

L 5 KR 141/01

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
LSG Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
5
1. Instanz
SG Dortmund (NRW)
Aktenzeichen
S 44 KR 183/00
Datum
08.05.2001
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 5 KR 141/01
Datum
27.03.2003
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 3 KR 7/03 R
Datum
05.08.2003
Kategorie
Urteil

Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Dortmund vom 08.05.2001 geändert. Die Klage wird abgewiesen. Kosten sind nicht zu erstatten. Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Vergütung einer stationären Behandlung.

Die Klägerin ist Trägerin des ...hospitals ... (im Folgenden: Krankenhaus), in dem die bei der Beklagten versicherte Frau T ... (im Folgenden: Versicherte) vom 10.12. bis 31.12.1998 stationär behandelt worden ist. Die im Jahre 1911 geborene Versicherte wurde aufgrund einer vertragsärztlichen Verordnung des Internisten W ... in das Krankenhaus aufgenommen, nachdem es nach einer mehrtägigen Eß- und Trinkverweigerung der Versicherten zu einer zunehmenden Desorientiertheit gekommen war. Die Aufnahmediagnose lautete: senile Demenz mit Exsikkose, chronisch venöse Insuffizienz beider Unterschenkel, kompensierte Herzinsuffizienz. Im Aufnahmeschein wurde als voraussichtliche Verweildauer 20 Tage angegeben. Die Versicherte wurde am 31.12.1998 in ein Seniorenheim entlassen. Zuvor war bereits am 17.12.1998 die beabsichtigte Verlegung in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung sowohl dem örtlichen Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) als auch der Beklagten mitgeteilt und eine vorläufige Betreuung (Beschluss des Amtsgerichts ... vom 23.12.1998) eingerichtet worden.

Auf den - nicht mehr vorliegenden - Kostenübernahmeantrag des Krankenhauses erteilte die Beklagte unter dem 17.12.1998 eine Kostenzusage bis 21.01.1999. Die Kostenzusage trägt den Hinweis, dass die Kostenübernahme vor Ablauf der genannten Frist bei Wegfall der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs und bei Eintritt eines Pflegefalles ende. Nach Erhalt der Endabrechnung vom 13.01.1999 über insgesamt 9.925,65 DM (Eingang 18.01.1999) beauftragte die Beklagte den MDK Hamburg mit einer Prüfung, ob die Dauer der stationären Behandlung medizinisch indiziert gewesen sei. Mit Schreiben vom 09.02.1999 und 08.03.1999 bat der MDK das Krankenhaus unter Hinweis auf [§ 276 Abs. 2](#) Fünftes Buch des Sozialgesetzbuches (SGB V) um Übersendung des Entlassungsberichts. Eine Reaktion des Krankenhauses erfolgte nicht. Nachdem der MDK den Vorgang unerledigt an die Beklagte zurückgegeben hatte, teilte diese mit Schreiben vom 22.04.1999 dem Krankenhaus mit, eine Bezahlung der Rechnung sei zur Zeit nicht möglich, da eine Prüfung der Leistungspflicht mangels Übersendung des Entlassungsberichts nicht habe erfolgen können. Falls Interesse an einer Kostenübernahme bestehe, werde gebeten, eine medizinische Befundsschilderung bzw. den Entlassungsbericht an den MDK in H ... zu senden. Die Beklagte übersandte daraufhin lediglich nochmals am 30.11.1999 eine Rechnung, die die Beklagte mit einer Kopie des Schreibens vom 22.04.1999 zurücksandte.

