

S 12 KR 254/09

Land
Hessen
Sozialgericht
SG Kassel (HES)
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
12
1. Instanz
SG Kassel (HES)
Aktenzeichen
S 12 KR 254/09
Datum
18.05.2011
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 3 SF 41/13 RH
Datum
12.07.2013
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 vollstationären Krankenhausbehandlung der 1972 geborenen, im streitigen Zeitraum bei der Beklagten in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versicherten W. in der dortigen Klinik für Stimm- und Spracherkrankungen in der Zeit vom 29. Oktober bis 8. Dezember 2007 insgesamt 9.859,02 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 zwei Aufrechnungen der Beklagten vom 29. Dezember 2008 über insgesamt 9.957,04 EUR zu Grunde, nachdem die Beklagte die Kosten der Behandlung zunächst übernommen hatte, von ihr zur Notwendigkeit vollstationärer Krankenhausbehandlung dann jedoch zwei nach Aktenlage gefertigte Stellungnahmen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) eingeholt worden waren, die beide das Vorliegen vollstationärer Krankenhausbehandlungsnotwendigkeit auf Seiten der W. im gesamten Behandlungszeitraum verneint hatten.

Aufgenommen worden war die Behandlung der als Unternehmensberaterin tätigen W. als Krankenhausbehandlung schließlich vollstationär im Rahmen einer phoniatriisch-psychosomatischen Komplexbehandlung auf der Grundlage einer Verordnung von vollstationärer Krankenhausbehandlung der die Versicherte W. behandelnden Ärztin für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde vom 8. Oktober 2007 mit nuschehnder Stimme, wobei im Rahmen der Aufnahme diagnostisch von einer dissoziativen Bewegungsstörung, einer Dysphonie sowie psychologischen und Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Krankheiten ausgegangen worden war, wobei ausweislich eines Berichtes des Krankenhauses vom 29. November 2007 die Stimme als insgesamt kraftlos mit deutlicher Sprechanstrengung bezeichnet worden war. Gleichzeitig war ausgeführt worden, dass der hohe Leidensdruck und das ausgeprägte Krankheitsgefühl auf eine anteilig psychosomatische Ursache der Störung hinwiesen. Die HNO-ärztlichen Spiegeluntersuchungen bei der Aufnahme seien ohne Befund gewesen. Bei der Lupenlaryngo-Stroboskopie habe sich ein ausgeprägter Würgereflex gezeigt. Beim Aufblick auf die Stimmlippen sei deren Begrenzung regelrecht glatt gewesen. Bei der Phonation habe sich eine erhebliche Einengung des Kehlkopfs mit Annäherung von Epiglottis und Ary gezeigt sowie eine Anspannung der extralaryngealen Muskulatur. Die Stimmlippenschwingungen seien herabgesetzt gewesen. Festzustellen gewesen sei weiterhin eine nicht beurteilbare Randkantenverschieblichkeit. Zum Stimm- und Haltungsbefund war dann noch weiter ausgeführt worden, dass die Stimme kehlig geklungen habe, gequetscht, dünn und resonanzarm. Die Artikulation sei extrem eng gewesen, ebenso die Kieferweite. Die Artikulationsmuskulatur sei sehr angespannt gewesen, beim S-Laut habe ein Zungenanschlag an den Schneidezähnen festgestellt werden können. Das "R" sei gerollt worden, die Sprechweise sei insgesamt hastig und monoton gewesen. Bei der Atmung habe es sich um eine ausgesprochen schnappende Hochatmung gehandelt. Weiterhin festzustellen gewesen sei eine Nackenmuskelverspannung mit extrem fester Verkürzung; die Haltung sei eher schlaff gewesen, nach vorne gebeugt, das Sternum

eingesunken.

