

L 1 KR 238/19

Sozialgericht
Sächsisches LSG
1. Instanz
SG Dresden (FSS)
Aktenzeichen
S 25 KR 1284/19
Datum
26.06.2019
2. Instanz
Sächsisches LSG
Aktenzeichen
L 1 KR 238/19
Datum
17.05.2023
3. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie

Leitsätze

1. Die Veranlassung einer Vorabklärung der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit durch den Versicherten greift jedenfalls in Fällen planbarer Behandlungen, die nicht in der Regel der besonderen Mittel des Krankenhauses bedürfen, nicht in geschützte Rechtspositionen der (beklagten) Krankenkasse ein, wenn seitens des Leistungserbringers begründete Zweifel an der Erforderlichkeit der geplanten stationären Krankenhausbehandlung bestehen.

2. Weder [§ 109 Abs. 4 Satz 2 SGB V](#), noch [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) stehen in diesen Fällen einer Vorabprüfung durch die Krankenkasse entgegen.

3. Liegt im Versichertenverhältnis eine wirksame Bewilligungsentscheidung der Krankenkasse vor, muss das Krankenhaus auch im Abrechnungsverhältnis auf den Inhalt der Genehmigung vertrauen dürfen und kann sich die Krankenkasse nicht darauf berufen, die materiell-rechtlichen Voraussetzungen für die Erbringung der Sachleistung hätten nicht vorgelegen (BSG, Urteil vom 20.03.2013 - [B 6 KA 27/12 R](#) - juris Rn. 28).

Bemerkung

Zulässigkeit der Forderung des Krankenhauses nach einer Vorabprüfung durch die Krankenkasse bei einer stationären Krankenhausbehandlung

1. Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Dresden vom 26. Juni 2019 wird zurückgewiesen.
2. Die Beklagte trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens.
3. Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand

Streitig ist, ob die Klägerin die stationäre Aufnahme von Versicherten der Beklagten, die zur stationären Schmerzbehandlung in das Krankenhaus der Klägerin eingewiesen werden, von der Vorlage einer Erklärung der Beklagten abhängig machen darf, dass sie die stationäre Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit anerkenne.

Die Klägerin betreibt ein in den Krankenhausplan des Freistaates Sachsen aufgenommenes Krankenhaus (Teil II; KH-Nr. 234; Hauptabteilung: Chirurgie). In dem auf orthopädische Krankheitsbilder spezialisierten Krankenhaus entfallen nach eigenen Angaben der Klägerin rund 10 % der durchgeführten und abgerechneten Behandlungsfälle auf stationäre Schmerzbehandlungen, insbesondere auf die

multimodale Schmerztherapie im Sinne des Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS) 8-918, abzurechnen nach den Fallpauschalen (DRG) I42A und I42B, sowie auf nichtoperative Interventionen bei Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich im Sinne des OPS 8-910, abzurechnen nach DRG I68D.

In nahezu allen stationären Behandlungen in diesem Bereich lässt die Beklagte nach Abschluss der Behandlung und Rechnungslegung den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) die stationäre Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit prüfen (sog. primäre Fehlbelegungsprüfung). In zahlreichen Fällen hat die Beklagte im Ergebnis dieser Prüfung eine Vergütung der stationären Krankenhausbehandlung in voller Höhe abgelehnt und Ansprüche auf Erstattung bereits ausgezahlter Vergütungen gegen unbestrittene Vergütungsforderungen der Klägerin aufgerechnet.

Die Klägerin ging daraufhin dazu über, sich von den zur stationären Schmerztherapie überwiesenen Versicherten der Beklagten eine formularmäßige Erklärung über die Anerkennung der stationären Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit vorlegen zu lassen. In den Anschreiben an die Versicherten heißt es dazu:

„Ihre geplante stationäre Schmerztherapie

Sehr geehrte/r ...,

durch Ihren Arzt wurden sie zur stationären Behandlung in das Orthopädische Zentrum X....-Haus Y.... gGmbH eingewiesen.

Hiermit bestätigen wir Ihnen den Eingang Ihrer Einweisung (Verordnung von Krankenhausbehandlung).

Bitte haben Sie dafür Verständnis, dass wir Ihnen heute noch keinen verbindlichen Termin für ihre stationäre Krankenhausbehandlung mitteilen können. In der jüngeren Vergangenheit kam es zu massiven Auseinandersetzungen zwischen unserem Haus und gesetzlichen Krankenkassen, da vermehrt von Seiten der Krankenkassen angezweifelt wurde, dass die Schmerztherapie tatsächlich stationär erfolgen müsse. Sie werden verstehen, dass wir die mit einer nachträglichen Prüfung der Notwendigkeit einer stationären Behandlung verbundenen Risiken nicht eingehen können, da die Krankenkassen dann die von uns erbrachten Leistungen gar nicht bezahlen und uns nur sehr eingeschränkte Möglichkeiten zur Verfügung stehen, die für den Betrieb unseres Krankenhauses erforderlichen Entgelte auch tatsächlich zu erhalten.

Nachdem es sich vorliegend nicht um eine Notfallbehandlung handelt, müssen wir zur Vermeidung späterer Auseinandersetzungen mit Ihrem Krankenversicherer darauf bestehen, dass uns bereits vor Durchführung der stationären Behandlung eine schriftliche Kostenübernahmeerklärung Ihrer Krankenversicherung vorgelegt wird, mit der diese erklärt, dass gegen die medizinische Notwendigkeit der vollstationären Behandlung in Ihrem Fall keine Einwände erhoben werden. Einen entsprechenden Vordruck für eine von der Krankenkasse abzugebende Erklärung fügen wir in der Anlage bei.

Bitte wenden Sie sich damit umgehend an Ihre Krankenkasse. Eine Kopie Ihrer Krankenhauseinweisung legen wir dafür als Anlage bei.“

Die in der Anlage zum Schreiben beigefügte Erklärung hatte folgenden Wortlaut:

„Erklärung

Hiermit wird bestätigt, dass der Patient/die Patientin: ...

KV-Nr.: ...

bei uns gesetzlich krankenversichert ist und von unserer Seite keine Einwände gegen die medizinische Notwendigkeit einer vollstationären Behandlung des/der vorstehend genannten Patienten/Patientin im Rahmen der mit der Verordnung von Krankenhausbehandlung vom ... durch den/die niedergelassene(n) Arzt/Ärztin

ärztlich verordneten stationären Schmerztherapie erhoben werden.

Mit dieser Erklärung sind keine Zusagen über die Anerkennung der medizinischen Notwendigkeit einer vollstationären Behandlung hinausgehenden präjudizierenden Erklärungen der Krankenkasse abgegeben.“

In einigen Fällen gab die Beklagte gegenüber ihren Versicherten eine entsprechende Erklärung – unter Verwendung des Vordrucks der Klägerin oder eines eigens formulierten Schreibens – ab. In zahlreichen anderen Fällen lehnte sie dies jedoch unter gleichzeitigem Hinweis auf die für Versicherte als Sachleistung kostenfrei zu erbringende Krankenhausbehandlung ab.

