

S 8 KR 286/05

Land

Freistaat Sachsen

Sozialgericht

SG Leipzig (FSS)

Sachgebiet

Krankenversicherung

Abteilung

8

1. Instanz

SG Leipzig (FSS)

Aktenzeichen

S 8 KR 286/05

Datum

30.11.2006

2. Instanz

Sächsisches LSG

Aktenzeichen

-

Datum

-

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

Für psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche, die stationär in ein Krankenhaus aufgenommen worden sind, können bei zwischenzeitlicher
\"Entlassung\" in ihr häusliches Umfeld zur Belastungserprobung am

Wochenende keine als stationäre Behandlung nach der BpflV zu vergütende Krankenhausleistungen in Ansatz gebracht werden. Dies gilt
auch dann, wenn die Belastungserprobung am Wochenende Bestandteil der (stationären) psychiatrischen Therapie ist.

I. Die Klage wird abgewiesen.

II ... Kosten sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Streitig sind die Kosten für eine stationäre Krankenhausbehandlung.

Die Klägerin macht eine (Rest-)Zahlung von 622,73 EUR zuzüglich Zinsen für die Behandlung von ... D ..., ..., geltend, die sie im Wege der
Notfall-Aufnahme wegen akuter psychotischer Störung aufgenommen hatte. Die Patientin war bei ihr vom 14.05.2003 bis 24.06.2003 in
stationärer Behandlung. Sie hörte seit 3 Monaten Stimmen, zudem bestand Suizidgefahr. Diagnostiziert wurde ein klinisch-psychiatrisches
Syndrom, eine akute polymorphe psychotische Störung mit Symptomen einer Schizophrenie bei Verdacht auf eine posttraumatische
Belastungsstörung. Ferner fanden sich Entwicklungsrückstände in Form eines psychosozialen ERST bei anomaler Elternsituation, eine
niedrige Intelligenz, sowie eine Hörstörung mit beidseitigem Hochtonverlust.

Am 03.06.2003 sicherte die Beklagte die Kostenübernahme für die Krankenhausbehandlung zu.

Zwischenzeitlich befand sich die Patientin vom 07. bis 09.06.2003, 14. bis 15.06.2003 und 21. bis 22.06.2003 am Wochenende in ihrem
häuslichen Umfeld zur Belastungserprobung. Die Beklagte verweigert hierfür die Kostenübernahme und hat die Kosten für die Belastungserprobung bei "Entlassung am Wochenende" in Abzug gebracht.

Die Klägerin macht nunmehr im Klagewege die Differenz zwischen Endabrechnung und tatsächlicher Zahlung geltend. Die Höhe der
Verzugszinsen in Höhe von 2 vom Hundert über dem Basiszinssatz der Europäischen Zentralbank beruht auf einer Entgeltvereinbarung der
Beteiligten.

Sie macht im Wesentlichen geltend: Die Verweigerung der Kostenübernahme während der Belastungserprobungen stelle einen Eingriff in
die ärztliche Behandlung dar. Belastungserprobungen stellten ein Behandlungselement dar, das mit einer Kombination aus Psycho- und
Soziotherapie arbeite. Der Schritt von einer vollstationären Unterbringung in eine ta-gesklinische Behandlung sei noch zu groß. Erachte der
behandelnde Krankenhausarzt diese Maßnahme für erforderlich, gelte der "Beweis des ersten Anscheins". Eine Kostenverweigerung durch
die Krankenkasse sei nur dann gerechtfertigt, wenn aus einer "ex-ante-Sicht" dessen Entscheidung unvertretbar sei. Im Übrigen könne
dessen Entscheidung nur durch eine unverzügliche Begutachtung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) widerlegt
werden, an der es hier fehle. Belastungserprobungen bildeten den Teil einer einheitlichen stationären Krankenhausbehandlung, zumal die
Patienten nicht aus dem Krankenhausbetrieb ausgegliedert würden. Sie seien wesentliches Therapieinstrument und kein "Urlaub".
Währenddessen würden den Patienten auch Aufgaben im Rahmen ihres Therapiekonzeptes gestellt. Zum Belastungsaufbau sei es bei
psychiatrischen Patienten notwendig, sie Belastungssituationen auszusetzen. Diese machten aber nur außerhalb des Klinikgebäudes und
dessen therapeutischer Atmosphäre Sinn.

