

Bundessozialgericht
Urt. v. 16.12.2008, Az.: B 1 KN 1/07 KR R

Krankenversicherung: Entlassung am Montag statt am Freitag muss die Kasse nicht vergüten

Entlässt ein Krankenhaus einen Patienten (der hier wegen eines Oberschenkelhalsbruchs operiert und behandelt wurde) am Montagvormittag statt bereits am Freitag vor dem Wochenende, so steht es der Krankenkasse frei, die Klinik aufzufordern, die medizinische Notwendigkeit des Aufenthaltes am Samstag und Sonntag zu begründen. Bekommt sie darauf keine hinreichende Erklärung (hier gab es nur die Reaktion, dass eine Krankenhausbehandlung so lange als „erforderlich“ anzusehen sei, wie es sich aus der Rechnung ergäbe), so kann sie für die insgesamt 3 Tage die Rechnung kürzen. Das BSG: „Der Umstand der Entlassung an einem Montagvormittag war ein hinreichender Anlass, die Notwendigkeit des Aufenthaltes zu prüfen“. ->auch BSG vom 16.12.2008 — B 1 KN 3/08 KR R — .

Quelle: Wolfgang Büser

Abhängigkeit des Vergütungsanspruchs des Krankenhauses von der objektiven Erforderlichkeit der Krankenhausbehandlung nach allein medizinischen Erfordernissen; Freiheit des Gerichts bei der Prüfungsreihenfolge für die Begründung der Entscheidung

Gericht: BSG

Datum: 16.12.2008

Aktenzeichen: B 1 KN 1/07 KR R

Entscheidungsform: Urteil

Referenz: JurionRS 2008, 31399

ECLI: [keine Angabe]

Verfahrensgang:

vorgehend:

SG Halle - 20.10.2005 - AZ: S 11 KN 189/04

LSG Sachsen-Anhalt - 19.12.2006 - AZ: L 4 KR 74/05

Rechtsgrundlage:

§ 39 Abs. 1 SGB V

Fundstellen:

BSGE 102, 172 - 181

ArztR 2009, 220-221

FA 2009, 191

NZS 2009, 144-145 (Kurzinformation)

NZS 2009, XIV Heft 2 (Kurzinformation)

NZS 2009, 611

NZS 2009, 676

SGb 2009, 138 (Kurzinformation)

SGb 2009, 86 (Volltext)

BSG, 16.12.2008 - B 1 KN 1/07 KR R

Amtlicher Leitsatz:

1. Ist eine Klage aus mehreren Gründen gerechtfertigt oder aus mehreren Gründen abzuweisen, so ist es Sache des Gerichts, auf welchen Grund es seine Entscheidung stützt (Fortführung von BSG vom 4.2.1988 - 11 RAr 26/87 = BSGE 63, 37, 41 f [BSG 04.02.1988 - 11 RAr 26/87] = SozR 1300 § 45 Nr 34; Abgrenzung zu BSG vom 10.4.2008 - B 3 KR 19/05 R = SozR 4-2500 § 39 Nr 12).

2. Der Vergütungsanspruch des Krankenhauses gegen die Krankenkasse setzt insbesondere die objektive Erforderlichkeit der Krankenhausbehandlung des Versicherten nach allein medizinischen Erfordernissen voraus (Anschluss an BSG vom 25.9.2007 - GS 1/06 = BSGE 99, 111 = SozR 4-2500 § 39 Nr 10).

Tenor:

Die Revision der Klägerin gegen das Urteil des Landessozialgerichts Sachsen-Anhalt vom 19. Dezember 2006 wird zurückgewiesen.

Die Klägerin trägt auch die Kosten des Revisionsverfahrens.

Der Streitwert wird auf 1.077,45 Euro festgesetzt.