Mit Schreiben vom 05.01.2000 machte das Krankenhaus geltend, es sei eine Kostenzusage bis 21.01.1999 erteilt und die Patientin sei noch vor Ablauf dieses Zeitraums entlassen worden. Da nach den Bestimmungen des nordrhein- westfälischen Krankenhausvertrages eine Kostenzusage rückwirkend nur zurückgenommen werden könne, wenn sie auf vom Krankenhaus zu vertretenden unzutreffenden Angaben beruhe, sei die Verweigerung der Kostenübernahme unberechtigt. Ferner sei eine Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der stationären Behandlung durch den MDK erst nach Anforderung eines Kurzberichtes durch das Krankenhaus möglich; dieser Bericht sei nicht von der Beklagten angefordert worden. Für die Überprüfung sei außerdem die örtliche Zuständigkeit des MDK Westfalen-Lippe gegeben. Im weiteren Verlauf vertrat die Klägerin die Auffassung, eine Überprüfung durch den MDK setze ferner die Darlegung der die Überprüfung rechtfertigenden Verdachtsmomente gegenüber dem Krankenhaus voraus; insoweit sei eine Mitteilung, aus welchen Gründen eine konkrete Rechnungsprüfung erforderlich sei, bislang nicht erfolgt. Die Beklagte forderte ihrerseits nach Einholung einer Einverständniserklärung der Betreuerin das Krankenhaus vergeblich zur Übersendung des Entlassungsberichts an sich auf.

Zur Begründung der am 13.06.2000 erhobenen Klage hat die Klägerin vorgetragen, die Beklagte sei an die Kostenzusage gebunden. Sie habe diese nicht rückwirkend zurückgenommen und dürfe dies auch nicht tun. Durch die Erklärung der Kostenübernahme bis 21.01.1999 habe die Beklagte das Ergebnis einer eigenen Überprüfung der Notwendigkeit einer stationären Behandlung dokumentiert, diese vorbehaltlos erteilte Kostenzusage könne sie nicht durch eine nachfolgende Überprüfung der Erforderlichkeit der stationären Behandlung in Frage stellen. Der Beklagten stehe auch kein Zurückbehaltungsrecht zu, da sie keinen Anspruch auf Einsicht in die ärztlichen Behandlungsunterlagen habe. Der MDK Hamburg sei zur Überprüfung des Behandlungsgeschehens örtlich unzuständig. Entsprechend der föderalistischen Struktur der Bundesrepublik sei in jedem Bundesland eine von den Krankenkassen gemeinsam getragene Arbeitsgemeinschaft MDK zu errichten. Damit sei zugleich dem MDK dieses Bundeslandes im Rahmen seiner sachlichen Zuständigkeit die örtliche Wahrnehmungskompetenz für alle Angelegenheiten des Bundeslandes zugewiesen. Die Forderung der Beklagten nach Übersendung des Entlassungsberichts an sich selbst sei unzulässig, da die Kompetenz für eine Begutachtung ausschließlich beim MDK liege. Es sei sogar zweifelhaft, ob die Krankenkassen die Krankenhäuser überhaupt zur Übersendung bestimmter Unterlagen unmittelbar an den MDK auffordern dürften. Unabhängig von einer Einwilligung des Versicherten bestehe eine Verpflichtung der Leistungserbringer zur Übersendung von Unterlagen an den MDK nur, wenn die angeforderten Informationen für die gutachterliche Stellungnahme und Prüfung erforderlich seien. Dies setze die Mitteilung voraus, aus welchen Gründen eine konkrete Rechnungsprüfung erforderlich sei.

Die Beklagte hat demgegenüber gemeint, weder im Gesetz noch in der Rechtsprechung fänden sich Aussagen zur örtlichen Zuständigkeit des MDK. Die in Nordrhein-Westfalen geltenden vertraglichen Bestimmungen zur Prüfung der Erforderlichkeit der stationären Behandlung setzten nicht zwingend voraus, dass vor Beauftragung des MDK eine Stellungnahme des Krankenhauses zu einzelnen Behandlungsfällen angefordert worden sei. Ebenso wenig müsse der Grund der Überprüfung dem Krankenhaus mitgeteilt werden.

