

## L 16 Kr 183/96

Land  
Nordrhein-Westfalen  
Sozialgericht  
LSG Nordrhein-Westfalen  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung  
16  
1. Instanz  
SG Düsseldorf (NRW)  
Aktenzeichen  
S 4 Kr 45/94  
Datum  
31.07.1996  
2. Instanz  
LSG Nordrhein-Westfalen  
Aktenzeichen  
L 16 Kr 183/96  
Datum  
15.05.1997  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen

-  
Datum

-  
Kategorie  
Urteil

Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 31.07.1996 wird zurückgewiesen. Die Beklagte trägt auch die außergerichtlichen Kosten der Klägerin für das Berufungsverfahren.

Tatbestand:

Streitig ist, ob die Beklagte die Kosten der stationären Behandlung des bei ihr versicherten xxxxx xxx (im folgenden: Versicherter) in der Klinik der Klägerin auch für die Zeit vom 15.09. bis 24.09.1992 zu übernehmen hat.

Der Versicherte wurde wegen einer aktiven offenen Lungen-Tbc im Lungenkrankenhaus xxxxxxxx stationär vom 22.07. bis 03.08.1992 behandelt. Aus disziplinarischen Gründen wurde er in die Klinik der Klägerin verlegt. Die Beklagte erteilte zunächst Kostenzusagen für die Zeit vom 03.08. bis 14.09.1992. Am 21.09.1992 beantragte die Klägerin die Kostenübernahme für die Zeit bis 20.10.1992. Sie begründete die Notwendigkeit eines weiteren stationären Aufenthalts mit Ansteckungsfähigkeit und Notwendigkeit zur Überwachung der Medikamenteneinnahmen. Am 24.09.1992 wurde der Versicherte auf seinen dringlichen Wunsch entlassen. Zwei Tage zuvor hatte ein Röntgen-Thorax-Befund eine "eindrucksvolle Rückbildung der Infiltrationen im li. Ober- und Mittelfeld" gezeigt; in den Tomogrammen war eine "deutliche Verkleinerung der vorbestehenden großen Zerfallshöhlen" zur Darstellung gekommen; mikroskopisch konnten keine Erreger mehr nachgewiesen werden (Entlassungsbericht der Klinik der Klägerin vom 24.09.1992).

Mit Schreiben vom 02.10.1992 lehnte die Beklagte eine Kostenübernahme vom 15.09.1992 an ab; Aufgrund des § 62 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 Bundesseuchengesetz (BSeuchG) seien die Kosten für die Durchführung von Schutzmaßnahmen nach § 37 aus öffentlichen Mitteln zu bestreiten, soweit nicht anderweitige gesetzliche Vorschriften Dritte verpflichteten, Kosten zu tragen. Die Notwendigkeit von stationärer Krankenhausbehandlung richte sich allein nach medizinischen Gesichtspunkten. Sie hänge davon ab, ob die für den Versicherten angezeigte Behandlung ausschließlich mit den Mitteln und Einrichtungen eines Krankenhauses durchgeführt werden müsse. Die Weiterbehandlung des Versicherten sei jedoch dem Grunde nach ambulant möglich gewesen; eine Überwachung der Medikamenteneinnahme rechtfertige nicht eine derartige kostenintensive Leistung. Im übrigen könne die Ansteckungsfähigkeit und die damit verbundene Isolierung nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung gehen. Kostenträger für die stationäre Unterbringung zum Zwecke einer Absonderung im Sinne des § 37 BSeuchG sei das Land.

Die Klägerin wies erläuternd darauf hin, daß aus seuchenhygienischen Gründen bei der massiv ansteckungsfähigen Tbc. keine ambulante Therapie in Betracht gekommen sei. Erst 2 Tage vor der Entlassung habe das Resistogramm der Tbc-Keime vorgelegen. Da somit eine Effektivität der Therapie anzunehmen gewesen sei und das Röntgenbild einen Rückgang gezeigt habe, sei der Versicherte trotz des großen Restrisikos bei immer noch bestehenden Zerfallshöhlen nach Hause entlassen worden. Eine frühere Entlassung sei bei der eingeschränkten Kooperation des Versicherten und den fehlenden Befunden unverantwortlich gewesen.