Zur Therapie und deren bisherigem Verlauf war schließlich im o.a. Bericht vom 29. November 2007 ausgeführt worden, dass W. täglich logopädische Einzeltherapie erhalte, die durch Wahrnehmungs- und koordinationsfördernde Bewegungstherapie in der Kleingruppe, durch Entspannungstherapie, Atemtherapie und autogenes Training unterstützt werde. Zusätzlich erhalte sie als nonverbale Psychotherapie Musiktherapie in der Gruppe und einzeln und psychotherapeutische Einzelgespräche. Der Therapiebeginn in der logopädischen Therapie habe sich äußerst schwierig gezeigt, da W. sehr unsicher gewesen sei, sich auf die Übungsinhalte nicht habe einlassen können, was sich dann jedoch allmählich gebessert habe, so dass sie im Weiteren dann auch anstatt mit Luftdruck mit Luftfluss habe arbeiten können, jedoch bei weiterhin stets angespannten Bauchdecken mit immer noch gepresster und diplophoner Sprechstimme. In der Übungssituation habe sich dann in der Phonation auch eine klare Stimme erarbeiten lassen, auf diese habe W. zunächst jedoch keinen Zugriff gehabt. In der auf Atmung und Stimmgebung ausgerichteten Bewegungstherapie habe eine ausgeprägte Schwäche der Körperwahrnehmung mit wenig Konzentrationsfähigkeit auf Körperzustände bestanden, so dass W. äußerst schwierig zu stabilisieren und nur zu sehr kleinen Fortschritten in der Lage gewesen sei. In der Psychotherapie werde an der Wahrnehmungseffizienz gearbeitet sowie an der Konzentrationsfähigkeit, die vor allem dadurch gestört sei, dass sich die Versicherte gleichzeitig auf zu viele Dinge konzentriere und außerdem zur Negativselektion neige. Insoweit benötige sie zur Stabilisierung ebenfalls intensive phoniatriisch-ärztliche Interventionen, wobei eine vollstationäre weiterer Intensivtherapie bis zum 8. Dezember 2007 für erforderlich erachtet worden war.

Insoweit waren die Kosten dann zwar zunächst nach Aktenlage auch in vollem Umfang von der Beklagten übernommen worden, Dr. med. B. hatte dann jedoch unter dem 16. April 2008 für den MDK ausgeführt, dass sich aus den ihm vorliegenden Unterlagen nicht erkennen lasse, weshalb die Behandlung zwingend unter stationären Bedingungen nach § 39 Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V) als Krankenhausbehandlung habe erfolgen müssen. Bei ausgeschöpfter ambulanter Behandlungsmöglichkeit hätte die Komplexbehandlung ebenso gut im Rahmen einer vollstationären medizinischen Rehabilitationsbehandlung, ggf. zu Lasten des Rentenversicherungsträgers, durchgeführt werden können. Eine geeignete Fachklinik hierfür wäre z.B. die C-Klinik in C-Stadt gewesen.