Gründe

- 1 I. Die Beteiligten streiten über den Anspruch auf Zahlung von Krankenhausbehandlungskosten.
- 2 Die Klägerin betreibt das Kreiskrankenhaus S. in N.. Sie nahm die bei der beklagten Trägerin der knappschaftlichen Krankenversicherung versicherte, 1920 geborene I. P. (Versicherte) am 15.12.2003 in die dortige Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie auf. Einweisungsdiagnose war ein demenzielles Syndrom mit ausgeprägter Aggressivität gegenüber den Angehörigen und ständige Unruhe. Die Beklagte sagte auf Antrag der Klägerin die Übernahme der Kosten vorbehaltlich einer zwischenzeitlichen Notwendigkeitsprüfung zu (Schreiben vom 19.12.2003). Die Klägerin entließ die Versicherte am 19.1.2004 in das Heim der Seniorenhilfe Z.. Die Beklagte bezahlte die Krankenhausrechnung vom 30.1.2004 unter dem Vorbehalt der Nachprüfung, weil sich die Dauer der Krankenhausbehandlung anhand der aufgeführten Diagnosen nicht nachvollziehen lasse (Schreiben vom 23.2.2004). Aufgrund des daraufhin übersandten Entlassungsberichts sah der Sozialmedizinische Dienst lediglich die Behandlung bis 13.1.2004 als erforderlich an. Ankündigungsgemäß setzte die Beklagte den Differenzbetrag für die Zeit vom 14. bis 19.1.2004 in Höhe von 1.077,45 Euro von einer Sammelrechnung der Klägerin vom 29.4.2004 ab. Während das Sozialgericht (SG) die Beklagte zur Zahlung dieses Betrags nebst Zinsen verurteilt hat (Urteil vom 20.10.2005), hat das Landessozialgericht (LSG) das SG-Urteil aufgehoben und die Klage abgewiesen. Zur Begründung hat es ua ausgeführt, vom 14. bis 19.1.2004 habe objektiv keine Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit der Versicherten bestanden, auch nicht bei einer ex ante Betrachtung aus der Sicht des Krankenhausarztes. Es habe für die Behandlung der Versicherten vom 14. bis 19.1.2004 nicht der besonderen Mittel des Krankenhauses bedurft. Die Beklagte habe sich zur Kostenübernahme nur unter Vorbehalt und ohnehin auf einen lediglich bis zum 5.1.2004 befristeten Antrag hin bereit erklärt (Urteil vom 19.12.2006).
- 3 Mit ihrer Revision rügt die Klägerin sinngemäß die Verletzung des § 39 Abs 1 SGB V . Nach der maßgeblichen Einschätzungsprärogative der behandelnden Ärzte sei eine Entlassung der Versicherten nach Hause ausgeschlossen und eine unmittelbare Verlegung in eine stationäre Pflegeeinrichtung zwingend geboten gewesen. Da der erforderliche stationäre Pflegeplatz erst am 19.1.2004 zur Verfügung gestanden habe, sei die stationäre Behandlung in der Klinik der Klägerin bis zur Entlassung medizinisch erforderlich gewesen.
- 4 Die Klägerin beantragt,

- 5 das Urteil des Landessozialgericht Sachsen-Anhalt vom 19. Dezember 2006 aufzuheben und die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Halle vom 20. Oktober 2005 zurückzuweisen.
- 6 Die Beklagte beantragt,
- 7 die Revision zurückzuweisen.
- 8 Sie hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend.
- 9 II. Die zulässige Revision der Klägerin ist nicht begründet.