Parallel forderte die Beklagte mit Schreiben vom 15.03.2017 die Klägerin auf, es ab sofort zu unterlassen, ihren Versicherten vor der stationären Aufnahme vorgefertigte Kostenübernahmeerklärungen im Hinblick auf konkrete diagnostische oder therapeutische Maßnahmen auszuhändigen, sowie es zu unterlassen, ihren Versicherten gegenüber vergütungsrechtliche Auseinandersetzungen zwischen Krankenhaus und Krankenkasse zu thematisieren. Das Verhalten sei rechtswidrig. Die Behandlung von Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erfordere keine vorherige auf eine konkret zu erbringende medizinische Leistung bezogene Kostenübernahmeerklärung der Krankenkasse. Als zugelassene Leistungserbringerin sei die Klägerin im Rahmen ihres Versorgungsauftrages gemäß [§ 109 Abs. 4 Satz 2](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) verpflichtet, Versicherte ohne vorherige Kostenübernahmeerklärung der Krankenkasse bei medizinischer Notwendigkeit stationär aufzunehmen, wenn eine Mitgliedsbestätigung der Krankenkassen gemäß § 4 Abs. 3 der im Freistaat Sachsen geltenden Vereinbarung nach [§ 112 Abs. 2 SGB V](#) zu den allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung (nachfolgend: Landesvertrag) vorliege. Zu den Nebenpflichten des Verhältnisses zwischen Krankenhäusern und Krankenkasse gehöre es auch, alles zu unterlassen, was den Vertragszweck oder Leistungserfolg gefährden oder die Vertragspartner schädigen könne. Zur Prüfung der medizinischen Notwendigkeit stationärer Krankenhausbehandlung sei die Klägerin verpflichtet. Die Äußerungen der Klägerin seien geeignet, bei den Versicherten die Befürchtung hervorzurufen, sie müssten gegebenenfalls selbst die Kosten der Behandlung tragen. Versicherte seien aus Abrechnungsstreitigkeiten grundsätzlich herauszuhalten. Die Aussagen seien zudem geeignet, den Eindruck zu erwecken, die Beklagte verhalte sich willkürlich.

Am 31.03.2017 hat die Klägerin vor dem Sozialgericht (SG) Dresden Klage auf Feststellung erhoben, von zur stationären Schmerzbehandlung in ihr Krankenhaus eingewiesenen chronischen Schmerzpatienten vor der Aufnahme eine Erklärung der Beklagten über die Anerkennung der stationären Behandlungsnotwendigkeit verlangen zu können. Zugleich hat sie eine entsprechende Feststellung im Wege des Eilrechtsschutzes beantragt. Während das SG dem Eilantrag mit Beschluss vom 29.09.2017 – [S 25 KR 317/17 ER](#) – stattgegeben hat, hat das Sächsische Landessozialgericht (LSG) mit Beschluss vom 26.02.2019 – [L 9 KR 691/17 B ER](#) – auf die Beschwerde der Beklagten den Beschluss des SG vom 29.09.2017 aufgehoben und den Eilantrag abgelehnt. Das Vorgehen der Beklagten, die Erforderlichkeit der stationären Aufnahme erst nach Abschluss der Behandlung und Rechnungslegung seitens des Krankenhauses zu prüfen, verstoße nicht gegen die vergütungsrechtlichen Vorgaben und das darin zum Ausdruck kommende Regel-Ausnahme-Verhältnis. Demzufolge seien hohe Anforderungen an das Vorliegen einer besonderen Eilbedürftigkeit zu stellen, die nicht erfüllt seien.

Im Klageverfahren hat die Klägerin vorgebracht, gerade bei chronischen Schmerzpatienten sei die Entscheidung über die Notwendigkeit stationärer Krankenhausbehandlung schwierig. Sie hänge von zahlreichen individuellen Faktoren der Patienten ab und könne im Nachhinein durch Sachverständige – sei es des MDK oder gerichtlich beauftragte Ärzte – nur unzureichend überprüft werden. Dies liege zum einen daran, dass es zur Behandlung chronischer Schmerzpatienten keine festgelegten Behandlungspfade gebe, vielmehr immer wieder ein Paradigmenwechsel zu verzeichnen sei, und zum anderen daran, dass die im Rahmen der nachträglichen Prüfung/Begutachtung geforderte Dokumentation regelmäßig nicht in ausreichender Weise erstellt werden könne, da sowohl für die Behandlung als auch für die Begutachtung ein „einheitliches Schema“ bzw. „harte Kriterien“ fehlten. Mittlerweile seien zwischen ihr und der Beklagten eine Vielzahl von Rechtsstreitigkeiten zur Frage der stationären Behandlungsnotwendigkeit von chronischen Schmerzpatienten anhängig. Daher habe sie – die Klägerin – sich entschlossen, von diesen Patienten vor der Krankenhausaufnahme zu verlangen, sich die Notwendigkeit der stationären Behandlung von der Beklagten bestätigen zu lassen. Durch diese Vorgehensweise könnten die von der Beklagten gerügten Fälle primärer Fehlbelegung sowie zahlreiche hiermit im Zusammenhang stehende Auseinandersetzungen vermieden oder zumindest deutlich reduziert werden. Dies führe zum einen zu einer größeren Planungssicherheit für ihr Krankenhaus, zum anderen zur Schonung der Ressourcen des Gesundheitswesens insgesamt. Diese Vorgehensweise sei auch zulässig. Die Vorabfassung und -entscheidung durch die Krankenkasse sei nicht generell ausgeschlossen, sondern vielmehr, etwa auf Antrag des Versicherten nach [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) in Fällen, in denen das Bestehen eines Leistungsanspruchs zweifelhaft sei, gesetzlich vorgesehen. Das Verhalten der Beklagten sei willkürlich und führe zu einem erheblichen Kostenrisiko. Deren Beanstandungen beträfen 10 v. H. der jährlich durchgeführten und abgerechneten Behandlungsfälle und einen Forderungsausfall von rund 30 v. H. des Jahresumsatzes.

Die Beklagte hat erwidert, das Verhalten der Klägerin verstoße gegen die gesetzlichen und vertraglichen Vorgaben der Leistungserbringung und -vergütung. Nach [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) sowie dem Landesvertrag sei das Krankenhaus bzw. der Krankenhausarzt zur Aufnahmeuntersuchung in eigener Verantwortung verpflichtet. Das Vergütungsrisiko trage nach der gesetzgeberischen Wertung das Krankenhaus. Weder nach dem SGB V noch nach dem Landesvertrag seien die Versicherten verpflichtet, vor Aufnahme in das Krankenhaus eine Kostenübernahmeerklärung ihrer Krankenkasse vorzulegen. Nach § 4 Abs. 3 des Landesvertrages sei lediglich eine Erklärung der Krankenkasse über das Bestehen der Mitgliedschaft vorgesehen. Die Wirkung eines deklaratorischen Schuldanerkenntnisses komme der Übersendung des Kostenübernahmesatzes nach § 4 Abs. 2 Landesvertrag nicht zu. Soweit die Klägerin das Recht des Versicherten nach [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) anführe, sei darauf hinzuweisen, dass der Leistungsanspruch des Patienten gegenüber seiner Krankenkasse

(Versicherungsverhältnis) und auch das Verhältnis zwischen Patient und Krankenhaus (Behandlungsverhältnis) strikt von den Vergütungsbeziehungen zwischen Krankenhaus und Krankenkasse (Abrechnungsverhältnis) zu trennen sei. Entscheidungen in einem Verhältnis entfalten für die jeweils anderen Rechtsbeziehungen keinerlei Bindungswirkung.

