S 12 KR 224/20

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Hessen
Sozialgericht	Sozialgericht Kassel
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	-
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 12 KR 224/20
Datum	22.09.2021

2. Instanz

Aktenzeichen	L 8 KR 453/21
Datum	24.08.2023

3. Instanz

Datum	-

Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Kassel vom 22. September 2021 wird zurÃ¼ckgewiesen.Â

Die Beklagte trÃ¤gt die Kosten des Rechtsstreits in beiden Instanzen.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Der Streitwert wird auf 6.519,95 â¬ festgesetzt.

Tatbestand

Im Streit steht die VergÃ¼tung einer vollstationÃ¤r durchgefÃ¼hrten bariatrischen Operation.Â

Der 1960 geborene und bei der Beklagten in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versicherten E. G. (G) beantragte am 24. Juni 2019 bei der Beklagten die KostenÃ¼bernahme fÃ¼r eine Magen-Bypass-Operation. Die Beklagte veranlasste daraufhin ein Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK), das nach Aktenlage am 9. August 2019 erstattet wurde. Danach liege bei

dem G eine Adipositas Grad II mit einem BMI von 37,5 kg/m2 vor. Vom Hausarzt und dem Chirurgen wÃ¼rden als adipositasassoziierte Folge- und Begleiterkrankungen ein Diabetes mellitus Typ 2, arterielle Hypertonie, Zustand nach Schlaganfall in 2012, ein obstruktives Schlafapnoe-Syndrom und ein LWS-Syndrom angegeben. Entsprechende fachÃ¤rztliche Befundberichte seien im Vorfeld angefordert worden. Aktuell lÃ¤gen bis auf die AufzÃ¤hlung dieser Erkrankungen jedoch keinerlei Angaben zur Schwere der Erkrankungen und therapeutischen MaÃnahmen vor. Anhand der vorgelegten Unterlagen kÃ¶nne die Schwere der Begleiterkrankungen nicht beurteilt werden. Weiterhin lÃ¤gen keine Angaben Ã¼ber die wahrscheinlich durchgefÃ¼hrten konservativen BehandlungsmaÃnahmen vor. Eine KostenÃ¼bernahme der beantragten Operation kÃ¶nne daher nicht empfohlen werden. Konkret zu empfehlen sei gegebenenfalls eine Wiedervorlage mit diabetologischen und orthopÃ¤dischen Befundberichten, Laborwerten zum Ausschluss mÃ¶glicher endokrinologischer Erkrankungen und Therapieberichte Ã¼ber die durchgefÃ¼hrte ErnÃ¤hrungstherapie. Auf der Grundlage dieses Gutachtens lehnte die Beklagte die KostenÃ¼bernahme mit bestandskrÃ¤ftigem Bescheid vom 13. August 2019 mangels medizinischer Notwendigkeit des beantragten Eingriffs ab.Â

Am 25. September 2019 wurde G im Krankenhaus der KlÃ¤gerin zur DurchfÃ¼hrung des vorgenannten chirurgischen Eingriffs stationÃ¤r aufgenommen. Die von der KlÃ¤gerin am 26. September 2019 Ã¼bermittelte Aufnahmeanzeige wurde von der Beklagten am 27. September 2019 mit der BegrÃ¼ndung zurÃ¼ckgewiesen, dass es sich um einen bariatrischen Eingriff handele, der zuvor vom MDK aufgrund fehlender medizinischer Voraussetzungen abgelehnt worden sei, so dass hierfÃ¼r keine Kosten getragen werden kÃ¶nnten. Dem ist die KlÃ¤gerin am 3. Oktober 2019 mit dem Hinweis entgegengetreten, dass bei dem G eine Adipositas Grad II mit einem BMI von 37 und schweren Folgeerkrankungen vorliege und daher die Operation leitliniengemÃ¤Ã indiziert sei.

FÃ¼r die vom 25. September bis zum 1. Oktober 2019 durchgefÃ¼hrte Behandlung wurde der Beklagten von der KlÃ¤gerin am 18. Oktober 2019 auf der Grundlage der Fallpauschale DRG K04Z (groÃe Eingriffe bei Adipositas) ein Gesamtbetrag von 6.519,95 â¬ in Rechnung gestellt. Von der Beklagten wurde die Rechnung mit Schreiben vom 21. Oktober 2019 unter Bezugnahme auf die der Notwendigkeit der Behandlung entgegenstehende MDK-Begutachtung zurÃ¼ckgewiesen.