Belastungserprobungen hätten damit keine Unterbrechung der stationären Aufnahme zur Folge, sondern seien ein wichtiges Instrument der psychiatrischen Therapie, sie stellten ein wichtiges "Feedback" bei der Behandlung dar. Es handele sich um ein überrealistisches Planspiel zur Umsetzung und Kontrolle von Behandlungserfolgen, weil ein Einsatz in einer realen Umgebung unter realistischen Bedingungen erfolge. Durch Rückführung in das vertraute familiäre und soziale Umfeld, in Form einer langsamen Wiedereingliederung in das häusliche Milieu, werde dieses in die Therapie mit einbezogen; den Patienten sei aufgegeben, das Gelernte in die Praxis umzusetzen, in dem sie schrittweise in ihr normales Lebensumfeld integriert würden. Die Notwendigkeit gegenseitiger Kontaktaufnahme bestehe insbesondere am Wochenende, da die Familie dann zusammen sei und die notwendige Zeit füreinander erübrigen könne.

Sie halte – auch am Wochenende – ihr "Sicherheitsnetz" in Form von Klinikpersonal in ständiger Bereitschaft. Die Jugendlichen könnten mit gleicher Intensität auch am Wochenende durch sie betreut werden. Die Pflegekraft führe vor der "Entlassung am Wochenende" Gespräche über die Ziele der Maßnahme, erforderlichenfalls würde ein Arzt hinzugezogen. Nach Rückkehr am Wochenende würden Gruppen- und Einzelgespräche geführt, wobei die Ziele überprüft würden. Die "Beurlaubungen" seien keine Pause im Behandlungsverlauf, da dem Patienten jederzeit die Rückkehr möglich sei. Ärzte stünden den Patienten auch am Wochenende telefonisch zur Verfügung, sodass es um keine reine Verfügungsbereitschaft gehe. Systemische und sozio-psychiatrisch orientierte Therapieinhalte verkürzten insgesamt die Liegezeit.

Die Klägerin beantragt,

die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin einen Betrag in Höhe von 622,73 EUR nebst Zinsen in Höhe von 2 %-Punkten über dem Basiszinssatz aus einem Betrag von 215,07 EUR seit 28.06.2003 und aus einem weiteren Betrag von 407,66 EUR seit 23.08.2003 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Vergütet werde nicht die Therapie, sondern die vollstationäre Behandlung. Während der Belastungserprobungen seien die Patienten jedoch aus dem Stationsbetrieb ausgegliedert, mithin entlassen. Die Belastungserprobungen seien abrechnungstechnisch deswegen eine Beurlaubung, für die eine Regelung in der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) fehle. Daran ändere auch die Rufbereitschaft der Klägerin nichts. Bei Entlassungen am Wochenende handele es sich grundsätzlich um keine Berechnungstage, da sich die Patienten nicht im Krankenhaus aufhielten. Währenddessen seien sie vielmehr dem unmittelbaren Wirkkreis der Einrichtung bzw. des Behandlers entzogen. Die Wochenendbeurlaubungen stellten keinen stationären Krankenhausaufenthalt mehr dar, weil krankenhausspezifische Maßnahmen nicht zum Einsatz kämen. Dringende medizinische Gründe, die Beurlaubungen auf einen Samstag oder Sonntag zu beschränken, gäbe es nicht. Ärztliche/psychologische Maßnahmen in diesen Zeiträumen seien von untergeordneter Bedeutung, zumal essentielle Leistungen nicht erfolgten. Die zeitnah mit der Klägerin geführten Erörterungsgespräche zur abrechnungstechnischen Behandlung der streitigen Zeiträume während der Belastungserprobungen seien erfolglos geblieben.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Akteninhalt, eine Gerichtsakte sowie ein Verwaltungsvorgang der Beklagten und Krankenunterlagen der Klägerin, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Klage ist als echte Leistungsklage statthaft und zulässig (§ 54 Abs. 5 Sozialgerichtsgesetz (SGG)), weil es sich um eine Zahlungsklage im Gleichordnungsverhältnis handelt. Es bedarf mithin weder eines Vorverfahrens noch der Einhaltung einer Klagefrist (wie hier: BSG, Urteil vom 17.05.2000, Az: [B 3 KR 33/99 R](#)).