Die Beklagte weigerte sich gleichwohl, die Kosten für die Behandlung für die Zeit vom 15.09. bis 24.09.1992 zu übernehmen. Zwar handele es sich bei der Tbc. um eine behandlungsbedürftige Krankheit; jedoch sei keinesfalls erforderlich, daß der Patient zum Entlassungszeitpunkt ein Tbc.-negatives Sputum aufweisen müsse; nach der stationären Anbehandlung könne ambulant weiter therapiert werden.

Am 08.02.1994 hat die Klägerin Klage erhoben. Sie hat die Auffassung vertreten, der stationäre Aufenthalt sei erforderlich gewesen, um eine Krankheit zu behandeln. Die Dauer der Krankenhausbehandlung im Sinne der medizinischen Notwendigkeit unterliege allein dem Verantwortungsbereich des Krankenhauses, so daß die Beklagte an die Beurteilung der Krankheit durch die Ärzte gebunden sei. Die Klägerin hat ergänzend auf eine Stellungnahme von Dr. Nxxxxxxx (Gesundheitsamt der Stadt Wxxxxxxx) vom 15.04.1993 Bezug genommen, in der

aufgrund des Initialbefundes und der bestehenden Begleitumstände die stationäre Behandlung des Versicherten bis zum 24.09.1992 aus ärztlicher Sicht als dringend erforderlich angesehen worden ist.

Die Klägerin hat beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, die Kosten für die stationäre Behandlung des Mitgliedes xxxxx xxx für den Zeitraum vom 15.09. bis 24.09.1992 zu übernehmen.

Die Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie ist bei ihrer Auffassung geblieben, daß keine Notwendigkeit für eine stationäre Krankenhausbehandlung bestanden habe. Sie hat insoweit auf eine medizinische Stellungnahme der beratenden Ärztin des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) Nordrhein, Dr. Kxxxxxx-Sxxxxx, vom 29.06.1994 verwiesen. Danach habe die Behandlung auch unter ambulanten Bedingungen erfolgen können; eine stationäre Behandlung habe nur aus seuchenhygienischen bzw. Compliance-Gründen stattgefunden. In derartigen Fällen könne auf eine stationäre Behandlung verzichtet werden, wenn sichergestellt sei, daß die Umgebung des Patienten vor einer Ansteckung sicher sei und daß der Patient die notwendigen Medikamente regelmäßig und zuverlässig einnehme.

Das Sozialgericht hat Beweis erhoben durch Einholung eines medizinischen Sachverständigengutachtens von dem Arzt für Pneumologie und Allergologie, Dr. Wxxxxxxx. Wegen des Ergebnisses wird auf das Gutachten vom 25.03.1995 Bezug genommen.