Dem trat das Krankenhaus im Weiteren durch die Chefärztin der Klinik für Stimm- und Spracherkrankungen, Dr. med. E., entgegen. Nach dortiger Sicht sei aus phoniatriisch-fachärztlicher Sicht vorliegend eine akutstationäre interdisziplinäre phoniatriisch-psychosomatische Intensivtherapie begründet gewesen. Insoweit wurde zunächst auf den Krankenhausentlassungsbericht vom 10. März 2008 verwiesen und darüber hinaus eine weitere Stellungnahme der vorgenannten Ärztin, ebenfalls vom 25. Juni 2008, in der diese ausführte, dass W. bei der Aufnahme schnell außer Atem gekommen sei, ständig ein Kloßgefühl im Hals gehabt habe, einen Räusperzwang und eine flache arrhythmische Ruheatmung. Sie habe eine ängstliche, überforderte innere Haltung gezeigt, einen hohen Leidensdruck gehabt und ein ausgeprägtes Krankheitsgefühl sowie von hoher innerer Unruhe berichtet, sei getrieben und ängstlich gewesen. Dabei hätten sich in allen Therapien zunächst eine große Abwehr und ein hohes Kontrollbedürfnis gezeigt. Die körperorientierten Therapien habe sie gestört und mit vielen Fragen und großem Erklärungsbedürfnis unterbrochen. Sie habe wenig Eigenwahrnehmung gezeigt und sich nichts zugetraut. Insbesondere der psychotherapeutischen Behandlung gegenüber sei sie reserviert und ablehnend gewesen. Es habe häufiger phoniatriisch-psychosomatischer Interventionen bedurft, um der Versicherten ihre Unsicherheit bewusst zu machen, ihr die Notwendigkeit der psychotherapeutischen Einzelbehandlung sowie Inhalt und Sinn der körperorientierenden Therapien zu erklären. Während des interdisziplinären Krankenhausaufenthaltes seien neben den häufigen phoniatriisch-psychosomatischen Interventionen acht psychotherapeutische Einzelgespräche und Musiktherapie in vier Einzel- und sechs Gruppentherapien erfolgt. Zum psychotherapeutischen Prozess sei auf den entsprechenden Therapiebericht zu verweisen. Die Versicherte habe diese intensive und interdisziplinäre Einzeltherapie nötig gehabt, um Zutrauen zu sich selbst und zu ihrer Kompetenz zu finden. Nur auf diese Weise habe sie bei unauffälligen anatomischen Verhältnissen von der hohen piepsigen Stimme sowie der flachen Hochatmung, der fehlenden Körperkontrolle, der schlaffen, die Atemräume einengenden Haltung sowie der hohen Anspannung im Bereich des Phonations- und Artikulationstraktes nach und nach abkommen können. Insbesondere dadurch, dass sie ständig versucht habe, alles gleichzeitig zu kontrollieren, sei sie unter Druck und damit in die Anspannung gelangt. Die Erkrankung, bestehend aus einer ausgeprägt gestörten Kommunikationsfähigkeit, einer Störung der Stimmfunktion, der Atmung und die enge angespannte Kieferhaltung, der ebenfalls gestörten Artikulation und der psychischen Belastung habe die Krankenhausbehandlung erfordert. Im Rahmen eines stationären Rehabilitationsaufenthaltes wäre nicht in dem Maße eine dem Krankheitsbild entsprechende Therapie erfolgt, der Krankheitsverlauf wäre womöglich insgesamt verlängert worden.

