

## L 4 KR 85/01

Land  
Freistaat Bayern  
Sozialgericht  
Bayerisches LSG  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung  
4  
1. Instanz  
SG München (FSB)  
Aktenzeichen  
S 19 KR 573/99  
Datum  
25.04.2001  
2. Instanz  
Bayerisches LSG  
Aktenzeichen  
L 4 KR 85/01  
Datum  
26.06.2003  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
-  
Datum  
-

Kategorie  
Urteil

I. Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts München vom 25. April 2001 wird zurückgewiesen.  
II. Die Klägerin hat der Beklagten die außergerichtlichen Kosten zu erstatten.  
III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist die Erstattung von Behandlungskosten in Höhe von 43.164,05 DM in Euro.

Die Beklagte betreibt mit 200 geförderten Betten ein Krankenhaus der Fachrichtung Orthopädie, das im Krankenhausplan des Freistaates Bayern aufgenommen ist. Darüber hinaus verfügt sie noch über weitere 291 Betten, für die ein Versorgungsvertrag für die Erbringung medizinischer Leistungen zur Anschlussheilbehandlung mit Unterkunft und Verpflegung besteht.

Der bei der Klägerin versicherte, am 1926 geborene Patient H. wurde in der Zeit von 1989 bis 1995 im Orthopädischen Fachkrankenhaus der Beklagten insgesamt sechsmal auf Kosten der Klägerin stationär hauptsächlich wegen Zervikal- und Lumbalsyndrom bei degenerativer Wirbelsäulenveränderung, Spondylose der Brustwirbelsäule und Gonarthrose beidseits behandelt. Die Aufenthalte fanden vom 13.08. bis 17.09.1989, 05.05. bis 16.06.1991, 05.09. bis 03.10.1992, 22.08. bis 19.09.1993, 28.08. bis 25.09.1994 und 03.09. bis 08.10.1995 statt. Hierfür zahlte die Klägerin der Beklagten insgesamt 43.164,05 DM auf Grund vorher erklärter Kostenzusagen.

Die Therapie während der jeweiligen Aufenthalte im Krankenhaus bestand im Wesentlichen aus Krankengymnastik, Bädern, Moorpackungen, Massagen sowie Strombehandlungen. Nach den Aktenunterlagen übersandten die Ärzte der Beklagten dem die Krankenhauseinweisung veranlassenden Arzt des Versicherten Krankenhausberichte.

Während des letztgenannten Aufenthalts gab die Klägerin eine Kostenzusage für höchstens 28 Tage und lehnte eine Verlängerung des Aufenthalts ab.

Der Versicherte beantragte am 23.01.1997 unter Vorlage einer Verordnung von Krankenhausbehandlung seines Hausarztes wieder die Kostenübernahme für einen weiteren Krankenhausaufenthalt im Krankenhaus der Beklagten. Er befand sich dort in der Zeit vom 18.05. bis 28.05.1997; am 02.06.1997 lehnte die Klägerin eine weitere Kostenübernahme ab. Der von ihr Ende Juni 1997 gehörte Medizinische Dienst der Krankenversicherung Nordrhein (MDK) hielt in der Stellungnahme vom 23.07.1997 eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme für angezeigt. In der weiteren Stellungnahme vom 29.09.1998 teilte der Gutachter des MDK nach Überprüfung von sieben Berichten der Klinik der Beklagten von September 1989 bis Juli 1997 mit, dass es sich bei den Behandlungen sämtlich um Maßnahmen der stationären Rehabilitation gehandelt habe.

Die Klägerin nahm mit Schreiben vom 19.03.1999 gegenüber der Beklagten die Kostenzusagen für die oben genannten stationären Behandlungen zurück. Entgegen der Angaben des Krankenhauses hätten in diesen Zeiträumen keine Krankenhausbehandlungen, sondern nur Rehabilitationsmaßnahmen stattgefunden, für die ein Versorgungsvertrag nicht bestanden habe. Die Behandlungskosten in Höhe von insgesamt 43.164,05 DM seien bis 05.04.1999 zurückzuzahlen.

