien zweimal wöchentliche psychotherapeutische Einzelgespräche erfolgt, in denen es wichtig gewesen sei, zu bearbeiten, dass infolge überhöhter Ansprüche an das eigene Leistungsvermögen ein grobes Missverhältnis zwischen persönlichen Möglichkeiten und den eigenen Erwartungen gestanden habe. Hinzu sei erschwerend eine hohe Alltagsbelastung gekommen. Die phoniatriisch-fachärztlichen Untersuchungen hätten dazu gedient, die Therapien jeweils in die richtige Richtung zu lenken. Die ärztlichen gesprächs- und stimmtherapeutischen Interventionen mit dem Patienten seien immer wieder erforderlich gewesen, um die psychische Anspannung zu reduzieren, die wiederum die Muskelverspannungen aufrecht erhalten und die Schwingungsfähigkeit der Schleimhäute im Bereich des Kehlkopfes und des Mundraumes behindert habe. Zur medizinischen Notwendigkeit des stationären Behandlungszeitraumes sei darüber hinaus den Aufzeichnungen im Krankheitsverlauf zu entnehmen, dass in der letzten Therapiewoche der Übertrag des klaren Stimmklangs in die Spontansprache noch nicht gelungen gewesen sei. Den klaren Stimmklang habe der Versicherte soeben erst nur in der Therapiesituation mit therapeutischer Intervention auf Lautebene erfahren. Damit sei erstmals eine Basis geschaffen worden für die ambulante Therapiefortsetzung. Der Einweiserin seien schließlich auch Rehabilitationseinrichtungen bekannt. Auch sie habe sich mit der Einweisung für die stationäre Krankenhausbehandlung auf Grund der Komplexität der Erkrankung einerseits, der körperlichen und der psychischen Belastung des Versicherten andererseits entschieden.

Die Beklagte ist der Klageerhebung anschließend entgegengetreten. Vollstationäre Krankenhausbehandlungsnotwendigkeit im Sinne der [§§ 27, 39 SGB V](#) habe nicht vorgelegen. Vorliegend seien lediglich Leistungen notwendig gewesen und erbracht worden, die rehabilitativen Charakter gehabt hätten und daher medizinischen Rehabilitationsleistungen gemäß [§ 40 SGB V](#) entsprochen hätten. Zur Abgrenzung zwischen notwendiger vollstationärer Krankenhausbehandlung und stationärer medizinischer Rehabilitation sei dabei auf [§ 107 SGB V](#) zu verweisen, der Anhaltspunkte für eine Differenzierung biete. Insoweit dienten Rehabilitationseinrichtungen der stationären Behandlung von Patienten, um eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern, oder im Anschluss an Krankenhausbehandlung den dabei erzielten Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen, auch mit dem Ziel, eine drohende Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern. Darüber hinaus sei erforderlich, dass diese Einrichtungen fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Verantwortung unter Mitwirkung von besonders geschultem Personal darauf eingerichtet seien, den Gesundheitszustand der Patienten nach einem ärztlichen Behandlungsplan vorwiegend durch Anwendung von Heilmitteln einschließlich Krankengymnastik, Bewegungstherapie, Sprachtherapie oder Arbeits- und Beschäftigungstherapie, ferner durch andere geeignete Hilfen, auch durch geistige und seelische Einwirkungen, zu verbessern und den Patienten bei der Entwicklung eigener Abwehr- und Heilungskräfte zu helfen. Krankenhäuser hingegen seien nach der vorgenannten Vorschrift Einrichtungen, die der Krankenhausbehandlung oder Geburtshilfe dienen, fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung stünden, über ausreichende, ihrem Versorgungsauftrag entsprechende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügten und nach wissenschaftlich anerkannten Methoden arbeiteten und mit Hilfe von jederzeit verfügbarem ärztlichen Pflege-, Funktions- und medizinisch-technischem Personal darauf eingerichtet seien, vorwiegend durch Ärzte und pflegerische Hilfeleistungen Krankheiten der Patienten zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten, Krankheitsbeschwerden zu lindern oder Geburtshilfe zu leisten. Insoweit sei vor diesem Hintergrund festzustellen, dass beim Versicherten R. eine vollstationäre Krankenhausbehandlung im Sinne von [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) nicht erforderlich gewesen sei. Mit dem MDK sei es nicht begründbar, warum die durchgeführte Behandlung nicht im Rahmen einer Rehabilitationsbehandlung im Sinne des [§ 40 SGB V](#) erfolgt sei. Im Vordergrund des komplexen Therapieansatzes hätten Maßnahmen gestanden, die ausnahmslos im Rahmen einer spezifischen rehabilitativen Behandlung hätten erbracht werden können, wobei beispielhaft hier Behandlungen in den o.a. Rehabilitationskliniken als entsprechenden Fachkliniken genannt seien. Eine rehabilitative Maßnahme im Sinne des [§ 40 SGB V](#) wäre insoweit ausreichend und sinnvoll gewesen, wobei sich in diesem Zusammenhang auch die Frage stelle, ob hier überhaupt eine Krankenhausbehandlung im Sinne des [§ 39 SGB V](#) durchgeführt worden sei, oder ob hier allein Maßnahmen erfolgt seien, die der Rehabilitationsbehandlung zuzuordnen seien. Damit fehle es bereits an grundlegenden Voraussetzungen des geltend gemachten Anspruchs.

Nach Beiziehung der vollständigen Krankengeschichte hat die Beklagte diese erneut durch den MDK auswerten lassen, wobei der HNO-Facharzt E. unter dem 12. Januar 2010 "nach nochmaliger Durchsicht sämtlicher bislang vorliegender Unterlagen und insbesondere einer sorgfältigen Durchsicht der gesamten Krankenakte den dargestellten Klagegründen" gutachterlicherseits nicht gefolgt ist. Zu dem dabei von Frau Dr. med. D. angesprochenen "psychischen Problem" des Versicherten R. bleibe dabei zunächst festzuhalten, dass der Versicherte nach Auswertung der vorgelegten medizinischen Dokumentation trotz des insgesamt sechswöchigen vollstationären Akutkrankenhausaufenthaltes zu keinem Zeitpunkt einem entsprechenden Facharzt für Psychiatrie oder Psychotherapie zur Erhebung einer fachspezifischen Diagnostik vorgestellt worden sei. Die entsprechende Diagnosestellung habe somit aus der Zusammenarbeit zwischen der Abteilungsärztin und den in dieser Abteilung tätigen psychologischen Psychotherapeuten resultiert. Entsprechende diesbezügliche Befunderhebungen oder auch Behandlungsberichte seien darüber hinaus in der gesamten Akte nicht vorzufinden. Gerade im Hinblick auf das im Zentrum der diagnostischen und therapeutischen Bemühungen stehende Beschwerdebild könne allerdings darauf verwiesen werden, dass einem Bericht der Klinik für Phoniatrie und Pädaudiologie der Universitätsklinik B-Stadt vom 17. November 2006 zu entnehmen sei, dass sich bei der dort erfolgten letzten ambulanten Untersuchung eine primäre Kehlkopferkrankung habe ausschließen lassen. Die Beschwerdesymptomatik und die Befunde seien vielmehr im Sinne einer Stimmfunktionsstörung zu werten gewesen und auf eine übermäßige Sprechanstrengung zurückgegangen. In eine vergleichbare Richtung deute darüber hinaus auch die Einschätzung des