Vom HNO-Facharzt und Facharzt für Sozialmedizin F., war sodann für den MDK unter dem 12. September 2008 ausgeführt worden, dass aus HNO-fachärztlicher Sicht nach Durchsicht aller vorliegenden Unterlagen der Widerspruchsargumentation des Krankenhauses nicht gefolgt werden könne. Zum einen ergebe sich keineswegs eine wie geltend gemacht – völlige Dekompensation der Stimmfunktion, was eine akute Kommunikationsunfähigkeit implizieren würde; aus den Formulierungen sei eher zu entnehmen, dass die offensichtlich seit langem bestehenden Stimmprobleme mittlerweile zu einem großen Problem geworden seien und W. häufig auf die auffällige stimmliche Situation angesprochen worden sei. Es fänden sich darüber hinaus keinerlei Angaben über etwaige in Anspruch genommene ambulante fachliche Interventionsmaßnahmen, wobei bei einer tatsächlichen akuten Eskalation der klinischen Symptomatik, so beispielsweise zunächst die Inanspruchnahme einer logopädischen Therapie, ggf. mit auch längerer Herausnahme aus dem beruflichen Umfeld, z.B. durch die Feststellung einer Arbeitsunfähigkeit, möglich gewesen wäre. Aus der Gesamtkonstellation sei aus seiner Sicht allerdings davon auszugehen, dass seitens der einweisenden Ärztin unmittelbar die vollstationäre Versorgung in A-Stadt intendiert gewesen sei. Aus gutachterlicher Sicht sei es darüber hinaus sehr wohl nachvollziehbar, dass es möglicherweise Schwierigkeiten bereitet habe, der Versicherten die notwendigen Maßnahmen nachvollziehbar zu vermitteln. Allein eine schwierige Persönlichkeitsstruktur eines Versicherten stelle allerdings sicherlich keinen ausreichenden Grund für eine vollstationäre Akutkrankenhausbildung dar. Eine umfassende ärztliche bzw. therapeutische Zuwendung sollte vielmehr auch im ambulanten und vertraglichen Rahmen vorauszusetzen sein. Bei einer tatsächlich vorliegenden zusätzlichen psychosomatischen Störung habe darüber hinaus ebenso die Möglichkeit zur Inanspruchnahme einer fachkompetenten ambulanten vertraglichen Versorgung bestanden, so dass im Zusammenwirken unterschiedlichster Therapieansätze dem Beschwerdebild der Versicherten durchaus auch im ambulanten Rahmen grundsätzlich Rechnung zu tragen gewesen wäre. Sofern eine derartige ambulante Versorgung nachweislich erfolglos ausgeschöpft gewesen sei bzw. die medizinische Ausgangslage Verbesserungspotential ausschließlich im Rahmen einer intensivierten und somit vollstationären Maßnahme wahrscheinlich gemacht habe, bliebe aus gutachterlicher Sicht darüber hinaus festzustellen, dass im Vordergrund der gebotenen Therapie der Klinik Maßnahmen gestanden hätten, die allesamt im Rahmen einer spezifischen Rehabilitationsmaßnahme in ausreichendem Maße hätten angeboten werden können. Die eigentliche ärztlich-medizinische Behandlung sei sodann im vorliegenden Fall hingegen eher als ergänzende Leistung zu bewerten. Auch eine derartige "ärztliche Führung" sei selbstverständlich in ärztlich geleiteten Rehabilitationskliniken ohne jeden Zweifel