Die Klage ist jedoch unbegründet. Die Beklagte ist nicht verpflichtet, die von der Klägerin während der Belastungserprobung am Wochenende geltend gemachten Kosten für eine (fortdauernde) stationäre Unterbringung der bei der Beklagten versicherten ... D ... in Höhe von weiteren 622,73 EUR zuzüglich Zinsen zu übernehmen. Denn während der Belastungserprobung wurde keine als stationäre Behandlung abzurechnende Krankenhausleistung erbracht, die nach der BpflV zu vergüten wäre.

Versicherte haben Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Die Krankenbehandlung umfasst u. a. die Krankenhausbehandlung (§ 27 Abs. 1 Satz 1 und 2 Nr. 5 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V)). Gemäß § 39 Abs. 1 Satz 1 SGB V wird die Krankenhausbehandlung vollstationär, teilstationär, vor- und nachstationär (§ 115 a) sowie ambulant (§ 115 b) erbracht. Nach Satz 2 der Vorschrift haben Versicherte Anspruch auf vollstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus (§ 108), wenn die Aufnahme durch Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann.

Die Klägerin ist unstreitig ein zugelassenes Krankenhaus im Sinne des § 108 Nr. 3 SGB V, weil das Krankenhaus einen Versorgungsvertrag mit einem Verband der Beklagten abgeschlossen hat. Mit einem Versorgungsvertrag nach § 109 Abs. 1 SGB V wird das Krankenhaus für die Dauer des Vertrages zur Krankenhausbehandlung der Versicherten zugelassen. Das zugelassene Krankenhaus ist im Rahmen seines Versorgungsauftrages zur Krankenhausbehandlung (§ 39) der Versicherten verpflichtet.

Die Krankenkassen sind verpflichtet, unter Beachtung der Vorschriften dieses Gesetzbuchs mit dem Krankenträger Pflegesatzverhandlungen nach Maßgabe des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, des Krankenhausentgeltgesetzes und der Bundespflegesatzverordnung zu führen (§ 109 Abs. 4 Satz 1 bis 3 SGB V). Nach der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) werden die vollstationären und teilstationären Leistungen der Krankenhäuser vergütet (§ 1 Abs. 1 BpflV). Krankenhausleistungen nach § 1 Abs. 1 sind insbesondere ärztliche Behandlungen, Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, die für die Versorgung im Krankenhaus notwendig sind, sowie Unterkunft und Verpflegung; sie umfassen allgemeine Krankenhausleistungen und Wahlleistungen (§ 2 Abs. 1 Satz 1 BpflV). Allgemeine Krankenhausleistungen sind nach Maßgabe des § 2 Abs. 2 BpflV die Krankenhausleistungen, die unter Berücksichtigung

der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung des Patienten notwendig sind. Die Pflegesätze für allgemeine Krankenhausleistungen sind für alle Benutzer des Krankenhauses einheitlich zu berechnen und dürfen nur im Rahmen des Versorgungsauftrags (ausgenommen: die Behandlung von Notfallpatienten) berechnet werden (§ 14 Abs. 1 BpflV). Die Abteilungs-pflegesätze und der Basispflegesatz sowie die entsprechenden teilstationären Pflegesätze werden für den Aufnahmetag und jeden weiteren Tag des Krankenhausaufenthalts berechnet (Berechnungstag); der Entlassungs- oder Verlegungstag, der nicht zugleich Aufnahme-tag ist, wird nur bei teilstationärer Behandlung berechnet (§ 14 Abs. 2 BpflV).

Im Unterschied zur ambulanten Behandlung ist der Patient bei stationärer Versorgung physisch und organisatorisch in das spezifische Versorgungssystem eines Krankenhauses eingegliedert (wie hier: Wagner, Soziale Krankenversicherung/Pflegeversicherung, § 39 Rdnr. 4 EL 33). Hierbei resultiert die grundsätzliche Zahlungsverpflichtung der Beklagten - unabhängig von einer etwaigen Kostenzusage - bereits aus dem Sachleistungsprinzip. Nach § 2 Abs. 2 SGB V erhalten die Versicherten die Leistungen als Sach- und Dienstleistungen, soweit dieses oder das Neunte Buch nichts Abweichendes vorsehen. Nach Satz 3 der Bestimmung schließen die Krankenkassen über die Erbringung der Sach- und Dienstleistungen nach den Vorschriften des Vierten Kapitels Verträge mit den Leistungserbringern.