Die KlÃ¤gerin hat hiergegen am 11. Mai 2020 Klage vor dem Sozialgericht in Kassel erhoben, mit der sie die Zahlung von 6.519,95 â¬ zuzÃ¼glich Zinsen geltend gemacht hat. Die Beklagte habe es im Anschluss an den Rechnungseingang unter Missachtung der 6-Wochen-Frist des Â§ 275 Abs. 1c Sozialgesetzbuch FÃ¼nftes Buch â Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V) versÃ¤umt, ein RechnungsprÃ¼fungsverfahren unter Einschaltung des MDK einzuleiten, so dass sie nunmehr mit mÃ¶glichen medizinischen Einwendungen ausgeschlossen sei.Â

Mit Urteil vom 22. September 2021 hat das Sozialgericht die Beklagte verurteilt, der KlÃ¤gerin 6.519,95 â¬ nebst Zinsen hieraus i.H.v. 5 Prozentpunkten Ã¼ber dem jeweiligen Basiszinssatz der EuropÃ¤ischen Zentralbank seit dem 18. November

2019 zu zahlen. UnabhÃ¤ngig von dem bereits vor der Krankenhausaufnahme eingeholten MDK-Gutachten sei seitens der Beklagten nach der Rechnungslegung eine RechnungsprÃ¼fung durch den MDK einzuleiten gewesen. Dies habe die Beklagte unstreitig unterlassen. Hieraus folge, dass mit Ablauf der 6-wÃ¶chigen Ausschlussfrist des Â§ 275 Abs. 1c S. 2 SGB V der medizinische Sachverhalt nunmehr einer AufklÃ¤rung und Beurteilung im Gerichtsverfahren entzogen und der Klage schon aus diesem Grund stattzugeben sei. Aufgrund der VersÃ¤umung der innerhalb von 6 Wochen nach Rechnungsstellung erfolgten Einschaltung des MDK zur RechnungsprÃ¼fung sei der sich aus Â§ 275 Abs. 1c SGB V ergebende Einwendungsausschluss zu beachten. Aufgrund der Einwendungen der KlÃ¤gerin vom 3. Oktober 2019 hÃ¤tte sich die Beklagte zu einer eigenstÃ¤ndigen Einschaltung des MDK im Anschluss an die Rechnungsstellung als 2. Stufe des PrÃ¼fverfahrens veranlasst sehen mÃ¼ssen. Unter Zugrundelegung der Einwendungen des Krankenhauses bestÃ¼nden keine rechtlich durchgreifenden Bestimmungen gegen die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung nach Â§ 39 SGB V, zumal die gutachterliche Stellungnahme des MDK allein nach Aktenlage gefertigt sei und dieser die beim Versicherten vorliegenden KomorbiditÃ¤ten einschlieÃlich einer nach Aktenlage mehrjÃ¤hrigen psychotherapeutischen Behandlung in seine Beurteilung nicht mit einbezogen habe.

Hiergegen richtet sich die Berufung der Beklagten vom 14. Oktober 2021. Zu vorliegenden Problematik habe zwischenzeitlich das Bundessozialgericht (BSG) mit Urteil vom 22. Juni 2022 (B 1 KR 19/21 R) eine grundsÃ¤tzliche Entscheidung getroffen. Danach bestehe keine Verpflichtung zur Einleitung eines PrÃ¼fverfahrens, wenn sich auch ohne ein solches die fehlende Erforderlichkeit der Krankenhausbehandlung feststellen lasse. Dem Anspruch der KlÃ¤gerin auf Zahlung der Behandlungskosten sei sie daher zurecht mit Verweis auf das Gutachten des MDK vom 9. August 2019 entgegengetreten.

Die Beklagte beantragt,
das Urteil des Sozialgerichts Kassel vom 22. September 2021 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die KlÃ¤gerin beantragt,
die Berufung zurÃ¼ckzuweisen.

Sie ist der Ansicht, eine bestandskrÃ¤ftige Ablehnung, welche von einer Krankenkasse gegenÃ¼ber einem Versicherten ausgesprochen worden sei, berÃ¼hre den VergÃ¼tungsanspruch des Krankenhauses nicht. Das Ergebnis des Verwaltungs- oder Widerspruchsverfahrens zwischen dem Versicherten und seiner Krankenkasse schlage nicht auf den VergÃ¼tungsanspruch des Krankenhauses durch. Daran Ã¤nderte auch die jÃ¼ngste Rechtsprechung des BSG vom 22. Juni 2022 (Az. B 1 KR 19/21 R) nichts. Zudem sage der Inhalt der Verwaltungsakte aus dem betreffenden Antragsverfahren im VerhÃ¤ltnis Patient-Krankenkasse nichts aus Ã¼ber die tatsÃ¤chliche und medizinische Situation am Tag der Operation. Die Beklagte sei aus GrÃ¼nden des Sozialdatenschutzes nicht befugt, die im Antragsverfahren gewonnenen Informationen in ein spÃ¤teres Verfahren einzufÃ¼hren, in welchem es um einen VergÃ¼tungsanspruch des

Leistungserbringers gehe.

Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung des Senats ohne mÃ¼ndliche Verhandlung einverstanden erklÃ¤rt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes, der Gegenstand der Entscheidungsfindung des Senats gewesen ist, wird ergÃ¤nzend auf den Inhalt der Gerichtsakte und der beigezogenen Verwaltungsakte der Beklagten verwiesen.

EntscheidungsgrÃ¼nde

Der Senat konnte im EinverstÃ¤ndnis der Beteiligten den Rechtsstreit ohne mÃ¼ndliche Verhandlung entscheiden (Â§ 153 Abs. 1 i.V.m. Â§ 124 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz â SGG).Â

Die zulÃ¤ssige Berufung der Beklagten ist in der Sache ohne Erfolg. Das Sozialgericht Kassel hat der Leistungsklage der KlÃ¤gerin im Ergebnis zu Recht stattgegeben, da dieser der geltend gemachte VergÃ¼tungsanspruch zusteht.

Rechtsgrundlage des von der KlÃ¤gerin aufgrund der vollstationÃ¤ren Behandlung des G geltend gemachten VergÃ¼tungsanspruchs ist Â§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V i.V.m. Â§ 7 Krankenhausentgeltgesetz und Â§ 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz. Danach entsteht die Zahlungsverpflichtung der Krankenkasse unabhÃ¤ngig von einer Kostenzusage unmittelbar mit Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten kraft Gesetzes, wenn die Versorgung â wie hier â in einem zugelassenen Krankenhaus im Rahmen seines Versorgungsauftrages durchgefÃ¼hrt wird, sie im Sinne von Â§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V erforderlich ist und die Leistungen insgesamt wirtschaftlich (Â§ 12 Abs. 1 SGB V) erbracht werden. Dabei steht dem VergÃ¼tungsanspruch grundsÃ¤tzlich nicht entgegen, dass die Beklagte vorliegend bereits im VerhÃ¤ltnis gegenÃ¼ber G bestandskrÃ¤ftig entschieden hat, dass dieser auf die begehrte und spÃ¤ter von der KlÃ¤gerin durchgefÃ¼hrte bariatrische Operation mangels Erforderlichkeit keinen Anspruch nach Â§ 39 SGB V hat. Stellt die Krankenkasse gegenÃ¼ber dem Versicherten durch einen Verwaltungsakt fest, dass ein Anspruch auf Krankenhausbehandlung nach Â§ 39 SGB V nicht besteht, fehlt es zwar an einem Sachleistungsanspruch des Versicherten, der durch das Krankenhaus erfÃ¼llt werden kann. Die Bindungswirkung des ablehnenden Bescheides tritt allerdings nur fÃ¼r die am Verwaltungsverfahren Beteiligten und die den Bescheid erlassende BehÃ¶rde ein, nicht jedoch unmittelbar gegenÃ¼ber dem am Verwaltungsverfahren nicht beteiligten Krankenhaus. Die zu Lasten der Krankenkasse wirksame Leistungserbringung des Krankenhauses hÃ¤ngt auch ansonsten nicht von einer vorherigen Bewilligung der Leistung durch die Krankenkasse ab. Die sachliche PrÃ¼fung der Erforderlichkeit einer Krankenhausbehandlung ist nach Â§ 39 Abs 1 Satz 2 SGB V ausdrÃ¼cklich dem Krankenhaus und seiner eigenverantwortlichen Entscheidung zugewiesen, die aber der nachgelagerten Kontrolle durch die Krankenkasse und im VergÃ¼tungsstreit der uneingeschrÃ¤nkten gerichtlichen ÃberprÃ¼fung unterliegt. Das Krankenhaus muss die Erforderlichkeit der Krankenhausbehandlung selbst prÃ¼fen. Es ist dagegen nicht verpflichtet, eine

eventuelle (bestandskrÃ¤ftige) Leistungsablehnung beim Versicherten oder der Krankenkasse vorab zu erfragen. Das Risiko, dass ein Versicherter trotz eines die Leistung ablehnenden Bescheides ein Krankenhaus aufsucht, um eben diese Leistung zu erhalten, ohne sich dem Krankenhaus zu offenbaren, trÃ¤gt die Krankenkasse. Dieses Risiko ist mangels einer normativ-organisatorischen Absicherung von Leistungsablehnungen gegenÃ¼ber allen nach Â§ 108 SGB V in Frage kommenden KrankenhÃ¤usern allein dem VersicherungsverhÃ¤ltnis ohne Auswirkung auf den VergÃ¼tungsanspruch des Krankenhauses im AbrechnungsverhÃ¤ltnis zuzuordnen (BSG, Urteil vom 22. Juni 2022 â B 1 KR 19/21 R â, juris Rn. 11 f. m.w.N.).