ebenso zu beanspruchen und werde dort natürlich auch vorgehalten. Die Notwendigkeit der vollstationären Akutkrankenhausbehandlung könne somit auch aus seiner Sicht nicht bestätigt werden. Bei vorliegender Voraussetzung für eine intensivisierte vollstationäre Versorgung wäre ein mehrwöchiger Aufenthalt in einer auf die Behandlung stimmgestörter Patienten spezialisierten Rehabilitationseinrichtung alternativ angezeigt gewesen, beispielhaft in den entsprechenden Kliniken in G-Stadt bzw. in H-Stadt.

Dies mit der Folge, dass die Beklagte gegenüber der Klinik unter dem 17. September 2008 am Nichtvorliegen von vollstationärer Krankenhausbehandlungsnotwendigkeit auf Seiten der W. im gesamten Behandlungszeitraum festhielt und das Krankenhaus zur Rückzahlung der bereits erstatteten Kosten in Höhe von 9.957,04 EUR aufforderte, ohne dass die Klinik dem im Weiteren nachkam, so dass schließlich am 29. Dezember 2008 die o.a. Aufrechnungen erfolgten.

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 im 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 schließlich am 22. Oktober 2009 Klage vor dem Sozialgericht in Kassel erhoben, mit der er im Anschluss an die erfolgten Aufrechnungen auf der Grundlage einer schriftlichen Ermächtigung des Geschäftsführers der gGmbH in gewillkürter Prozessstandschaft die insoweit offene Forderung zur Zahlung 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 der W. und deren tatsächlicher Erbringung im streitigen Zeitraum verweist der Kläger auf eine weitere Stellungnahme der Chefarztin der Klinik, Frau Dr. med. E., Fachärztin für HNO, Phoniatrie, Pädaudiologie und Sozialmedizin, vom 17. August 2009, in der diese ausführt, dass entgegen dem HNO-Facharzt F. die Kommunikationsfähigkeit der Klägerin bei der Krankenhausaufnahme stark beeinträchtigt gewesen sei. Es habe eine hauchige, piepsige Sprechstimme mit etwas beschleunigtem Sprechtempo, monotoner Sprechmelodie sowie arrhythmischen Sprechrhythmus und leiser Stimmdynamik bestanden. Die psychische Einstellung der Versicherten zu modifizieren, sei notwendig gewesen, da die ängstliche, kontrollierende Haltung der Versicherten bei dieser zu Überforderung und in der Konsequenz zu inneren Anspannung und zur gesamtmuskulären Anspannung geführt habe. Mit angespannter Muskulatur sei die Mitarbeit in der logopädischen Therapie und der Bewegungstherapie nicht möglich gewesen, da dies die Übernahme von Veränderungen von Bewegungsabläufen grundsätzlich behindere. Schließlich werde im Entlassungsschreiben vom 17. März 2008 und im Kostenübernahme- und Verlängerungsantrag vom 29. November 2007 dargelegt, inwiefern die Persönlichkeitsstruktur der Versicherten die Stimmstörung unterhalten und deren Therapie behindert habe. Auf die Negativbesetzung ihrer stimmlichen Leistungen durch die Versicherte sei ebenfalls nochmals hingewiesen. Um in den körperorientierenden Therapien zu Fortschritten zu gelangen, sei die Veränderung der psychischen Einstellung eine dringend notwendige Voraussetzung gewesen. Im Rahmen der Krankenhausbehandlung seien hierzu acht psychotherapeutische Einzelgespräche und Musiktherapien in vier Einzel- und sechs Gruppentherapien erfolgt. Die fachärztliche Führung der Versicherten sei u.a. notwendig gewesen, da diese zunächst abwehrend der Psychotherapie gegenübergestanden habe. Durch intensive fachärztliche Gesprächsinterventionen und im Rahmen von Stimmungseinbrüchen habe die Versicherte hierzu motiviert werden können. Die Schwere der Erkrankung mit ausgeprägter Einschränkung der stimmlichen Leistungsfähigkeit und der sich untereinander negativ beeinflussenden Krankheitsfaktoren habe zu einem komplexen Krankheitsbild geführt, welches die Krankenhausbehandlung erfordert habe. Nur im Rahmen der stationären Stimmheilintensivtherapie, die eine interdisziplinäre Behandlung von logopädischer, psychotherapeutischer, bewegungstherapeutischer Behandlung unter phoniatriisch-fachärztlicher Überwachung möglich machten, hätten sich gegenseitig verstärkende Therapieeffekte erzielen lassen. Insoweit sei gerade keine Behandlung erfolgt, wie sie in Rehabilitationskliniken üblich sei. Der Therapieerfolg, welcher mit den sich gegenseitig verstärkenden Therapieeffekten zu erreichen gewesen sei, hätte ebenfalls nicht mit ambulanter Versorgung erzielt werden können.