- 10 Zu Recht hat das LSG auf die Berufung der Beklagten das SG-Urteil aufgehoben und die Klage der Krankenhausträgerin abgewiesen. Die Beklagte durfte von der Sammelrechnung der Klägerin vom 29.4.2004 zwecks Aufrechnung mit ihrer öffentlich-rechtlichen Erstattungsforderung (analog §§ 387 ff BGB) 1.077,45 Euro absetzen. Die Beklagte hat Anspruch auf Erstattung dieses Geldbetrages, den sie der Klägerin zuvor ohne Rechtsgrund lediglich unter dem Vorbehalt der Nachprüfung für die Krankenhausbehandlung der Versicherten vom 14. bis 19.1.2004 bezahlt hatte. Denn die Voraussetzungen des Vergütungsanspruchs der Klägerin für diese Behandlung (vgl dazu 2.) sind nicht erfüllt. Die Versicherte bedurfte zwar auch noch ab dem 14.1.2004 der Krankenhausbehandlung (dazu 3.), nicht aber der Krankenhausbehandlung (dazu 4.). Die von der Klägerin dagegen erhobenen Einwendungen greifen nicht durch (dazu 5.). Unerheblich ist, dass das LSG nicht positiv festgestellt hat, dass die Klägerin vom 14. bis 19.1.2004 tatsächlich Krankenhausbehandlung geleistet hat (dazu 6.).
- 11 1. Die auch im Revisionsverfahren von Amts wegen zu beachtenden Sachurteilsvoraussetzungen sind erfüllt. Die Klägerin macht zu Recht den Anspruch auf vollständige Zahlung der in ihrer Sammelrechnung spezifizierten Vergütung für die Krankenhausbehandlung von Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gegen die Beklagte mit der (echten) Leistungsklage nach § 54 Abs 5 SGG geltend. Die Klage eines Krankenhausträgers auf Zahlung solcher Behandlungskosten gegen eine Krankenkasse ist ein Beteiligtenstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt, kein Vorverfahren durchzuführen ist und keine Klagefrist zu beachten ist (vgl BSGE 90, 1 f [BSG 23.07.2002 - B 3 KR 4/01 R] = SozR 3-2500 § 112 Nr 3; Bundessozialgericht [BSG], SozR 4-2500 § 39 Nr 12 RdNr 10 mwN, zur Veröffentlichung auch in BSGE vorgesehen). Die Klägerin hat den Zahlungsanspruch auch konkret beziffert (vgl zur Notwendigkeit BSGE 83, 254, 263 = SozR 3-2500 § 37 Nr 1; BSGE 92, 300 = SozR 4-2500 § 39 Nr 2).
- 12 2. Rechtsgrundlage des im Kern streitigen restlichen Vergütungsanspruchs der Klägerin für die Behandlung der Versicherten P. ist § 109 Abs 4 Satz 3 SGB V iVm der Pflegesatzvereinbarung der Beteiligten für das Jahr 2004. Nähere vertragliche Regelungen iS von § 112 Abs 2 SGB V über die allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung, insbesondere der Kostenübernahme und der Abrechnung der Entgelte, gab es in Sachsen-Anhalt im betroffenen Zeitraum nach den unangegriffenen und damit bindenden (§ 163 SGG) Feststellungen des LSG nicht. Deshalb ist allein auf die maßgebliche Pflegesatzvereinbarung zurückzugreifen (vgl BSGE 92, 300, 302 [BSG 13.05.2004 - B 3 KR 18/03 R3] = SozR 4-2500 § 39 Nr 2; BSG SozR 4-2500 § 109 Nr 1).
- 13 Die Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse entsteht - unabhängig von einer Kostenzusage - unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten, wenn die Versorgung in einem zugelassenen Krankenhaus durchgeführt wird und iS von § 39 Abs 1 Satz 2 SGB V erforderlich ist. Der Behandlungspflicht zugelassener Krankenhäuser iS des § 109 Abs 4 Satz 2 SGB V steht ein Vergütungsanspruch gegenüber, der auf der Grundlage der gesetzlichen Ermächtigung in §§ 16 , 17 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG , hier anzuwenden idF durch Art 13 des GKV-Modernisierungsgesetzes [GMG] vom 14.11.2003, BGBl I 2190, in Kraft getreten am 1.1.2004) nach Maßgabe der Bundespflegesatzverordnung (hier anzuwenden idF durch Art 14