Die Klägerin hat am 13.09.1999 beim Sozialgericht München (SG) Klage auf Rückzahlung der Behandlungskosten für die Aufenthalte des Versicherten von 1989 bis 1995 in der Klinik der Beklagten in Höhe von 43.164,05 DM nebst 4 % Zinsen seit dem 05.04.1999 erhoben. Die stationären Krankenhausaufenthalte seien medizinisch nicht indiziert gewesen, ihr stehe daher ein Anspruch aus ungerechtfertigter

Bereicherung bzw. öffentlich-rechtlicher Erstattung zu. Die Beklagte hätte die Erforderlichkeit der Krankenhausaufenthalte überprüfen müssen. Demgegenüber hat die Beklagte die Auffassung vertreten, der Versicherte der Klägerin habe Krankenhausbehandlungen erhalten, denen Notfälle zu Grunde gelegen hätten. Die von der Klägerin erklärte Anfechtung der Kostenübernahmeerklärungen sei rechtlich nicht zulässig, vielmehr sei die Klägerin an die Entscheidungen der Krankenhausärzte gebunden, die eine stationäre Krankenhausbehandlung für erforderlich gehalten haben. Es sei Sache der Klägerin, vor der Erklärung der Kostenübernahme die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung zu überprüfen.

Mit Schreiben vom 04.05.2000 hat die Klägerin mitgeteilt, sie führe keine Versichertenakten, sondern nur Einzelvorgänge über die Behandlungs- bzw. Abrechnungsfälle; alle bis zum Ende des Jahres 1994 entstandenen Vorgänge betreffend den Versicherten seien auf Grund der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen vernichtet worden, soweit sie nicht bereits übersandt worden seien.

In der mündlichen Verhandlung am 25.04.2001 hat der Vertreter der Beklagten die Einrede der Verjährung erhoben. Das SG hat mit Urteil vom gleichen Tage die Klage abgewiesen. Ein vertraglicher Anspruch auf Rückzahlung aus dem Vertrag "Allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung" vom 01.10.1991 bestehe nicht. Die Klägerin habe ihre Leistungen außerdem nicht rechtsgrundlos erbracht. Die Kostenübernahmeerklärungen der Klägerin für die einzelnen Behandlungen seien ein Rechtsgrund für die geleisteten Zahlungen, der nicht entfallen sei. Die Voraussetzungen für eine Rücknahme der Kostenübernahmeerklärungen seien nicht gegeben; die Ärzte der Beklagten hätten bezüglich der Behandlungen keine unzutreffenden Angaben gemacht. Die Kostenübernahmeerklärungen der Klägerin könnten auch nicht durch Anfechtung beseitigt werden. Ein Anfechtungsgrund sei nicht gegeben, die Anfechtung sei auch nicht unverzüglich erklärt worden. Sehe man als Rechtsgrund für die erfolgten Zahlungen nicht die Kostenübernahmeerklärung, sondern die Inanspruchnahme der Leistung der Krankenhausbehandlung durch den Versicherten an, könne auch hier eine Rechtsgrundlosigkeit der geleisteten Zahlungen nicht erkannt werden. Die vorgelegten Stellungnahmen des MDK seien nach Inhalt und Umfang nicht geeignet, Zweifel an der Erforderlichkeit der stationären Behandlungen zu begründen. Die Klägerin als Krankenkasse trage die Darlegungs- bzw. Beweislast, wenn sie auf Grund nachträglich eingegangener Informationen trotz Vorliegens einer Kostenübernahmeerklärung geltend mache, dass Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit nicht bestanden habe. Die Behauptung, die gewählte Form der Behandlung sei nicht zwingend geboten gewesen und es habe Alternativen gegeben, reiche für die Erfüllung der Darlegungs- und Beweislast nicht aus. Es bestünden auch keine Anhaltspunkte, dass die gewählten Behandlungen für die genannten Befunde nicht üblich seien, noch dafür, dass eindeutig zweckmäßigere oder wirtschaftlichere Therapien zur Verfügung gestanden hätten. Ein Anspruch der Klägerin gegen die Beklagte auf Rückerstattung der erbrachten Leistungen wäre darüber hinaus auch verjährt. Die Einrede der Verjährung sei in der mündlichen Verhandlung außerhalb der zweijährigen Verjährungsfrist erhoben worden.