Das SG hat mit Urteil vom 26.06.2019 der Klage stattgegeben und festgestellt, dass die Klägerin nicht aufgrund entgegenstehender Rechte der Beklagten daran gehindert ist, von Versicherten der Beklagten, die zu einer stationären Schmerzbehandlung in das Krankenhaus der Klägerin eingewiesen werden, vor Aufnahme zur stationären Behandlung eine Erklärung der Beklagten über die Anerkennung der stationären Behandlungsnotwendigkeit zu verlangen. Die Feststellungsklage sei zulässig. Das erforderliche Feststellungsinteresse folge zum einen daraus, dass die Beklagte die Zulässigkeit des Vorgehens der Klägerin bestreite. Darüber hinaus habe die Klägerin auch ein wirtschaftliches Interesse an der Klärung des streitigen Rechtsverhältnisses. Für den Fall der Ablehnung der Kostenübernahmeerklärung habe sie zwei Entscheidungsalternativen, die jeweils wirtschaftliche Nachteile nach sich zögen. Die Feststellungsklage habe auch in der Sache Erfolg. Es sei nicht rechtswidrig, die unmittelbar für den gesetzlichen Anspruch des Versicherten auf Krankenhausbehandlung und mittelbar für den Vergütungsanspruch des Krankenhausträgers wesentliche Vorfrage der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit vor der Inanspruchnahme der Leistung durch die Krankenkasse klären zu lassen. Das Gesetz gehe davon aus, dass die Erbringung einer Sachleistung der GKV von der vorherigen Feststellung der Leistungspflicht der Krankenkasse abhängig sei. Dieser Grundsatz sei auch bei der Erbringung von Krankenhausbehandlung nicht aufgehoben. Wie [§ 12 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) zeige, bedürfe die Gewährung von Leistungen der GKV im Grundsatz der vorherigen Bewilligung durch die Krankenkasse. Dies gelte auch für die Krankenhausbehandlung mit Ausnahme von Notfällen und anderen akuten Krankheitszuständen, die keinen Aufschub duldeten. Bei planbaren Krankenhausaufenthalten entspreche die Bewilligungsentscheidung der Krankenkasse dem gesetzlichen Regelfall. Etwas anderes folge nicht aus [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#), [§ 109 Abs. 4 Satz 2 SGB V](#) und § 5 Abs. 1, § 6 Abs. 1 des Landesvertrages. Die Erforderlichkeit der stationären Aufnahme sei zwar gemäß [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) vom Krankenhaus eigenverantwortlich zu prüfen. [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) behalte diese aber nicht dem Krankenhaus vor. Vielmehr verbleibe die Entscheidung über die Leistungsbewilligung bei der Krankenkasse. Auch aus [§ 109 Abs. 4 Satz 2 SGB V](#) lasse sich kein anderes Ergebnis herleiten. Die Krankenhausbehandlung, zu der nach dieser Vorschrift die zugelassenen Krankenhäuser verpflichtet seien, sei, wie der Kammerzusatz zeige, im Sinne des [§ 39 SGB V](#) zu verstehen. Auch aus der Tatsache, dass das System der Fallpauschalen auf einer klaren Risikoverteilung basiere, folge nichts anderes. Ein solches Risiko trage das Krankenhaus nur, wenn es sich für die stationäre Aufnahme des Patienten entscheide. Stelle der aufnehmende Krankenhausarzt zwar stationäre Behandlungsbedürftigkeit fest, erwarte er aber, dass möglicherweise der durch die Krankenkasse eingeschaltete MDK zu einem anderen Ergebnis komme, so müsse es dem Krankenhaus möglich sein, eine Vorabprüfung des Anspruchs durch die Krankenkasse zu bewirken. Im Vertragsarztrecht sei die Zulässigkeit der von der Klägerin gewählten Verfahrensweise seit langem anerkannt. Die zuständigen Senate des Bundessozialgerichts (BSG) hätten in ständiger Rechtsprechung darauf verwiesen, dass ein Vertragsarzt in Fällen unklarer Verordnungen – insbesondere bei einem medizinisch umstrittenen Arzneimittel Einsatz bzw. in Fällen eines Off-Label-Use – der Krankenkasse vorab die Prüfung ermöglichen müsse, ob sie die Verordnungskosten übernehme, wenn er sich nicht dem Risiko eines Regresses aussetzen wolle. Den Ausführungen des Sächsischen LSG in dem im Eilverfahren ergangenen Beschluss vom 26.02.2019 – [L 9 KR 691/17 B ER](#) – sei nicht zu folgen. Eine inhaltlich überlegene Argumentation lasse sich der bloßen Behauptung des Gegenteils nicht entnehmen. Der Senat übersehe, dass die Befugnis, für die Leistungspflicht wesentliche Elemente in Bezug auf eine konkrete Behandlung feststellen zu lassen, dem Versicherten in der leistungsrechtlichen Beziehung gegenüber der Beklagten zustehe und deshalb durch die Regelungen des Leistungserbringerrechts nicht ausgeschlossen werden könne. Zwar stehe dem Krankenhausträger keine rechtliche Handhabe zu, die Leistungspflicht der Krankenkasse gegenüber dem Versicherten zu erzwingen oder feststellen zu lassen. Dies mache die Klägerin aber auch gar nicht. Vielmehr sei es in den streitgegenständlichen Konstellationen der Versicherte, der im eigenen Interesse eine Sachleistung der Krankenkasse verfolge; die Klägerin behalte sich lediglich vor, vor der stationären Aufnahme die Klärung der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit abzuwarten. Der Antrag der Klägerin sei nach dem Inbegriff des Klagevorbringens so zu verstehen, dass sie lediglich festgestellt haben möchte, dass die Beklagte im Leistungserbringerverhältnis jedenfalls kein Recht habe, ihr die legitime Ausnutzung dieses im Leistungsverhältnis fußenden Rechtsreflexes zu verbieten. Gegen die Vorabprüfung der Krankenhausbehandlungsnotwendigkeit spreche auch nicht die praktische Befürchtung, hierdurch würden Krankenhausträger im wesentlichen Umfang Kostenrisiken durch Ausschluss des Direktzugangs zur Krankenhausbehandlung auf die Versicherten abwälzen. Eine Gefährdung des zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern vertraglich ausgestalteten Gefüges der Leistungserbringung, -prüfung und -abrechnung sei jedenfalls in den Fällen nicht zu befürchten, in denen es sich um geplante, also nicht um akut erforderlich werdende Krankenhausbehandlungen handele und nach der Art des Eingriffs eine negative Einschätzung der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit durch den MDK wenigstens nahe liege. Beide Voraussetzungen lägen hier vor. Gegenstand des Feststellungsantrags seien zum einen ausschließlich plan- und deshalb für die Dauer der Vorabprüfung auch aufschiebbare Behandlungen. Zum anderen beschränke sich die Vorabprüfung auf Fälle, in denen im Regelfall keine Leistungspflicht der Krankenkasse bestehe, nur ausnahmsweise aufgrund besonderer Umstände eine Behandlung zulasten der GKV in Betracht komme und der Leistungserbringer sich im arbeitsteiligen Gefüge der Versorgungssektoren besonderen Schwierigkeiten zur positiven Indikationsstellung ausgesetzt sehe, die mit erheblichen finanziellen Risiken einhergingen. Eine solche Konstellation stehe hier im Streit. Die Feststellungsklage sei deshalb begründet, weil die nichtoperative Schmerztherapie im Krankenhaus der Klägerin, so wie sie sich im Ergebnis der Abrechnungsprüfungen in der Vergangenheit darstelle, in der Regel nicht im Rahmen einer stationären Krankenhausbehandlung beansprucht werden könne. Es stehe außer Streit, dass die Beklagte nahezu alle stationären Schmerzbehandlungen chronischer Schmerzpatienten im Krankenhaus der Klägerin einer Abrechnungsprüfung unterziehe und in der Mehrzahl der Fälle der hier streitigen DRG die Fehlbelegungsprüfung negativ ausgehe. Unter diesen Umständen sei es legitim, diese Prüfung im Interesse aller Beteiligten auf Verlangen des Versicherten auf die Phase vor der Krankenhausaufnahme vorzuverlagern. Die Gefahr einer Umgehung oder gar Umkehrung des Grundsatzes, dass Versicherte stationäre Krankenhausbehandlung ohne vorherige Feststellung der Leistungspflicht der Krankenkasse in Anspruch nehmen könnten, sehe die Kammer nicht. Insgesamt erachte es das Gericht für zulässig, jedenfalls bei planbaren Behandlungen, die wie bei der konservativen Schmerztherapie in der Regel nicht der besonderen Mittel des Krankenhauses bedürften, die stationäre Aufnahme von der Bestätigung der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit durch die Krankenkasse abhängig zu machen. Dabei erstreckten sich die Bewilligungsentscheidungen nur auf die Frage, ob ein Anspruch auf stationäre Aufnahme bestehe, und nicht auf die Dauer und den Umfang der Behandlung. Darüber hinaus entfalte der bewilligende Verwaltungsakt nur eine eingeschränkte Bindungswirkung. Denn die Entscheidung stehe unter dem (stillschweigenden) Vorbehalt des jederzeitigen Widerrufs mit Wirkung für die Zukunft, weil der Anspruch auf Krankenhausbehandlung von dem Grundsatz geprägt sei, dass die Behandlungsmaßnahmen dem jeweiligen Bedarf anzupassen und daher stets abhängig von den aktuellen Verhältnissen, von dem gegenwärtigen Krankheitszustand sowie den gegenwärtigen Behandlungsmöglichkeiten seien.