Das Sozialgericht hat die Beklagte durch Urteil vom 31.07.1996 verurteilt, der Klägerin die Kosten der stationären Behandlung des Versicherten für den Zeitraum vom 15.09. bis 24.09.1992 im erstattungsfähigen Umfang zu erstatten. Es ist - insbesondere aufgrund des Gutachtens von Dr. Wxxxxxxx - zum Ergebnis gelangt, daß eine stationäre Behandlung aus medizinischen Gründen bis zum 24.09.1992 erforderlich war. Nach Auffassung des Sozialgerichts ist es unschädlich, daß auch seuchenhygienische Gründe einem früheren Beginn der ambulanten Behandlung entgegen gestanden haben. Solange aus medizinischen Gründen eine stationäre Behandlung notwendig sei und während dieses Zeitraums auch seuchenhygienische Gründe vorlägen, die einer Entlassung aus stationärem Aufenthalt entgegenstünden, sei die Krankenkasse verpflichtet, die Kosten der stationären Behandlung zu übernehmen. Dies gelte selbst dann, wenn seuchenhygienische Gründe neben der medizinischen Notwendigkeit weiterer stationärer Behandlung im Vordergrund stünden. Desweiteren hat sich das Sozialgericht damit auseinandergesetzt, unter welchen Voraussetzungen ein Anspruch des Krankenhauses auf Kostenübernahme gegen die öffentliche Hand nach dem BSeuchG entstehe. Das Gericht hat die Auffassung vertreten, daß nur aufgrund eines Absonderungsbeschlusses gemäß § 37 BSeuchG ein solcher Anspruch bestehen könne. Die Krankenkasse könne ihre grundsätzliche Kostenerstattungspflicht nur beenden, wenn sie einen Absonderungsbeschluß herbeiführe. Da sie einen solchen nicht veranlaßt habe, obwohl ihr dies möglich gewesen wäre, habe sie die Kosten der stationären Behandlung bis zum 24.09.1992 zu übernehmen.

Gegen das am 26.09.1996 zugestellte Urteil hat die Beklagte am 22.10.1996 Berufung eingelegt. Sie folgert aus der Feststellung von Dr. Wxxxxxxx, daß erst dann, wenn klinische Befunde eine eindeutige Besserung zeigten und alle verabreichten Medikamente wirksam seien (Resistenzbestimmung), der Patient ohne Gefährdung für seine Umgebung aus stationärer Behandlung entlassen werden könne, daß diese Aussage lediglich die Notwendigkeit seuchenhygienischer Maßnahmen und nicht die Notwendigkeit eines medizinischen stationären Aufenthaltes betreffe. Sodann wehrt sich die Beklagte gegen die Aussage des Sozialgerichts im angefochtenen Urteil, daß ohne einen Absonderungsbeschluß auch eine eventuell vorliegende objektive Notwendigkeit zur Isolierung nicht die Kostentragungspflicht nach dem BSeuchG auslöse. Sie meint, daß ein willkürliches Unterlassen eines Antrags nach § 37 BSeuchG nicht zu Lasten der Krankenversicherung gehen könne. Ebenso wenig könne der Krankenversicherungsträger, um Kosten zu sparen, gezwungen werden, Anträge nach § 37 BSeuchG zu stellen oder darauf hinzuwirken.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 31.07.1996 zu ändern und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie verweist auf das nach ihrer Auffassung zutreffende erstinstanzliche Urteil.

Der Senat hat ergänzende Stellungnahmen von Dr. Nxxxxxx (Gesundheitsamt der Stadt Wxxxxxxx) vom 27.01.1997 und von der Klinik der Klägerin vom 29.01.1997 eingeholt, auf die verwiesen wird.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der zwischen den Beteiligten gewechselten Schriftsätze und den sonstigen Inhalt der Gerichtsakte sowie der Verwaltungsakten der Beklagten und der Klägerin, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung ist statthaft, form- und fristgerecht erhoben und deshalb zulässig. Sie ist jedoch nicht begründet.

Die Rechtsbeziehungen der Beteiligten gestalten sich nicht im Über- und Unterordnungsverhältnis, sondern basieren auf vertraglicher Grundlage. Die Klage ist daher als echte Leistungsklage (§ 54 Abs. 5 Sozialgerichtsgesetz - SGG) zulässig (vgl. BSG, Urteil vom 21.08.1996 - 3 RK 2/96 m.w.N.).