Hiergegen richtet sich die Berufung der Klägerin vom 13.06.2001, mit der sie wie im Klageverfahren geltend macht, die Beklagte sei aus ungerechtfertigter Bereicherung zur Zurückerstattung der Leistungen für die stationären Behandlungen verpflichtet. Sämtliche Maßnahmen wie Krankengymnastik, Bäder und Massagen hätten auch ambulant erbracht werden können. Die Anfechtung der Kostenübernahmeerklärungen sei rechtzeitig erfolgt, da die Beklagte ihren vertraglichen Verpflichtungen nicht nachgekommen sei, nämlich bei der Aufnahme die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung zu prüfen. Im vorliegenden Fall sei auch nicht die kurze Verjährungsfrist anzuwenden, wie vom SG angenommen wurde, sondern die dreißigjährige Verjährungsfrist. Außerdem ergebe sich ein Anspruch aus unerlaubter Handlung, nämlich aus Betrug zu Lasten der Klägerin.

Die Klägerin beantragt, das Urteil des Sozialgerichts München vom 25.04.2001 abzuändern und die Beklagte zu verurteilen, 43.164,05 DM zuzüglich 4 % Zinsen seit dem 05.04.1999 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Der behandelnde Vertragsarzt des Versicherten und die Krankenhausärzte hätten die stationäre Behandlung jeweils für notwendig erachtet; die Klägerin habe nicht nur die Kostenübernahme zugesagt, sondern auch die stationären Aufenthalte verlängert. Sie habe alle Diagnosen des Versicherten erhalten und daraufhin die Notwendigkeit der Leistung bejaht. Der Rückforderungsanspruch sei im Übrigen auch verjährt, für eine unerlaubte Handlung gebe es keinerlei Hinweise.

Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt.

Beigezogen wurden die Akten des SG, auf deren Inhalt im Übrigen verwiesen wird.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung ist statthaft gemäß [§§ 143, 144 Abs.1 Satz 1 Nr.1 SGG](#), da der Wert des Beschwerdegegenstandes 1.000,00 DM übersteigt. Für die vorliegende Leistungsklage ist der Rechtsweg zu den Gerichten des Sozialgerichtsbarkeit gegeben ([§ 51 Abs.2 Nr.1 SGG](#); siehe auch Bundessozialgericht (BSG) vom 17.05.2000 [BSGE 86, 166](#); BSG vom 21.08.1996 [SozR 3-2500 § 39 Nr.4](#)). Der Senat konnte mit dem Einverständnis der Beteiligten ohne mündliche Verhandlung entscheiden ([§ 124 Abs.2 SGG](#)).

Der Versicherte war hier nicht beizuladen ([§ 75 Abs.2 SGG](#)), da er (Erstattungs-) Ansprüchen der Beteiligten nicht mehr ausgesetzt ist. Ansprüche aus Behandlungsverträgen mit der Beklagten sind mit Ablauf der jeweiligen Verjährungsfristen von zwei Jahren ([§ 196 Abs.1 Nr.14 Bürgerliches Gesetzbuch](#)) nicht mehr durchzusetzen (Uhlenbruck in Laufs/Uhlenbruck, Handbuch des Arztrechts, § 82, Rn.18; § 93, Rn.6). Ansprüche der Klägerin gegen ihn scheitern bereits an der des Frist [§ 45 Abs.4 Sozialgesetzbuch X](#).