Der Behandlungspflicht der zugelassenen Krankenhäuser im Sinne des § 109 Abs. 4 Satz 2 SGB V steht damit ein Vergütungsanspruch gegenüber, der auf der Grundlage der gesetzlichen Ermächtigung in §§ 16 f Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) nach Maßgabe der BpflV in der Pflegesatzvereinbarung zwischen Krankenträgern und Krankenkasse festgelegt wird (BSG, Urteil vom 23.07.2002, Az: [B 3 KR 64/01 R](#)). Mit der Krankenhausbehandlung durch einen zugelassenen Leistungserbringer wird somit der Sachleistungsanspruch des Versicherten realisiert (vgl. § 2 Abs. 2 SGB V). Zugleich wird konkludent über dessen konkreten Leistungsanspruch entschieden. Solange die Krankenkasse gegenüber dem Versicherten schweigt, muss diese die Entscheidung gegen sich gelten lassen. Nachträgliche Einwendungen gegen ihre Leistungspflicht kann sie, ausgenommen im Falle des Missbrauchs durch den Versicherten, nur im Verhältnis zum Leistungserbringer geltend machen (BSG, in: Breithaupt 1997, 16). Eine - in Form einer stationären Behandlung zu vergütende - Sachleistung (Krankenhausleistung) im Sinne des § 1 Abs. 1 BpflV hat die Klägerin im streitigen Zeitraum jedoch nicht erbracht.

Die bloße Verordnung von Belastungserprobungen am Wochenende (als Bestandteil der stationären Therapie) vermag allein noch keinen Vergütungsanspruch zu begründen. Wenngleich die Verordnung durch einen Vertragsarzt, ausgenommen Notfälle, Voraussetzung für die von der Krankenkasse geschuldete Krankenhausbehandlung ist, ist die Therapiefreiheit des Krankenhausarztes - worauf die Klägerin zu Recht hinweist - dadurch grundsätzlich nicht eingeschränkt. Vielmehr bleibt es diesem überlassen, über Art und Erforderlichkeit der Krankenhausbehandlung selbst zu entscheiden (BSG, Urteil vom 17.05.2000, Az: [B 3 KR 33/99 R](#)).

Hierbei hat das Krankenhaus eigenverantwortlich zu prüfen, ob eine Krankenhausbehandlung notwendig ist. Dies geht insbesondere aus § 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V hervor. Es darf sich insoweit ggf. auch nicht auf die Beurteilung des Vertragsarztes verlassen, weil die Therapiefreiheit des Krankenhausarztes, auch nicht durch Verordnung des Vertragsarztes, eingeschränkt ist (wie hier: BSG, Urteil vom 17.05.2000, Az: [B 3 KR 33/99 R](#)). Das bedeutet, dass sich die erforderliche Behandlung nach der Art der Erkrankung mit Aussicht auf Erfolg nur in einem Krankenhaus mit dessen besonderen Mitteln durchführen lässt. Ähnlich wie bei der Prüfung der Erforderlichkeit von Rehabilitationsleistungen gilt damit auch insoweit ein "gestuftes System" (vgl. dazu auch: SG Leipzig, Urteil vom 04.07.2006, Az: S 8 KR 6/05). Für die stationäre Behandlung ist damit entscheidend, dass sich eine Behandlung mit den spezifischen Mitteln des Krankenhauses als erforderlich erweist. Ob die Krankenhausbehandlung tatsächlich erforderlich ist, entscheidet zunächst deshalb der verantwortliche Krankenhausarzt. Die stationäre Aufnahme der Versicherten war hier unstrittig im Wege der Notfall-Aufnahme medizinisch geboten gewesen.