GMG) in der Pflegesatzvereinbarung zwischen Krankenkasse und Krankenhausträger festgelegt wird (vgl BSGE 86, 166, 168 = SozR 3-2500 § 112 Nr 1; BSGE 90, 1, 2 = SozR 3-2500 § 112 Nr 3). Die Regelungen über die Vergütung nach einem pauschalierenden Entgeltsystem greifen hier nicht ein (§ 17b Abs 1 Satz 1 Halbsatz 2 KHG ; § 1 Abs 2 Satz 2 Nr 3 Gesetz über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen - Krankenhausentgeltgesetz - Art 5 Gesetz vom 23.4.2002, BGBl I 1412). Denn im Streit steht die Vergütung von Leistungen einer selbstständigen, gebietsärztlich geleiteten psychiatrischen Abteilung an einem Allgemeinkrankenhaus, einer der in § 1 Abs 2 der Verordnung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Psychiatrie (vom 18.12.1990, BGBl I 2930, geändert durch Art 4 VO vom 26.9.1994, BGBl I 2750) genannten Einrichtungen.

- 14** 3. Die Grundvoraussetzung des Vergütungsanspruchs der Klägerin für die Behandlung der Versicherten, dass diese während der Dauer des Krankenhausaufenthalts der Krankenbehandlung bedurfte (dazu a), ist auch für die Zeit vom 14. bis 19.1.2004 erfüllt (dazu b).
- 15** a) Der Zahlungsanspruch des Krankenhauses korrespondiert in aller Regel mit dem Anspruch des Versicherten auf Krankenhausbehandlung. Demgemäß müssen beim Versicherten bei der Aufnahme in das Krankenhaus grundsätzlich alle allgemeinen Voraussetzungen für die Inanspruchnahme von Leistungen der GKV sowie speziell von Krankenhausbehandlung, insbesondere deren Erforderlichkeit vorliegen. Nach § 27 Abs 1 Satz 1 SGB V haben Versicherte Anspruch auf Krankenhausbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Die zur Krankenhausbehandlung gehörende Krankenhausbehandlung (§ 27 Abs 1 Satz 2 Nr 5 SGB V) wird gemäß § 39 Abs 1 Satz 1 SGB V (hier anzuwenden idF durch Art 1 Nr 30 GMG) vollstationär, teilstationär, vor- und nachstationär sowie ambulant erbracht. Der Anspruch ist gerichtet auf vollstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus (§ 108 SGB V), wenn die Aufnahme nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann (§ 39 Abs 1 Satz 2 SGB V). Bei der Krankenhausbehandlung ist den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker Rechnung zu tragen (§ 27 Abs 1 Satz 3 SGB V). Qualität und Wirksamkeit der Leistungen haben dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen (§ 2 Abs 1 Satz 3 SGB V ; vgl BSG SozR 4-2500 § 109 Nr 6 RdNr 48 ff, zur Veröffentlichung auch in BSGE vorgesehen).
- 16** b) Die Versicherte bedurfte während der gesamten Dauer des Krankenhausaufenthalts der Krankenhausbehandlung. Sie litt nach den Feststellungen des LSG an einer Krankheit, einem demenziellen Syndrom mit ausgeprägter Aggressivität und ständiger Unruhe. Die genauere Krankheitsursache bedurfte zunächst der speziellen Diagnostik. Diese war aber mit dem 13.1.2004 abgeschlossen. Zudem zielte die Behandlung darauf ab, die Beschwerden zumindest zu lindern, insbesondere medikamentös durch Risperdal. Weil die weitere Versorgung im häuslich Milieu nicht gewährleistet war, kam von vornherein keine Entlassung zurück nach Hause in Betracht, sondern lediglich eine Entlassung in ein betreutes Heim.
- 17** 4. Auch wenn die Versicherte im gesamten Januar 2004 der Krankenhausbehandlung bedurfte , war ab 14.1.2004 ihre Behandlung in einem Krankenhaus nicht mehr erforderlich. Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit ist ein Krankheitszustand, dessen Behandlung den Einsatz der besonderen Mittel eines Krankenhauses erforderlich macht (vgl BSGE 92, 300, 305 [BSG 13.05.2004 - B 3 KR 18/03 R3] = SozR 4-2500 § 39 Nr 2; BSGE 94, 161 = SozR 4-2500 § 39 Nr 4, jeweils RdNr 13). Maßnahmen dürfen daher zB 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; BSGE 94, 161 = SozR 4-2500 § 39 Nr 4, jeweils RdNr 13).
- 18** a) Als besonderes Mittel des Krankenhauses hat die Rechtsprechung des BSG eine apparative Mindestausstattung, geschultes Pflegepersonal und einen jederzeit präsenten oder rufbereiten Arzt

herausgestellt (BSGE 59, 116, 117 [BSG 12.11.1985 - 3 RK 45/83] = SozR 2200 § 184 Nr 27; BSG SozR 2200 § 184 Nr 28; BSGE 83, 254, 259 = SozR 3-2500 § 37 Nr 1; BSG SozR 3-2500 § 109 Nr 9). Dabei fordert sie für die Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung weder den Einsatz aller dieser Mittel noch sieht sie ihn stets als ausreichend an. Es ist vielmehr eine Gesamtbetrachtung vorzunehmen, bei der den mit Aussicht auf Erfolg angestrebten Behandlungszielen und den vorhandenen Möglichkeiten einer vorrangigen ambulanten Behandlung entscheidende Bedeutung zukommen. Bei einer psychiatrischen Erkrankung kann der Einsatz von krankenhausspezifischen Geräten in den Hintergrund treten und allein der notwendige Einsatz von Ärzten, therapeutischen Hilfskräften und Pflegepersonal sowie die Art der Medikation die Notwendigkeit einer stationären Behandlung begründen (vgl BSGE 92, 300, 305 [BSG 13.05.2004 - B 3 KR 18/03 R3] = SozR 4-2500 § 39 Nr 2; BSGE 94, 161 = SozR 4-2500 § 39 Nr 4, jeweils RdNr 15).