Die Berufung ist unbegründet; das angefochtene Urteil ist nicht zu beanstanden. Die Beklagte ist nicht zur Rückzahlung der Behandlungskosten für die sechs stationären Aufenthalte in der Zeit von 1989 bis 1995 verpflichtet. Ein derartiger Anspruch besteht weder aus Vertrag, ungerechtfertigter Bereicherung noch unerlaubter Handlung.

Der Vertrag gemäß [§ 112 Abs.1 Sozialgesetzbuch V \(SGB V\)](#) zu [§ 112 Abs.2 Nr.1 SGB V](#) (Allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung) zwischen der Bayerischen Krankenhausgesellschaft e.V. und den Landesverbänden der gesetzlichen Krankenkassen in Bayern sowie der Bundesknappschaft in den jeweiligen Fassungen gilt auch im Verhältnis zur Klägerin, auch wenn diese

nicht Vertragspartei ist. Denn die Verträge sind gemäß [§ 112 Abs.2 Satz 2 SGB V](#) für die Krankenkassen und zugelassenen Krankenhäuser im Lande unmittelbar verbindlich; diese Bindungswirkung erstreckt sich auch auf Dritte, die nicht Vertragspartner sind, da diese Verträge öffentlich-rechtliche Verträge mit normativer Wirkung sind. Außerdem folgt aus [§§ 39, 108 SGB V](#), dass der Krankenkasse die Sach- oder Dienstleistung des Krankenhauses deshalb zuzurechnen ist, weil der zugelassene Leistungserbringer im Rahmen des Sachleistungsprinzips gesetzlich ermächtigt ist, mit Wirkung für die Krankenkasse die erforderlichen Behandlungsmaßnahmen zu treffen und damit konkludent über den konkreten Leistungsanspruch zu entscheiden (Bundessozialgericht - BSG - vom 23.04.1996 [BSGE 78, 154](#)).

Gemäß § 5 Nr.6 des oben genannten Vertrages über die "Allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung" kann eine Kostenübernahmeerklärung rückwirkend zurückgenommen werden, wenn die Erklärung auf zumindest fahrlässig erteilten unzutreffenden Angaben des Krankenhauses beruhte. Hieraus und aus den übrigen Bestimmungen des Vertrages ergibt sich jedoch keine Verpflichtung zur Rückzahlung der Vergütung für die Krankenhausbehandlung. Nach der Rechtsprechung des BSG, der sich der Senat anschließt, hat die Kostenübernahmeerklärung für den Zahlungsanspruch des Krankenhauses keine konstitutive Bedeutung in dem Sinne, dass davon die Zahlungspflicht der Krankenkasse abhängt (BSG vom 13.12.2001 [BSGE 89, 104](#); BSG vom 17.05.2000 [BSGE 86, 166](#)). Die Zahlungsverpflichtung der Krankenkasse entsteht unabhängig von einer Kostenzusage der Krankenkasse unmittelbar mit Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten, wenn es sich um ein zugelassenes Krankenhaus im Sinne des [§ 108 SGB V](#) handelt (BSG vom 23.04.1996 [BSGE 78, 154](#)). Nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung hat die Kostenübernahmeerklärung lediglich eine beweisrechtliche Funktion, falls sie abgegeben wird und den Behandlungszeitraum abdeckt. Die Kostenzusage bewirkt den Ausschluss von Einwendungen der Krankenkasse gegen den Zahlungsanspruch des Krankenhausträgers. Der Ausschluss betrifft Umstände, die sie bei ihrer Zusage kannte oder mit denen sie rechnen musste (BSG vom 17.05.2000 [BSGE 86, 166](#); Kasseler Kommentar-Höfler, § 39, Rn.43b). Auf Grund der Rechtsnatur des kausalen oder deklaratorischen Schuldanerkenntnisses bleibt die Anspruchsgrundlage die ursprüngliche Forderung. Es werden lediglich einzelne mögliche Streitpunkte geregelt, z.B. der Ausschluss von Einwendungen oder Einreden. Insoweit besteht ein Zusammenhang mit einem Vergleich.