Nach § 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V iVm der Pflegesatzvereinbarung ist die Krankenkasse jedoch nur verpflichtet, die vereinbarten Entgelte zu zahlen, wenn die Versorgung im Krankenhaus erforderlich ist (§ 39 SGB V). Als Teil der Krankenhausbehandlung im Sinne des § 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V muss sie notwendig sein, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Für den Fall, dass kostengünstigere Behandlungsformen ausgereicht hätten, hätte ein Anspruch auf stationäre Krankenhausbehandlung nicht bestanden. Nur dann, wenn sich die Entscheidung des Krankenhausarztes nach seinen jeweiligen Erkenntnismöglichkeiten als nicht vertretbar herausstellt, entfällt die Zahlungspflicht der Krankenkasse für die stationäre Versorgung eines Versicherten (BSG, Urteil vom 13.12.2001, Az: [B 3 KR 11/01 R](#); Schleswig-Holsteinisches LSG, Urteil vom 22.03.2006, Az: [L 5 KR 160/04](#)).

Der Krankenkasse ist dafür ein eigenständiges Überprüfungsrecht eingeräumt. Zwar ergibt sich aus § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V, dass die Krankenkassen lediglich in gesetzlich bestimmten Fällen oder wenn es nach Art, Schwere, Dauer oder Häufigkeit der Erkrankung oder nach dem Krankheitsverlauf erforderlich ist, die Verpflichtung trifft, zur Einleitung von Leistungen zur Teilhabe, insbesondere zur Koordinierung der Leistungen und Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger nach den §§ 10 bis 12 des Neunten Buches, im Benehmen mit dem behandelnden Arzt, eine gutachterliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) einzuholen. Gleichwohl ist die Krankenkasse trotz des engen Wortlautes der Bestimmung berechtigt, alle Leistungsarten des § 11 SGB V zu überprüfen. Die Überprüfung der Leistungen erfasst hierbei alle im Zusammenhang mit der Leistungsgewährung relevanten medizinischen Fragen. Insbesondere ist neben den beispielhaft angesprochenen (medizinischen) Leistungsvoraussetzungen auch zu prüfen, unter welchen Gesichtspunkten welche Leistung dem Grunde und der Höhe nach angezeigt ist. Hierbei soll die gutachterliche Stellungnahme des MDK dazu beitragen, aus der breiten Palette der Ansprüche aus der gesetzlichen Krankenversicherung dem Versicherten die aus medizinischer Sicht optimale und zugleich wirtschaftlichste Leistung bereitzustellen (ebenso: Baier, in: Krauskopf, a.a.O., § 275 Rdnr. 6 EL 47).

In erweiternder Auslegung des Gesetzeswortlautes des § 275 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V ist damit den Krankenkassen das Recht zuzubilligen, eine Krankenhausabrechnung auch rechnerisch bzw. sachlich zu überprüfen, selbst wenn ihrem Wortlaut nach die Vorschrift lediglich die Überprüfung der Wirtschaftlichkeit der Leistungen beinhaltet. Denn die Abrechnungsüberprüfung wird vom Regelungsgehalt der Vorschrift mit umfasst, weil sie der dort geregelten Wirtschaftlichkeitsprüfung notwendigerweise vorgeschaltet ist (wie hier: BSG, Urteil vom 23.07.2002, [a.a.O.](#); vgl. auch: SG Leipzig, Urteil vom 26.01.2006, Az: [S 8 KR 277/05](#), veröff. in "juris").

Hiergegen spricht auch nicht die zuvor genannte "Einschätzungsprärogative" des Krankenhausarztes. Denn die Krankenkasse ist berechtigt, nach der Krankenhausaufnahme die Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit zu überprüfen und davon eine Kostenübernahmeerklärung abhängig zu machen (vgl.: BSG, Urteil vom 17.05.2000, Az: [B 3 KR 33/99 R](#)). Andernfalls hätte es der gesetzlichen Einschränkung, wonach

eine vollstationäre Kran-kenhausbehandlung nur bei medizinischer Erforderlichkeit gerechtfertigt ist (§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V) und der Krankenkasse in Zweifelsfällen über den MDK das Recht der Ü-berprüfung zusteht (§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V), nicht bedurft. Bei Zweifeln an der Erforderlichkeit der Krankenhausbehandlung ist der MDK einzuschalten (vgl. auch: § 276 Abs. 4 SGB V, sowie SG Leipzig, Urteil vom 26.01.2006, Az: [S 8 KR 539/04](#), veröff. in "ju-ris").