- 19** b) Ob einem Versicherten vollstationäre Krankenhausbehandlung zu gewähren ist, richtet sich allein nach den medizinischen Erfordernissen (vgl BSG, Großer Senat, BSGE 99, 111 = SozR 4-2500 § 39 Nr 10, jeweils RdNr 15). Ermöglicht es der Gesundheitszustand des Patienten, das Behandlungsziel durch andere Maßnahmen, insbesondere durch ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege, zu erreichen, so besteht kein Anspruch auf stationäre Behandlung. Das gilt auch dann, wenn der Versicherte zur Sicherstellung der ambulanten Behandlung einer Betreuung durch medizinische Hilfskräfte in geschützter Umgebung bedarf und eine dafür geeignete Einrichtung außerhalb des Krankenhauses nicht zur Verfügung steht (vgl ebenda). Aufgabe der GKV ist es, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern (§ 1 Satz 1 SGB V). Es geht dabei um die Bereitstellung der für diese Zwecke benötigten medizinischen Versorgung. Das lässt sich aus zahlreichen Einzelvorschriften des Leistungsrechts, insbesondere aus der Beschreibung der Leistungsziele in § 11 Abs 1 und § 27 Abs 1 Satz 1 SGB V sowie aus dem Leistungskatalog in § 27 Abs 1 Satz 2 SGB V ersehen.
- 20** Zu den Aufgaben der GKV gehört es dagegen nicht, die für eine erfolgreiche Krankenbehandlung notwendigen gesellschaftlichen und sozialen Rahmenbedingungen zu schaffen oder diesbezügliche Defizite durch eine Erweiterung des gesetzlichen Leistungsspektrums auszugleichen. Für derartige Risiken haben die Krankenkassen nicht einzustehen. Sie haben auch keine Möglichkeit, strukturelle Mängel außerhalb ihres Zuständigkeitsbereichs zu beheben, etwa eine Unterversorgung bei den Betreuungseinrichtungen für psychisch schwer kranke Patienten. Sie tragen dafür weder Verantwortung noch dürfen sie hierfür Geldmittel verwenden. Soweit ausnahmsweise etwas anderes gelten soll, legt das Gesetz dies ausdrücklich fest (vgl BSG, Großer Senat, aaO, RdNr 19 f mwN). Angesichts einer über mehrere Jahrzehnte unveränderten, im krankensicherungsrechtlichen Schrifttum akzeptierten Rechtsprechung, die durch Fortschreibung des durch sie konkretisierten Rechtszustandes Eingang in das geltende Recht gefunden hat, ist für eine Auslegung des Gesetzes, die den Anwendungsbereich des § 39 Abs 1 SGB V auf andere als medizinisch begründete Behandlungsnotwendigkeiten erweitert, kein Raum (vgl BSG, Großer Senat, aaO, RdNr 26). Diese Rechtsposition entspricht der Rechtsprechung des 1. BSG-Senats (vgl BSG, Beschluss vom 7.11.2006 - B 1 KR 32/04 R - juris RdNr 15, 22 ff). Auch der 3. Senat des BSG geht von dieser Rechtsprechung des Großen Senats aus (vgl zB BSG SozR 4-2500 § 39 Nr 12 RdNr 16, zur Veröffentlichung auch in BSGE vorgesehen).
- 21** c) Entscheidend ist vor diesem Hintergrund auch für den Vergütungsanspruch der Klägerin gegen die Beklagte, dass nach den vom Senat zugrunde zu legenden Feststellungen der Vorinstanzen ab 14.1.2004 eine Krankenhausbehandlung der Versicherten P. nach den Erkenntnissen, die in diesem Zeitpunkt nach den Regeln der ärztlichen Kunst verfügbar waren, nicht mehr erforderlich war. Für die Beurteilung der Erforderlichkeit einer stationären Krankenhausbehandlung kommt es auf die medizinischen Erfordernisse im Einzelfall und nicht auf eine abstrakte Betrachtung an (vgl 1. Senat des BSG, Beschluss vom 7.11.2006 - B 1 KR 32/04 R , juris RdNr 28 und 37 f mwN; ebenso 3. Senat des BSG, SozR 4-2500 § 39 Nr 12 RdNr 23, zur Veröffentlichung auch in BSGE vorgesehen).
- 22** Mit dem Großen Senat geht der erkennende Senat davon aus, dass die Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit im Streitfall uneingeschränkt zu überprüfen haben, ob eine stationäre Krankenhausbehandlung aus medizinischen Gründen notwendig ist. Dabei haben sie zwar von dem

im Behandlungszeitpunkt verfügbaren Wissens- und Kenntnisstand des verantwortlichen Krankenhausarztes auszugehen, wenn die Krankenkasse im Nachhinein beanstandet, die stationäre Behandlung des Patienten sei nicht gerechtfertigt gewesen (vgl BSG, Großer Senat, aaO, RdNr 27). 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 vertretbar ist, bietet das Gesetz jedoch keine Grundlage (BSG, Großer Senat, aaO, RdNr 29). Auch Vereinbarungen in den Normsetzungsverträgen auf Landesebene können daher nicht bewirken, dass die Entscheidung über die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung entgegen dem Gesetz nicht nach objektiven Maßstäben getroffen wird, sondern im Ergebnis der subjektiven Einschätzung des Krankenhausarztes überlassen bleibt (vgl BSG, Großer Senat, aaO, RdNr 30).