aufnehmenden HNO-Facharztes der Klinik hin, wonach die körperliche Fehlhaltung Hauptgrund für die Stimmverschlechterung und die geminderte Resonanzentwicklung sei. Die seitens der Klinik im bisherigen Schriftverkehr als sehr bedeutsam dargestellte psychische Komponente lasse sich daher aus gutachterlicher Sicht und unter Würdigung der konkret vorliegenden medizinischen Befunde nicht in der erforderlichen Eindeutigkeit nachvollziehen. Gleiches gelte im Hinblick auf die Einschätzung der durch die Klinik in den Vordergrund gestellten Dringlichkeit der vollstationären Akutkrankenhausaufnahme. Der Versicherte habe sich am 16. November 2006 zuletzt in der Klinik für Phoniatrie und Pädaudiologie der Universitätsklinik B-Stadt zur ambulanten Untersuchung vorgestellt. Als Ergebnis dieser Untersuchung sei man zu der erwähnten Diagnosestellung gekommen, wobei bereits unter dem 17. November 2006 seitens Frau Professor Dr. med. B. die Empfehlung ergangen sei, für eine Reduzierung der arbeitsbedingten Sprechbelastung zu sorgen. Als weitere Maßnahme sei eine stationäre Stimmtherapie im Klinikum A-Stadt vorgeschlagen worden. Gleichzeitig sei bereits zu diesem Zeitpunkt geraten worden, eine entsprechende Kostenübernahme im Vorfeld abzuklären. Dementsprechend datiere die Verordnung von Krankenhausbehandlung auch bereits vom 15. Januar 2007. Schließlich sei einer klinikseitigen Mitteilung eines Aufnahmetermins an den Versicherten vom 9. Januar 2007 zu entnehmen, dass als Aufnahmetermin der 26. Februar 2007 vorgemerkt sei. Die seitens der Klinik im Verlauf des Schriftverkehrs als medizinisch dringlich beschriebene und somit eine akutstationäre Krankenhausbehandlung vermeintlich rechtfertigende stationäre Aufnahme bleibe angesichts eines Intervalls zwischen Vergabe des Aufnahmetermins und definitiver Aufnahme von mehr als sechs Wochen somit nicht nachvollziehbar. Im Hinblick auf die sozialmedizinisch erforderliche Einschätzung, inwiefern die jetzt erfolgte mehrwöchige vollstationäre Behandlung als Krankenhausbehandlung zu interpretieren sei, sei im Hinblick auf die wiederholt in den Vordergrund gestellte intensive ärztliche Versorgung in den medizinischen für weniger als die Hälfte der in Anspruch genommenen Verweildauertage ein handschriftlicher Eintrag der Ärztin in der Fieberkurve über die aktuelle Situation des Versicherten zu entnehmen. Inwieweit diese ärztliche Notizen nun tatsächlich stellvertretend als phoniatisch-fachärztliche Gespräche zu interpretieren seien, sei weder im Hinblick auf die aufgewendete Zeit, noch auf die konkreten ärztlichen Inhalte aus diesen Eintragungen zu entnehmen. Auch die handschriftlich abgezeichneten Arztkontakte in den vorliegenden Wochenbehandlungsplänen zum einen für phoniatisch-psychosomatische Gespräche, zum anderen für ärztliche Gespräche ließen eine solche differenzierte Bewertung ebenso wenig zu. Einige handschriftliche Vermerke in der Krankenakte gäben im Wesentlichen den beobachteten Verlauf während des stationären Aufenthaltes wieder und enthielten zumindest aus seiner Sicht keine Angaben, die als Bestätigung einer fachärztlichen Intervention im Sinne einer Gesprächstherapie dienen könnten. Im Gegensatz zu diesem eher begrenzten ärztlichen bzw. pflegerischen Ressourcenverbrauch seien den erwähnten Unterlagen eine Vielzahl von weiteren Therapien in Form von Logopädie, Entspannungsübungen, Bewegungstherapie, Bewegungsbädern und Einzelpsychotherapien zu entnehmen, ausweislich derer aus seiner Sicht und unter Berücksichtigung u. a. von [§ 107 SGB V](#) nach wie vor nicht davon auszugehen sei, dass die Kriterien einer Krankenhausbehandlung im Falle des Versicherten erfüllt worden seien. Vielmehr habe sich die durchgeführte Maßnahme als medizinische Rehabilitationsmaßnahme dargestellt, da die beim Versicherten R. gebotene Behandlung vorwiegend durch Anwendung von Heilmitteln usw. und sicherlich nicht vorwiegend durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistungen zu gewährleisten gewesen sei. Insgesamt sei der Aufenthalt vom 26. Februar bis 6. April 2007 danach nicht medizinisch notwendig gewesen. Auch seien insbesondere keine Mittel eines Krankenhauses eingesetzt worden. Die Behandlung sei aus gutachterlicher Sicht nicht allein durch einen stationären Aufenthalt in A-Stadt möglich gewesen. Stattdessen hätten Maßnahmen einer Rehabilitationseinrichtung ausgereicht. Dabei sei auch vorausschauend erkennbar gewesen, dass eine Krankenhausbehandlung nicht notwendig gewesen sei.

Der Kläger ist dem durch Vorlage einer weiteren Stellungnahme der Frau Dr. med. D. vom 27. April 2010 entgegengetreten. Festzustellen sei, dass – wie im Falle des Versicherten R. erfolgt – eine Diagnosestellung durch psychologische Psychotherapeuten mit Approbation korrekt und rechtens sei. Sehr wichtig sei es, im Zusammenhang mit dem stationären Aufenthalt hervorzuheben, dass ohne eine intensive Bearbeitung der psychischen Störung des Versicherten in der Einzel-Psychotherapie und in den psychosomatisch orientierten phoniatisch-fachärztlichen Gesprächen keine anderen Therapien erfolgreich gewesen wären. Schließlich entspreche es auch nicht den Tatsachen, dass beim Versicherten lediglich Beschwerden im Sinne einer Stimmfunktionsstörung bestanden hätten, die auf eine übermäßige Sprechanstrengung zurückgegangen seien. Die psychische Störung sei aus einer lang andauernden Erwartungshaltung des Versicherten gegenüber der eigenen Leistungsfähigkeit erwachsen, die in einem Missverhältnis zu seinen persönlichen Möglichkeiten gestanden habe. Dies habe zu psychischen Anspannungen geführt, die sich in der Körperspannung niedergeschlagen hätten und so wiederum direkte Auswirkungen auf die Umgebungsmuskulatur des Kehlkopfes und die Muskulatur des Lokaltraktes sowie auf die gesamte Körperhaltung gehabt hätten. Schließlich sei sich der Versicherte zum Zeitpunkt der Krankenhauseinweisung einer psychischen Störung selbst auch nicht bewusst gewesen. Es sei insbesondere auch die Aufgabe der stationären Krankenhausbehandlung gewesen, den Versicherten behutsam darauf hinzuwirken. Mit ihm zu erarbeiten, dass eine psychische Behandlung erforderlich sei, habe interdisziplinärer Absprachen vor und nach jeder Therapie bedurft. Diese enge Verzahnung habe eine personelle Ausstattung erfordert, wie sie in einer Rehabilitationseinrichtung nicht vorgehalten werde. Ebenso dokumentiere dies die hohe Anzahl an psychotherapeutischen Einzelgesprächen und phoniatisch-fachärztlichen Gesprächskontakten. Auch die Aussage, dass die stationäre Aufnahme nicht mit der zeitlichen Dringlichkeit einer Akutkrankenhausaufnahme begonnen worden sei, treffe nicht zu. Im Übrigen habe die Behandlung des Versicherten hier das gesamte multiprofessionelle Team, bestehend aus Ärzten, Psychotherapeuten, Logopäden und Bewegungstherapeuten, erfordert, wobei die ärztlichen gesprächs- und stimmtherapeutischen Interventionen erforderlich gewesen seien, um die psychische Anspannung des Versicherten zu reduzieren. Gleichzeitig seien die Heilmittel vorwiegend in Einzeltherapien mit hohem personellem und gerätetechnischem Aufwand erfolgt, wie dies in einer Rehabilitationseinrichtung nicht erfolge.