Das Sozialgericht hat die Beklagte mit Urteil vom 08.05.2001 antragsgemäß zur Zahlung verurteilt. Es hat gemeint, die Beklagte sei aufgrund der Kostenübernahme mit solchen Einwendungen ausgeschlossen, die sie bei Abgabe der Kostenzusage bereits gekannt habe oder mit denen sie habe rechnen müssen. Da sie ohne Einschränkung die Kostenzusage bis 21.01.1999 erteilte habe, habe sie es zum damaligen Zeitpunkt lediglich unterlassen, die medizinischen Voraussetzungen für eine solche Verweildauer abzuklären. Soweit sich die Beklagte darauf berufe, sie dürfe aufgrund nachträglich bei ihr eingegangener Informationen das Nichtvorliegen von Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit geltend machen, habe die Beklagte nicht verdeutlichen können, welche Informationen ihr insoweit nachträglich zugegangen seien. Das Sozialgericht ist davon ausgegangen, dass es sich im vorliegenden Fall um einen Erstattungsstreit handle und daher die Berufung ausgeschlossen sei. Die Berufung ist nicht zugelassen worden.

Die Klägerin hat zunächst Beschwerde gegen die Nichtzulassung der Berufung eingelegt; nach deren Rücknahme hat sie am 24.09.2001 Berufung eingelegt.

Zur Begründung trägt sie vor, nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) habe die Krankenkasse über das Bestehen ihrer Leistungspflicht zu entscheiden. Diese Entscheidung könne fundiert nur nach Einsichtnahme in die Krankenakte getroffen werden. Verweigere das Krankenhaus - wie hier - die Einsicht, könne die Kasse die Bezahlung der Leistung verweigern. Da die Beklagte weder den Abschlussbericht noch die Patientenunterlagen zur Verfügung gestellt habe, sei sie - die Beklagte - berechtigt, ihre Leistung so lange zurückzuhalten, bis ihr Einsicht in die Unterlagen gewährt worden sei. Zu Unrecht gehe das Sozialgericht davon aus, dass sie an die erklärte Kostenzusage ohne die Möglichkeit einer nachträglichen Prüfung der medizinischen Notwendigkeit gebunden sei. Durch die Kostenübernahmeerklärung werde lediglich die Beweislast umgekehrt, die nachträgliche Überprüfung der Behandlungsbedürftigkeit solle durch die Kostenzusage gerade nicht ausgeschlossen werden.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Dortmund vom 08.05.2001 zu ändern und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie verteidigt die angefochtene Entscheidung und meint, wenn die Beklagte vor Erteilung einer befristeten Kostenzusage die medizinischen Voraussetzungen nicht weiter abkläre, sei sie mit ihren Einwendungen zur medizinischen Notwendigkeit ausgeschlossen. Sie habe vor der Kostenübernahmeerklärung ggfls. einen Kurzbericht anfordern und diesen durch den MDK überprüfen lassen können. Die Kostenzusage habe eine eigenständige Bedeutung, dies ergebe sich aus den Bestimmungen des nordrhein-westfälischen Landesvertrages, wonach eine Kostenzusage rückwirkend nur zurückgenommen werden könne, wenn sie auf vom Krankenhaus zu vertretenden unzutreffenden Angaben beruhe. Das Krankenhaus habe deshalb darauf vertrauen dürfen, dass die Beklagte bis zum Ende der Befristung die Kosten übernehmen werde. Die Beklagte habe kein Recht auf Einsicht in die Krankenunterlagen, nur der MDK sei berechtigt, die zum Zwecke der Prüfung erforderlichen Sozialdaten zu erheben.

Wegen weiterer Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichtsakte sowie der Verwaltungsakte der Beklagten und der die Behandlung der Versicherten betreffenden Unterlagen des Krankenhauses verwiesen, der Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist.

Entscheidungsgründe:

I.

Die Berufung der Beklagten ist statthaft, sie bedurfte nicht der Zulassung durch das Sozialgericht. Entgegen der Auffassung des Landessozialgerichts (LSG) Schleswig-Holstein (Urteil vom 17.07.2001 - [L 1 KR 23/00](#)) handelt es sich nicht um einen Erstattungsstreit im Sinne des [§ 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG), auch wenn die Klägerin als Trägerin des Krankenhauses eine juristische Person des öffentlichen Rechts ist. Die Klägerin macht einen Vergütungsanspruch für eine stationäre Behandlung geltend. Solche Ansprüche können nicht unter den Begriff der "Erstattung" subsummiert werden, bei dem es um ein Vermögensausschleich geht.