Die Beklagte hat anschließend an ihrer ablehnenden Haltung festgehalten. Vollstationäre Krankenbehandlungsnotwendigkeit habe im streitigen Zeitraum insgesamt nicht vorgelegen. Eine vollstationäre Krankenhausbehandlung im Sinne von [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) sei nicht erforderlich gewesen. Stattdessen seien lediglich Leistungen notwendig gewesen und erbracht worden, die rehabilitativen Charakter gehabt hätten und daher Leistungen gemäß [§ 40 SGB V](#) entsprochen hätten. Symptome, die hier einer akuten vollstationären Krankenhausbehandlung nach [§ 39 SGB V](#) bedurft hätten, würden nicht benannt. 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 dienten, 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. Mit dem MDK sei es nicht begründbar, warum die durchgeführte Behandlung nicht im Rahmen einer medizinischen 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 Krankengeschichte durch das Gericht hat die Beklagte diese durch den o.a. Facharzt für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde F. für den MDK auswerten lassen, wobei dieser in seiner schriftlichen Stellungnahme vom 16. März 2010 daran festhält, dass eine vollstationäre Krankenhausbehandlung nicht notwendig gewesen sei. Stationäre medizinische Rehabilitation hätte ausgereicht. Festzustellen sei dabei zunächst, dass die Versicherte nach Auswertung der vorgelegten medizinischen Dokumentation trotz des insgesamt 6-wöchigen Akutkrankenhausaufenthaltes zu keinem Zeitpunkt einem entsprechenden Facharzt für Psychiatrie oder Psychotherapie zur Erhebung einer fachspezifischen Diagnostik vorgestellt worden sei. Die entsprechende Diagnosestellung resultiere somit aus der Zusammenarbeit zwischen der Abteilungsärztin und den in dieser Abteilung tätigen psychologischen Psychotherapeutinnen. Entsprechende Befunderhebungen seien in der gesamten Akte ebenfalls nicht vorzufinden. Insoweit ergäben sich auch Zweifel hinsichtlich der Inhalte und der fachlichen Qualität der an zahlreichen Stellen der Krankenunterlagen formulierten "ärztlich/phoniatriisch/psychosomatischen Gespräche" bzw. immer wieder geltend gemachten "fachärztlichen Gesprächsinterventionen". Die nachvollziehbare, medizinisch-wissenschaftliche Grundlage, auf der solche Gespräche geführt worden seien, gehe darüber hinaus aus den zur Verfügung gestellten Dokumenten ebenfalls nicht hervor. Im Übrigen sei festzustellen, dass sich die Versicherte nach Ausstellung einer Überweisung ihrer HNO-Fachärztin vom 6. September 2007 am 12. September 2007 in der Klinik in A Stadt zur ambulanten Untersuchung vorgestellt habe. Als Ergebnis dieser Untersuchung sei dann die Empfehlung zur stationären Krankenhausbehandlung ergangen, die dann wiederum erst am 29. Oktober 2007 und somit fast acht Wochen nach der ursprünglichen Überweisung zum Tragen gekommen sei. Das seitens der Klinik wiederholt in den Mittelpunkt der Argumentation gestellte akute, schwere Krankheitsbild stelle sich dabei offensichtlich doch in einer etwas abgemilderten Form dar. Ein solches Intervall zwischen Indikationsstellung und Einleitung vermeintlich notwendiger akut-stationärer Krankenhausbehandlung wäre ansonsten wohl nicht mit üblichen medizinischen Standards erklärbar. Im Hinblick auf die sozialmedizinisch erforderliche Einschätzung, inwiefern die jetzt erfolgte mehrwöchige vollstationäre Behandlung als Krankenhausbehandlung zu interpretieren wäre, sei dann noch festzustellen, dass Pflegeeintragungen in der Krankengeschichte für den mehrwöchigen Behandlungszeitraum komplett fehlten, abgesehen von einem Hinweis auf eine im Bedarfsfalle einzusetzende Schmerzmedikation, wobei während des gesamten Aufenthaltes auch keine medikamentöse Therapie erfolgt sei und die wiederholt in den Vordergrund gestellte intensive ärztliche Versorgung in den medizinischen Unterlagen zum einen in Form von 21 "Handzeicheneintragungen in Behandlungsvordrucken" dokumentiert sei, zum anderen in Form von handschriftlichen Einträgen der Ärztin in der Fieberkurve. Die vorliegende Dokumentation beschränkte sich allerdings auf die Beschreibung der jeweils aktuellen Situation der Versicherten aus deren Sicht, ohne erkennbare fachkompetente, zielgerichtete ärztliche/psychosomatische oder psychotherapeutische Intervention. Eine etwas ausführlichere Dokumentation liege für lediglich drei Termine vor, wobei es sich einmal um den Aufnahmekontakt und einmal offensichtlich um die Abschlussbeurteilung handele mit der Formulierung weiterer Maßnahmen nach der Entlassung. Der dritte Kontakt enthalte ebenfalls keine differenzierte Dokumentation hinsichtlich einer intensivierten ärztlichen Intervention. Im Übrigen seien 29 logopädische Einzeltherapien, 16 Entspannungstherapien, 26 x Bewegungstherapie und acht Psychotherapien erfolgt. Das Bewegungsbad sei von der Versicherten während des Aufenthaltes insgesamt siebenmal in Anspruch genommen worden. Rotlichtanwendungen und Inhalationen seien in einer Häufigkeit von 61 Einzelanwendungen dokumentiert. Vor diesem Hintergrund sei aus dortiger Sicht und der Inhalte u.a. von [§ 107 SGB V](#) nach wie vor nicht davon auszugehen, dass die Kriterien einer Krankenhausbehandlung im Falle der Versicherten erfüllt worden seien. Vielmehr stelle sich die durchgeführte Maßnahme weiterhin als medizinische Rehabilitationsmaßnahme dar, da die bei der Versicherten gebotene Behandlung vorwiegend durch Anwendung von Heilmitteln usw. und sicherlich nicht vorwiegend durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistungen zu gewährleisten gewesen sei.