Zu letzterem ergänzend Stellung nehmend führt der MDK durch den o.a. Facharzt E. unter dem 17. Mai 2010 u.a. aus, dass die Einbeziehung psychologischer Psychotherapeutinnen ohne entsprechende fachärztliche Leitung u.a. auch mit der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) keine ausreichend fundierte und erforderlichen Qualitätsstandards entsprechende psychiatrische Versorgung darstelle. Dementsprechend seien auch die konkreten Grundlagen der intensiven Bearbeitung der bislang zudem nicht nachvollziehbar belegten psychischen Störung des Versicherten in der Einzelpsychotherapie und den psychosomatisch orientierten phoniatisch-fachärztlichen Gesprächen weiterhin nicht ausreichend nachvollziehbar; dies z.B. unter den Aspekten Zeitaufwand, fachliche Inhalte, nähere Darstellung der eingesetzten Gesprächstherapie, insbesondere auch bezogen auf den ärztlichen Anteil einer solchen Therapie. Die seinerseits vorgenommene Begrenzung der bestehenden Symptomatik habe sodann ausschließlich aus der Wiedergabe der in den bislang vorgelegten Unterlagen nachzuvollziehenden Sachverhalte resultiert, wobei die seitens der Frau Dr. med. D. aufgezeigten Zusammenhänge aus gutachterlicher Sicht nicht grundsätzlich in Abrede gestellt würden, eine auf einer belastbaren Befunderhebung basierende, derart weitreichende Interpretation der Zusammenhänge lasse die bisherige Datenlage zumindest aus seiner Sicht allerdings nicht zu. Allein aus der Tatsache, dass Frau Professor Dr. med. B. eine Krankenhauseinweisung ausgestellt habe, ergebe sich schließlich keineswegs auch die im Einzelfall erforderliche tatsächliche Akutkrankenhausaufnahmefähigkeit. Abschließend bemesse sich der Zeitraum zwischen ausgestellter Krankenhauseinweisung und Beginn der stationären Behandlung selbstverständlich am Krankheitsbild. Je weniger akut sich ein

Krankheitsbild darstelle, umso länger könne sich ein solcher Zeitraum verständlicherweise auch erstrecken. Im Falle des Versicherten R. unterstütze der relativ lang bemessene Zeitraum die bisherige gutachterliche Einschätzung, wonach es sich beim Versicherten eben nicht um ein "akutes Krankheitsgeschehen" gehandelt habe, für das Krankenhausbehandlung umgehend eingeleitet worden sei, um eine Chronifizierung zu verhindern. Eine derartige Terminvergabe erinnere vielmehr stark an diejenige, wie sie in Rehabilitationseinrichtungen gepflegt werde. Schlussendlich sei die Effizienz des Krankenhausaufenthaltes auch nicht an pflegerischen Maßnahmen gemessen worden. Insoweit sei lediglich versucht worden, Abgrenzungskriterien zwischen Krankenhausbehandlung und Rehabilitationsmaßnahmen zu benennen. Vor diesem Hintergrund stellten die erbrachten Leistungen in der Klinik aus seiner Sicht Rehabilitationsleistungen dar. Auch die unbestrittene Tatsache eines vorhandenen multiprofessionellen Teams spreche nicht gegen diese Sichtweise.

Das weitere Vorbringen der Beklagten und des MDK hat der Kläger schließlich zum Anlass genommen, eine dritte Stellungnahme der Frau Dr. med. D. vom 23. August 2010 vorzulegen, wonach die Komplexität der Erkrankung des R. in der sich gegenseitig beeinflussenden Symptomatik bestanden habe; die Stimmstörung habe die psychische Belastung verstärkt, die psychische Belastung habe wiederum die therapeutische Zugewandtheit verhindert. Die ärztlichen Gespräche hätten darauf abgezielt, mit dem Versicherten den psychosomatischen Anteil der Erkrankung zu erarbeiten und seien in Stichworten zum Teil in der Krankenakte dokumentiert. Weiter vorgelegt wird insoweit ein Bericht der Dipl.-Psychologin und psychologischen Psychotherapeutin I. vom 17. August 2010, wonach R. regelmäßig zweimal pro Woche psychotherapeutische Einzelbehandlung erhalten habe. R. sei anfänglich sehr zurückhaltend gewesen und habe ein organisches Erklärungsmodell für seine Missempfindungen im Kehlkopfbereich und seinen Würgereiz gehabt. Nachdem er erkannt habe, dass dieses Erklärungsmodell seiner Situation nicht gerecht werde, habe er sich zwar zögerlich, aber aufgeschlossen der Erarbeitung der Wirkungskette zugewandt. Im Verlauf des psychotherapeutischen Prozesses habe er gewisse Faktoren, die er als selbstverständlich und dementsprechend belastend betrachtet habe, als Belastungsfaktoren anerkannt, was es ihm ermöglicht habe, die Wechselwirkung zwischen überhöhter Erwartungshaltung und körperlicher Anspannung zu verstehen. Überhöhte Erwartungshaltung gegenüber der eigenen Leistungsfähigkeit führe zu psychischer Anspannung, diese wiederum äußere sich in muskulärer Anspannung, die wiederum unmittelbare negative Auswirkungen auf den Kehlkopfbereich habe. Auf Grund seiner eigenen Identität als Seelsorger sei es für R. anfänglich sehr schwer gewesen, sich zu erlauben, dass auch ihm Grenzen gesetzt seien in der Erfüllung der eigenen Erwartungen an diese Funktion. Nachdem ihm deutlicher und begreifbarer geworden sei, dass das Missverhältnis zwischen hoher beruflicher Beanspruchung und Alltagsbelastung sowie persönlichen Möglichkeiten unweigerlich zu Belastungen führen müsse und bei lang andauernder Überforderung sich eben auch somatisch ungesund äußere, sei in allen Therapiebereichen eine Lockerung und auch ein Rückgang bzw. Verschwinden von Kloßgefühl, Würgereiz usw. bemerkbar gewesen. Um den Erkenntniszuwachs auch im Alltag umsetzen zu können, sei ihm dann weitere Psychotherapie empfohlen worden.