Gegen das am 09.07.2019 zugestellte Urteil richtet sich die am 08.08.2019 bei dem Sächsischen LSG eingelegte Berufung der Beklagten. Die Klägerin sei von Rechts wegen daran gehindert, die stationäre Aufnahme der eingewiesenen Schmerzpatienten von einer vorab bei ihr – der Beklagten – einzuholenden Anerkennungserklärung abhängig zu machen. Entgegen dem SG könne [§ 12 SGB V](#) ein Regel-Ausnahme-Verhältnis bezüglich einer vorherigen Kostenentscheidung der Krankenkasse weder dem Wortlaut der Norm noch der Systematik des Gesetzes entnommen werden. Eine solche Auslegung widerspräche insbesondere dem Sachleistungsprinzip und der dadurch zur Regel gemachten Erfüllung des Leistungsanspruches durch unmittelbare Inanspruchnahme der Leistungserbringer. Daraus dass die Leistungserbringer keine rechtlich verbindliche Kostenentscheidung, sondern nur eine medizinische Entscheidung treffen könnten, folge in keiner Weise die Verpflichtung der Krankenkassen, diese Rechtsentscheidung vor Behandlungsbeginn herbeizuführen. Die Verlagerung des Kostenrisikos auf einen Zeitpunkt nach erfolgter Behandlung und auf nur wirtschaftlich Beteiligte stelle aus Sicht des Patienten eine der wichtigsten Säulen des deutschen Gesundheitswesens dar. Aus dem Umstand, dass die Krankenkassen berechtigt seien, ausnahmsweise in Einzelfällen vorab die Erforderlichkeit der angestrebten Behandlung zu prüfen, folge nicht, dass sie verpflichtet werden könnten, dies auf Anforderung stets zu tun. Das Gesetz treffe vielmehr eine gegenteilige Aussage: Die Krankenkasse sei berechtigt, das Krankenhaus aber nach [§ 39 SGB V](#) verpflichtet, die stationäre Aufnahme vorab zu prüfen. Ein Unterlassen dieser Prüfung sei der Krankenkasse erlaubt, dem Krankenhaus jedoch untersagt, zumindest sofern eine Einweisung nach [§ 73 Abs 2 SGB V](#) vorliege. Abweichendes ergebe sich nicht aus der gelebten Praxis, wonach in anders gelagerten Fällen für vertragsärztliche Verordnungen im Einzelfall Zusagen der Krankenkassen eingeholt werden könnten. Dies betreffe Leistungen außerhalb des Leistungskataloges der GKV. Ein solcher Fall liege hier aber nicht vor. Soweit das SG dadurch eine Eingrenzung vornehmen wolle, dass die Vorabprüfung auf solche Fälle zu beschränken wäre, in denen eine negative Einschätzung der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit durch den MDK wenigstens naheliege, erscheine dies äußerst ungenau. Selbst im Falle eine Vorabprüfung dürfte unstreitig sein, dass die Krankenkassen allenfalls eine vorläufige bzw. im Ergebnis unvollständige Kostenübernahmeerklärung abgeben könnten, da die einzelnen Behandlungsmaßnahmen nicht feststünden. Ohne Behandlungsplan könne eine Kostenübernahmeerklärung nicht zu sinnvollen Ergebnissen führen. Die von der Klägerin gewünschte Vorabprüfung erfordere eine Beiziehung und Auswertung aller ärztlicher Unterlagen der Versicherten. Dieses Vorgehen sei ungleich aufwendiger, weil allein die Beschaffung der Unterlagen Wochen, wenn nicht Monate in Anspruch nehme. Zudem sei zu berücksichtigen, dass eine Genehmigung im Leistungsverhältnis nicht auf das Abrechnungsverhältnis durchschlage. Eine Anspruchsgrundlage, die es dem Krankenhaus gestattete, von den Versicherten eine Vorabprüfung zu verlangen, sei nicht ersichtlich. Zur Klarstellung sei darauf hingewiesen, dass sie – die Beklagte – keinesfalls alle Abrechnungsfälle pauschal zur Prüfung an den MDK gebe. Es werde vielmehr stets nur bei Auffälligkeiten eine Abrechnungsprüfung durchgeführt. Dass die Mehrzahl der Abrechnungsfälle der Klägerin ins Prüfverfahren gelange, liege allein daran, dass die Klägerin meist hinter den OPS-Strukturvorgaben der multimodalen Schmerztherapie zurückbleibe und im Einzelfall dann zu prüfen sei, ob der eingeschränkte Therapieumfang noch eine stationäre Behandlung erfordere.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Dresden vom 26. Juni 2019 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie sei nicht daran gehindert, vor der stationären Aufnahme von Patienten mit chronischen Rückenschmerzen eine Mitwirkung dergestalt zu erwarten, dass sie bei der GKV die Bewilligung der verordneten vollstationären Behandlung einforderten. Diese Vorgehensweise verletze kein Recht der Beklagten. Der Gesetzgeber habe mit [§ 13 Abs. 3a SGB V](#) zu erkennen gegeben, dass Versicherte konkrete Leistungen bei der Krankenkasse beantragen könnten und die Krankenkasse dann auch vor der Leistungserbringung über diese zu entscheiden habe. Das SGB V gebe nichts her für eine gegenüber der Krankenkasse bestehende Verpflichtung des Krankenhauses, die Notwendigkeit der stationären Krankenhausbehandlung vorrangig zu prüfen. Die Entscheidung der Krankenhausärzte über die Krankenhausaufnahme habe mit der Frage, ob dem Patienten tatsächlich ein Anspruch auf stationäre Behandlung zustehe, nichts zu tun. Für die Entscheidung über den Anspruch des (versicherten) Patienten sei allein die Krankenkasse zuständig. Es sei daher nicht zu beanstanden, wenn die Versicherten vom Krankenhaus aufgefordert würden, sich die stationäre Behandlung bewilligen zu lassen. Im vorliegenden Rechtsstreit sei nicht zu prüfen, ob Krankenkassen grundsätzlich verpflichtet seien, eine Prüfung des Sachleistungsanspruchs vor der Behandlung des Patienten durchzuführen, sondern, ob die Aufforderung an den Patienten, die gewünschte Leistung vor der Aufnahme zur stationären Behandlung durch die Krankenkasse bewilligen zu lassen, gegen ein Recht der Krankenkasse verstoße. Die Krankenkasse habe die Leistungsbewilligung ohnehin zu prüfen; ein subjektives Recht, diese Prüfung ausschließlich im Nachhinein durchzuführen, habe sie nicht. Für das Krankenhaus bestehe keine Verpflichtung gegenüber der Krankenkasse zu einer Prüfung der stationären Behandlungsnotwendigkeit. Es gebe keine Bestimmung, wonach die Entscheidungskompetenz der Krankenkasse über die Notwendigkeit der stationären Behandlung dahingehend eingeschränkt wäre, dass diese nur nach durchgeführter Krankenhausbehandlung ausgeübt werden dürfte. Es liege im wohlverstandenen Interesse des Gesundheitssystems, wenn die Krankenkassen möglichst frühzeitig in die Behandlung der Versicherten eingebunden würden und nicht Leistungen in erheblichem Umfang in Anspruch genommen würden, die nicht vergütet würden. An eine positive Entscheidung sei die Krankenkasse nicht nur gegenüber dem Versicherten, sondern auch im Verhältnis zum behandelnden Krankenhaus gebunden. Der Vergütungsanspruch des Krankenhauses sei ein Annex zu dem Leistungsanspruch des Versicherten.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichtsakte beider Rechtszüge und die Verwaltungsakte der Beklagten Bezug genommen, die Gegenstand des Verfahrens gewesen sind.