Damit kommt es vorliegend darauf an, ob die DurchfÃ¼hrung der stationÃ¤ren Behandlung nach dem Ergebnis der im gerichtlichen Verfahren gebotenen Sachverhaltsermittlungen als erforderlich i.S. von Â§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V angesehen werden kann. Erforderlich ist die vollstationÃ¤re Krankenhausbehandlung nur dann, wenn die Behandlung dem QualitÃ¤tsgebot (Â§ 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V) oder dem abgesenkten QualitÃ¤tsgebot des PotentialmaÃstabes (Â§ 137c Abs. 3 SGB V) entspricht. Der Anspruch auf Krankenbehandlung hat sich generell daran auszurichten, welche Behandlung unter Beachtung des QualitÃ¤tsgebotes und des umfassenden Grundsatzes der Wirtschaftlichkeit notwendig und ausreichend ist, um das angestrebte Behandlungsziel zu erreichen (Â§ 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V i.V.m. Â§ 2 Abs. 1 Satz 3, Abs. 4, Â§ 12 Abs. 1 SGB V). Der Anspruch auf vollstationÃ¤re Krankenhausbehandlung erfordert zudem insbesondere die Beachtung eines in Â§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V speziell geregelten Aspekts des Wirtschaftlichkeitsgebots. Die vollstationÃ¤re Krankenhausbehandlung ist gegenÃ¼ber allen anderen Arten der Krankenbehandlung nachrangig. KÃ¶nnen die Behandlungsziele durch ambulante Behandlung erreicht werden, besteht kein Anspruch auf stationÃ¤re Behandlung und damit kein VergÃ¼tungsanspruch des Krankenhauses. Eine vollstationÃ¤re Aufnahme zur DurchfÃ¼hrung einer bariatrischen Operation ist damit nur dann erforderlich, wenn das Behandlungsziel nicht durch ambulante BehandlungsmaÃnahmen erreicht werden kann. Die Erforderlichkeit ist im Streitfall von den Gerichten nach dem im Behandlungszeitpunkt objektiv verfÃ¼gbaren Wissens- und Kenntnisstand des verantwortlichen Krankenhausarztes voll Ã¼berprÃ¼fbar (BSG, Urteil vom 22. Juni 2022, a.a.O. Rn. 19). Wird durch eine Operation in ein funktionell intaktes Organ eingegriffen und dieses regelwidrig verÃ¤ndert â wie es vorliegend bei der durchgefÃ¼hrten Magen-Bypass-Operation zweifellos der Fall ist -, bedarf die mittelbare Behandlung einer speziellen Rechtfertigung, wobei die Art und Schwere der Erkrankung, die Dringlichkeit der Intervention, die Risiken und der zu erwartende Nutzen der Therapie sowie etwaige Folgekosten fÃ¼r die Krankenversicherung gegeneinander abzuwÃ¤gen sind. Nach der im Gutachten des MDK sowie in den AusfÃ¼hrungen der KlÃ¤gerin Ã¼bereinstimmend zitierten medizinischen Leitlinie (S3-Leitlinie zur Therapie und PrÃ¤vention der Adipositas) sind bariatrische Operationen wegen des Eingriffs in ein gesundes Organ grundsÃ¤tzlich nur als Ultima Ratio und nur bei Patienten mit einem BMI >=40 kg/m2 oder >=35 kg/m2 mit erheblichen Begleiterkrankungen nach AusschÃ¶pfung konservativer BehandlungsmÃ¶glichkeiten im Sinne eines multimodalen Therapiekonzeptes erforderlich. Der Begriff der Ultima Ratio als