Auch anschließend hat die Beklagte an ihrer ablehnenden Haltung festgehalten, wobei sie auf eine weitere Stellungnahme des MDK vom 22. September 2010 verweist, gefertigt durch den HNO-Facharzt E. und die Fachärztin für Psychiatrie/Neurologie und Sozialmedizin Dr. med. K. ... Ein psychopathologischer Befund fehle; er sei der Dokumentation nicht zu entnehmen. Die benannte Diagnose könne mit Frau Dr. med. K. ohne psychopathologischen Befund und ohne eine entsprechende psychiatrische/psychosomatische Anamnese nicht nachvollzogen werden. Damit bleibe festzustellen, dass die vorgelegte Dokumentation nicht dem Standard einer psychosomatisch-psychotherapeutischen Behandlung entspreche. So würden konkrete auslösende psychische Faktoren für die beschriebenen phoniatischen Symptome nicht benannt. Hier reichten allgemeine Hinweise auf lebensgeschichtlich belastende Faktoren allein nicht aus. Weiterhin sei nicht ersichtlich, welches psychotherapeutische Verfahren (Verhaltenstherapie, Psychotherapie auf tiefenpsychologischer Grundlage) in der Behandlung des Versicherten zum Einsatz gekommen sein solle. Da für den insgesamt sechswöchigen Behandlungszeitraum lediglich ein einziger zusammenfassender Bericht vorliege, sei der eigentliche Behandlungsverlauf zeitlich nicht nachvollziehbar. Gerade auch vor diesem Hintergrund komme Frau Dr. med. K. zu dem Ergebnis, dass auf Grund der dokumentierten beruflichen Überforderungssituation die Einleitung einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme nach [§ 40 SGB V](#) nach dem Ausschöpfen der ambulanten vertragsärztlichen Bemühungen angezeigt gewesen wäre. Bei alledem könne der Kläger nicht davon ausgehen, dass eine seitens der Klinik geltend gemachte psychische Störung unkritisch übernommen werde, zumal sich diese angeblich vorliegende psychische Störung in den Berichten der Krankenhausdokumentation nicht konsequent wiederfinden lasse. So enthalte z.B. auch der Verlängerungsantrag des Krankenhauses vom 19. März 2007 unter dem Punkt "Diagnosen" keinen Hinweis auf eine solche psychische Störung. Abschließend ergebe sich aus den Unterlagen der Klinik, dass dort ausschließlich eine phoniatisch-psychosomatische Komplexbehandlung durchgeführt worden sei. Eine Einbindung psychiatrischer Fachkollegen, wie sie beim tatsächlichen Vorliegen einer entsprechenden schweren psychiatrischen Störung angezeigt gewesen wäre, sei nicht erfolgt.

Der Kläger hat die vorstehenden weiteren Ausführungen wiederum zum Anlass genommen, eine nochmalige Stellungnahme der Frau Dr. med. D. vom 9. November 2010 vorzulegen und eine Nachdokumentation der psychotherapeutischen Kontakte vom 3. November 2010, die als Behandlungsmethode eine integrative Psychotherapie und einschließlich Erst- und Abschlussgespräch insgesamt elf Behandlungskontakte aufweist.

Hierzu hat abschließend die Beklagte dann noch eine weitere Stellungnahme des MDK vom 21. Februar 2011 vorgelegt, in der die Fachärztin für Psychotherapeutische Medizin Dr. med. L. u.a. ausführt, dass mit den vorgenannten Gesprächen dem Versicherten Raum gegeben worden sei, Themen einzubringen, von denen er gemeint habe, dass sie ihn aktuell innerlich beschäftigten. Aufgegriffen worden seien auch Beobachtungen aus anderen Therapieverfahren, z.B. der Körpertherapie, die ihm Zusammenhänge zwischen innerpsychischen Prozessen und körperlichen Reaktionen aufgezeigt hätten. Es sei aber auch um Fragen des Settings gegangen, z.B., ob zum damaligen Zeitpunkt ein gruppentherapeutisches Setting unterstützend oder hinderlich für ihn gewesen wäre. Beim Erstgespräch hätten sich erhobene Elemente gefunden, die zu einem psychopathologischen Befund gehört hätten, ohne dass dann ein entsprechender Befund eingehender erhoben worden wäre. Ein psychopathologischer Befund beinhalte in der Regel mehr als die Aussagen zur Wachheit, der Orientierung, zu Denkstörungen und der Einschätzung bezüglich Suizidalität. Entsprechend finde sich auch keine weiterführende psychosomatische/psychiatrische Diagnostik. Biografische Anamnese, dysfunktionale Denk- und Verhaltensmuster, eine Einstufung nach OPD II oder psychologische Testungen fehlten. Es sei daher davon auszugehen, dass es zwar, wie die Klinik ihrerseits in ihrer Diagnosestellung folgerichtig beschreibe, Hinweise auf psychische Faktoren gegeben habe, die die Stimmerkrankung mit beeinflusst hätten, aber nach Einschätzung der Klinik im Rahmen der vorgenommenen diagnostischen Maßnahmen auch keine Hinweise auf eine schwerwiegendere psychische Erkrankung. Die psychologischerseits durchgeführten Gespräche hätten einen überwiegend supportiven und integrierenden Charakter im Zusammenhang mit der Gesamtbehandlung gezeigt. Entsprechende Gespräche gehörten regelhaft auch in rehabilitative Behandlungsprogramme zur Verbesserung der Krankheitsverarbeitung und des Krankheitsverständnisses und könnten nicht

als Indikation für eine vollstationäre Krankenhausbehandlung gewertet werden. Unter Würdigung aller vorliegenden Unterlagen sei danach gutachterlicherseits festzustellen, dass auch unter Berücksichtigung der neuerlich vorgelegten Unterlagen allein eine Indikation für eine vollstationäre Rehabilitation in einer HNO-ärztlichen phoniatriisch spezialisierten Fachklinik vorgelegen habe. Dies umso mehr, als es auch um Fragen des beruflichen Leistungsvermögens, der Teilhabe und der konkreten Veränderbarkeit der Arbeitsplatzsituation gegangen wäre.

Der Kläger selbst hat abschließend am Terminsmorgen dann noch weitere Stellungnahmen der Frau Dr. med. D. vom 10. Mai 2011 und der o.a. Dipl.-Psychologin I. vom 2. Mai 2011 vorgelegt.

Der Kläger beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, ihm für die A. A-Stadt gGmbH aus Anlass der dortigen vollstationären Krankenhausbehandlung des Versicherten R. in der Zeit vom 26. Februar bis 6. April 2007 9.756,45 EUR zuzüglich Zinsen hieraus in Höhe von jeweils 5-Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz der Europäischen Zentralbank seit dem 2. Februar 2009 aus 8.244,23 EUR sowie aus weiteren 1.512,22 EUR seit dem 7. Juni 2007 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,
die Klage abzuweisen.

Wegen der weiteren Einzelheiten, insbesondere wegen des jeweiligen weiteren Vorbringens der Beteiligten, wird Bezug genommen auf den Inhalt der Gerichtsakte insgesamt; ebenso wird Bezug genommen auf die beigezogenen Verwaltungsvorgänge der Beklagten, deren jeweils wesentlicher, den vorliegenden Rechtsstreit betreffender Inhalt wie der der beigezogenen Krankengeschichte und wechselseitig vorgelegten weiteren Unterlagen gleichfalls Gegenstand der mündlichen Verhandlung war.

Entscheidungsgründe:

Die Klage ist nach der ständigen Rechtsprechung der Kammer, die sich an die höchstrichterliche Rechtsprechung anlehnt, im Gleichordnungsverhältnis als allgemeine (echte) Leistungsklage (vgl. hierzu BSG in [SozR 3 - 2500 § 39 Nr. 4](#), BSG, Urteil vom 17. Mai 2000, [B 3 KR 33/99 R](#) und zuletzt BSG, Urteil vom 13. Dezember 2001, [B 3 KR 11/01 R](#)) zulässig, wobei gegen die Zulässigkeit der Führung des Rechtsstreites durch den Kläger in gewillkürter Prozessstandschaft auf der weiteren Grundlage der o.a. Ermächtigung aus den Ausführungen des Klägers hierzu seitens der Kammer keinerlei rechtliche Bedenken bestehen, nachdem der Kläger ursprünglich alleiniger Träger des Krankenhauses A-Stadt war und im Anschluss an die Gründung der gGmbH im Ergebnis letztlich auch zumindest wirtschaftlich alleiniger Gesellschafter der gGmbH geblieben ist.