Entscheidungsgründe

Die zulässige Berufung der Beklagten ist unbegründet. Zu Recht hat das SG der Klage stattgegeben und festgestellt, dass die Klägerin nicht aufgrund entgegenstehender Rechte der Beklagten daran gehindert ist, von Versicherten der Beklagten, die zu einer geplanten stationären Schmerzbehandlung in das Krankenhaus der Klägerin eingewiesen werden, vor der Aufnahme zur stationären Behandlung eine Erklärung der Beklagten über die Anerkennung der stationären Behandlungsnotwendigkeit zu verlangen.

1. Die Feststellungsklage ist zulässig.

Nach [§ 55 Abs. 1 Nr. 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) kann mit der Feststellungsklage das Bestehen oder Nichtbestehen eines Rechtsverhältnisses begehrt werden, wenn der Kläger ein berechtigtes Interesse an der baldigen Feststellung hat. Eine Feststellungsklage ist zulässig, wenn ein feststellungsfähiges Rechtsverhältnis vorliegt, der Kläger ein (qualifiziertes) Interesse an der Feststellung hat und er sein Rechtsschutzbegehren effektiv nicht durch eine vorrangige Klageart erreichen kann. Unter einem Rechtsverhältnis im Sinne von [§ 55 Abs. 1 Nr. 1 SGG](#) sind die aus einem konkreten Sachverhalt aufgrund einer Rechtsnorm sich ergebenden rechtlichen Beziehungen einer Person zu einer anderen Person oder zu einer Sache zu verstehen (BSG, Urteil vom 07.12.2006 - [B 3 KR 5/06 R](#) - juris Rn. 16; Urteil vom 06.03.2003 - [B 11 AL 27/02 R](#) - juris Rn. 13; Urteil vom 13.07.1999 - [B 1 A 1/99 R](#) - juris Rn. 12; Urteil vom 15.12.1987 - [6 RKa 14/87](#) - juris Rn. 10). Zur Klärung rein abstrakter Rechtsfragen darf eine Feststellungsklage nicht erhoben werden (vgl. BSG, Urteil vom 20.07.2017 - [B 12 KR 13/15 R](#) - juris Rn. 31; Urteil vom 20.12.2001 - [B 4 RA 50/01 R](#) - juris Rn. 30). Ein berechtigtes Interesse an der baldigen Feststellung im Sinne des [§ 55 Abs. 1 SGG](#) ist jedes nach der Sachlage vernünftige Interesse, das rechtlicher, wirtschaftlicher oder ideeller Art sein kann (BSG, Urteil vom 10.08.2021 - [B 2 U 1/20 R](#) - juris Rn. 12; Urteil vom 18.05.2011 - [B 3 P 5/10 R](#) - juris Rn. 38).

Gemessen an diesen Maßstäben ist die Feststellungsklage zulässig. Diese ist ihrem Inhalt nach eine negative Feststellungsklage (vgl. BSG, Urteil vom 22.01.1986 - [8 RK 59/84](#) - juris Rn. 15). Denn die Beklagte berührt sich mit ihrem Schreiben vom 15.03.2017 eines Unterlassungsanspruchs gegen die Klägerin, den diese bestreitet. Eine solche negative Feststellungsklage ist zulässig, solange - wie hier - noch keine Unterlassungsklage erhoben worden ist. Das erforderliche Feststellungsinteresse besteht, weil die Beklagte die Zulässigkeit des Vorgehens der Klägerin bestreitet und gegen diese einen entsprechenden Unterlassungsanspruch geltend gemacht hat, an dem sie weiterhin festhält. Zudem hat die Klägerin ein wirtschaftliches Interesse an der Klärung des streitigen Rechtsverhältnisses. Darf sie die Aufnahme von Versicherten der Beklagten zur stationären Schmerztherapie von einer Vorabklärung der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit durch diese nicht abhängig machen, kann sie sich entscheiden, entweder deren Versicherte nicht aufzunehmen und damit von vornherein keine Vergütungsansprüche zu erwerben, oder deren Versicherte aufzunehmen und damit das - nicht nur theoretische, sondern realistische - finanzielle Risiko einer abweichenden Beurteilung in Abrechnungsprüfung sowie Vergütungsstreit zu tragen.

2. Die Feststellungsklage ist auch begründet, weil der von der Beklagten geltend gemachte Unterlassungsanspruch (zu einem solchen der Krankenkasse gegen einen Krankenträger: Sächsisches LSG, Beschluss vom 02.03.2011 - [L 1 KR 177/10 B ER](#) - juris Rn. 57) - soweit er im Rahmen der negativen Feststellungsklage Gegenstand der Prüfung ist - nicht besteht. Die Veranlassung einer Vorabklärung der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit durch den Versicherten greift jedenfalls in Fällen planbarer Behandlungen, die - wie die konservative Schmerztherapie - nicht in der Regel der besonderen Mittel des Krankenhauses bedürfen, nicht in geschützte Rechtspositionen der beklagten Krankenkasse ein. Weder steht [§ 109 Abs. 4 Satz 2 SGB V](#) (dazu a) noch [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) (dazu b) oder die Trennung von Versicherungs- und Abrechnungsverhältnis (dazu c) entgegen. Keine Bedenken bestehen auch im Hinblick auf die sonstigen Einwände der Beklagten (dazu d).

a) [§ 109 Abs. 4 Satz 2 SGB V](#) begründet keinen derartigen Unterlassungsanspruch der Beklagten.

[§ 109 Abs. 4 SGB V](#) bestimmt, dass das Krankenhaus mit dem (fingierten oder echten) Versorgungsvertrag für die Dauer des Vertrages zur Krankenhausbehandlung der Versicherten zugelassen ist (Satz 1) und dass das zugelassene Krankenhaus im Rahmen seines Versorgungsauftrages zur Krankenhausbehandlung des Versicherten verpflichtet ist (Satz 2). Aus diesen Bestimmungen ergibt sich, dass die Zulassung des Krankenhauses zur Krankenhausbehandlung der Versicherten nicht nur berechtigt, sondern auch verpflichtet. Weil die Behandlungspflicht im Naturalleistungsprinzip wurzelt, ist sie auch im Rahmen des Naturalleistungssystems zu erfüllen (Wahl in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 4. Aufl., § 109 Rn. 133).

Das SGB V weist dabei durch die von ihm vorgenommene Ausgestaltung des Naturalleistungssystems dem Krankenhaus eine eigenständige und im Verhältnis zur Krankenkasse regelhaft zeitlich vorrangige Stellung hinsichtlich der Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen und damit der Erforderlichkeit der stationären Behandlung als solcher und ihres Umfangs zu (vgl. BSG, Urteil vom 25.09.2007 - [GS 1/06](#) - juris Rn. 28). Die zu Lasten der Krankenkasse wirksame Leistungserbringung des Krankenhauses hängt nicht von einer vorherigen Bewilligung der Leistung durch die Krankenkasse ab. Es besteht daher keine Pflicht des Krankenhauses zur Einholung einer vorherigen Kostenübernahmeerklärung (BSG, Urteil vom 22.06.2022 - [B 1 KR 19/21 R](#) - juris Rn. 13).