- 23** Der Grundsatz, dass die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung im Prozess vom Gericht vollständig zu überprüfen ist, gilt auch dann, wenn die Krankenkasse ihre Leistungspflicht nachträglich für einen zurückliegenden Zeitraum bestreitet. Auch in dieser Konstellation ist eine Zurücknahme der gerichtlichen Kontroll- und Entscheidungsbefugnisse unter Berufung auf einen vermeintlichen Einschätzungsvorrang des verantwortlichen Krankenhausarztes weder vom Gesetz vorgesehen noch von der Sache her erforderlich und deshalb mit dem rechtsstaatlichen Gebot effektiven Rechtsschutzes nicht vereinbar (vgl BSG, Großer Senat, aaO, RdNr 32). Eine Besonderheit besteht - wie schon ausgeführt - lediglich darin, dass die Berechtigung der Krankenhausbehandlung nicht rückschauend aus der späteren Sicht des Gutachters zu beurteilen ist, sondern zu fragen ist, ob sich die stationäre Aufnahme oder Weiterbehandlung bei Zugrundelegung der für den Krankenhausarzt nach den Regeln der ärztlichen Kunst im Behandlungszeitpunkt verfügbaren Kenntnisse und Informationen zu Recht als medizinisch notwendig dargestellt hat (vgl BSG, Großer Senat, aaO, RdNr 33).
- 24** Zugunsten eines Vergütungsanspruchs der Klägerin ist angesichts der geschilderten Sachlage auch aus zivilgerichtlicher Rechtsprechung nichts herzuleiten. Es ist kein Zufall, dass der Große Senat nicht auf die Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs zu der Frage eingegangen ist, wie allgemeine Vertragsbedingungen privater Krankenversicherungsunternehmen auszulegen sind. Denn insoweit geht es um eine völlig anders gelagerte rechtliche Fragestellung aufgrund abweichender Rechtsgrundlagen (vgl bereits BSG, Beschluss vom 7.11.2006 - B 1 KR 32/04 R , juris RdNr 54 mwN): Bei der Überprüfung der allgemeinen Geschäftsbedingungen für Krankheitskosten- und Krankentagegeldversicherungen sind die Grenzen der nachträglichen Kostenerstattung durch den Versicherer für die Aufwendungen für Krankenhausbehandlung auszuloten, die der privat Versicherte von einem Krankenhaus erhalten hat, das in aller Regel mit dem Versicherer nichts zu tun hat. Bei dem Anspruch des Trägers eines zugelassenen Krankenhauses gegen eine Krankenkasse auf Vergütung für die stationäre Behandlung eines Versicherten geht es dagegen um eine Leistungserbringung, die von vornherein unter Beachtung der gesetzlichen Vorgaben des SGB V , insbesondere des § 39 Abs 1 SGB V , durch das Krankenhaus zu erfolgen hat. Es liegt auf der Hand, dass ein Krankenhaus, welches von vornherein gegenüber der Krankenkasse die gesetzliche Pflicht trifft, die Notwendigkeit von Krankenhausbehandlung zu prüfen, ganz anderen rechtlichen Bindungen ausgesetzt ist als ein Krankenhaus, das lediglich gegenüber einem Privatpatienten vertragliche Pflichten eingegangen ist.
- 25** d) Unter Beachtung dieser Maßstäbe war nach den Feststellungen des LSG ab 14.1.2004 bei der Versicherten keine Krankenhausbehandlung mehr erforderlich. Es bedurfte nur noch der Bereitstellung einer strukturierten Beaufsichtigung, der Pflege und der Überwachung der ambulant möglichen Medikamenteneinnahme. Eine ambulante ärztliche Betreuung der Versicherten bei Unterbringung in einer stationären Pflegeeinrichtung hätte ausgereicht. Das schließt in Konstellationen, in denen lediglich noch auf einen freien Heimplatz gewartet wird, die Erforderlichkeit einer Krankenhausbehandlung aus.
- 26** 5. Die gegen die dargestellte Rechtslage von der Klägerin im Revisionsverfahren vorgebrachten Einwendungen greifen nicht durch. Sie beruft sich insbesondere zu Unrecht auf eine Einschätzungsprärogative des behandelnden Arztes, wonach die Krankenhausbehandlung erforderlich gewesen sei.