Aus dieser Rechtsprechung folgt umgekehrt, dass eine Rückzahlungsverpflichtung des Krankenhauses nicht entsteht, wenn die Krankenkasse die Kostenübernahme zurücknimmt oder anfecht, wobei hier dahingestellt sein kann, ob eine Anfechtung der Erklärung rechtlich überhaupt möglich ist. Maßgebender Rechtsgrund für die Zahlungsverpflichtung der Krankenkasse ist also [§ 39 SGB V](#) und nicht die Kostenzusage der Krankenkasse.

Ein Rückzahlungsanspruch ergibt sich auch nicht aus entsprechender Anwendung der Vorschriften über die ungerechtfertigte Bereicherung gemäß [§§ 812 f. BGB](#). Zwischen der Krankenkasse und dem Krankenhaus bestehen zwar vertragliche Beziehungen im Sinne des [§ 53 Abs.1 SGB X](#). Danach kann ein Rechtsverhältnis auf dem Gebiet des öffentlichen Rechts durch Vertrag begründet, geändert oder aufgehoben werden, soweit Rechtsvorschriften nicht entgegenstehen. Es ist anerkannt, dass der Rahmenvertrag gemäß [§ 112 SGB V](#) ein öffentlich-rechtlicher Vertrag auf dem Gebiet des Sozialrechts ist (Krauskopf, Soziale Krankenversicherung/Pflegeversicherung, § 112 Rn.2). [§ 53 Abs.2 SGB X](#), der den Abschluss öffentlich-rechtlicher Verträge über Sozialleistungen nur zulässt, soweit die Erbringung der Leistungen im Ermessen des Leistungsträgers steht, steht hier nicht entgegen. Denn diese Vorschrift betrifft lediglich das Verhältnis des Versicherten zum Sozialleistungsträger und nicht - wie hier - das Abrechnungsverhältnis zwischen Krankenkasse und Krankenhaus. Gemäß [§ 61 SGB X](#) gelten für die öffentlich-rechtlichen Verträge ergänzend die Vorschriften des BGB. Damit finden auch die Vorschriften über die ungerechtfertigte Bereicherung Anwendung (von Wulffen, SGB X, 4. Auflage, § 61 Rn.4a). Es ist hierbei das alte Recht anzuwenden und nicht [§ 812 BGB](#) in der Fassung vom 02.01.2002, der ab 01.01.2002 in Kraft getreten ist. Denn nach Art.229 [§ 5 EGBGB](#) (Allgemeine Überleitungsvorschrift zum Gesetz zur Modernisierung des Schuldrechts vom 26.11.2001) sind auf Schuldverhältnisse, die vor dem 01.01.2002 entstanden sind, das Bürgerliche Gesetzbuch und die anderen genannten Vorschriften in der bis zu diesem Tag geltenden Fassung anzuwenden.

Voraussetzung für einen Rückzahlungsanspruch gemäß [§ 812 Abs.1 BGB](#) ist die Erlangung eines Vermögensvorteils durch eine Leistung ohne rechtlichen Grund. Diese Voraussetzung ist hier nicht erfüllt, da die Beklagte die Vergütungen der jeweiligen hier in Rede stehenden Krankenhausaufenthalte für die Behandlung des Versicherten mit Rechtsgrund (nämlich der Leistungserbringung) erhalten hat. Einer Rückabwicklung der gezahlten Vergütungen stehen die jeweiligen Kostenzusagen der Klägerin entgegen. Wegen der Rechtsnatur der Kostenübernahmeerklärung als deklaratorisches Schuldanerkenntnis kann die erbrachte Vergütung für die Krankenhausbehandlung nicht ohne weiteres rückabgewickelt werden. Denn Sinn der Kostenübernahmeerklärung ist es, Klarheit für die weitere Behandlung zu schaffen und, falls die Behandlung beendet ist, eine Rückvergütung nur in eng begrenzten Ausnahmefällen zuzulassen. In der Kostenzusage liegt daher die og. deklaratorische Anerkennung der Leistungspflicht der Krankenkasse für die Behandlung in einem abgelaufenen befristeten Zeitraum, die weitere Einwendungen gegen die Zahlungspflicht insoweit entgültig ausschließt (BSG vom 13.12.2001 [a.a.O.](#)).

