




Anmerkung zu:	LSG Halle (Saale) 4. Senat, Urteil vom 22.06.2011 - L 4 KR 60/06	Quelle:	
Autor:	Thomas K. Rehm, LL.M., RA	Normen:	§ 135 SGB 5, § 27 SGB 5, § 115b SGB 5, § 39 SGB 5
Erscheinungsdatum:	08.03.2012	Fundstelle:	jurisPR-SozR 5/2012 Anm. 4
		Herausgeber:	Prof. Dr. Thomas Voelzke, Vors. Ri-BSG Prof. Dr. Rainer Schlegel, Ministerialdirektor, Bundesministerium für Arbeit und Soziales

Zum Vergütungsanspruch des Krankenhausträgers für erbrachte Krankenhausleistungen - eine zusätzliche Klarstellung

Leitsätze

- 1. Wird ein Versicherter zur Durchführung einer bestimmten Therapie stationär aufgenommen und behandelt, kommt es für die Frage der Erforderlichkeit der Krankenhausbehandlung lediglich darauf an, ob zur Durchführung dieser Therapie vollstationäre Bedingungen erforderlich waren. Unerheblich ist, ob andere Therapiemöglichkeiten stationäre Bedingungen erfordern.**
- 2. Krankenhausbehandlung ist nicht bereits deshalb erforderlich, weil eine bestimmte Leistung, die ambulant erbracht werden kann, vertragsärztlich mangels positiver Empfehlung des Gemeinsamen Bundesausschusses nicht zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung geleistet werden darf (BSG, Urt. v. 16.12.2008 - B 1 KR 11/08 R).**
- 3. Für den Vergütungsanspruch eines Krankenhausträgers ist es unerheblich, ob der Versicherte tatsächlich die Möglichkeit hatte, diese (in der vertragsärztlichen Versorgung nicht zugelassene) Leistung ambulant in Anspruch zu nehmen, solange sein Versorgungsanspruch mit dieser Therapie nicht ausdrücklich festgestellt wurde und keine besondere Eilbedürftigkeit für die sofortige Durchführung der Therapie bestand.**

A. Problemstellung

Stellt die Entscheidung des BSG (Urt. v. 16.12.2008 - B 1 KR 11/08 R) hinreichend klar, dass eine Krankenkasse die Kosten nicht zu tragen hat, wenn eine Klinik stationär behandelt, weil die Therapie in der vertragsärztlichen Versorgung nicht zum GKV-Leistungskatalog gehört?

B. Inhalt und Gegenstand der Entscheidung

Streitgegenstand war die Vergütung mehrerer extrakorporaler Stoßwellentherapien (ESWT), für die ein Versicherter der beklagten Krankenkasse jeweils einen Tag stationär in einer Klinik aufgenommen wurde. Die ESWT waren vom behandelnden Vertragsarzt verordnet worden, nachdem eine sechsmonatige medikamentöse Therapie zu keiner Besserung geführt hatte. Für die ESWT liegt für die vertragsärztliche Versorgung keine positive Bewertung des Bewertungsausschusses nach § 135 SGB V vor. Die Krankenkasse erteilte auf die vorgelegten Aufnahmeanzeigen jeweils uneingeschränkte Kostenübernahmeerklärungen, zahlte dann allerdings unter Vorbehalt.

Nach einer Prüfung durch den MDK forderte die Krankenkasse die Vergütung zurück. Als die Klinik die Rückzahlung verweigerte, verrechnete die Kasse ihre Forderung mit unstrittigen Vergütungsansprüchen der Klinik. Klage und Berufung der Klinik hiergegen blieben ohne Erfolg.

Unter Verweis auf BSG (Urt. v. 17.03.2005 - B 3 KR 11/04) hielt das Landessozialgericht die von der Krankenkasse vorgenommene Aufrechnung ohne weiteres für zulässig. Auch die erklärte Kostenzusage der Krankenkasse hielt es unter Verweis auf BSG (Urt. v. 17.05.2000 - B 3 KR 33/99 R) nicht für streitentscheidend: Sie sei nur ein deklaratorisches Schuldanerkenntnis und nicht konstitutiv für den Anspruch der Klinik. Schließlich verneinte das Landessozialgericht die Erforderlichkeit stationärer Behandlung. Der Behandlungszweck gemäß § 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V, eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern, sei hier nach dem ärztlichen Vorgehen allein auf die Durchführung der ESWT reduziert gewesen. Diese hätte allein aus medizinischen Gründen auch ambulant erbracht werden können. Die besonderen Mittel eines Krankenhauses seien auch nicht deshalb als erforderlich anzusehen, weil eine ambulante Behandlung möglicherweise nicht zur Verfügung stand. Dabei stellt das Landessozialgericht heraus, dass in diesem Zusammenhang zwei Fragen zu beantworten seien. Vorrangig sei zu klären, ob überhaupt ein Anspruch des Versicherten auf die ESWT als ambulante Behandlung gegenüber der Krankenkasse besteht, und erst nachrangig die Frage nach einem möglichen Leistungserbringer (der auch für eine ambulante Behandlung gemäß § 115b ff. SGB V eine Klinik sein könnte). Die Beantwortung der Frage, ob und unter welchen Voraussetzungen Versicherte bestimmte Versorgungsansprüche gegen die GKV haben, gehöre allerdings nicht zum Aufgabenkreis einer Klinik. Es sei nicht unbillig, Versicherte in Zweifelsfällen darauf zu verweisen, Versorgungsansprüche selbst mit der Krankenkasse zu klären. Die Vorgehensweise der Klinik, den Versicherten stationär zu behandeln, ohne dass die besonderen Mittel des Krankenhauses erforderlich waren, sei zudem auch mit Blick auf die wettbewerbsrechtliche Verhältnis zu Vertragsärzten problematisch. Damit verneint das Gericht einen Vergütungsanspruch der Klinik.