Krankenhausbehandlung wird dem Versicherten gegenüber von der Krankenkasse als Sachleistung erbracht (§§ 2 Abs. 2 Satz 1, 11 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4, 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5, 39 Abs. 1 Sozialgesetzbuch - Fünftes Buch - SGB V). Der Leistungsanspruch des Versicherten und ihm korrespondierend die Leistungspflicht der Krankenkasse kann nur durch zugelassene Krankenhäuser erfüllt werden (§§ 39 Abs. 1 Satz 2, 108 SGB V). Zugelassene Krankenhäuser sind Hochschulkliniken im Sinne des Hochschulförderungsgesetzes, Krankenhäuser, die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind (Plankrankenhäuser) oder Krankenhäuser, die einen Versorgungsvertrag abgeschlossen haben (§ 108 SGB V). Als akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Dxxxxxxx zählt die Klinik der Klägerin zu den Hochschulkliniken im Sinne des Hochschulförderungsgesetzes, da sie eine Einrichtung der Universität Dxxxxxxx ist, die in der Anlage zum Hochschulförderungsgesetz aufgeführt ist. Insofern kommt es auf den Abschluß eines Versorgungsvertrages, den das Sozialgericht unterstellt, nicht an (vgl. § 109 Abs. 1 Satz 2 SGB V).

Die grundsätzliche Zahlungsverpflichtung der Beklagten ist - unabhängig von einer Kostenzusage - unmittelbar durch die Inanspruchnahme der Sachleistung "Krankenhausbehandlung" entstanden. Ob der Vergütungsanspruch dabei nur soweit wie der Behandlungsanspruch des Versicherten gegen die Beklagte reicht, kann dahinstehen, weil der Versicherte einen Behandlungsanspruch erworben hatte. Der im Gesetz global zugesagte (Rahmen-)Anspruch des Versicherten auf Krankenhausbehandlung wird durch die Entscheidung des Krankenhausarztes über die Aufnahme erstmalig und durch die jeweils geplanten und durchgeführten Behandlungsschritte fortlaufend konkretisiert und erfüllt, so daß die Krankenkasse aufgrund des Sachleistungsprinzips verpflichtet ist, den Versicherten von den dadurch entstandenen Aufwendungen freizustellen (BSG, Urteil vom 21.08.1996 - 3 RK 2/96). Die Krankenhausbehandlung wird - in der Regel - vom zugelassenen Vertragsarzt verordnet und vom zugelassenen Krankenhaus auf ihre Notwendigkeit überprüft (§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V). Wie bei der ambulanten Behandlung dem Vertragsarzt (vgl. BSGE 73, 271, 278 ff. = SozR 3 - 2500 § 13 Nr. 4), kommt im Bereich der Krankenhausbehandlung dem Krankenhausarzt eine "Schlüsselstellung" zu. Denn das zugelassene Krankenhaus und dessen Ärzte sind aufgrund des Sachleistungsprinzips gesetzlich ermächtigt, mit Wirkung für die Krankenkasse über die Aufnahme sowie die erforderlichen Behandlungsmaßnahmen und damit konkludent auch über den Leistungsanspruch des Versicherten zu entscheiden; die Krankenkasse ist dann grundsätzlich an diese Entscheidung gebunden (BSG, Urteil vom 23.04.1996 - 1 RK 20/95 = SozR 3 - 2500 § 39 Nr. 3; Urteil vom 21.08.1996 - 3 RK 2/96). Das gilt auch für die Dauer des stationären Aufenthalts, wenn der Versicherte die (weitere) Leistung als eine solche der Krankenkasse in Anspruch nimmt. Einwendungen der Krankenkasse gegen die Fortsetzung der Behandlung können den durch die bereits erbrachte Leistung konkretisierten und gleichzeitig erfüllten Anspruch des Versicherten nicht in Frage stellen. Künftige durch Konkretisierung seitens des Krankenhauses entstehende (Sach-)Leistungsansprüche kann die Krankenkasse nur dadurch verhindern, daß sie ihre Einwendungen dem Versicherten vor der Leistungserbringung mitteilt oder mitteilen läßt. Solange die Krankenkasse - wie im vorliegenden Fall - schweigt, werden die dem Versicherten erbrachten Leistungen grundsätzlich als von ihr erbracht angesehen; ob sie oder der Krankenhausträger letztlich dafür einzustehen hat, ist in deren Verhältnis zueinander, nicht aber im Verhältnis zwischen Versichertem und Krankenkasse zu entscheiden (BSG, Urteil vom 23.04.1996 - 1 RK 20/95 = SozR 3 - 2500 § 39 Nr. 3).