rechtlicher Aspekt der Erforderlichkeit i.S. von Â§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V ist dabei nicht in dem Sinne zu verstehen, dass zunÃ¤chst stets alle anderen BehandlungsmÃ¶glichkeiten ausgeschÃ¶pft sein mÃ¼ssen und als einzige Therapieoption dann noch eine, ein gesundes Organ betreffende Operation verbleibt. Das QualitÃ¤tsgebot (Â§ 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V) fordert, dass nach dem gesicherten Stand der medizinischen Erkenntnisse, also der bestverfÃ¼gbaren Evidenz, in medizinischen Fachkreisen Konsens Ã¼ber die Wirksamkeit und ZweckmÃ¤Ãigkeit der bariatrischen Operation bestehen muss. Sofern Nutzen und ZweckmÃ¤Ãigkeit einer Methode im Grunde anerkannt sind, gebieten es QualitÃ¤ts- und Wirtschaftlichkeitsgebot, den Weg des gesicherten Nutzens zu wÃ¤hlen und Gesundheitsgefahren fÃ¼r die Versicherten soweit wie mÃ¶glich auszuschlieÃen. Das erfordert eine AbwÃ¤gung von Chancen und Risiken der in Rede stehenden Operation. Diese dem Patientenschutz dienende EinschrÃ¤nkung gilt in besonderer Weise bei einem Eingriff in ein gesundes Organ, der mit dem Ziel erfolgt, SchÃ¤den an anderen Organen oder KÃ¶rperteilen oder FunktionsstÃ¶rungen zu beheben, zu lindern oder deren Verschlimmerung zu vermeiden (Â§ 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V). Mit der bariatrischen Operation wird die FunktionsfÃ¤higkeit insbesondere des Magens irreversibel beeintrÃ¤chtigt. Unter BerÃ¼cksichtigung der besonderen Risiken und Folgen eines solchen Eingriffs bedeutet Ultima Ratio, dass die irreversible, zielgerichtete SchÃ¤digung eines gesunden Organs durch eine vollstationÃ¤r durchzufÃ¼hrende bariatrische Operation nur dann als i.S. des Â§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V erforderliche Krankenhausbehandlung anzusehen ist, wenn die voraussichtlichen Ergebnisse dieses Eingriffs den voraussichtlichen Ergebnissen anderer Behandlungsoptionen eindeutig Ã¼berlegen sind. HierfÃ¼r ist es nicht erforderlich, dass sÃ¤mtliche andere Therapieoptionen zuvor tatsÃ¤chlich ausgeschÃ¶pft sind. Ausreichend ist, wenn unter BerÃ¼cksichtigung des gesicherten Standes der medizinischen Erkenntnisse und unter AbwÃ¤gung von Nutzen und Risiken ausgehend von den Behandlungszielen im konkreten Behandlungsfall von einem chirurgischen Eingriff ein deutlich grÃ¶Ãerer Nutzen fÃ¼r den gesundheitlichen Zustand des Patienten insgesamt zu erwarten ist. Es kommt hierbei insbesondere auf die Erfolgsaussichten der nicht-invasiven Therapieoptionen, die voraussichtliche Dauer bis zu einem spÃ¼rbaren Erfolg, das AusmaÃ der bereits bestehenden Folge- und Begleiterkrankungen der Adipositas und die dadurch bedingte Dringlichkeit der Gewichtsreduktion an (BSG, Urteil vom 22. Juni 2022, a.a.O. Rn. 20 â 22). Die ErÃ¶rterung der AbwÃ¤gungsgesichtspunkte muss bereits Gegenstand der fÃ¼r die Einwilligung des Versicherten in die Operation notwendigen AufklÃ¤rung (Â§Â§ 630d , 630e BGB) und Gegenstand der zu fÃ¼hrenden Patientenakte (Â§ 630f BGB) sein. Sie ist im Zweifel grundsÃ¤tzlich vom Krankenhaus zu beweisen. Hiervon hÃ¤ngt auch der VergÃ¼tungsanspruch des Krankenhauses ab (BSG, Urteil vom 22. Juni 2022, a.a.O. Rn. 24). Diese Beweislast kann sich allerdings aufgrund eines Beweiserhebungs- und -verwertungsverbots zu Ungunsten der Krankenkasse umkehren, soweit von dieser von der DurchfÃ¼hrung eines erforderlichen PrÃ¼fverfahrens abgesehen worden ist.