Vorliegend stand indes nicht die medizinische Einschätzung des Krankenhausarztes bei stationärer Aufnahme der Patienten in Streit, sondern die Vergütung für die zwischenzeitliche Entlassung zur Belastungserprobung am Wochenende. Die Therapiemaßnahmen selbst, bzw. der diesen zu Grunde liegende Behandlungsplan des Krankenhausarztes, sind nicht als stationäre Behandlungs-/Unterbringungskosten von der Beklagten zu übernehmen.

Nach den Kriterien der gesetzlichen Krankenversicherung ist für die Notwendigkeit stationärer Unterbringung und Behandlung darauf abzustellen, ob – wie aufgezeigt – die spezifischen Mittel des Krankenhauses erforderlich sind, um das Behandlungsziel zu erreichen. Dies mag zwar auch für die Belastungserprobungen am Wochenende gegolten haben, worauf der in der mündlichen Verhandlung anwesende Chefarzt der Klägerin, Dr. ..., überzeugend hingewiesen hatte. Gleichwohl steht der Klägerin während dieses Zeitraums nicht in gleichem Maße wie bei der stationären Behandlung im Krankenhaus ein Vergütungsanspruch zu; denn die betroffenen Patienten sind dann nicht (mehr) in das spezifische Versorgungssystem des Krankenhauses integriert. Für die Belastungserprobungen am Wochenende bedurfte es insoweit nicht des Einsatzes der spezifischen Mittel des Krankenhauses. Vielmehr hat die Klägerin selbst eingeräumt, dass die Belastungserprobungen am Wochenende die Patienten in die Lage versetzten sollten, in ihrem normalen familiären Lebensumfeld das während der Therapie im Krankenhaus Erlernte in die Praxis umzusetzen. Selbst wenn die Belastungserprobung am Wochenende als Bestandteil der Therapie medizinisch notwendig gewesen ist, scheitert eine Kostenübernahme für eine stationäre Behandlung bereits daran, dass während dieses Zeitraumes eine stationäre Unterbringung nicht erfolgt war. Eine Versorgung "im Krankenhaus" selbst fand insofern nicht statt (vgl. § 2 Abs. 1 i.V.m. § 1 BPflV).

Nach der Rechtsprechung des 3. Senats des Bundessozialgerichts, der sich das erkennende Gericht anschließt (vgl. BSG, Urteil vom 04.03.2004, Az: [B 3 KR 4/03 R](#)), kann bei bestehenden Abgrenzungsschwierigkeiten von vollstationärer, teilstationärer und ambulanter Krankenhausbehandlung nur vom Merkmal der Aufenthaltsdauer ausgegangen werden. Demzufolge liegt eine stationäre Behandlung vor, wenn eine physische und organisatorische Eingliederung des Patienten das spezifische Versorgungssystem des Krankenhauses gegeben ist, die sich zeitlich über mindestens einen Tag und eine Nacht erstreckt. Hierbei ist von der geplanten Krankenhausaufenthaltsdauer auszugehen. Die Planung der Klägerin sah indes nach deren Therapiekonzept bei psychischer Stabilisierung der Patienten eine Unterbrechung der stationären Unterbringung vor, die demzufolge auch nicht vergütet werden kann.

Hier hat sich zwar insgesamt die Krankenhausaufenthaltsdauer auf den kostenmäßig geltend gemachten Gesamtzeitraum erstreckt; dieser war jedoch insoweit durch die Belastungserprobungen am Wochenende unterbrochen. Die Patienten waren während dieser Zeit nicht mehr planmäßig in das Versorgungssystem des Krankenhauses integriert. Vielmehr waren sie in diesem Zeitraum aus stationärer Behandlung "entlassen", selbst wenn deren Wiederaufnahme nach der Belastungserprobung Bestandteil des Therapieplanes war. Auch nach eigenem Vorbringen der Klägerin kam eine "Entlassung am Wochenende" nur bei insoweit psychisch gefestigten Patienten in Betracht, das heißt nur bei denjenigen, bei denen nach psychischer Stabilisierung probeweise eine Rückführung in das häusliche Milieu möglich war. Für diesen probeweisen Zeitraum war eine stationäre Unterbringung mithin nicht mehr im Sinne des § 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V "erforderlich". Die Notwendigkeit/Erforderlichkeit der Krankenhausbehandlung ist indes ein objektives Tatbestandsmerkmal (BSG, Beschluss vom 03.08.2006, Az: [B 3 KR 1/06 S](#)).

