



## Forschungsstelle Recht der Gesundheitswirtschaft

Lehrstuhl für Bürgerliches Recht, Arbeitsrecht und Sozialrecht

Fakultät für Rechtswissenschaft - Universität Bielefeld

Professor Dr. Oliver Ricken

Wiss. Mit.: Denis Hedermann • Bastian Reuter • Nicole Wiegard • Mandy Zibolka

### Entscheidung des Monats 8/2013

**LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss vom 19.06.2013 – L 9 KR 143/13 B ER**

**Suche nach einem geeigneten Krankenhaus – Beratungs- und Hilfespflicht der Krankenkassen und Obliegenheiten des Versicherten**

#### Entscheidung:

Das LSG Berlin-Brandenburg hatte sich mit der Frage zu beschäftigen, welche Pflichten Versicherter und Krankenkasse bei der Wahl und Bewilligung für eine stationäre Behandlung in einem Krankenhaus haben. Zunächst stellt das Gericht dar, wann überhaupt ein Anspruch des Versicherten auf eine vollstationäre Behandlung in einem Krankenhaus besteht. Dies sei dann der Fall, wenn eine Prüfung des Krankenhauses ergeben habe, dass für das Behandlungsziel eine vollstationäre Behandlung erforderlich sei und dieses nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung erreicht werden könne. Voraussetzung sei aber auch eine Verordnung der Krankenhausbehandlung durch einen Vertragsarzt, welche nach § 73 Abs. 2 S. 1 Nr. 7 SGB V Bestandteil der vertragsärztlichen Leistung ist. Diese Krankenhausverordnung unterliegt den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Verordnungen von Krankenhausbehandlung in der Fassung vom 24. März 2003.<sup>1</sup> In § 5 der Krankenhausbehandlungs-Richtlinie ist geregelt, dass der Vertragsarzt den Versicherten zum einen unter Einbeziehung von Informationen über für den Patienten geeignete Krankenhäuser über die Notwendigkeit einer stationären Behandlung berät und zum anderen die stationäre Behandlung verordnet. Die Verordnung soll auf einem Vordruck vorgenommen werden, auf welchem die Notwendigkeit der stationären Krankenhausbehandlung unter Nennung der Diagnose und der Gründe für die Behandlung darzustellen sind. Auf diesem Vordruck soll der Vertragsarzt auch, soweit möglich, zwei nächsterreichbare und geeignete Krankenhäuser angeben. Dieser Teil des Vordrucks wird dann dem Patienten mitgegeben und dieser hat ihn der Krankenkasse vorzulegen.

Das LSG betonte, durch diesen festgelegten Weg zur stationären Behandlung werde dem Vertragsarzt eine zentrale Funktion bei der Suche nach einem für den Versicherten geeigneten Krankenhaus zugewiesen. Ihm komme insoweit eine beratende Aufgabe zu. Dabei habe er die erforderliche Krankenhausbehandlung zu bestimmen und ggf. auch den Ort der Behandlung. Ebenso verhalte es sich mit dem erforderlichen Transportmittel. Über diese Verordnung des Vertragsarztes treffe dann die Krankenkasse eine Entscheidung. Sollte auf der Verordnung des Vertragsarztes kein Krankenhaus angegeben sein oder wünscht der Versicherte die Behandlung in einem anderem als dem angegebenen Krankenhaus, müsse er die Behandlung in dem gewünschten Krankenhaus beantragen. Lehne die Krankenkasse den Antrag des Versicherten ab, könne er gerichtlichen Rechtsschutz in Anspruch nehmen. Ein Anspruch des Versicherten auf Bewilligung der stationären Behandlung in irgendeinem von ihm gewählten Krankenhaus bestehe nicht. Der Krankenkasse falle erst eine unterstützende Funktion zu, wenn der Versicherte kein für die Behandlung geeignetes Krankenhaus finde. Hierzu könne sie ihn auf geeignete Krankenhäuser hinweisen oder sich um die Aufnahme in einem geeigneten Krankenhaus bemühen. Dann wiederum sei es Aufgabe des Versicherten, eines der benannten Krankenhäuser auszuwählen und die Genehmigung der stationären Behandlung bei der Krankenkasse zu beantragen. Wiederum stehe dem Versicherten erst nach einer Ablehnung gerichtlicher Rechtsschutz zu.

<sup>1</sup> Krankenhausbehandlungs-Richtlinie, veröffentlicht BAnz. Nr. 188 vom 9.10.2003, in Kraft getreten am 10.10.2003.

Die Krankenkasse habe dann auch erst nach einer Genehmigung der stationären Behandlung über ein Transportmittel zum Behandlungsort zu entscheiden.