- 27 a) Entgegen der Auffassung der Klägerin besteht - wie dargestellt - keine Einschätzungsprärogative des behandelnden Krankenhausarztes. Das entspricht nicht nur der Rechtsprechung des Großen Senats des BSG (aaO, RdNr 32) und der Rechtsprechung des erkennenden 1. BSG-Senats (Beschluss vom 7.11.2006 - B 1 KR 32/04 R, juris RdNr 53), sondern auch der inzwischen ergangenen aktuellen Rechtsprechung des 3. Senats (vgl BSG SozR 4-2500 § 39 Nr 12 RdNr 38, zur Veröffentlichung auch in BSGE vorgesehen). Das LSG hat seine Entscheidung überzeugend und nicht zu beanstandend damit begründet, letztlich sei die Versicherte weiter im Krankenhaus der Klägerin betreut worden, weil der Heimplatz erst ab 19.1.2004 zur Verfügung gestanden habe. Das genügt indes nicht, um Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit zu begründen. Die Einschätzung harmoniert damit, dass bereits im Angehörigengespräch vom 18.12.2003 über einen Heimantrag beraten wurde, seit dem 8.1.2004 die Entlassung in das Seniorenheim Z. zum 19.1.2004 avisiert wurde und nach der Röntgendiagnostik vom 13.1.2004 keine besonderen diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen im Krankenhaus der Klägerin mehr für die Versicherte abgerufen wurden.
- 28 b) Die Klägerin kann sich auch nicht mehr auf frühere Rechtsprechung des 3. Senats des BSG stützen, wonach die Zahlungspflicht einer Krankenkasse für eine in Rechnung gestellte stationäre Krankenhausbehandlung nur zu verneinen ist, wenn schon nach dem Vorbringen des Krankenhauses von fehlender notwendiger stationärer Behandlung auszugehen ist (BSG SozR 4-2500 § 109 Nr 1 RdNr 12) oder wenn die Krankenkasse "substantiierte" Einwendungen gegen die Krankenhausrechnung innerhalb der vereinbarten Zahlungsfrist erhoben hat (BSG SozR 4-2500 § 112 Nr 3 RdNr 6). Diese Rechtsprechung ist durch den Beschluss des Großen Senats des BSG vom 25.9.2007 überholt. Denn - wie dargestellt - obliegt danach die Entscheidung über den Anspruch des Versicherten auf vollstationäre Krankenhaus-Behandlung allein der Krankenkasse und im Streitfall dem Gericht, ohne dass beide an die Einschätzung des Krankenhauses oder seiner Ärzte gebunden sind. Die Krankenkasse darf sich dementsprechend unproblematisch von Rechts wegen darauf berufen, die Voraussetzungen des Vergütungsanspruchs seien nicht erfüllt. Zudem darf sie Einwendungen gegen die Abrechnung erheben, welche in Einklang mit dem Gesetz, insbesondere den gesetzlichen Regelungen zur Überprüfung der Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung stehen. Das Gericht muss im Streitfall solchen Einwendungen ebenso wie Zweifeln an der Erfüllung der Anspruchsvoraussetzungen nachgehen und mit den ihm zu Gebote stehenden Mitteln im Rahmen seiner Amtsermittlungspflicht den Sachverhalt aufklären. Die Rechtsprechung des BSG darf mithin - abgesehen von den gesetzlich geregelten Ausnahmen und von atypischen Missbrauchskonstellationen - solche nachträglichen Einwendungen und Überprüfungsbefugnisse der Krankenkasse wie des Gerichts weder faktisch noch rechtlich ausschließen oder über die gesetzlichen Wertungen hinaus erschweren. Ausgeschlossen ist es insbesondere, der in den Krankenhausabrechnungen zum Ausdruck kommenden Einschätzung des Krankenhauses über die Erforderlichkeit noch entscheidende Bedeutung für das Bestehen eines Zahlungsanspruchs beizumessen. Das gilt vor allem dann, wenn - wie hier - die Krankenkasse auf die Aufnahmeanzeige des Krankenhauses hin eine Kostenübernahmeerklärung ohnehin nur unter dem Vorbehalt der Erforderlichkeit der Behandlung erteilt und wenn die Krankenkasse unmittelbar nach Rechnungslegung gegenüber dem Krankenhaus zeitnah zum Ausdruck bringt, dass die Forderung durch einen anschließend vorgenommenen Zahlungsvorgang nicht uneingeschränkt anerkannt und erfüllt wird.
- 29 c) Die Klägerin kann sich auch nicht darauf berufen, die Beklagte habe ein Beschleunigungsverbot verletzt. Landesvertragliche Regelungen oder Bestimmungen aus der Pflegesatzvereinbarung, die solches vorsehen, hat das LSG für die hier betroffene Zeit des Jahres 2004 nicht festgestellt. § 275 Abs 1c SGB V, der mit Wirkung vom 1.4.2007 (Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung [GKV-WSG] vom 26.3.2007, BGBl I 378) Einzelheiten und besondere Pflichten sowie eine sechswöchige Ausschlussfrist für die Einleitung einer Einzelfallprüfung normiert, galt im hier streitigen Zeitraum noch nicht. Für eine Rückwirkung der Regelung spricht nichts. Insbesondere lässt sich eine Rückwirkung aus den Gesetzesmaterialien nicht herleiten, auch nicht im Sinne einer Klarstellung einer bereits seit jeher geltenden Rechtslage (vgl Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und SPD zum Entwurf des GKV-WSG, BT-Drucks 16/3100 S 171 zu Nr 185 [§ 275] zu Buchst a).