In Bezug auf nachträglich bekannt werdende Umstände tritt eine Umkehr der Beweislast ein. Macht die Krankenkasse ungeachtet der schon erteilten Kostenzusage später geltend, stationäre Behandlung sei nicht erforderlich gewesen, trägt sie hierfür die Beweisführungslast. Sie muss den Nachweis führen, dass die Behandlung unwirtschaftlich oder medizinisch nicht vertretbar war. Es reicht nicht, wenn sie nur behauptet, die konkrete Behandlung sei nicht zwingend geboten gewesen. Anlass für eine Beweiserhebung ist nach dieser Entscheidung des BSG erst dann gegeben, wenn die gewählte Behandlung nicht der üblichen entspricht und eindeutig zweckmäßigere Therapien zur Verfügung stehen. Dieser Rechtsprechung liegt zu Grunde, dass nach [§ 113 Abs.1 SGB V](#) die Landesverbände der Krankenkassen gemeinsam mit den Ersatzkassen und den privaten Krankenversicherungsunternehmen die Wirtschaftlichkeit der Krankenhausbehandlung eines zugelassenen Krankenhauses durch einvernehmlich mit dem Krankenhausträger bestellte Prüfer untersuchen lassen können. Durch die gesetzliche Regelung wird damit die generelle Prüfung und Kontrolle der Wirtschaftlichkeit eines zugelassenen Krankenhauses abschließend geregelt. Daneben muss unwirtschaftliches Verhalten eines Krankenhauses von der Krankenkasse nach Maßgabe der auf der Grundlage von [§ 112 Abs.2 SGB V](#) geschlossenen Rahmenverträge geltend gemacht werden.

Der hier einschlägige Rahmenvertrag über die "Allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung" sieht ein abgestuftes Verwaltungsverfahren zur Kontrolle der Erforderlichkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung im Zusammenhang mit Informationspflichten der betroffenen Krankenkasse und des vom Versicherten aufgesuchten Krankenhauses vor. Im vorliegenden Fall enthält § 3 Nr.2 die Verpflichtung des Krankenhauses zur Aufnahmeuntersuchung durch einen Krankenhausarzt. § 5 Nr.2 macht den Nachweis der Anspruchsberechtigung des Patienten von der Vorlage einer Kostenübernahmeerklärung abhängig. Liegt eine derartige Erklärung nicht vor, hat das Krankenhaus sie spätestens innerhalb von drei Arbeitstagen bei der zuständigen Krankenkasse anzufordern. In diesem Fall hat das Krankenhaus der Krankenkasse weitere Angaben zu machen (§ 5 Nr.4, 5). Umgekehrt hat die Krankenkasse dem

Krankenhaus die Entscheidung unverzüglich, in der Regel innerhalb von drei Arbeitstagen nach Zugang der Anforderung bekannt zu geben. Weitere Auskunft- und Mitteilungspflichten sind in § 6 geregelt, so z.B. Informationen, wenn nach Lage des Falles die Leistungszuständigkeit der Krankenkasse nicht oder nicht mehr besteht. Gemeinsam ist diesen Regelungen, dass sie während der jeweiligen Krankenhausbehandlung das Rechtsverhältnis zwischen Krankenkasse und Krankenhaus gestalten. Sie bezwecken, die Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung und die damit zusammenhängenden medizinischen Fragen noch während der stationären Behandlung zu überprüfen. Hierbei ist auch noch zu berücksichtigen, dass für die Frage der Erforderlichkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung nach der von der höchstrichterlichen Rechtsprechung aufgestellten Beweislastregelung (BSG vom 17.05.2000 [a.a.O.](#)) die Beurteilung des Krankenhausarztes maßgebend ist. Sie ist prima facie der Beweis für die Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit des Versicherten und damit auch für die Pflicht der Krankenkasse, die anfallende Vergütung zu entrichten. Ihr liegt in der Regel die Beurteilung des ambulant behandelnden Arztes zu Grunde, der eine ambulante Behandlung nicht mehr für ausreichend hält; sie ist damit eine zweite ärztliche Meinung (außerhalb des Krankenhauses). Dieser Anscheinsbeweis kann nur durch substantiierte Einwendungen im Einzelfall erschüttert werden.

