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 Behand-lung 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 Ver-dacht auf eine posttraumatische Belastungsstörung. Ferner fanden sich Entwicklungsrück-stände 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 Krankenhausbehand-lung 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 Belas-tungserprobung 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 Entgeltvereinba-rung der Beteiligten.

Sie macht im Wesentlichen geltend: Die Verweigerung der Kostenübernahme während der Belastungserprobungen stelle einen Eingriff in die ärztliche Behandlung dar. Belastungser-probungen 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 Kostenverwei-gerung 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 ver-traute familiäre und soziale Umfeld, in Form einer langsamen Wiedereingliederung in das häusliche Milieu, werde dieses in die Therapie mit einbezogen; den Patienten sei aufgege-ben, das Gelernte in die Praxis umzusetzen, in dem sie schrittweise in ihr normales Le-bensumfeld 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 Wochen-ende 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 Behandlungsver-lauf, da dem Patienten jederzeit die Rückkehr möglich sei. Ärzte stünden den Patienten auch am Wochenende telefonisch zur Verfügung, sodass es um keine reine Verfügungsbe-reitschaft 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 Wochen-ende handele es sich grundsätzlich um keine Berechnungstage, da sich die Patienten nicht im Krankenhaus aufhielten. Währenddessen seien sie vielmehr dem unmittelbaren Wirk-kreis der Einrichtung bzw. des Behandlers entzogen. Die Wochenendbeurlaubungen stell-ten keinen stationären Krankenhausaufenthalt mehr dar, weil krankenhausspezifische Maß-nahmen 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 Belastungs-erprobungen seien erfolglos geblieben.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Aktenin-halt, eine Gerichtsakte sowie ein Verwaltungsvorgang der Beklagten und Krankenunterla-gen der Klägerin, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind, Bezug ge-nommen.

Entscheidungsgründe:

Die Klage ist als echte Leistungsklage statthaft und zulässig (§ 54 Abs. 5 Sozialgerichtsge-setz (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 Belas-tungserprobung wurde keine als stationäre Behandlung abzurechnende Krankenhausleis-tung 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 Krankheitsbe-schwerden 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 voll-stationär, teil-stationär, vor- und nach-stationär (§ 115 a) sowie ambulant (§ 115 b) erbracht. Nach Satz 2 der Vorschrift haben Versicherte Anspruch auf voll-stationäre Behandlung in einem zugelassenen Kran-kenhaus (§ 108), wenn die Aufnahme durch Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teil-stationäre, vor- und nach-stationäre oder am-bulante 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 abge-schlossen hat. Mit einem Versorgungsvertrag nach § 109 Abs. 1 SGB V wird das Kran-kenhaus für die Dauer des Vertrages zur Krankenhausbehandlung der Versicherten zuge-lassen. 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 Krankenhausträger Pflegesatzverhandlungen nach Maßgabe des Krankenhausfi-nanzierungsgesetzes, des Krankenhausentgeltgesetzes und der Bundespflegesatzverord-nung zu führen (§ 109 Abs. 4 Satz 1 bis 3 SGB V). Nach der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) werden die voll-stationären und teil-stationären 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 Verpfle-gung; 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 einheit-lich 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 teil-stationären Pflegesätze werden für den Aufnahmetag und jeden weiteren Tag des Krankenhausaufenthalts berech-net (Berechnungstag); der Entlassungs- oder Verlegungstag, der nicht zugleich Aufnahme-tag ist, wird nur bei teil-stationärer Behandlung berechnet (§ 14 Abs. 2 BPflV).

Im Unterschied zur ambulanten Behandlung ist der Patient bei stationärer Versorgung phy-sisch und organisatorisch in das spezifische Versorgungssystem eines Krankenhauses ein-gegliedert (wie hier: Wagner, Soziale Krankenversicherung/Pflegeversicherung, § 39 Rdnr. 4 EL 33). Hierbei resultiert die grundsätzliche Zahlungsverpflichtung der Beklagten - un-abhängig 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 Be-stimmung schließen die Krankenkassen über die Erbringung der Sach- und Dienstleistun-gen 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 gesetzli-chen Ermächtigung in §§ 16 f Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) nach Maßgabe der BPflV in der Pflegesatzvereinbarung zwischen Krankenhausträgern und Krankenkasse festgelegt wird (BSG, Urteil vom 23.07.2002, Az: B 3 KR 64/01 R). Mit der Kranken-hausbehandlung durch einen zugelassenen Leistungserbringer wird somit der Sachleis-tungsanspruch des Versicherten realisiert (vgl. § 2 Abs. 2 SGB V). Zugleich wird konklu-dent über dessen konkreten Leistungsanspruch entschieden. Solange die Krankenkasse gegenüber dem Versicherten schweigt, muss diese die Entscheidung gegen sich gelten las-sen. 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 Behand-lung 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, Vorausset-zung für die von der Krankenkasse geschuldete Krankenhausbehandlung ist, ist die Thera-piefreiheit des Krankenhausarztes – worauf die Klägerin zu Recht hinweist – dadurch grundsätzlich nicht eingeschränkt. Vielmehr bleibt es diesem überlassen, über Art und Er-forderlichkeit 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 Krankenhausbehand-lung 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 be-deutet, 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 un-streitig 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 Krankenbehandlung 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 Entschei-dung 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 be-stimmten 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 Zusam-menarbeit der Rehabilitationsträger nach den §§ 10 bis 12 des Neunten Buches, im Be-nehmen 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 (eben-so: 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 Ab-rechnungsüberprüfung 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 Kran-kenhausarztes. Denn die Krankenkasse ist berechtigt, nach der Krankenhausaufnahme die Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit zu überprüfen und davon eine Kostenübernah-meerklärung 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 Erfor-derlichkeit 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 zwischenzeitli-che 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 überneh-men.