Die fehlende Pflicht zur vorherigen Einholung einer Kostenübernahmeerklärung bzw. Bewilligung schließt jedoch eine solche Verfahrensweise auch ohne entsprechende Regelung im Vertrag nach [§ 112 SGB V](#) nicht aus (vgl. BSG, Urteil vom 22.06.2022 - [B 1 KR 19/21 R](#) - juris Rn. 13 f. unter Verweis auf: LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 27.04.2021 - [L 11 KR 3323/19](#) - juris Rn 24 f.; Bockholdt in Hauck/Noftz SGB V, § 109 Rn. 185; BSG, Urteil vom 17.02.2004 - [B 1 KR 4/02 R](#) - juris Rn. 20; Urteil vom 31.05.2006 - [B 6 KA 53/05 B](#) - juris Rn. 13; Urteil vom 20.03.2013 - [B 6 KA 27/12 R](#) - juris Rn. 28). Zusagen oder Erklärungen einer Krankenkasse, eine bestimmte Leistung dem Versicherten als Kassenleistung zu gewähren oder die Kosten dafür zu übernehmen, sind damit nicht von vornherein ausgeschlossen (LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 27.04.2021 - [L 11 KR 3323/19](#) - juris Rn. 24).

Dies folgt bereits aus dem Umstand, dass die Kompetenz, Rechtsentscheidungen über das Bestehen oder Nichtbestehen von Leistungsansprüchen zu treffen und hierüber Verwaltungsakte zu erlassen, bei der Krankenkasse verbleibt. Die Entscheidung darüber, ob dem Versicherten ein Anspruch auf Gewährung vollstationärer Krankenhausbehandlung als Sachleistung zusteht und darin eingeschlossen die Entscheidung, ob eine stationäre Behandlung aus medizinischen Gründen notwendig ist, obliegt nicht dem Krankenhaus, sondern der Krankenkasse, gegen die sich der Anspruch richtet (BSG, Beschluss vom 25.09.2007 - [GS 1/06](#) - juris Rn. 28). Die Aufnahmeentscheidung des Krankenhausarztes hat hingegen insoweit keine rechtliche Bindungswirkung. Auch eine Einschätzungsprärogative kommt der Aufnahmeentscheidung des Krankenhausarztes nach ständiger Rechtsprechung nicht zu (BSG, Beschluss vom 25.09.2017 - [GS 1/06](#) - juris Rn. 29).

Die Entscheidungsabläufe sind daher unterschiedlich, je nachdem, zu welchem Zeitpunkt die Kasse mit dem Leistungsbegehren befasst wird. Beantragt der Versicherte vorab die Genehmigung einer gemäß [§ 73 Abs. 2 Satz 1 Nr. 7](#) i.V.m. Abs. 4 SGB V vertragsärztlich verordneten Krankenhausbehandlung, so entscheidet die Krankenkasse ihm gegenüber durch Verwaltungsakt. Wird er dagegen, wie zumeist, wegen einer akuten Erkrankung oder eines Krankheitsverdachts ohne vorherige Konsultation der Krankenkasse stationär aufgenommen, so entscheidet diese über den Behandlungsanspruch lediglich indirekt, indem sie, erforderlichenfalls nach Einschaltung des MDK, dem die Leistung erbringenden Krankenhaus eine - in der Regel befristete - Kostenzusage (Kostenübernahmeerklärung) erteilt. Dieser Vorgang wiederholt sich, wenn zu einem späteren Zeitpunkt über eine Verlängerung des Krankenhausaufenthalts zu befinden ist. In allen Fällen hat die Krankenkasse vor ihrer Entscheidung die Erforderlichkeit der stationären Behandlung eigenständig und ohne Bindung an die Beurteilung des zuständigen Krankenhausarztes zu prüfen (BSG, Beschluss vom 25.09.2007 - [GS 1/06](#) - juris Rn. 28).

Wie auch [§ 12 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) zeigt, bedarf die Gewährung von Leistungen der GKV im Grundsatz der vorherigen Bewilligung durch die Krankenkasse. Den Krankenkassen ist es nach [§ 12 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) untersagt, Leistungen zu bewilligen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind. Bei der ärztlichen Behandlung findet diese Prüfung typischerweise nachträglich statt (vgl. [§ 106 SGB V](#)), weil die Vertragsärzte im Interesse der Versicherten ermächtigt sind, diese (Vor-) Entscheidung mit Wirkung für und gegen die Krankenkasse zu treffen, soweit eine vorherige Prüfung nicht schon aus Sachgründen - etwa bei akuten Krankheitszuständen - von vornherein ausscheidet. Das ändert jedoch nichts an dem in [§ 12 SGB V](#) festgelegten Grundsatz, dass die Leistungsgewährung einer vorherigen Bewilligung durch die Krankenkasse bedarf (BSG, Urteil vom 17.02.2004 - [B 1 KR 4/02 R](#) - juris Rn. 20 unter Hinweis auf [§ 19 Abs. 1](#) Viertes Buch Sozialgesetzbuch). Dies schließt die Verpflichtung zur Durchführung eines Verwaltungsverfahrens mit ein. Das Ergebnis der vorherigen Prüfung der Behandlungsnotwendigkeit muss dem Versicherten in der Form des Verwaltungsakts mitgeteilt werden (Wahl in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 4. Aufl., § 39 Rn. 165).

Von der Möglichkeit einer Vorabprüfung durch die Krankenkasse geht auch [§ 13 Abs. 3a SGB V](#) aus. [§ 13 Abs. 3a Satz 1 SGB V](#) bestimmt, dass die Krankenkasse über einen Antrag auf Leistungen zügig und innerhalb einer Drei-Wochen-Frist, bei Einschaltung des MDK innerhalb einer Fünf-Wochen-Frist, zu entscheiden hat und begründet die Verpflichtung der Krankenkasse, über Anträge zügig zu entscheiden. Dabei ist die Regelung auch auf Anträge betreffend die Bewilligung einer stationären Krankenhausbehandlung anwendbar (BSG, Urteil vom 11.07.2017 - [B 1 KR 1/17 R](#) - juris Rn. 25; Urteil vom 11.09.2018 - [B 1 KR 1/18 R](#) - juris Rn. 15).

Dass eine Vorabprüfung durch die Krankenkasse keineswegs dem Gesetz widerspricht, zeigt schließlich auch die Regelung in [§ 2 Abs. 1a](#) Sätze 2 und [3 SGB V](#), wonach sowohl der Versicherte als auch der Leistungserbringer bei bestehender Unsicherheit über das Bestehen eines Leistungsanspruchs nach [§ 2 Abs. 1a Satz 1 SGB V](#) eine verbindliche Entscheidung der Krankenkasse herbeiführen können. Die darin zum Ausdruck kommende gesetzgeberische Wertung beansprucht über den unmittelbaren Anwendungsbereich des [§ 2 Abs. 1a SGB V](#) hinaus auch für andere planbare Leistungen im Krankenhaus Geltung. Gerade weil die rechtsverbindliche Entscheidung über den Leistungsanspruch allein der Krankenkasse obliegt und dem Krankenhausarzt insofern keine Einschätzungsprärogative zusteht, kann es dem Krankenhaus nicht zugemutet werden, in Zweifelsfällen auf eigenes Risiko in Vorleistung zu gehen (Bockholdt in: Hauck/Noftz SGB V, § 109 Rn. 185).

Soweit die Klägerin einwendet, dass derartige Vorab-Prüfungen sich auf Fälle beschränken, in denen Leistungen außerhalb des Leistungskataloges der GKV begehrt werden, führt dies zu keiner abweichenden Beurteilung.