Im Übrigen ergibt sich die Zuständigkeit der Sozialgerichte für Streitigkeiten aus dem Abrechnungsverhältnis zwischen Krankenhaus und Krankenkasse (vgl. BSG, Urteile vom 17. Mai 2000 und 13. Dezember 2001 wie vor) insoweit aber auch ausdrücklich aus [§ 51 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG), in der im Zeitpunkt der Klageerhebung geltenden Fassung, der u.a. auch Streitigkeiten zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen in Angelegenheiten des SGB V der Sozialgerichtsbarkeit zuweist.

Die Klage ist sodann jedoch insgesamt nicht begründet. Die Beklagte ist nicht verpflichtet, dem Kläger für/an die A. A-Stadt gGmbH die Kosten des streitigen vollstationären Aufenthaltes ihres Versicherten R. im Klinikum A-Stadt und damit die o.a. Behandlungskosten zu zahlen, da auch zur Überzeugung der Kammer im gesamten streitigen Zeitraum mit der Rechtsprechung des BSG im Anschluss an die Ausführungen der Beklagten hierzu und die überzeugenden ausführlichen schriftlichen gutachterlichen Stellungnahmen des MDK, namentlich des HNO-Arzt E., der Frau Dr. med. K. und der Frau Dr. med. L. auf Seiten des R. vorausschauend erkennbar insgesamt keine entsprechend vollstationäre Krankenhausbehandlungsnotwendigkeit im rechtlichen Sinne nach [§ 39 SGB V](#) vorgelegen hat, stattdessen eine vollstationäre medizinische Rehabilitationsbehandlung in einer entsprechenden Fachklinik ausgereicht hätten, also vollstationäre Krankenhausbehandlungsnotwendigkeit im rechtlichen Sinne nicht vorgelegen hat, die streitigen Aufrechnungen und ein Ausgleich der von Anfang an nicht mehr vollständig beglichene weiteren o.a. Rechnung also zu Recht erfolgt sind, wobei die A. A-Stadt gGmbH hier sowohl durch die o.a. Chefarztin Dr. med. D. als auch die Dipl.-Psychologin I. zumindest die rechtlichen Voraussetzungen von vollstationärer Krankenhausbehandlungsnotwendigkeit in der vorliegenden Fallgestaltung in Abgrenzung zur vollstationären Rehabilitation und zum individuellen Leistungsanspruch Versicherter gegenüber ihren Krankenkassen verkennen, ohne dass es noch darauf ankam, dass selbst bei einer Begründetheit der Klage der streitige Zahlbetrag um den gesetzlichen Anteil für die Anschubfinanzierung der integrierten Versorgung nach [§ 140d SGB V](#) zu mindern wäre.

Der Einholung eines gerichtlichen Sachverständigengutachtens, wie vom Kläger in der mündlichen Verhandlung beantragt, bedurfte es bei alledem bereits auf der Grundlage der überzeugenden, für die Kammer schlüssig nachvollziehbaren gutachterlichen Äußerungen des MDK nicht, zumal die Ausführungen des Klägers bzw. hier wieder insbesondere die vorgelegten Stellungnahmen des Krankenhauses zeigen, sich nicht an den rechtlichen Vorgaben zur Abgrenzung vollstationärer Krankenhausbehandlung zu entsprechenden Rehabilitationsmaßnahmen orientieren, der MDK diese aber auch und gerade rechtlich zutreffend zur Grundlage seiner gutachterlichen Stellungnahmen macht und damit insbesondere auch der Nachrangigkeit vollstationärer Krankenhausbehandlungen gegenüber Rehabilitationsmaßnahmen Rechnung trägt. Seitens des hier betroffenen Krankenhauses ist dies im vorliegend zu beurteilenden Einzelfall zur Überzeugung der Kammer dagegen nicht der Fall.

Gutachten des MDK können bei alledem insoweit auch im gerichtlichen Verfahren als Entscheidungsgrundlage grundsätzlich herangezogen werden. Der MDK ist nicht in die Verwaltungsorganisation der Krankenkassen eingebunden, sondern institutionell von diesen getrennt. Es handelt sich auf Länderebene um eigenständige Körperschaften des öffentlichen Rechts ([§ 278 Abs. 1 SGB V](#)). Um auch den Anschein eines Weisungsverhältnisses zwischen Krankenkassen oder Pflegekassen und den Ärzten des MDK auszuschließen, stellt [§ 275 Abs. 5 SGB V](#) ausdrücklich klar, dass die Ärzte des MDK bei der Wahrnehmung ihrer medizinischen Aufgaben nur ihrem ärztlichen Gewissen unterworfen sind. Auch die Gerichte sind also selbst nicht gehindert, die beim MDK eingeholten Gutachten als Entscheidungsgrundlage heranzuziehen. Ergeben sich - wie hier - weder aus anderen medizinischen Äußerungen noch aus dem Vorbringen der Beteiligten nachvollziehbare konkrete Zweifel an der Schlüssigkeit derartiger Gutachten, so besteht für das Tatsachengericht letztlich im Normalfall keine Veranlassung, ein Sachverständigengutachten einzuholen (vgl. BSG wie vor unter Hinweis auf BSG in [SozR Nr. 3 zu § 118 SGG](#); Urteil vom 8. Dezember 1988 - [2/9b RU 66/87](#) = HV-INFO 1989, 410; Krasney/Udsching, Handbuch des sozialgerichtlichen Verfahrens, 2. Aufl. 1997, Kap III, RdNr. 49 f).

Nach ständiger Rechtsprechung des BSG (vgl. BSG, Urt. 16. Februar 2005, [B 1 KR 18/03 R](#)) ist die Behandlung in einem Krankenhaus schließlich erforderlich, wenn die notwendige medizinische Versorgung nur mit den besonderen Mitteln des Krankenhauses durchgeführt werden kann und eine ambulante ärztliche Versorgung nicht ausreicht, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern (vgl. zum Ganzen z.B. BSG SozR 4 2500 § 39 Nr. 2 RdNr. 16; [BSGE 28, 199](#), 202 = SozR Nr. 22 zu § 1531 RVO; [BSGE 47, 83](#), 85 = SozR 2200 § 216 Nr. 2; BSG SozR 2200 § 184 Nr. 11 S 15 f; Nr. 15 S 26; Nr. 28 S 41; BSG USK 8453). Die Maßnahmen dürfen daher z.B. nicht lediglich dem Zweck dienen, einem Zustand der Hilflosigkeit zu begegnen; ebenso unterfallen rein pflegerische Maßnahmen nicht der Leistungspflicht der Krankenkassen, vielmehr müssen diese als Teil einer ärztlichen Behandlung dieser Behandlung untergeordnet sein (vgl. BSG USK 79163; BSG USK 8453; BSG SozR 2200 § 184 Nr. 11 S 16). Die Unterbringung des Betroffenen in einer geschlossenen Anstalt mit dem Ziel der Verwahrung, etwa weil er die öffentliche Sicherheit und Ordnung bzw. sich selbst oder andere gefährdet, begründet die Leistungspflicht der GKV ebenfalls nicht (BSG [SozR 2200 § 184 Nr. 28](#) S 41 ff). Auch soziale oder humanitäre Gründe genügen nicht, um Krankenhauspflegebedürftigkeit zu bejahen; so schließen bloße (primär nichtärztliche) Maßnahmen mit dem Ziel, eine selbständigere Lebensführung zu ermöglichen oder die Verwahrlosung des Betroffenen zu verhindern, eine Leistungsgewährung für stationäre Krankenhausbehandlung aus (BSG [SozR 2200 § 184 Nr. 28](#) S 42 f).