Erstattungsstreitigkeiten zielen auf den Ausgleich ungerechtfertigter Bereicherungen ab, während es hier um die Erfüllung einer (vertraglichen) Verpflichtung geht. Soweit die Bezahlung erbrachter Leistungen im Streit ist, kann es auch für die Zulässigkeit der Berufung keinen Unterschied machen, ob das Krankenhaus in privater oder öffentlich-rechtlicher Trägerschaft steht. Insofern ist die Berufung des LSG Schleswig-Holstein (a.a.O.) auf den Grundgedanken der Regelung, wonach der Gesetzgeber bei juristischen Personen des öffentlichen Rechts offensichtlich eine deutlich höhere Bagatellgrenze habe vorsehen wollen, nicht überzeugend. Da das Krankenhaus über ein eigenes Budget verfügt und sich somit hinsichtlich der Bagatellgrenze in der gleichen Lage befindet wie Krankenhäuser in privater Trägerschaft, wäre eine unterschiedliche Behandlung willkürlich. Der Senat schließt sich der Auffassung des BSG ([SozR 3-1500 § 144 Nr. 14](#)) an, dass bei Klagen eines Leistungserbringers auf Bezahlung seiner Leistung unabhängig von seiner Rechtsform kein Erstattungsstreit im Sinne des [§ 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGG](#) vorliegt. Die Berufung war somit gemäß [§ 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG](#) statthaft. Sie ist auch sonst zulässig. Insbesondere ist sie innerhalb der aufgrund der unzutreffenden Rechtsmittelbelehrung nach [§ 66 Abs. 2 SGG](#) geltenden Jahresfrist eingelegt worden.

II.

Die Berufung hat auch in der Sache Erfolg, denn die Beklagte ist nicht verpflichtet, den geforderten Betrag für die stationäre Behandlung der Versicherten vom 10.12. bis 31.12.1998 zu bezahlen.

1. Die Klage ist als Leistungsklage im Sinne des [§ 54 Abs. 5 SGG](#) zulässig, da es sich um einen Parteienstreit im Gleichordnungsverhältnis handelt (vgl. BSG [SozR 3-2500 § 112 Nr. 1](#); Senat, Urteil vom 12.11.2002 - [L 5 KR 46/00](#)).

2. Rechtsgrundlage des Vergütungsanspruchs des Krankenhauses ist [§ 109 Abs. 4 Satz 2 SGB V](#) in Verbindung mit dem aus [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) folgenden Leistungsanspruch der Versicherten. Die Zahlungsverpflichtung der Krankenkasse entsteht unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten. Bei einem zugelassenen Krankenhaus im Sinne des [§ 108 SGB V](#) bzw. bei einem entsprechend [§ 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) in einem Notfall an der Versorgung beteiligten Nichtvertragskrankenhaus (vgl. insoweit BSG, Urteil vom 09.10.2001 - [B 1 KR 6/01 R](#)) ist die Krankenkasse als Korrelat zu dessen Behandlungspflicht auch bei Fehlen weiterer vertraglicher Vereinbarungen zur Bezahlung der normativ festgelegten Entgelte verpflichtet (BSG, Urteil vom 13.12.2001 ([SozR 3-2500 § 112 Nr. 2](#)); dementsprechend hat das BSG schon in dem Urteil vom 20.01.1982 ([BSGE 53, 62](#)) im Vergütungsanspruch des Krankenhauses die "Verwertung" des dem Versicherten gegen die Krankenkasse zustehenden Sachleistungs-Anspruchs auf Behandlung gesehen). Daher bedarf es zur rechtlichen Begründung des Vergütungsanspruchs eines Krankenhauses keines Rückgriffs auf den auf Landesebene nach [§ 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V](#) geschlossenen Vertrag bzw. kann sich nur die Frage stellen, ob ein vorliegender Vertrag über die gesetzliche Regelung hinausgehende bzw. abweichende Bestimmungen zur Kostenabrechnung enthält.