- 30** Nur im Rahmen von Treu und Glauben sind Krankenhaus und Krankenkassen angesichts sich ständig verschlechternder Beweisverhältnisse und ihrer dauernden Rechtsbeziehung gehalten, so zügig zu kooperieren, dass es nicht zu treuwidrigen Verzögerungen kommt. Hiervon kann bei der Beklagten indes keine Rede sein. Sie hat bereits zeitnah - mit Schreiben vom 23.2.2004 - aufgrund der am 30.1.2004 erstellten Abrechnung die Problematik der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit aufgeworfen, nur unter Vorbehalt der Nachprüfung gezahlt und ankündigungsgemäß den Differenzbetrag für die Zeit vom 14. bis 19.1.2004 in Höhe von 1.077,45 Euro von einer Sammelrechnung der Klägerin vom 29.4.2004 abgesetzt. Ein Verstoß der Beklagten gegen das Beschleunigungsgebot kann daraus ersichtlich nicht hergeleitet werden.
- 31** 6. Unerheblich ist bei alledem, dass das LSG nicht festgestellt hat, dass die Klägerin vom 14. bis 19.1.2004 tatsächlich Krankenhausbehandlung geleistet hat (für die Vorrangigkeit dieses Prüfungspunktes allerdings: BSG SozR 4-2500 § 39 Nr 12 - Leitsatz 1, zur Veröffentlichung auch in BSGE vorgesehen). Es reicht in dem vorliegend zu entscheidenden Revisionsverfahren aus, dass es nach den unangegriffenen Feststellungen der Vorinstanzen (§ 163 SGG) keinem Zweifel unterliegt, dass der Versicherten in der gesamten Zeit der stationären Behandlung im Krankenhaus der Klägerin - und damit auch vom 14. bis 19.1.2004 - der gesamte Krankenhausapparat mit ärztlicher Leitung und einem umfassenden Krankenpflegeangebot einschließlich aller persönlicher und sächlicher Mittel zu Krankenhausbehandlungszwecken als Angebot zur Verfügung stand. Denn jedenfalls hatte die Versicherte in der Zeit ab 14.1.2004 keinen, auch für den Vergütungsanspruch der Klägerin entscheidenden Leistungsanspruch gegen die Beklagte auf stationäre Krankenhausbehandlung nach § 39 Abs 1 SGB V . Stationäre Behandlung war nach dem 13.1.2004 nicht mehr erforderlich.
- 32** Der 1. BSG-Senat stimmt mit dem 3. BSG-Senat (vgl zB BSG SozR 4-2500 § 39 Nr 7 RdNr 10; BSG SozR 4-2500 § 39 Nr 12) darin überein, dass es zweckmäßig sein kann, im Krankenhausvergütungsstreit zunächst zu prüfen, ob das Krankenhaus tatsächlich überhaupt eine stationäre Behandlungsleistung erbracht hat. Zwar gilt nach der Rechtsprechung des BSG im Verwaltungsprozess wie im Zivilprozess die Grundregel, dass das Gericht bei der Auswahl des Grundes (also in der Prüfungsreihenfolge) - abgesehen von den hier nicht betroffenen Sachurteilsvoraussetzungen - frei ist: Ist eine Klage aus mehreren Gründen gerechtfertigt oder aus mehreren Gründen abzuweisen, so ist es Sache des Gerichts, auf welchen Grund es seine Entscheidung stützt (vgl BSGE 63, 37, 41 f [BSG 04.02.1988 - 11 RAr 26/87] = SozR 1300 § 45 Nr 34). Es kann in diesem Sinne zweckmäßig sein, in Fällen, in denen zB das Krankenhaus lediglich Unterkunft und Verpflegung zur Verfügung gestellt hat, allein unter Hinweis hierauf einen Zahlungsanspruch wegen Krankenhausbehandlung zu verneinen. In aller Regel hält das Krankenhaus indes - ähnlich einem gemischten Vertrag - als wesentliche weitere Elemente insbesondere ärztliche, apparative und krankenpflegerische Leistungen im Rahmen seiner Gesamtorganisation vor und stellt dieses Angebot zur Versorgung der Versicherten der GKV zur Verfügung. Das genügt nach dem Rechtsgedanken des § 615 Satz 1 BGB bereits, um den Vergütungsanspruch zu begründen, vorausgesetzt, es besteht zusätzlich auch ein Anspruch der Versicherten auf erforderliche Krankenhausbehandlung.
- 33** 7. Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Abs 1 Satz 1 Halbsatz 3 SGG iVm § 154 Abs 2 Verwaltungsgerichtsordnung . Die Streitwertfestsetzung folgt aus § 197a Abs 1 Satz 1 Halbsatz 1 SGG iVm § 63 Abs 2 , § 52 Abs 1 und 3 sowie § 47 Abs 1 Gerichtskostengesetz .

Hinweis: Das Dokument wurde redaktionell aufgearbeitet und unterliegt in dieser Form einem besonderen urheberrechtlichen Schutz. Eine Nutzung über die Vertragsbedingungen der Nutzungsvereinbarung hinaus - insbesondere eine gewerbliche Weiterverarbeitung außerhalb der Grenzen der Vertragsbedingungen - ist nicht gestattet.