Der Kläger ist dem im Weiteren durch Vorlage einer erneuten Stellungnahme der Frau Dr. med. E. vom 16. März 2010 und einem psychotherapeutischen Verlaufsbericht der Dipl.-Psychologin und psychologischen Psychotherapeutin, I., für den Zeitraum vom 1. November bis 6. Dezember 2007 entgegengetreten, wozu die Beklagte schließlich eine weitere Stellungnahme des HNO-Facharztes F. vom 1. September 2010 vorgelegt hat, wonach aus dortiger Sicht die Mitberücksichtigung psychischer Auffälligkeiten noch keineswegs eine mehrwöchige vollstationäre Akutkrankenhausbearbeitung begründe und stattdessen zahlreiche dieser Störungen auch im ambulanten Setting versorgbar gewesen seien. Arzt-Patienten-Kontakte einschließlich körperlicher Untersuchungen seien sodann auch im Rahmen einer stationären Rehabilitationsmaßnahme üblich und schlossen dabei entsprechende Einflussnahmen auf den Behandlungsverlauf mit ein. Worin die inhaltlich, zeitlich und auf der Grundlage eines etablierten, strukturierten und fachlich fundierten therapeutischen Konzeptes nach wie vor nicht ausreichend differenziert belegten, besonderen Krankenhausleistungen während der "phoniatriisch-psychosomatischen Komplexbehandlung" im Unterschied zu einer solchen Behandlung in einer fachlich qualifizierten Rehabilitationsklinik bestanden hätten, sei danach weiter nicht nachvollziehbar.

Zur weiteren Aufklärung des Sachverhalts und zum Vorliegen vollstationärer Krankenhausbehandlungsnotwendigkeiten auf Seiten der Versicherten W. im streitigen Zeitraum vom 29. Oktober 2007 bis 8. Dezember 2007 hat das Gericht sodann ein schriftliches medizinisches Sachverständigengutachten in Auftrag gegeben, das der Facharzt für HNO-Heilkunde, Phoniatrie-Pädaudiologie, Professor Dr. med. K., und der Facharzt für HNO-Heilkunde, Neurochirurgie und ehemalige Chefarzt der HNO-Kliniken der Städtischen Krankenanstalten L-Stadt, Professor Dr. med. M., unter Auswertung der Krankengeschichte, der gesamten Gerichtsakte sowie der insgesamt wechselseitig vorgelegten weiteren Unterlagen schriftlich nach Aktenlage unter dem 28. Oktober 2010 erstellt haben, wobei nach Auffassung der gerichtlichen Sachverständigen auch im Rahmen eines Rehabilitationsaufenthaltes in einer geeigneten Einrichtung unter Hinzuziehung der entsprechenden Spezialärzte eine adäquate Therapie mit gleichem Therapieerfolg möglich gewesen wäre. Insoweit sehe man mit dem MDK eine tradierte Diagnostik und Therapie mit zum Teil fehlenden Einträgen über die Behandlung, wobei allein die Ausführungen der Klinik, dass im Rahmen eines stationären Rehabilitationsaufenthaltes, wie sie vom MDK empfohlen worden sei, nicht in dem Maße eine dem Krankheitsbild entsprechende Therapie erfolgt wäre und der Krankheitsverlauf insoweit insgesamt womöglich verlängert worden wäre, implizierten, dass eine Rehabilitationsbehandlung möglich gewesen wäre, da sämtliche im Konjunktiv geäußerten Forderungen zur vollstationären Therapie nicht beweisbar seien.