Wenngleich die Belastungserprobung am Wochenende Bestandteil des Therapieplanes der Klägerin gewesen ist, fehlt es ferner am Merkmal der stationären Behandlung mit den spezifischen Mitteln des Krankenhauses. Hierbei war allerdings zu berücksichtigen, dass bei psychiatrischen Erkrankungen grundsätzlich der Einsatz krankenhausspezifischer Geräte in den Hintergrund tritt und allein der notwendige Einsatz von Ärzten, therapeutischen Hilfskräften und des Pflegepersonals sowie die Art der Medikation die Notwendigkeit einer stationären Behandlung zu begründen vermag ([BSGE 94, 161](#) (164 f)).

Dass die Patienten gleichwohl noch in diesem Zeitraum Leistungen des Krankenhauses bei "Notfällen" in Anspruch nehmen konnten, weil die Klägerin auch am Wochenende den Patienten durch jederzeit geschultes Pflegepersonal und Ärzte zur Verfügung gestellt und ihnen erforderlichenfalls auch eine stationäre Unterbringung angeboten habe, begründet noch nicht die Notwendigkeit stationärer Behandlung. Für die Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung wird weder eine apparative Mindestausstattung, noch geschultes Pflegepersonal oder ein jederzeit präsenter bzw. rufbereiter Arzt verlangt; für die Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung wird weder der Einsatz aller dieser Mittel gefordert noch stets als ausreichend angesehen. Vielmehr ist eine Gesamtbetrachtung vorzunehmen (BSG, Beschluss vom 03.08.2006, Az: [B 3 KR 1/06 S](#)).

Die Klägerin hat aber während der Belastungserprobungen am Wochenende für die Patienten keine tatsächlichen Leistungen "erbracht", die nach der BPflV abrechnungsfähig wären. Nach dem vorgenannten Sachleistungsprinzip war die Krankenkasse nur verpflichtet, die in den Zeiträumen der Krankenhausbehandlung von der Klägerin erbrachten Leistungen – wie geschehen – abzurechnen, nicht jedoch die bereitgestellten personellen und rechtlichen Mittel im Wege einer Notfall-Bereitschaft am Wochenende; denn Grundvoraussetzung für den Vergütungsanspruch eines zugelassenen Krankenhauses für eine stationäre Behandlung nach § 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V nach Maßgabe der Vorschriften des KHG und der BPflV ist, dass eine voll- oder teilstationäre Behandlung tatsächlich stattgefunden hat. Daran fehlt es hier.

Demgegenüber lässt sich auch nicht auf eine "finale Betrachtungsweise" abstellen, und zwar dergestalt, dass die Belastungserprobung insgesamt als Bestandteil der (stationären) Therapie die Gesundung der Patienten bezweckt habe. Im Übrigen hat das Bundessozialgericht eine finale Betrachtung im anderen Zusammenhang und auf einem anderen Rechtsgebiet angestellt (vgl.: Urteil vom 14.12.1994, Az: [4 RK 1/93](#)), d. h. hinsichtlich der Versicherungspflicht von Beschäftigten in Behindertenwerkstätten, sodass diese Entscheidung auf den vorliegenden Fall nicht übertragbar ist.

Dass sich die Beklagte mit Kostenübernahmeerklärung vom 03.06.2003 zur Übernahme der stationären Behandlungs- und Unterbringungskosten bereit erklärt hatte, berechtigt allein noch nicht zur Abrechnung der Kosten auch während der Belastungserprobung; denn der Vergütungsanspruch des Krankenhauses entsteht in Fällen der medizinisch erforderlichen Krankenhausbehandlung unabhängig

von einer Kostenübernahmeerklärung der Krankenkasse. Diese hat keine konstitutive Bedeutung, sondern lediglich eine beweisrechtliche Funktion (wie hier: BSG, Urteil vom 28.09.2006, Az: [B 3 KR 23/05 R](#)).

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197 a](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG). Da die nicht zum privilegierten Personenkreis nach [§ 183 SGG](#) gehörende Klägerin im Rechtsstreit unterlegen war, behält sie die Kosten auf sich selbst.

Rechtskraft

Aus

Login

FSS

Saved

2007-04-04