Begehre der Versicherte – wie im vorliegenden Fall – ohne die Einhaltung des vorgenannten Weges gerichtlichen Schutz und möchte so den Anspruch auf stationäre Behandlung und ein bestimmtes Transportmittel durchsetzen, fehle ein Anordnungsgrund. Ein Rechtsschutzbedürfnis des Antragstellers bestehe nicht.

#### Anmerkung:

Letztendlich geht es in der Entscheidung um die Frage, durch wen die Wahl eines Krankenhauses zu erfolgen hat und wann die Voraussetzungen einer Bewilligung der stationären Behandlung durch die Krankenkasse vorliegen. In Betracht kommen hier, wie es auch das LSG Berlin-Brandenburg ausführt, die Wahl durch den Versicherten oder durch die Krankenkasse im Rahmen der Bewilligung. Nach § 5 Krankenhausbehandlungs-Richtlinie hat zunächst der Vertragsarzt eine beratende Funktion im Hinblick auf die Notwendigkeit der stationären Behandlung und die Weitergabe von Informationen über für die Behandlung geeignete Krankenhäuser. Erst wenn sich der Versicherte an die Krankenkasse ohne vom Vertragsarzt angegebene Krankenhäuser wendet, berät diese ihn bei der Suche nach einem geeigneten Krankenhaus, § 14 SGB I. Nach § 39 Abs. 3 SGB V hat die Krankenkasse eine Liste über Krankenhausleistungen und Krankenhausentgelte zu führen. Dadurch hat sie das nötige Wissen den Versicherten bei der Wahl eines geeigneten Krankenhauses zu unterstützen.<sup>2</sup> Auch dann kommt aber dem Versicherten die Entscheidung hinsichtlich der Wahl eines zugelassenen Krankenhauses in seinem Antrag auf Bewilligung der stationären Behandlung zu. Dies ist, entgegen dem freien Arztwahlrecht in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 76 Abs. 1 SGB V, nicht gesetzlich geregelt, wird aber in § 39 Abs. 2 SGB V vorausgesetzt.<sup>3</sup> Soweit dort normiert ist, dass dem Versicherten die Mehrkosten auferlegt werden können, wenn er ein anderes als in der vertragsärztlichen Verordnung angegebenes Krankenhaus auswählt, erfolgt dies aus Wirtschaftlichkeitsgründen<sup>4</sup>, berührt aber das Wahlrecht des Versicherten im Hinblick auf das Krankenhaus nicht. Die Belastung mit Mehrkosten kann nach dem Gesetzeswortlaut zwar nur im Fall der vertragsärztlichen Verordnung geschehen<sup>5</sup>, gleiches muss jedoch gelten, wenn die Krankenkasse aufgrund unzureichender vertragsärztlicher Verordnung ihre beratende Funktion mittels Verzeichnisses der Krankenhäuser wahrnimmt und der Versicherte dann ein anderes Krankenhaus wählt. Gleichwohl besteht aber auch hier immer noch ein Wahlrecht des Versicherten.

Die Auswahl des Krankenhauses ist demnach nicht Aufgabe der Krankenkasse. Das LSG hat daher zu Recht festgehalten, dass der Versicherte zunächst selbst tätig werden muss, bevor er gerichtlichen Rechtsschutz in Anspruch nehmen kann. Insofern trifft ihn die Obliegenheit, das als Leistungserbringer gewünschte Krankenhaus zu konkretisieren.

**Autor: Wiss. Mit. Mandy Zibolka (Tel. 0521-106-3177)**

<sup>2</sup> jurisPK-SGB V/Wahl, 2. Aufl. 2012, § 39 SGB V Rn. 118.

<sup>3</sup> jurisPK-SGB V/Wahl, 2. Aufl. 2012, § 39 SGB V Rn. 110; Hauck/Noftz/Noftz, Stand: 8/12, § 39 SGB V Rn. 114; BeckOK Sozialrecht/Knipsel, Stand: 1.6.2013, § 39 Rn. 44; Kreikebohm/Joussen, 3. Aufl. 2013, § 39 SGB V Rn. 15; Wannagat/Ricken, 2012, § 39 Rn. 40; a.A. KassKomm/Brandts, 77. ErgänzungsL. 2013, § 39 SGB V Rn. 94 ff; Spickhoff/Trenk-Hinterberger, 2011, § 39 SGB V Rn. 21.

<sup>4</sup> BeckOK Sozialrecht/Knipsel, Stand: 1.6.2013, § 39 SGB V Rn. 44; jurisPK-SGB V/Wahl, 2. Auflage 2012, § 39 SGB V Rn. 110.

<sup>5</sup> So BeckOK Sozialrecht/Knipsel, Stand: 1.6.2013, § 39 SGB V Rn. 44; Wannagat/Ricken, 2012, § 39 Rn. 41.