Mit ihrer Entscheidung, den Versicherten auch in der Zeit vom 15.09. bis 24.09.1992 vollstationär zu behandeln, hat die Klinik der Klägerin nicht die gesetzlich und vertraglich gezogenen Grenzen überschritten. Die allgemeinen Voraussetzung einer Krankenhausbehandlung zu Lasten der Krankenversicherung ergeben sich aus § 39 SGB V und dem zwischen der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen und dem AOK-Landesverband Rheinland sowie anderen Krankenkassen-Landesverbänden und Krankenkassen geschlossen Vertrag nach § 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V - Allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung - vom 30.01.1992 (im folgenden: Vertrag). Versicherte haben Anspruch auf vollstationäre Behandlung, wenn die Aufnahme nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre und ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann. Die Krankenhausbehandlung umfaßt im Rahmen des Versorgungsauftrags des Krankenhauses alle Leistungen, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung der Versicherten im Krankenhaus notwendig sind (§ 39 Abs. 1 Satz 2 und 3 SGB V). Gemäß § 5 des Vertrages liegt die Notwendigkeit von Krankenhausbehandlung u.a. insbesondere nicht vor,

- wenn ambulante Behandlung ausreicht,

- wenn sich ein chronischer Krankheitszustand mit den besonderen medizinischen Mitteln eines Krankenhauses nicht mehr beeinflussen läßt,

- bei ausschließlich sozialen Erwägungen,

- bei einer Unterbringung allein aus Gründen der öffentlichen Sicherheit und Ordnung.

Zur Verweildauer bestimmt § 9 des Vertrages, daß die Krankenhausbehandlung zu beenden ist, wenn sie aus medizinischen Gründen nicht mehr notwendig bzw. eine andere Maßnahme zweckmäßig ist. Der Anspruch der Klägerin ist begründet, weil die vollstationäre Behandlung des Versicherten auch in der Zeit vom 15.09. bis 24.09.1992 aus medizinischen Gründen notwendig war. Dies ergibt sich zur Überzeugung des Senats aus dem Gutachten des Sachverständigen Dr. Wxxxxxxx vom 25.03.1995. Dieser hat dargelegt, daß die Dauer der notwendigen stationären Behandlung ausschließlich davon abhängt, wie lange ein Patient ansteckungsfähige Tbc.-Bakterien ausscheidet. Zwar sei relativ schnell nach Aufnahme in der Klinik die Diagnose einer Lungen-Tbc. erstellt. Wenn dann aber die übliche Chemotherapie beginne, dauere es im Durchschnitt etwa 4 bis 6 Wochen, bis ein Untersuchungsergebnis aus dem Auswurf des Patienten vorliege. Erst dann könne man mit Sicherheit eine genaue Typisierung der Krankheitskeime durchführen. Etwa 2 weitere Wochen dauere es dann, bis das Ergebnis der Resistenzprüfung vorliege. Erst jetzt, also nach ungefähr 6 bis 8 Wochen, könne man genau sagen, ob die verabreichten Medikamente auch wirksam seien. Im Fall des Versicherten wurde am 04.08.1992 eine Bronchialspülung durchgeführt. Das Untersuchungsergebnis lag am 07.09.1992, die Resistenzprüfung am 17.09.1992 vor. Dem behandelnden Arzt lag das Resistenzergebnis am 22.09.1992 vor, an diesem Tag wurde der Versicherte auch geröntgt und am 24.09.1992 entlassen. Die Frage, ob der Versicherte bereits zu einem früheren Zeitpunkt hätte entlassen werden können, beantwortet der Sachverständige dahin, daß möglicherweise eine frühere Röntgenaufnahme schon eine Besserung der tuberkulösen Veränderungen gezeigt hätte; damit hätte man aber im mer noch nicht sagen können, daß die angewandte Chemotherapie für den Versicherten optimal gewesen wäre; man hätte dies nur vermuten können. Erst nach Vorlage der Resistenzprüfung habe man sicher sein können, eine effektive Behandlung durchgeführt zu haben. Zusammenfassend kommt der Sachverständige zum Ergebnis, daß ab dem 15.09.1992 noch folgende therapeutische Maßnahmen notwendig waren: Zur Krankheitserkennung regelmäßige Laboruntersuchungen, um Nebenwirkungen der Chemotherapie rechtzeitig erkennen zu können; zur Heilung weitere Chemotherapie. Zur Sicherung des Behandlungszieles - so der Sachverständige - hätte für den Zeitraum vom 15. bis