Die Notwendigkeit von Krankenhausbehandlung ist stattdessen davon abhängig, dass die Behandlung primär dazu dient, eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern ([§ 27 Abs. 1 SGB V](#)), und dass gerade bezogen auf eines dieser Behandlungsziele die besonderen Mittel eines Krankenhauses erforderlich sind (vgl. BSG [SozR 4-2500 § 39 Nr. 2](#) S 14; [BSGE 86, 166](#), 168 = [SozR 3-2500 § 112 Nr. 1](#)). Als solche Mittel hat die Rechtsprechung insbesondere die apparative Mindestausstattung des Krankenhauses, besonders geschultes Pflegepersonal und einen jederzeit präsenten bzw. rufbereiten Arzt herausgestellt (vgl. BSG [SozR 4-2500 § 39 Nr. 2](#) RdNr. 16; [BSGE 83, 254](#), 259 = [SozR 3-2500 § 37 Nr. 1](#); BSG [SozR 3-2500 § 109 Nr. 9](#) S 61; [BSGE 59, 116](#), 117 = [SozR 2200 § 184 Nr. 27](#); BSG [SozR 2200 § 184 Nr. 28](#) S 42).

Der Anspruch auf Krankenhauspflege setzt allerdings schon nach herkömmlicher Rechtsprechung weder den Einsatz all dieser Mittel voraus, noch genügt die Erforderlichkeit lediglich eines der Mittel. Es ist vielmehr eine "Gesamtbetrachtung" vorzunehmen, bei der "den mit Aussicht auf Erfolg angestrebten Behandlungszielen und den Möglichkeiten einer vorrangigen ambulanten Behandlung entscheidende Bedeutung zukommt".

Vor allem bei psychiatrischer Behandlung kann der Einsatz von krankenhausspezifischen Gerätschaften in den Hintergrund treten und allein schon der notwendige Einsatz von Ärzten, therapeutischen Hilfskräften und Pflegepersonal sowie die Art der Medikation die Möglichkeit einer ambulanten Behandlung ausschließen und die Notwendigkeit einer stationären Behandlung begründen (BSG [SozR 2200 § 184 Nr. 28](#) S 42). In Ergänzung zu alledem, kann das Vorliegen von Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit insbesondere bei psychiatrisch behandlungsbedürftigen Versicherten allerdings stets nur mit Blick auf die tatsächlich in Betracht kommenden (ambulanten oder pflegerisch-stationären) Behandlungsalternativen beurteilt werden (BSG [SozR 4-2500 § 39 Nr. 2](#) RdNr. 17 f). Nur rein theoretisch vorstellbare, besonders günstige Sachverhaltskonstellationen stehen dem Anspruch auf (weitere) Krankenhauspflege nicht entgegen. Es muss vielmehr geprüft werden, welche Behandlungsalternativen im Einzelfall konkret zur Verfügung stehen, weil nur so die kontinuierliche medizinische Versorgung des Versicherten gewährleistet werden kann.

Entwicklungen auf dem Gebiet der Psychiatrie sowie ihrer rechtlichen Rahmenbedingungen seit den 1970er Jahren erfordern es mit dem BSG (Urteil vom 16. Februar 2005) dabei zugleich, in Fortentwicklung der vorgenannten höchstrichterlichen Rechtsprechung Versicherten mit einem schweren psychiatrischen Leiden einen Anspruch auf stationäre Krankenhausbehandlung zuzubilligen, wenn nur auf diese Weise ein notwendiger komplexer Behandlungsansatz Erfolg versprechend verwirklicht werden kann, d.h. wenn es auf das Zusammenwirken eines multiprofessionellen Teams aus Diplom-Psychologen, Sozialpädagogen, Ergotherapeuten und Bewegungstherapeuten sowie psychiatrischem Krankenpflegepersonal unter fachärztlicher Leitung ankommt. Um Krankenhausbehandlungsnotwendigkeit sodann z.B. aber wegen vorrangiger bzw. ausreichender Pflege in einer Komplementäreinrichtung oder statt dessen indizierter, nicht in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung fallender medizinischer Rehabilitation zu verneinen, müssen unter Zugrundelegung des vom Krankenhaus verfolgten Behandlungskonzeptes nach objektiven Kriterien z.B. auch tatsächlich Heimverlegungs- oder Rehabilitationsfähigkeit selbst vorliegen. Allein dies ist für die Beurteilung maßgeblich. Auf andere Beurteilungskriterien kann insoweit nicht abgestellt werden. Dient der Krankenhausaufenthalt überhaupt erst der Erlangung von Heimverlegungs- oder Rehabilitationsfähigkeit und ist dies nur stationär und mit den Mitteln eines Krankenhauses möglich, verbleibt es beim Vorliegen von Krankenhausbehandlungsnotwendigkeit. Akute Behandlungsbedürftigkeit in diesem Sinne steht danach - ausgenommen sind interkurrente Erkrankungen - medizinischen Leistungen zur Rehabilitation und damit einer möglichen rentenversicherungsrechtlichen Zuständigkeit entgegen.

Die Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung ergibt sich in diesem Zusammenhang entgegen einer von Krankenhausträgern nach wie vor vielfach für sich in Anspruch genommenen Auffassung wiederum aber auch noch nicht daraus, dass eine Aussicht genomene Rehabilitations- oder Pflegeeinrichtung faktisch nicht zur Verfügung stand, weil sie ihre Bereitschaft zur Aufnahme des Versicherten von einer Kostenzusage des zuständigen Rentenversicherungs- bzw. Sozialhilfeträgers abhängig gemacht hat. Das Risiko, eine geeignete Unterkunft zu finden, trägt nicht die Krankenkasse, wenn die spezifischen Mittel eines psychiatrischen Krankenhauses zur Behandlung einer Erkrankung nicht mehr erforderlich waren und auch nicht eingesetzt wurden. Das Vergütungsrisiko für eine nicht notwendige Krankenhausbehandlung trägt vielmehr das Krankenhaus, weil die Notwendigkeit der Behandlung gesetzliche Anspruchsvoraussetzung ist (vgl. BSG, Urteil vom 28. Februar 2007, [B 3 KR 15/06 R](#)). Insoweit können also auch allgemein soziale, humanitäre oder familiäre Gründe seit jeher nicht zu einem Anspruch aus [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) führen, selbst wenn diese für eine stationäre Betreuung des Versicherten sprechen, für eine Behandlung aber nicht die besonderen Mittel eines Krankenhauses erforderlich sind. Selbst wenn in diesen Fällen die notwendigen Rahmenbedingungen für eine Entlassung aus dem Krankenhaus iVm der anderweitigen Unterbringung noch nicht erfüllt sind und das Krankenhaus den zwar noch "kranken", aber nicht mehr krankenhausbearbeitungsbedürftigen Versicherten nicht "auf die Straße setzen" kann, weil dessen Unterkunft/Unterbringung nicht gesichert ist, trägt dieses Risiko trägt nach der Entscheidung des GS des BSG (Beschluss vom 25. September 2007, [GS 1/06](#)) nicht die GKV; leistungspflichtig ist in der Regel vielmehr der Sozialhilfeträger oder ggf. der Versicherte selbst (vgl. hierzu weiter BSG, Urteil vom 10. April 2008, [B 3 KR 19/05 R](#)). Schließlich ist die vom Vertragsarzt verordnete Krankenhausbehandlung zunächst immer vom Krankenhausarzt auf ihre Notwendigkeit zu überprüfen ist, wobei das zugelassene Krankenhaus und dessen Ärzte nach den vertraglichen Vereinbarungen mit den Krankenkassen mit Wirkung für diese über die Krankenhausaufnahme sowie die erforderlichen Behandlungsmaßnahmen entscheiden. Solange keine oder nur eine befristete Kostenzusage

der Krankenkasse vorliegt, trägt dabei aber allein das Krankenhaus die Beweislast für das Vorliegen des von ihm geltend gemachten Anspruchs. Will sich die Krankenkasse jedoch rückwirkend an einer einmal abgegebenen Kostenzusage nicht mehr festhalten lassen, tritt eine Umkehr dieser Beweislast ein.