Der Krankenkasse steht überdies bereits vor Aufnahme des Versicherten in das Krankenhaus eine weitere Kontrollmöglichkeit zu, um zu prüfen, ob die vom Versicherten beantragte und vom Vertragsarzt verordnete Krankenhausbehandlung überhaupt medizinisch erforderlich ist oder ob nach den Umständen des Einzelfalles eine andere Leistung zweckmäßig wäre. Gemäß [§ 274 Abs.1 Satz 1 Nr.1 SGB V](#) sind die Krankenkassen, wenn es nach Art, Schwere, Dauer oder Häufigkeit der Erkrankung oder nach dem Krankheitsverlauf erforderlich ist, verpflichtet, bei Erbringung von Leistungen, insbesondere zur Prüfung von Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistung eine gutachtliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) einzuholen. Darüber hinaus ermöglicht [§ 276 Abs.4 SGB V](#) es den Ärzten des MDK im Einzelfall eine gutachtliche Stellungnahme über die Notwendigkeit und Dauer der stationären Behandlung des Versicherten während der Krankenhausbehandlung vorzunehmen, die Räume der Krankenhäuser zu betreten, um dort die Krankenunterlagen einzusehen und, soweit erforderlich, den Versicherten zu untersuchen.

Aus diesen vertraglich und gesetzlich geregelten Kontrollmöglichkeiten für die Krankenkassen, dem Ablauf des Verwaltungsverfahrens, das eine medizinische Überprüfung bereits vor der Kostenzusage durch die Krankenkasse und die Aufnahme des Versicherten in das Krankenhaus zulässt, und schließlich auf Grund der Leistungskonkretisierung durch den Krankenhausarzt (BSG vom 21.08.1996 [SozR 3-2500 § 39 Nr.4](#), BSG vom 23.10.1996 [4 RK 2/96](#)) ergibt sich, dass mit der Zahlung der Vergütung abgewickelte Fälle der Krankenhausbehandlung nicht mehrere Jahre nach ihrem Abschluss mit dem Ziel aufgegriffen werden sollen, die Notwendigkeit der stationären Behandlung in Frage zu stellen.

Vielmehr gilt die im Urteil vom 13.12.2001 ([a.a.O.](#)) vom BSG geäußerte Auffassung, dass die einzelnen Regelungen des (dort einschlägigen) Rahmenvertrages auf eine zeitnahe Durchführung ausgerichtet sind. Es soll nicht ein Gutachter nachträglich allein auf schriftliche Dokumentation angewiesen, sondern es soll vor allem die anschauliche Beurteilung des laufenden Falles oder die frische Erinnerung des behandelnden Krankenhausarztes im Zusammenwirken mit dem Vertreter des MDK nutzbar sein. Auf diesem Weg lassen sich aufkommende Zweifel rasch und unbürokratisch ausräumen. Ein solches Verfahren kann auch in einer Klinik nicht noch lange Zeit nach Abschluss des jeweiligen Behandlungsfalls nachgeholt werden, weil die Erinnerung der behandelnden Ärzte nachlässt. Dies verschlechtert auch die Beweislage des Krankenhauses und erhöht seinen personellen Aufwand bzw. schränkt die Leistungskapazität der Krankenhausärzte für die laufende Behandlung ein. Macht eine Krankenkasse von ihren vertraglich und gesetzlich eingeräumten Kontrollbefugnissen nicht Gebrauch, so ist sie nach Treu und Glauben mit solchen Einwendungen endgültig ausgeschlossen, die bis dahin geltend gemacht werden konnten.