Nach den Kriterien der gesetzlichen Krankenversicherung ist für die Notwendigkeit statio-närer Unterbringung und Behandlung darauf abzustellen, ob – wie aufgezeigt – die spezifi-schen Mittel des Krankenhauses erforderlich sind, um das Behandlungsziel zu erreichen. Dies mag zwar auch für die Belastungserprobungen am Wochenende gegolten haben, wor-auf der in der mündlichen Verhandlung anwesende Chefarzt der Klägerin, Dr ..., über-zeugend hingewiesen hatte. Gleichwohl steht der Klägerin während dieses Zeitraums nicht in gleichem Maße wie bei der stationären Behandlung im Krankenhaus ein Vergütungsan-spruch zu; denn die betroffenen Patienten sind dann nicht (mehr) in das spezifische Ver-sorgungssystem des Krankenhauses integriert. Für die Belastungserprobungen am Wo-chenende bedurfte es insoweit nicht des Einsatzes der spezifischen Mittel des Krankenhau-ses. Vielmehr hat die Klägerin selbst eingeräumt, dass die Belastungserprobungen am Wo-chenende die Patienten in die Lage versetzten sollten, in ihrem normalen familiären Le-bensumfeld das während der Therapie im Krankenhaus Erlernte in die Praxis umzusetzen. Selbst wenn die Belastungserprobung am Wochenende als Bestandteil der Therapie medi-zinisch notwendig gewesen ist, scheitert eine Kostenübernahme für eine stationäre Be-handlung 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 beste-henden Abgrenzungsschwierigkeiten von voll-stationärer, teil-stationärer und ambulanter Krankenhausbehandlung nur vom Merkmal der Aufenthaltsdauer ausgegangen werden. Demzufolge liegt eine stationäre Behandlung vor, wenn eine physische und organisatori-sche 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 gel-tend gemachten Gesamtzeitraum erstreckt; dieser war jedoch insoweit durch die Belas-tungserprobungen 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 de-nen 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 Notwendig-keit/Erforderlichkeit der Krankenhausbehandlung ist indes ein objektives Tatbestands-merkmal (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 spe-zifischen 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 Hilfs-kräften 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 Kran-kenhausbehandlung wird weder eine apparative Mindestausstattung, noch geschultes Pfle-gepersonal oder ein jederzeit präsenter bzw. rufbereiter Arzt verlangt; für die Notwendig-keit 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 Patien-ten keine tatsächlichen Leistungen "erbracht", die nach der BPflV abrechnungsfähig wä-ren. Nach dem vorgenannten Sachleistungsprinzip war die Krankenkasse nur verpflichtet, die in den Zeiträumen der Krankenhausbehandlung von der Klägerin erbrachten Leistun-gen – wie geschehen – abzurechnen, nicht jedoch die bereitgestellten personellen und rechtlichen Mittel im Wege einer Notfall-Bereitschaft am Wochenende; denn Grundvor-aussetzung für den Vergütungsanspruch eines zugelassenen Krankenhauses für eine statio-näre 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 stattge-funden 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 Bundessozialge-richt eine finale Betrachtung im anderen Zusammenhang und auf einem anderen Rechtsge-biet angestellt (vgl.: Urteil vom 14.12.1994, Az: 4 RK 1/93), d. h. hinsichtlich der Versi-cherungspflicht 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 erforderli-chen Krankenhausbehandlung unabhängig

von einer Kostenübernahmeerklärung der Krankenkasse. Diese hat keine konstitutive Bedeutung, sondern lediglich eine beweisrecht-liche 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 unterle-gen war, behält sie die Kosten auf sich selbst.
Rechtskraft
Aus
Login
FSS
Saved
2007-04-04