Die Entscheidung des Krankenhausarztes ist bei alledem dann stets aus seiner vorausschauenden Sicht unter Zugrundelegung der im Entscheidungszeitpunkt bekannten (oder auch nur erkennbaren) Umstände zu beurteilen.

Notwendig i.S. von [§ 39 SGB V](#) ist eine Krankenhausbehandlung danach nicht erst dann, wenn sie aus rückblickender Betrachtung zur Behandlung der vorliegenden Erkrankungen unverzichtbar war. Die Krankenkassen können sich nicht darauf beschränken, die Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung im Nachhinein aus ihrer Sicht zu beurteilen und bei abweichendem Ergebnis die Bezahlung zu verweigern. Notwendig ist eine Krankenhausbehandlung vielmehr stets dann, wenn sie aus der vorausschauenden Sicht des Krankenhausarztes unter Zugrundelegung der im Entscheidungszeitpunkt bekannten oder erkennbaren Umstände tatsächlich erforderlich ist, d.h. nicht im Widerspruch zur allgemeinen oder besonderen ärztliche Erfahrung steht oder medizinische Standards verletzt (st Rspr vgl. BSG [SozR 3-2500 § 39 Nr. 4](#); [BSGE 89, 104](#) = [SozR 3-2500 § 112 Nr. 2](#); [BSGE 92, 300](#) = [SozR 4-2500 § 39 Nr. 2](#)).

Stehen mehrere Behandlungsalternativen zur Verfügung, so ist dem entscheidenden Krankenhausarzt auch ein therapeutischer Spielraum einzuräumen, sofern nicht eine bestimmte Behandlungsmethode unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten eindeutig den Vorzug verdient. 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 zumindest vertretbar ist, bietet das Gesetz mit der Entscheidung des Großen Senats des BSG (Beschluss vom 25. September 2007, [GS 1/06](#)) dann aber auch in diesem Zusammenhang keine Grundlage, wobei hinzukommt, dass eine den o.a. Erfordernissen entsprechende Krankenhausbehandlung dann aber auch tatsächlich als solche nachweisbar erbracht worden sein muss (vgl. hierzu insgesamt BSG, Urteil vom 10. April 2008, [B 3 KR 19/05 R](#)). Schlussendlich hat aber auch bei alledem der Krankenträger durch geeignete Maßnahmen bereits gesetzlich nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) immer darauf hinzuwirken, dass 1. keine Patienten in das Krankenhaus aufgenommen werden, die nicht der stationären Krankenhausbehandlung bedürfen, und bei Abrechnung von tagesbezogenen Pflegesätzen keine Patienten im Krankenhaus verbleiben, die nicht mehr der stationären Krankenhausbehandlung bedürfen (Fehlbelegung), 2. eine vorzeitige Verlegung oder Entlassung aus wirtschaftlichen Gründen unterbleibt und 3. die Abrechnung der vergüteten Krankheitsfälle ordnungsgemäß erfolgt, so dass das BSG folgerichtig immer wieder darauf hinweist, dass sich die Frage, ob einem Versicherten vollstationäre Krankenhausbehandlung zu gewähren ist, auch ex ante allein nach den medizinischen Erfordernissen richtet.

Ermöglicht es der Gesundheitszustand des Patienten, das Behandlungsziel durch andere Maßnahmen als Krankenhausbehandlung, insbesondere durch ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege, zu erreichen, so besteht kein Anspruch auf vollstationäre Krankenhausbehandlung (vgl. BSG, Urteil vom 16. Dezember 2008, [B 1 KN 1/07 KR R](#)).

Allein die erforderliche Aufklärung des Patienten zur Wahrung seines Selbstbestimmungsrechts oder die Entfernung, die der Versicherte bis zum behandelnden Krankenhaus zurücklegen muss, sind also auch keine medizinischen Erfordernisse (so ausdrücklich zuletzt BSG, Urteil vom 30. Juni 2009, [B 1 KR 24/08 R](#)).

Gleiches gilt nicht zuletzt nach [§ 12 SGB V](#) auch im Hinblick auf den o.a. Vorrang z.B. vollstationärer Rehabilitationsmaßnahmen, wobei die Abgrenzung zwischen stationärer Krankenhausbehandlung und stationärer medizinischer Rehabilitation maßgeblich von der Intensität der ärztlichen Tätigkeit und den verfolgten Behandlungszielen abhängt (vgl. BSG, Urteil vom 10. April 2008, [B 3 KR 14/07 R](#) in Fortführung von BSG, Urteil vom 20. Januar 2005, [B 3 KR 9/03 R](#)). Anhaltspunkte zur Differenzierung bietet insoweit mit dem BSG (wie vor) und der Beklagten vor allem [§ 107 SGB V](#), wonach für eine Rehabilitationseinrichtung insbesondere kennzeichnend ist, dass die Behandlungsziele nach einem ärztlichen Behandlungsplan vorwiegend durch Anwendung von Heilmitteln einschließlich Krankengymnastik, Bewegungstherapie, Sprachtherapie oder Arbeits- und Beschäftigungstherapie zu verfolgen sind ([§ 107 Abs. 2 Nr. 2 SGB V](#)). Demgegenüber ist ein Krankenhaus mit jederzeit verfügbarem ärztlichem, Pflege-, Funktions- und medizinisch-technischem Personal darauf eingerichtet, die Behandlungsziele vorwiegend durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistungen zu erbringen ([§ 107 Abs. 1 Nr. 3 SGB V](#)).

Zu den hier dabei zu beachtenden Rechtsvoraussetzungen von vollstationären Rehabilitationsmaßnahmen nach [§ 40 SGB V](#) sei schließlich ausgeführt, dass die den Anspruch auf medizinische Rehabilitationsmaßnahmen regelnde Rechtsnorm des [§ 40 SGB V](#) abgestufte, am jeweiligen konkreten medizinischen Bedarf orientierte Rehabilitationsleistungen beinhaltet. Wenn ambulante Krankenbehandlungen nicht ausreichen, um die in [§ 11 Abs. 2 SGB V](#) genannten Ziele zu erreichen, kann die Krankenkasse die aus medizinischen Gründen erforderlichen ambulanten Rehabilitationsleistungen in Rehabilitationseinrichtungen erbringen, für die ein Versorgungsvertrag nach [§ 111 SGB V](#) besteht oder, soweit dies für eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung mit medizinischen Leistungen ambulanter Rehabilitation erforderlich ist, in wohnortnahen Einrichtungen. In [§ 11 Abs. 2 Nr. 5 SGB V](#) sind die Rehabilitationsziele genannt. Danach kommen medizinische Leistungen zur Rehabilitation in Betracht, wenn sie notwendig sind, um einer drohenden Behinderung oder Pflegebedürftigkeit vorzubeugen, sie nach Eintritt zu beseitigen, zu bessern oder eine Verschlimmerung zu verhüten. Die Krankenkasse darf eine stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung in einer Rehabilitationseinrichtung, mit der ein Vertrag nach [§ 111 SGB V](#) besteht, dabei aber auch immer erst dann bewilligen, wenn die ambulanten Rehabilitationsleistungen nicht ausreichen. Mit den abgestuften, am medizinischen Bedarf ausgerichteten Kurleistungen wird insoweit letztlich der gesetzgeberische Wille deutlich, die Krankenkassen und die Leistungserbringer zur wirtschaftlichen Leistungserbringung zu verpflichten. Die Indikation für eine stationäre Kur wird insoweit maßgeblich bestimmt durch das Ausmaß der noch ausstehenden bzw. durchzuführenden Diagnostik, den Umfang notwendiger klinischer Therapieverfahren und die Intensität der Anwendungen, die Notwendigkeit häufiger ärztlicher Visiten und Beratungen, den Grad der Hilfsbedürftigkeit und die Notwendigkeit von Hilfen bei eingeschränkter Gehfähigkeit.