Wegen des weiteren Inhaltes des gerichtlichen Sachverständigengutachtens wird Bezug genommen auf Bl. 117 bis Bl. 122 der Gerichtsakte.

Der Kläger ist dem Gutachten durch Vorlage einer weiteren Stellungnahme der Frau Dr. med. E. vom 12. Januar 2011 entgegengetreten. Die Beklagte hat sich anschließend durch das gerichtliche Sachverständigengutachten bestätigt gesehen. Insoweit sei von einer primären Fehlbelegung auszugehen.

Der Kläger beantragt,
die Beklagte zu verurteilen, dem Kläger für die A. A-Stadt gGmbH aus Anlass der dortigen vollstationären Krankenhausbehandlung der Versicherten W. in der Zeit vom 29. Oktober bis 8. Dezember 2007 9.859,02 EUR zuzüglich Zinsen hieraus in Höhe von 5-Prozentpunkten

über dem jeweiligen Basiszinssatz der Europäischen Zentralbank seit dem 29. Dezember 2008 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, wobei vom abschließenden Streitgegenstand im Anschluss an die entsprechende Antragstellung des Klägers in der mündlichen Verhandlung dann allein noch der bereits um die Anschubfinanzierung der integrierten Versorgung nach [§ 140d SGB V](#) bereinigte Zahlbetrag in Höhe von 9.859,02 EUR erfasst wird.

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 ihrer Versicherten W. 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 - zumindest im Ergebnis - das die überzeugenden ausführlichen schriftlichen gutachterlichen Stellungnahmen des MDK, namentlich des HNO-Arztes F. bestätigende gerichtliche Sachverständigengutachten 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 also zu Recht erfolgt sind, wobei die A. A-Stadt gGmbH hier durch die o.a. Chefärztin Dr. med. E. und 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.

Selbst wenn mit dem Kläger die Qualität des gerichtlichen Sachverständigengutachtens nicht einem gewohnten Maßstab entsprechen sollte, bedurfte es dabei auch nicht der Einholung eines weiteren gerichtlichen Sachverständigengutachtens, wie vom Kläger in der mündlichen Verhandlung beantragt; dies bei alledem nämlich 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 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 genommene 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 i.V.m. 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 Krankenhausträger 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 Krankenhäufälle 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. E. und der Dipl.-Psychologin I., keinerlei Zweifel hegt, und im Ergebnis damit zunächst auch im Anschluss an das gerichtliche Sachverständigengutachten zur Überzeugung der Kammer fest, dass der vollstationäre Krankenhausaufenthalt der Versicherten W. 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 der W., 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 hätte, also vollstationäre Krankenhausbehandlungsnotwendigkeit im rechtlichen Sinne nicht vorgelegen hat.

Die grundsätzliche Möglichkeit einer Behandlung der o.a. Erkrankungen der W. auch im Rahmen einer vollstationären Rehabilitationsklinik wird bei alledem zunächst selbst vom Kläger und Frau Dr. med. E. 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 C-Stadt (<http://www.klinik-c-stadt.de>), des Stimmheilzentrums H-Stadt (<http://www.klinik-h-stadt.de>) oder der HNO-Phoniatrie G-Stadt (<http://www.klinik-g-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 phoniatriisch-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 eine umfassende Behandlung und Betreuung von Patienten angeboten, die - wie auch und gerade vorliegend - wegen u.a. 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 der W. auch nach den Ausführungen der Frau Dr. med. E. und denen der o.a. psychologischen Psychotherapeutin im Falle der W. die vollstationäre Behandlung der W. 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 dem MDK auch 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 206/09](#) - 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 derart in den Vordergrund gerückt wird, dass sie außerhalb einer fachpsychiatrischen Mitbehandlung bei einer tatsächlich krankhaften Persönlichkeitsstruktur 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.

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

Aus
Login
HES
Saved
2016-03-08