Zwar haben solche Vorabprüfungen durch die Krankenkasse bei stationären Krankenhausbehandlungen vor allem in den Fällen Bedeutung, in denen Versicherte eine Leistung begehren, die grundsätzlich nicht oder nur unter bestimmten Voraussetzungen vom Leistungsumfang der GKV umfasst ist (z.B. Off-Label-Use bei der Verordnung von Arzneimitteln oder neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden). Eine Vorabprüfung kommt auch vor Durchführung einer stationären Behandlung in Betracht, wenn zweifelhaft ist, ob die von den Versicherten beanspruchte Behandlungsmethode dem Qualitätsgebot entspricht. In [§ 2 Abs. 1a Satz 2](#) und 3 SGB V ist eine Vorabprüfung gesetzlich geregelt (LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 27.04.2021 - [L 11 KR 3323/19](#) - juris Rn. 24). Außerhalb des Leistungsumfangs der GKV liegen aber auch unwirtschaftliche - weil nicht im Sinne des [§ 39 Abs. 1 SGB V](#) erforderliche - Leistungen. Nach [§ 12 Abs. 1 SGB V](#) müssen die Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.

b) Auch [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) steht einer Vorabprüfung durch die Krankenkasse nicht entgegen. Nach dieser Vorschrift besteht Anspruch auf vollstationäre Behandlung nur, wenn die Aufnahme nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann. Der in [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) geregelte Nachrang der vollstationären Behandlung trägt deren Bedeutung als medizinisch intensivster und aufwendigster Form der Krankenbehandlung Rechnung und stellt eine besondere Ausprägung des Wirtschaftlichkeitsgebots ([§ 12 Abs. 1 SGB V](#)) dar (Wahl in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 4. Aufl., § 39 Rn. 56). Dabei richtet sich die von [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) verlangte Erforderlichkeit stationärer Krankenhausbehandlung allein nach den medizinischen Erfordernissen (BSG, Beschluss vom 25.09.2007 - [GS 1/06](#) - juris Rn. 18). Die sachliche Prüfung der Erforderlichkeit einer Krankenhausbehandlung ist nach [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) ausdrücklich dem Krankenhaus und seiner eigenverantwortlichen Entscheidung zugewiesen, die aber der nachgelagerten Kontrolle durch die Krankenkasse und im Vergütungsstreit der uneingeschränkten gerichtlichen Überprüfung unterliegt (vgl. BSG vom 25.09.2007 - [GS 1/06](#) - juris Rn. 27).

Das Krankenhaus muss die Erforderlichkeit der Krankenhausbehandlung grundsätzlich selbst prüfen (BSG, Urteil vom 22.06.2022 - [B 1 KR 19/21 R](#) - juris Rn. 12). Die in [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) vorgesehene „Prüfung durch das Krankenhaus“ beinhaltet eine originäre - in das mit der Krankenkasse bestehende Leistungserbringungsverhältnis integrierte - Rechtspflicht des Krankenhauses. Ihr Zweck besteht darin, diesen Leistungserbringer über das in [§ 2 Abs. 4](#), [§ 12 Abs. 1 Satz 2](#), [§ 70 SGB V](#) normierte Gebot hinaus in spezifischer Weise über die Prüfung an der Gewährleistung der Wirtschaftlichkeit der aufwändigen stationären Krankenhausbehandlung zu beteiligen.

Die Prüfungspflicht ist aber keine ausschließliche Entscheidungszuständigkeit. Die Pflicht, die [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) den Krankenhäusern auferlegt, ist im Zusammenhang mit [§ 73 Abs. 2 Nr. 7](#), [Abs. 4 SGB V](#) zu sehen. Das Gesetz geht davon aus, dass die stationäre Krankenhausbehandlung im Regelfall vom Vertragsarzt verordnet wird. In Hinblick hierauf stellt [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) klar, dass sich das Krankenhaus auf die Beurteilung des Vertragsarztes nicht verlassen darf, sondern die Erforderlichkeit der stationären Krankenhausbehandlung eigenverantwortlich zu prüfen hat (vgl. BSG, Urteil vom 23.04.1996 - [1 RK 20/95](#) - juris Rn. 16; Urteil vom 21.08.1996 - [3 RK 2/96](#) - juris Rn. 23). Dies gilt selbstverständlich auch dann, wenn der stationären Aufnahme keine vertragsärztliche Verordnung vorausgeht. Mit [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) wird eine Pflicht verdeutlicht, die sich bereits aus [§ 12 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) ergibt, der allen Leistungserbringern untersagt, Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, zu bewirken (vgl. auch [§ 2 Abs. 4 SGB V](#)). Die Regelung in [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#), wonach die Aufnahme „nach Prüfung durch das Krankenhaus“ erforderlich sein muss, geht jedoch über die allgemeinen Regelungen zur Gewährleistung der Wirtschaftlichkeit hinaus und unterwirft die Krankenhäuser einer besonderen Prüfungspflicht für die typischerweise finanziell aufwendige stationäre Behandlung. Ziel der Einführung dieser Prüfungspflicht war es nicht, den Freiraum der Krankenhäuser zu erweitern, sondern sie im Gegenteil strengeren Anforderungen zu unterwerfen (Wahl in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 4. Aufl., § 39 Rn. 89).

Entgegen der Rechtsauffassung der Beklagten schließt dies die Einbeziehung der Krankenkasse im Wege der Vorabprüfung in Zweifelsfällen aber nicht aus. [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) behält die Prüfung der Erforderlichkeit der stationären Krankenhausbehandlung nicht dem Krankenhaus vor. Der Prüfungspflicht des Krankenhauses entspricht kein ausschließliches Prüfungsrecht. Vielmehr verbleibt die Entscheidung über die Leistungsbewilligung bei der Krankenkasse (BSG, Urteil vom 09.06.1998 - [B 1 KR 18/96 R](#) - juris Rn. 17; Wahl in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 4. Aufl., § 39 Rn. 90).

Hat das Krankenhaus Zweifel an der Erforderlichkeit einer geplanten stationären Behandlung, kann es - ebenso wie der Vertragsarzt zur Vermeidung eines Arzneimittelregresses (vgl. BSG, Urteil vom 20.03.2013 - [B 6 KA 27/12 R](#) - juris Rn. 28) - entweder selbst eine Vorabprüfung durch die Krankenkasse beantragen oder es dem Versicherten überlassen, die Frage der Kostenübernahme vorab mit seiner Krankenkasse zu klären (Bockholdt, NZS 2021, 606 unter Verweis auf: LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 27.04.2021 - [L 11 KR 3323/19](#) - juris Rn. 21). Macht das Krankenhaus von dieser Möglichkeit keinen Gebrauch, übernimmt es mit der Durchführung der Behandlung wegen seiner Vorleistungspflicht gegenüber der Krankenkasse grundsätzlich das volle Vergütungsrisiko.

Die Klägerin hat von dieser Möglichkeit Gebrauch gemacht und begründete Zweifel an der Erforderlichkeit der stationären Schmerztherapie

geltend gemacht. Diese Zweifel resultieren insbesondere aus den Ergebnissen vorausgegangener Prüfverfahren. So hat die Klägerin dargelegt, dass die Beklagte in der Vergangenheit in bis zu 100 % der Fälle der stationären Versorgung von Schmerzpatienten in ihrer Einrichtung Prüfverfahren eingeleitet hat und in vielen Fällen eine primäre Fehlbelegung eingewandt wurde. Zwar haben sich die Prüfquoten inzwischen aufgrund Änderungen der gesetzlichen Rahmenbedingungen, insbesondere infolge des MDK-Reformgesetzes vom 14.12.2019 ([BGBl. I S. 2789](#)) sowie des COVID-19-Krankenhausesentlastungsgesetzes vom 27.03.2020 ([BGBl. I 2020, S. 580](#)) geändert. Auch wenn sich infolge dieser Regelungen die Abrechnungsprüfungen durch die Beklagte bei den hier streitigen Krankenhausbehandlungen mittlerweile verringert haben, steht fest, dass zwischen den Beteiligten nach wie vor im Rahmen der Vergütung einer stationären Schmerztherapie grundlegende Differenzen im Hinblick auf die Erforderlichkeit stationärer Krankenhausbehandlung ([§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#)) bestehen. Angesichts dieser Differenzen bestehen bei der Klägerin berechnete Zweifel an der Erforderlichkeit der stationären Krankenhausbehandlung im Falle der in ihrer Einrichtung durchgeführten stationären Schmerzbehandlung.

In einem solchen Fall ist es gerechtfertigt, vor der Aufnahme der Versicherten zur stationären Schmerztherapie eine Vorabklärung durch die Krankenkasse anzustreben.

