

Mandanteninformation zum Gesundheitsrecht

Entscheidung des Großen Senates des BSG zur Abrechnung stationärer Krankenhausleistungen

Der Große Senat des Bundessozialgerichts hat in seiner Sitzung am 25. September 2007 über eine Divergenzvorlage des 1. Senats zur Leistungspflicht der Krankenkasse bei stationärer Krankenhausbehandlung entschieden.

Der 1. Senat will in einem Verfahren von der Rechtsprechung des 3. Senats abweichen.

Der 3. Senat hat in der Vergangenheit einen Vergütungsanspruch des Krankenhauses gegen die Krankenkasse auch dann bejaht, wenn der Patient an sich ambulant versorgt werden konnte, dazu aber eine spezielle Unterbringung und Betreuung in einer geschützten Umgebung benötigte und die Krankenkasse ihm eine geeignete Einrichtung nicht konkret benannt hatte.

Demgegenüber verneint der 1. Senat in diesem Fall die Leistungspflicht der Krankenkasse und stellt allein auf die medizinische Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung ab.

Außerdem billigt der 3. Senat dem Krankenhausarzt - nach Auffassung des 1. Senats zu Unrecht - bei der Beurteilung der Erforderlichkeit der Krankenhausbehandlung einen bei gerichtlicher Überprü-

fung nicht oder nur eingeschränkt zugänglichen Entscheidungsspielraum zu. War die Entscheidung des Krankenhausarztes im Zeitpunkt der Aufnahmeentscheidung „vertretbar“, besteht nach der Rechtsprechung des 3. Senates eine Leistungspflicht der Krankenkassen.

Demgegenüber vertritt der 1. Senat die Auffassung, dass auch nachträgliche Ermittlungen, beispielsweise durch Auswertung der Patientendokumentation, ergeben können, dass einer medizinisch noch zu vertretenden Einschätzung des Krankenhausarztes vergütungsrechtlich nicht zu folgen ist und die Entscheidung des Krankenhausarztes gerichtlich voll überprüft werden kann.

Der Große Senat folgt in seinem Beschluss vom 25. September 2007 nicht der Rechtsprechung des 3. Senates, wonach die Krankenkassen auch in den Fällen verpflichtet sind, in denen eine ambulante Behandlung des Patienten ausreicht, von den Kassen jedoch keine konkreten ambulanten Behandlungsalternativen aufgezeigt werden können.

In diesen Fällen besteht keine Leistungspflicht der Krankenkassen. Ob einem Versicherten vollstationäre Krankenhausbe-

handlung zu gewähren ist, richtet sich allein nach medizinischen Erfordernissen.

Nach Auffassung des Großen Senates kommt dem behandelnden Krankenhausarzt keine „Einschätzungsprärogative“ zu. Das Gericht hat die Frage, ob eine stationäre Krankenhausbehandlung aus medizinischen Gründen erforderlich war, uneingeschränkt zu überprüfen.

Der Große Senat hat die Rechtsprechung des 3. Senates insoweit bestätigt, dass es für die Beurteilung, ob die stationäre Behandlung erforderlich war, auf die „ex-ante-Betrachtung“ ankommt, d. h. auf den im Behandlungszeitpunkt verfügbaren Wissens- und Kenntnisstand des verantwortlichen Krankenhausarztes.

Konsequenz für das Krankenhaus:

Konkret wird die Abkehr von der „Einschätzungsprärogative“ des Krankenhausarztes keine gravierenden Auswirkungen haben, da in der Praxis die Gerichte auch schon bisher die Entscheidung des Krankenhausarztes voll überprüft haben.

Nach der Entscheidung des Großen Senats ist die **lückenlose, genaue und widerspruchsfreie Behandlungsdokumentation** für einen Klageerfolg von wesentlicher Bedeutung. Das Krankenhaus muss in jeder Phase der stationären Behandlung eines Patienten nachweisen und begründen können, warum die Behandlung erforderlich war.

Sobald der Beschluss mit Begründung schriftlich vorliegt, werden wir an dieser Stelle weiter informieren.

Ansprechpartner:

Dr. Christoph Seiler
Rechtsanwalt
Tel.: 089/29033-117
mail: seiler@seufert-law.de

Petra Maier
Rechtsanwältin
Tel: 089/29033-124
mail: maier@seufert-law.de