24.09.1992 eine ambulante Behandlung nicht ausgereicht.

Die hiervon abweichende Auffassung der beratenden Ärztin des MDK Nordrhein, Dr. Kxxxxxx-Sxxxxx, auf die sich die Beklagte stützt, vermochte den Senat nicht zu überzeugen. Dr. Wxxxxxxxx hat sich ausführlich mit den von der Klinik der Klägerin mitgeteilten Daten befaßt und zur Verweildauer der Behandlungsbedürftigkeit einer Lungen-Tbc. im Krankenhaus eingehend mit der Fachliteratur auseinandergesetzt. Dem vermag Frau Dr. Kxxxxxx-Sxxxxx in ihrer Stellungnahme vom 29.06.1994 nur Vermutungen entgegenzustellen. Nach ihrer Auffassung "erscheint" eine stationäre Behandlung bei schweren Zweiterkrankungen notwendig. Sie meint, daß in Fällen, in denen die stationäre Behandlung nicht wegen der körperlichen Verfassung des Patienten selbst notwendig ist, auf eine stationäre Behandlung verzichtet werden könne. Sie schränkt dies jedoch dahin ein, daß die Umgebung des Patienten vor einer Ansteckung sicher und im übrigen gewährleistet sein muß, daß der Patient die notwendigen Medikamente regelmäßig und zuverlässig einnimmt. Wie Dr. Wxxxxxxxx meint auch Dr. Kxxxxxx-Sxxxxx, daß die Zeitdauer der stationären Behandlung vom Verlauf im Einzelfall abhängig gemacht werden muß. Sofern die Mykobakterien im Einzelfall für die gewählte Medikamentenkombination sensibel sind, sei mit einer raschen Besserung der Beschwerden innerhalb von Wochen zu rechnen; sofern jedoch eine Mykobakterienresistenz gegenüber der gewählten primären Medikamentenkombination besteht, könnten - so Dr. Kxxxxxx-Sxxxxx - Wochen bis zur Feststellung des fehlenden Ansprechens der Krankheitserscheinungen bzw. zum Eintreffen der Sensibilitätsprüfung und einem Wechsel auf andere Medikamente vergehen. Die sodann vertretene Auffassung von Dr. Kxxxxxx-Sxxxxx, daß das Ergebnis der Sensibilitätsprüfung nicht in jedem Fall unter stationären Bedingungen abgewartet werden müsse, da bei einer guten Besserung der klinischen Symptomatik von einer Sensibilität der Tuberkelbakterien für die gewählte Medikamentenkombination auszugehen sei, überzeugt nicht. Damit stellt sich die beratende Ärztin in Widerspruch zu ihrer eigenen zuvor vertretenen Auffassung. Denn die Zeitdauer der stationären Behandlung kann gerade nur vom Verlauf des Einzelfalls abhängig gemacht werden und nicht von einem Verlauf, wie er im Regelfall vielleicht erwartet werden kann. Wenn Dr. Wxxxxxxxx dem gegenüber konkret aufgezeigt hat, welche therapeutische Maßnahmen ab dem 15.09.1992 sowohl zur Krankheitserkennung als auch zur Heilung noch erforderlich waren, so hat er damit schlüssig die medizinische Notwendigkeit einer stationären Behandlung begründet.