Von der KlÃ¤gerin wird mit dem vorliegenden Verfahren geltend gemacht, dass die DurchfÃ¼hrung der Magen-Bypass-Operation im Rahmen der stationÃ¤ren Behandlung im vorgenannten Sinne erforderlich gewesen sei. Von der Beklagten

wurde dies bereits nach der Rechnungsstellung bestritten und aus diesem Grund die Rechnung nicht beglichen, ohne ein PrÃ¼fverfahren nach Â§ 275 Abs. 1c SGB V durchzufÃ¼hren. Hierzu war sie grundsÃ¤tzlich auch nicht verpflichtet; sie kann auch ohne DurchfÃ¼hrung eines PrÃ¼fverfahrens unter Einbeziehung des MDK die fehlende Erforderlichkeit der Krankenhausbehandlung dem VergÃ¼tungsanspruch entgegenhalten und darauf gestÃ¼tzt die VergÃ¼tung verweigern (BSG, Urteil vom 22. Juni 2022, a.a.O. Rn. 26 f., 31). In diesem Fall besteht eine auf die EinwÃ¤nde der Krankenkasse beschrÃ¤nkte Ermittlungspflicht des Gerichts, an der das Krankenhaus nicht mitwirken muss. Die Erhebung und Verwertung derjenigen Daten, die nur im Rahmen des PrÃ¼fverfahrens durch den MDK beim Krankenhaus hÃ¤tten erhoben werden kÃ¶nnen, ist dem Gericht dann allerdings verwehrt (BSG, Urteil vom 22. Juni 2022, a.a.O. Rn. 32). Die Ausschlussfrist des Â§ 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V ist spezifischer Ausdruck der besonderen Verantwortungsbeziehungen zwischen KrankenhÃ¤usern und Krankenkassen im Rahmen ihres Auftrages zur stationÃ¤ren Versorgung der Versicherten. Das Vertrauen der KrankenhÃ¤user in den zÃ¼gigen Abschluss der Abrechnung ist besonders geschÃ¼tzt, sie sollen nach Ablauf der 6-Wochen-Frist nicht mehr mit PrÃ¼fungen i.S. von Â§ 275 Abs. 1c Satz 4 SGB V rechnen mÃ¼ssen. Dieser Schutz soll auch nicht dadurch unterlaufen werden kÃ¶nnen, dass anstelle des PrÃ¼fverfahrens nach der PrÃ¼fvV die Sozialgerichte erstmals Ã¼ber medizinische Fragen zur Berechtigung des VergÃ¼tungsanspruchs entscheiden und dazu umfangreich Beweis erheben. Daraus ergibt sich ein Beweiserhebungsverbot, welches die Amtsermittlungspflicht des Â§ 103 SGG begrenzt. Bei unzulÃ¤ssiger Erhebung von Beweisen besteht ein Beweisverwertungsverbot fÃ¼r Behandlungsunterlagen des Krankenhauses oder vergleichbare Erkenntnisse. Das Gericht darf weder Unterlagen des Krankenhauses beiziehen (Â§ 106 Abs. 3 Nr. 1 und 2 SGG) noch Ãrzte des Krankenhauses als Zeugen Ã¼ber das Behandlungsgeschehen vernehmen (Â§ 106 Abs. 3 Nr. 4 SGG) oder sich auf anderem Weg Kenntnis von VorgÃ¤ngen im Krankenhaus verschaffen, die vom MDK im PrÃ¼fverfahren zulÃ¤ssigerweise hÃ¤tten ermittelt werden kÃ¶nnen. Insoweit besteht fÃ¼r das Krankenhaus ein Recht zur Verweigerung der an sich nach Â§ 103 Satz 1 Halbsatz 2 SGG gebotenen Mitwirkung zur AufklÃ¤rung des Sachverhalts (BSG, Urteil vom 22. Juni 2022, a.a.O. Rn. 34). Der Verzicht der Krankenkasse auf ein PrÃ¼fverfahren ist dann im Rahmen der BeweiswÃ¼rdigung zugunsten des Krankenhauses zu berÃ¼cksichtigen. Er erfordert eine Beweiserleichterung bis hin zur Umkehr der Beweislast. Dies folgt aus den dazu entwickelten allgemeinen prozessualen Voraussetzungen unter Beachtung des Zwecks des Â§ 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V (BSG, Urteil vom 22. Juni 2022, a.a.O. Rn. 36). Aufgrund der Beweiserleichterungen zugunsten des Krankenhauses ergeben sich fÃ¼r die Krankenkasse gesteigerte Darlegungsanforderungen. Sie muss im VergÃ¼tungsstreit ihre EinwÃ¤nde gegen den VergÃ¼tungsanspruch des Krankenhauses auch ohne die Notwendigkeit der Datenerhebung beim Krankenhaus schlÃ¼ssig vortragen. Nur wenn sich aus ihrem Vortrag Tatsachen ergeben, die fÃ¼r sich genommen dem VergÃ¼tungsanspruch entgegenstehen kÃ¶nnen, besteht â ggf. nach Hinweis an das Krankenhaus (Â§ 106 Abs. 1 SGG) â Anlass zu weiteren Ermittlungen, etwa durch Einholung eines SachverstÃ¤ndigengutachtens (Â§ 106 Abs. 3 Nr. 5 SGG). Hingegen ist eine Ãberzeugungsbildung des Gerichts zugunsten der Krankenkasse nicht schon dadurch ausgeschlossen, dass sich immer auch (irgend-)etwas anderes aus den