C. Kontext der Entscheidung

Das LSG Halle ist hier gewissermaßen in der Innenkurve von der Sozialgerichtsbarkeit Rheinland-Pfalz und vom BSG überholt worden. Während der Anhängigkeit der Berufungssache am LSG Halle ist eine parallele Sache vom SG Speyer (Urt. v. 24.08.2007 - S 13 KR 219/06) und LSG Mainz (Urt. v. 17.04.2008 - L 5 KR 174/07) und schließlich vom BSG (Urt. v. 16.12.2008 - B 1 KR 11/08 R) entschieden worden. Alle Entscheidungen kommen zu demselben Schluss: Die Erforderlichkeit stationärer Krankenhausbehandlung gemäß § 39 SGB V ergibt sich nicht daraus, dass eine ambulant durchführbare Maßnahme im vertragsärztlichen Bereich nicht zu Lasten einer Krankenkasse erbracht werden darf. Ebenso hatte schon die Vorinstanz, das SG Magdeburg (Urt. v. 03.08.2006 - S 13 KR 615/04) entschieden.

Die Kommentierung Freudenbergs zur BSG-Entscheidung (jurisPR-SozR 12/2009 Anm. 1), es sei klargestellt, dass eine stationäre Maßnahme ausschließlich dann beansprucht werden kann, wenn die in § 39 SGB V hierfür geregelten Voraussetzungen erfüllt sind, zu denen gehört, dass eine ambulante Maßnahme nicht ausreicht, ist und bleibt richtig. Das LSG Halle hätte sich seine Entscheidung einfacher machen und im Wesentlichen auf diese nunmehr einhellig vertretene Feststellung der verschiedenen Gerichte verweisen können. Allerdings hatte das Landessozialgericht die Konstellation zu beleuchten, dass nicht ein Versicherter den Anspruch an die Krankenkasse stellt, sondern eine Klinik. Für diese nimmt es mit guten Gründen eine Kompetenzüberschreitung an und lässt einen Vergütungsanspruch entfallen, wenn diese nach der Überweisung eines Vertragsarztes die eigentlich ambulant indizierte Behandlung außerhalb des GKV-Leistungskataloges durchführt.

D. Auswirkungen für die Praxis

Die Entscheidung des LSG Halle sichert die bereits klargestellte Feststellung zur Erforderlichkeit gemäß § 39 SGB V noch zusätzlich. Ein Zusammenwirken von Leistungserbringern zu Lasten der Krankenkassen ist damit rechtlich ausgeschlossen. Kliniken werden künftig im eigenen wirtschaftlichen Interesse davon absehen, solche Behandlungen durchzuführen. Krankenkassen sind nach dieser Rechtsprechung gehalten, entsprechende Vergütungsansprüche von Kliniken zurückzuweisen und Kostenübernahmeanträge von Versicherten abzulehnen. Dazu bedarf es regelmäßig kaum der Einschaltung des MDK, wenn an der ambulanten Durchführbarkeit keine Zweifel bestehen. Wie das Landessozialgericht zutreffend bemerkt, handelt es sich um eine „reine Rechtsfrage, zu deren Beantwortung lediglich zu einzelnen Punkten auch medizinische Erkenntnisse heranzuziehen sind“. Es ist zu erwarten, dass damit die Klärung solcher Angelegenheiten aus dem Ab-

rechnungsverhältnis zwischen Kliniken und Krankenkassen grundsätzlich entfällt. Das dürfte für Kliniken wie Krankenkassen eine administrative Erleichterung darstellen, die letztlich allen Beteiligten zugutekommt.

E. Weitere Themenschwerpunkte der Entscheidung

Sehr kurz und knapp, damit prägnant und richtig hat das LSG Halle zweierlei festgestellt, was immer wieder für Diskussionen in Vergütungsauseinandersetzungen zwischen Kliniken und Krankenkassen sorgt:

Zum einen ist eine Aufrechnung durch die Krankenkassen mit weiteren Forderungen der Klinik grundsätzlich zulässig. Dies ist gerade in Bayern immer wieder umstritten und verschiedentlich erstinstanzlich anders gesehen worden. Es bleibt abzuwarten, ob das LSG München den Kollegen aus Sachsen-Anhalt folgt.

Zum anderen haben die Kostenübernahmeerklärungen, zu deren Abgabe die Krankenkassen verpflichtet sind, kein eigenständiges konstitutives Gewicht und sind kein Rechtsgrund für eine Zahlung.

© juris GmbH