Solange aus medizinischen Gründen eine stationäre Behandlung notwendig ist, besteht die Verpflichtung der Krankenkasse, die Kosten der stationären Behandlung zu übernehmen. Dies gilt auch dann, wenn während dieses Zeitraums auch seuchenhygienische Gründe vorliegen, die einer Entlassung aus stationärem Aufenthalt entgegenstehen, und sogar dann, wenn die seuchenhygienische Gründe im Vordergrund stehen. Nur dann, wenn keine medizinische Indikation für eine stationäre Behandlung mehr besteht, aber wegen des Infektionsrisikos Maßnahmen nach dem BSeuchG erforderlich sind, endet der Anspruch des Versicherten auf stationäre Behandlung nach [§ 39 SGB V](#) und endet der Anspruch des Krankenhauses auf Erstattung der Behandlungskosten gegenüber der Krankenkasse, in der der Patient versichert ist.

Entgegen der Auffassung des Sozialgerichts kann die Krankenkasse ihre grundsätzlich bestehende Kostenerstattungspflicht nicht erst dadurch beenden, daß sie einen Absonderungsbeschluß nach § 37 BSeuchG herbeiführt. Weder setzt ein Kostenanspruch nach § 62 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 BSeuchG gegen die öffentliche Hand den Erlaß einer Anordnung nach § 37 BSeuchG voraus (BVerwG, Urteil vom 02.03.1977 - [I C 36.70](#) = USK 7720), noch läßt allein die zwangsweise Unterbringung in einem Krankenhaus aufgrund einer Absonderungsanordnung die Leistungspflicht der Krankenkasse entfallen (BSG, Urteil vom 23.06.1971 - [3 RK 68/70](#) = USK 71129). Das Bundesverwaltungsgericht (BVerwG) hat sich in der Entscheidung vom 02.03.1977 ([a.a.O.](#)) mit der Kostenlast anlässlich eines stationären Krankenhausaufenthaltes befaßt, wenn für diesen seuchenhygienische und/oder medizinische Gründe in Betracht kommen. Es hat unter Berufung auf die Rechtsprechung einiger Oberverwaltungsgerichte als sachgerechten Maßstab für die Zuordnung der Krankenhauskosten bestimmt: Ist die gelegentlich eine Absonderung (auch wenn diese nicht förmlich angeordnet ist) durchgeführte stationäre Behandlung schon aus medizinischen Gründen erforderlich gewesen, fallen die Krankenhauskosten als Heilbehandlungskosten in die Last der Krankenversicherung; ist dagegen eine stationäre Behandlung in medizinischer Sicht nicht nötig gewesen, handelt es sich um Absonderungskosten zu Lasten der öffentlichen Hand. Es kommt also entscheidend auf die Behandlungsziele an. Dieser Auffassung, die auch der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts entspricht (vgl. BSG, Urteil vom 23.06.1971 - [3 RK 68/70](#) = USK 71129; Urteil vom 12.11.1985 - [3 RK 33/84](#) = [SozR 2200 § 184 Nr. 28](#) = USK 85163; Urteil vom 24.01.1990 - [3 RK 7/89](#) = USK 9015), schließt sich der Senat an. Da - wie ausgeführt - in der Zeit vom 15.09. bis 24.09.1992 jedenfalls auch medizinische Gründe die Notwendigkeit einer stationären Behandlung des Versicherten begründet haben, trägt nach den vorstehenden Grundsätzen die Beklagte die Kosten des stationären Aufenthalts.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#).

Der Senat hat keine Veranlassung gesehen, die Revision zuzulassen, da die Voraussetzungen des [§ 160 Abs. 2 SGG](#) nicht vorliegen.

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2003-08-20