Behandlungsunterlagen des Krankenhauses ergeben kÃ¶nnte. Bleiben jedoch relevante Tatsachen fÃ¼r die von der Krankenkasse erhobenen EinwÃ¤nde unaufklÃ¤rbar, gehen verbleibende Zweifel zu ihren Lasten (BSG, Urteil vom 22. Juni 2022, a.a.O. Rn. 39).

Unter Beachtung der vorstehenden GrundsÃ¤tze ist es vorliegend von maÃgeblicher Bedeutung, dass durch das Gutachten des MDK im Antragsverfahren des G nicht der Nachweis erbracht wurde, dass die zu diesem Zeitpunkt geplante und spÃ¤ter durchgefÃ¼hrte Magen-Bypass-Operation nicht erforderlich gewesen ist. Nach den Feststellungen des MDK im Gutachten vom 9. August 2019 bestand bei dem G zum streitgegenstÃ¤ndlichen Zeitpunkt eine Adipositas Grad II mit einem BMI von 37,5, kg/m2. Nach den vorstehenden AusfÃ¼hrungen lÃ¤sst sich die Notwendigkeit einer bariatrischen Operation in dieser Konstellation nicht generell ausschlieÃen, sondern wÃ¤re eventuell beim Vorliegen erheblicher Begleiterkrankungen nach AusschÃ¶pfung konservativer BehandlungsmÃ¶glichkeiten im Sinne eines multimodalen Therapiekonzeptes zu bejahen. Der MDK hat diesbezÃ¼glich bemÃ¤ngelt, dass von dem G nicht der Nachweis erbracht worden sei, dass die grundsÃ¤tzlich in Betracht kommenden konventionellen, nicht-operativen Behandlungsoptionen ausgeschÃ¶pft worden seien. Mangels im Vorfeld der Begutachtung angeforderter fachÃ¤rztlicher Befundberichte lÃ¤gen bis auf die AufzÃ¤hlung der bei dem G vorliegenden Begleiterkrankungen keinerlei Angaben zu der Schwere der Erkrankung und therapeutischen MaÃnahmen vor. Anhand der vorgelegten Unterlagen kÃ¶nne die Schwere der Begleiterkrankungen nicht beurteilt werden. Weiterhin lÃ¤gen auch keine Angaben Ã¼ber die wahrscheinlich durchgefÃ¼hrten konservativen BehandlungsmaÃnahmen vor. Eine KostenÃ¼bernahme der beantragten Operation kÃ¶nne daher nicht empfohlen werden. Konkret zu empfehlen sei eine eventuelle Wiedervorlage zur erneuten Begutachtung, soweit die hierfÃ¼r vom MDK als erforderlich angesehenen diabetologischen und orthopÃ¤dischen Befundberichten, Laborwerten zum Ausschluss mÃ¶glicher endokrinologischer Erkrankungen und Therapieberichte Ã¼ber die durchgefÃ¼hrte ErnÃ¤hrungstherapie vorlÃ¤gen. Damit ergibt sich aus den AusfÃ¼hrungen des MDK in dem Gutachten vom 9. August 2019 nicht zweifelsfrei, ob zu diesem Zeitpunkt und damit erst recht nicht zum Zeitpunkt der Aufnahme des G zur stationÃ¤ren Behandlung am 25. September 2019 die DurchfÃ¼hrung einer Magen-Bypass-Operation zur Behandlung der bei diesem bestehenden Adipositas erforderlich war. Das MDK-Gutachten lÃ¤sst auch keinen Schluss darauf zu, dass die erforderliche AbwÃ¤gung der ÃrzTe im Krankenhaus der KlÃ¤gerin bezÃ¼glich des Nutzens und der Risiken des operativen Eingriffs im konkreten Behandlungsfall im Hinblick auf die noch bestehenden Erfolgsaussichten nicht-invasiver Therapieoptionen, der voraussichtliche Dauer bis zu einem spÃ¼rbaren Erfolg, dem AusmaÃ der bereits bestehenden Folge- und Begleiterkrankungen der Adipositas und der dadurch bedingte Dringlichkeit der Gewichtsreduktion nicht erfolgt ist bzw. zu einem anderen Ergebnis hÃ¤tte kommen mÃ¼ssen. Zur AufklÃ¤rung dieser UmstÃ¤nde bedÃ¼rfte es der Beweisaufnahme mittels Auswertung der Patientenakte bzw. einer Befragung der fÃ¼r die DurchfÃ¼hrung der stationÃ¤ren Behandlung verantwortlichen ÃrzTe im Krankenhaus der KlÃ¤gerin, welche vorliegend aus den vorgenannten GrÃ¼nden ausscheidet.