Soweit sich die Klägerin nicht selbst an die beklagte Krankenkasse wendet, sondern von den Versicherten eine Verwaltungsentscheidung der Krankenkasse verlangt, begegnet dies keinen Bedenken. Ein Vorrang-Nachrang-Verhältnis besteht insoweit nicht. Denn das BSG hat die weit verbreitete Praxis, dass Krankenkassen Kostenübernahmeerklärungen unter Vorbehalt oder mit Widerrufsvorbehalten versehen, gebilligt (Urteil vom 12.11.2003 – [B 3 KR 1/03 R](#) – juris Rn. 19 ff.). Eine Kostenübernahmeerklärung unter dem Vorbehalt, dass die Krankenhausbehandlung notwendig im Sinne des [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) ist, wäre aber nicht geeignet gewesen, die Zweifel an der Notwendigkeit stationärer Krankenhausbehandlung auszuräumen.

Sofern die Verträge nach [§ 112 SGB V](#) – wie auch die im Freistaat Sachsen geltende Vereinbarung zu den allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung gemäß [§ 112 Abs. 1](#) und 2 SGB V vom 04.10.2005 – eine solche Vorabprüfung nicht explizit vorsehen, lässt sich diese aus [§ 2 Abs. 1a Satz 2](#) und [§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) ableiten. Die in [§ 2 Abs. 1a Sätze 2 und 3](#) zum Ausdruck kommende gesetzgeberische Wertung, dass sowohl der Versicherte als auch der Leistungserbringer bei bestehender Unsicherheit über das Bestehen eines Leistungsanspruchs eine verbindliche Entscheidung der Krankenkasse herbeiführen können sollen (vgl. [BT-Drucks. 17/8005](#), 103), gilt über den unmittelbaren Anwendungsbereich des [§ 2 Abs. 1a SGB V](#) hinaus auch für andere planbare Leistungen im Krankenhaus. Gerade weil die rechtsverbindliche Entscheidung über den Leistungsanspruch allein der Krankenkasse obliegt und dem Krankenhausarzt insofern keine Einschätzungsprärogative zusteht, kann es dem Krankenhaus nicht zugemutet werden, in begründeten Zweifelsfällen auf eigenes Risiko in Vorleistung zu gehen. Nach [§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) besteht die Verpflichtung der Krankenkasse, ein unklares Leistungsgeschehen durch den MD prüfen zu lassen (vgl. BSG, Beschluss vom 04.04.2006 – [B 1 KR 32/04 R](#) – juris Rn. 34 f.), bereits „bei Erbringung“ der Leistung und nicht erst im Rahmen der Abrechnungsprüfung (Bockholdt in: Hauck/Noftz SGB V, § 109 Rn. 185). Soweit sich die Beklagte auf den dadurch entstehenden zusätzlichen Aufwand beruft, kann dies bereits im Hinblick auf die ihr nach [§ 275 SGB V](#) obliegenden Verpflichtungen keine abweichende Beurteilung rechtfertigen.

c) Der Einwand der Beklagten, zwischen dem Abrechnungsverhältnis zwischen Krankenkasse und Krankenhaus, dem Behandlungsverhältnis zwischen Krankenhaus und Versichertem sowie dem Versicherungsverhältnis zwischen Versichertem und Krankenkasse sei strikt zu trennen, vermag keine abweichende Beurteilung zu begründen. Zwar hat die Trennung zwischen dem Versicherungsverhältnis und dem Abrechnungsverhältnis grundsätzlich zur Folge, dass eine im Versicherungsverhältnis getroffene Leistungsentscheidung der Krankenkasse nicht auf das Abrechnungsverhältnis durchschlägt (BSG, Urteil vom 17.05.2000 – [B 3 KR 33/99 R](#) – juris Rn. 16; Urteil vom 11.04.2002 – [B 3 KR 24/01 R](#) – juris Rn. 24; Bockholdt in: Hauck/Noftz SGB V, § 109 Rn. 184). So stünde einem bestehenden Vergütungsanspruch eines Krankenhauses eine bestandskräftige Ablehnung der Behandlung durch die Krankenkasse gegenüber dem Versicherten nicht in jedem Fall entgegen (BSG, Urteil vom 22.06.2022 – [B 1 KR 19/21 R](#) – juris Rn. 11). Soweit der für das Recht der Krankenhausvergütung auch zuständig gewesene 3. Senat des BSG der Leistungsablehnung der Krankenkasse im Versicherungsverhältnis jegliche Relevanz abgesprochen hat, hält der 1. Senat des BSG hieran aber ausdrücklich nicht fest (BSG, Urteil vom 22.06.2022 – [B 1 KR 19/21 R](#) – juris Rn. 15). Liegt im Versicherungsverhältnis eine wirksame Bewilligungsentscheidung der Krankenkasse vor (vgl. dazu auch BSG, Urteil vom 20.03.2013 – [B 6 KA 27/12 R](#) – juris Rn. 28; zur eingeschränkten Bindungswirkung der Bewilligungsentscheidung gegenüber dem Versicherten siehe Wahl, jurisPK-SGB V, 4. Aufl., § 39 Rn. 170 m.w.N.), muss das Krankenhaus auch im Abrechnungsverhältnis auf den Inhalt der Genehmigung vertrauen dürfen und kann sich die Krankenkasse nicht darauf berufen, die materiell-rechtlichen Voraussetzungen für die Erbringung der Sachleistung hätten nicht vorgelegen (vgl. BSG, Urteil vom 20.03.2013 – [B 6 KA 27/12 R](#) – juris Rn. 28; Bockholdt in: Hauck/Noftz SGB V, § 109 Rn. 184).

d) Dass die vorherige Klärung des (Natural-)Leistungsanspruchs in Zweifelsfällen gegen den Versorgungsauftrag ([§ 109 Abs. 4 Satz 1 SGB V](#)) verstieße, ist nicht ersichtlich. Insbesondere verweigert die Klägerin nicht eine erforderliche Krankenhausbehandlung, sondern führt die Frage, ob ein Leistungsanspruch gemäß der ärztlichen Verordnung besteht, lediglich vorab einer Klärung zu, dies zudem nur in Fällen planbarer Behandlungen in Form der stationären Schmerztherapie, bei denen begründete Zweifel an der Erforderlichkeit stationärer Krankenhausbehandlung bestehen. Im Hinblick auf das Letztentscheidungsrecht der Krankenkasse ist auch eine Verlagerung des Haftungsrisikos bei unberechtigter Leistungsablehnung nicht erkennbar.

Auch vermag der Senat die Bedenken der Beklagten hinsichtlich des Regelungsumfanges einer Bewilligungsentscheidung gegenüber dem Versicherten nicht zu teilen. Diese führte zwar im Verhältnis zur Klägerin dazu, dass die Beklagte mit Einwand der primären Fehlbelegung

ausgeschlossen wäre. Die Dauer der stationären Behandlung wäre vom Regelungsumfang hingegen nicht erfasst. Auch die Erfüllung von OPS-Merkmalen bliebe einer nachgelagerten Prüfung zugänglich. Zudem stehen derartige Bewilligungsentscheidungen unter dem (stillschweigenden) gesetzlichen Vorbehalt des jederzeitigen Widerrufs mit Wirkung für die Zukunft, weil der Anspruch auf Krankenhausbehandlung von dem Grundsatz geprägt ist, dass die Behandlungsmaßnahmen dem jeweiligen Bedarf anzupassen und daher stets abhängig von den aktuellen Verhältnissen, von dem gegenwärtigen Krankheitszustand sowie den gegenwärtigen Behandlungsmöglichkeiten sind (Wahl in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 4. Aufl., § 39 Rn. 170).

3. Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 2](#) Verwaltungsgerichtsordnung.

4. Die Revision war wegen grundsätzlicher Bedeutung der Angelegenheit zuzulassen, [§ 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG](#).

Rechtskraft
Aus
Saved
2024-08-12