Den vorstehenden rechtlichen Grundsätzen folgend, steht danach gerade mit den letztgenannten Ausführungen im Anschluss an die schlüssigen und nachvollziehbaren o.a. Ausführungen bereits des MDK, an dessen Verwertbarkeit die Kammer auf der Grundlage der vorstehenden Ausführungen auch auf der Grundlage der weiteren Ausführungen der Frau Dr. med. D. und der Dipl.-Psychologin I., keinerlei Zweifel hegt, zur Überzeugung der Kammer fest, dass der vollstationäre Krankenhausaufenthalt des Versicherten R. im gesamten streitigen Zeitraum entgegen dem Krankenhaus auch unter weiterer Zugrundelegung der Krankengeschichte/Dokumentation selbst aus vorausschauender Sicht im vorgenannten, allein rechtlichen relevanten Sinne nicht notwendig war, da auch zur Überzeugung der Kammer

hier die o.a. besonderen Mittel eines Krankenhauses zur Behandlung des R., unabhängig davon, ob sie nun tatsächlich eingesetzt worden sind oder nicht, nicht notwendig waren, sondern stattdessen bei nach Aktenlage mit dem MDK hier auch tatsächlich vorliegender Rehabilitationsfähigkeit eine vollstationäre medizinische Rehabilitationsbehandlung in einer entsprechenden Fachklinik ausgereicht hätten, also vollstationäre Krankenhausbehandlungsnotwendigkeit im rechtlichen Sinne nicht vorgelegen hat.

Die grundsätzliche Möglichkeit einer Behandlung der o.a. Erkrankungen des R. auch im Rahmen einer vollstationären Rehabilitationsklinik wird bei alledem zunächst selbst vom Kläger und Frau Dr. med. D. sowie der Dipl.-Psychologin I. nicht bestritten. Bestritten wird vielmehr, dass dies ausreichend gewesen wäre.

Vergleicht man sodann den jeweils aktuellen Internetauftritt der Klinik für Stimm- und Spracherkrankungen A-Stadt (<http://www.klinik-a-stadt.de>) mit den Internetauftritten einschlägiger Rehabilitations-Fachkliniken, z.B. der Klinik F-Stadt (<http://www.klinik-f-stadt.de>), des Stimmheilzentrums G-Stadt (<http://www.klinik-g-stadt.de>) oder der HNO-Phoniatrie H-Stadt (<http://www.klinik-h-stadt.de>), werden hier jeweils die gleichen Krankheitsbilder mit jeweils identischem oder zumindest ähnlichen Behandlungsansätzen behandelt, auf eine gesamtkörperlich-orientierte interdisziplinäre, ganzheitlich ausgerichtete Therapie im multidisziplinären Behandler-Team abgestellt, entsprechende Fachabteilungen mit medizinisch-technischer Spezialausstattung für die phoniatrich-logopädische Diagnostik, Übungsbehandlungen und Physiotherapie bereitgestellt, wobei die Therapien mittels individueller Therapieplanerstellung auch in den vorgenannten Fachkliniken auf die jeweilige persönliche Situation der Patienten abgestellt werden, in Einzel- und/oder Gruppentherapie erfolgen und psychotherapeutische Begleitung der Behandlung immanent ist, dies auch in kognitiv-verhaltenstherapeutischer Einzelarbeit. Auch wird insoweit gerade auch eine umfassende Behandlung und Betreuung von Patienten angeboten, die - wie auch und gerade vorliegend - u.a. wegen beruflicher Überlastung oder Fehlbelastung der Stimme an Stimmstörungen leiden, wobei die ärztliche, auch einschlägig fachärztliche Begleitung selbstverständlich ist.

Insoweit ist die Kammer mit dem MDK überzeugt, dass auf der Grundlage der vorliegenden Krankengeschichte des R. auch nach den Ausführungen der Frau Dr. med. D. und denen der o.a. psychologischen Psychotherapeutin I. im Falle des R. die vollstationäre Behandlung des R. in einer solchen Fachklinik nicht nur grundsätzlich möglich, sondern auch insgesamt ausreichend gewesen wäre. Der besonderen Mittel eines Krankenhauses hätte es hier nicht bedurft, zumal eine auch psychiatrisch lediglich delegierte psychotherapeutische Behandlung z.B. als Behandlung von Komorbiditäten gerade nicht erfolgt ist, so dass auch und gerade eine diesbezügliche Behandlung in einem Akutkrankenhaus selbst im vorliegenden Einzelfall, auf den allein abzustellen ist, vorausschauend erkennbar rechtlich nicht begründet werden kann.

Im Sinne einer begleitenden Behandlung im Rahmen einer vollstationären medizinischen Rehabilitation mag dabei die hier erfolgte psychotherapeutische Behandlung mit Frau Dr. med. K. und Dr. med. L. selbst noch regelhaft gewesen sein; hier hat diese Behandlung wie im von der Kammer am selben Tag zwischen den Beteiligten entschiedenen weiteren Rechtsstreit [S 12 KR 254/09](#) - mit der fortschreitenden Dauer des Abrechnungsstreits zwischen den Beteiligten als Aufhänger für die streitige Behandlung und deren Notwendigkeit als vollstationärer Krankenhausbehandlung dann aber eine derartigen Eigendynamik entwickelt, dass sie mit den insoweit schlüssigen Ausführungen des MDK, zuletzt der Frau Dr. med. L., derart in den Vordergrund gerückt wird, dass sie außerhalb einer fachpsychiatrischen Mitbehandlung bei einem tatsächlich krankhaften Missverhältnis zwischen hoher beruflicher Beanspruchung und Alltagsbelastung sowie persönlichen Möglichkeiten auch zur Überzeugung der Kammer nicht mehr als regelhaft bezeichnet werden könnte. Gleichzeitig stellt sich die Frage, warum trotz entsprechender Gewichtigkeit die Krankengeschichte all dies selbst nicht nachvollziehbar ausweist, was die tatsächliche Gewichtung zumindest als Nachweis des Vorliegens von vollstationärer Krankenhausbehandlungsnotwendigkeit genauso in Frage stellt, wie die im Verlauf des Klageverfahren dann vorgelegte Nachdokumentation.

Die Klage war nach alledem abzuweisen, wobei auch eine Abrechnung der Behandlung als vollstationärer medizinischer Rehabilitationsmaßnahme nicht in Betracht kam, da es insoweit an einem Versorgungsvertrag nach [§ 111 SGB V](#) als unabdingbarer Anspruchsvoraussetzung hierfür fehlt.

Die Kostenentscheidung folgt den [§§ 197a, 183 SGG](#) i.V.m. [§ 154](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VWGO), nachdem [§ 193 Abs. 1 und 4 SGG](#) gemäß [§ 197a Abs. 1 Satz 1](#), 2. Halbsatz SGG hier keine Anwendung finden, da weder der Kläger noch die Beklagte zu dem in [§ 183 SGG](#) genannten, privilegierten Personenkreis gehören.

Berufungsausschlussgründe, die eine Entscheidung über die Zulassung der Berufung erforderlich gemacht hätten, liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2011-08-24