Der Senat vermochte sich auch nicht davon zu Ã¼berzeugen, dass die KlÃ¤gerin vor DurchfÃ¼hrung der streitgegenstÃ¤ndlichen stationÃ¤ren Behandlung im Hinblick auf die Ablehnung des Leistungsantrages des G bÃ¶sglÃ¤ubig gewesen sein kÃ¶nnte. Hierzu hat sich das BSG in seinem Urteil vom 22. Juni 2022 (B 1 KR 19/21 R, juris Rn. 16) einem obiter dictum wie folgt geÃ¤uÃ□ert: â□□Der Senat neigt â□¦ der Auffassung zu, dass die Krankenkasse sich mit Blick auf Â§ 44 SGB X auch gegenÃ¼ber dem bÃ¶sglÃ¤ubigen Krankenhaus dann nicht auf die formelle Bestandskraft der Leistungsablehnung berufen kann, wenn im VergÃ¼tungsrechtsstreit die Erforderlichkeit der Behandlung nach umfassender PrÃ¼fung des Sachverhalts festgestellt wird. Diese Feststellung der Erforderlichkeit ist zu unterscheiden davon, dass es der Krankenkasse bei einem nicht durchgefÃ¼hrten PrÃ¼fverfahren iS des Â§ 275 Abs 1c Satz 4 SGB V (jetzt Â§ 275c Abs 1 Satz 3 SGB V) nicht gelingt, mit den ihr nur eingeschrÃ¤nkt zur VerfÃ¼gung stehenden Beweismitteln die fehlende Erforderlichkeit zu belegen. Dem bÃ¶sglÃ¤ubigen Krankenhaus kann es dann unter UmstÃ¤nden verwehrt sein, sich auf Â§ 275 Abs 1c Satz 2 SGB V und auf zu seinen Gunsten eingreifende Ausschlussfristen der jeweiligen PrÃ¼fverfahrensvereinbarung (PrÃ¼fvV) zu berufen. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn das Krankenhaus in Kenntnis des ablehnenden Bescheides die Operation durchfÃ¼hrt, auf diesen Umstand aber bei der Abrechnung nicht hinweist.â□□ G wurde bei der KlÃ¤gerin bereits am 23. Mai 2019 ambulant untersucht und ihm hierbei die DurchfÃ¼hrung der streitgegenstÃ¤ndlichen Operation empfohlen. In dem betreffenden Arztbrief an seinen Hausarzt vom 3. Juni 2019 heiÃ□t es abschlieÃ□end, G werde nun einen Antrag bei seiner Krankenkasse stellen und sich, sobald dieser beschieden ist, erneut in der Sprechstunde der KlÃ¤gerin zur weiteren Planung vorstellen. Ohne die nach den vorstehenden AusfÃ¼hrungen im gerichtlichen Verfahren nicht mehr mÃ¶gliche Beiziehung und Auswertung der Patientendokumentation zur streitgegenstÃ¤ndlichen Behandlung ist es nicht mehr aufklÃ¤rbar, ob der KlÃ¤gerin bei der Aufnahme des G zur stationÃ¤ren Behandlung die diesem gegenÃ¼ber erfolgte Ablehnung des Leistungsantrags bekannt wurde. HierfÃ¼r ergeben sich auch ansonsten keine Anhaltspunkte. Nach den vorstehenden AusfÃ¼hrungen wirkt sich auch das zulasten der Beklagten aus.Â

Der vom Sozialgericht zutreffend zuerkannte Zinsanspruch der KlÃ¤gerin folgt aus Â§ 10 Abs. 4 und 5 des Landesvertrags Ã¼ber die allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung.

Die Kostenentscheidung beruht auf Â§ 197a SGG i.V.m. Â§ 154 Abs. 1 und 2 VwGO, die Entscheidung Ã¼ber den Streitwert auf Â§Â§ 63 Abs. 2, 52 Abs. 3 Gerichtskostengesetz (GKG).Â

Die Revision war nicht zuzulassen, da die Voraussetzungen des Â§ 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG nicht vorliegen.Â
Â

Erstellt am: 10.10.2023

Zuletzt verändert am: 23.12.2024