Im vorliegenden Fall ist nicht ersichtlich, dass die Klägerin von diesen Kontrollmöglichkeiten Gebrauch gemacht hat. Sie hat vielmehr unstreitig für die einzelnen Krankenhausbehandlungen des Versicherten die Kostenzusagen erteilt und die geforderte Vergütung entrichtet. Erst mit der Prüfung der Krankenhausbehandlung im Jahr 1997 hat sie, aber auch hier wieder nach Erteilung der Kostenzusage am 18.02.1997, die am 18.05.1997 begonnene Krankenhausbehandlung beendet und diese Behandlung zum Anlass genommen, die früheren Fälle aufzugreifen. Es ist aber nicht erwiesen, dass die Klägerin während der früheren hier streitigen Krankenhausbehandlungen substantiierte Einwendungen gegen Notwendigkeit und Dauer der stationären Behandlung erhoben hat. Sie hat derartige Einwendungen erst im Jahr 1999, also Jahre nach Abschluss der Behandlungen in der Zeitspanne von 1989 bis 1995 geltend gemacht. In einem derartigen Fall ist nach der Rechtsprechung des BSG (Urteil vom 13.12.2001 [a.a.O.](#)) auch ein ärztliches Sachverständigen-gutachten zur weiteren Ermittlung der medizinischen Erforderlichkeit der Krankenhausbehandlung nicht mehr einzuholen. Daher ist der Senat der klägerischen Behauptung, es sei keine Krankenhausbehandlung erbracht worden, sondern lediglich Rehabilitation, nicht näher nachgegangen.

Die von der Klägerin vorgelegten Unterlagen über die streitigen Krankenhausbehandlungen lassen nicht erkennen, dass die Klägerin während der jeweiligen Behandlungen deren medizinische Erforderlichkeit nach Art und Dauer überprüft hat. Die Unterlagen enthalten jeweils die ärztliche Verordnung von Krankenhausbehandlung, die Aufnahmeanzeige durch die Beklagte, einen eventuellen Verlängerungsantrag sowie den Entlassungsschein. Aber auch insoweit fehlt es an einer lückenlosen Dokumentation für die jeweiligen Aufenthalte. Die Klägerin hat im Schreiben vom 04.05.2000 dementsprechend eingeräumt, dass sie keine "Versichertenakten" führt, sondern lediglich Einzelvorgänge über die einzelnen Behandlungs- bzw. Abrechnungsfälle. Darüber hinaus hat sie alle bis zum Ende des Jahres 1994 entstandenen Vorgänge, soweit sie nicht übersandt worden sind, auf Grund der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen vernichtet.

Der klägerische Antrag im Schreiben vom 10.04.2002 auf Herausgabe von Behandlungsunterlagen hat der Senat als Anregung nach [§ 106 SGG](#) gesehen und sich nach den obigen Ausführungen von der Notwendigkeit der Beziehung nicht überzeugen können. Ein unmittelbares Recht auf Einsicht in diese Unterlagen steht der Klägerin ohnehin nicht zu (BSG vom 28.05.2003 - [B 3 KR 10/02 R](#)).

Der Klägerin steht gleichfalls ein Anspruch aus unerlaubter Handlung ([§ 823 Abs.2 BGB](#) i.V.m. [§ 263 StGB](#) (Betrug)) nicht zu. Es spricht nichts dafür, dass sie von einzelnen Ärzten der Beklagten betrogen worden wäre.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 Abs.4 Satz 2 i.V.m. § 116 Abs.2 Nr.1 BRAGO](#) und [§ 51 Abs.2 Satz 1 SGG](#).

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor ([§ 160 Abs.2 Nr.1, 2 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login  
FSB  
Saved  
2003-10-13