3. Eine unabhängig von materiellen Bestand des Zahlungsanspruchs und evtl. Gegenansprüchen bestehende Pflicht der Beklagten zur Bezahlung des von dem Krankenhaus in Rechnung gestellten Betrages ergibt sich nicht bereits aus [§ 15 Abs. 1 Satz 1](#) des in Nordrhein-Westfalen ab 01.01.1997 geltenden Vertrages nach [§ 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V](#) vom 06.12.1996 (im Folgenden: Sicherstellungsvertrag - SVTr), der auch für die Krankenkassen außerhalb Nordrhein-Westfalens gilt, die nicht Mitglied eines der vertragsschließenden Verbände ([§ 112 Abs. 1 SGB V](#)) sind (vgl. BSG [SozR 3-2500 § 39 Nr. 4](#)). [§ 15 Abs. 1 Satz 1 SVTr](#) sieht vor, dass Rechnungen innerhalb von 15 Kalendertagen nach Eingang zu begleichen sind, wobei nach Satz 4 bei Überschreitung des Zahlungszieles nach Maßgabe der Verzugsregelungen des Bürgerlichen Gesetzbuchs Verzugszinsen anfallen. Der genannten Bestimmung kann nicht entnommen werden, dass schon aufgrund einer nur formal ordnungsgemäßen Krankenhausrechnung die Krankenkassen verpflichtet sind, ungeachtet evtl. Einwendungen gegen die Richtigkeit der Abrechnung die Rechnung innerhalb der Zahlungsfrist von 15 Kalendertagen zu begleichen. Das BSG hat zwar die vergleichbare Regelung des rheinland-pfälzischen SVTr dahin ausgelegt, dass die Krankenkasse auch bei Beanstandungen rechnerischer oder sachlicher Art die Rechnung innerhalb der Zahlungsfrist zu bezahlen hat (Urteil vom 23.07.2002 - [B 3 KR 64/01 R](#)). Es überzeugt aber nicht, in der Vereinbarung einer Zahlungsfrist zugleich die Übernahme der Verpflichtung zu sehen, trotz Zweifel an der Berechtigung der Forderung diese begleichen zu müssen. Es liegt auf der Hand, dass eine sachliche Prüfung innerhalb der vereinbarten Frist kaum möglich ist, so dass Krankenkassen immer darauf verwiesen wären, nachträglich eine Rückforderung geltend zu machen. Eine ähnliche Regelung zur Zahlungsfrist wie der nordrhein-westfälische und rheinland-pfälzische SVTr enthalten auch die SVTr in anderen Bundesländern (vgl. [§ 14 Abs. 4](#) des saarländischen SVTr, [§ 15 Abs. 1](#) des Hamburger SVTr, [§ 19 Abs. 1](#) des baden-württembergischen SVTr, [§ 18 Abs. 4](#) des brandenburgischen SVTr, [§ 13 Abs. 6](#) des niedersächsischen SVTr). Es erscheint fernliegend, dass die Krankenkassen sich mit der Vereinbarung von Zahlungsfristen (entsprechend sind in den SVTr der Länder Hamburg, Saarland und Baden-Württemberg auch die einschlägigen Bestimmungen überschrieben) zugleich verpflichten wollten, schon bei Erteilung einer nur formal ordnungsgemäßen Rechnung den geltend gemachten Anspruch ungeachtet dessen inhaltlicher Berechtigung erfüllen zu wollen. Diese Verpflichtung kommt in den Verträgen nicht zum Ausdruck und lässt sich insbesondere nicht der - in allen zitierten SVTr ebenfalls enthaltenen - Regelung entnehmen, dass Beanstandungen rechnerischer und sachlicher Art auch nach Bezahlung der Rechnung geltend gemacht werden können (so [§ 15 Abs. 4 Satz 1 SVTr NRW](#)). Diese Bestimmung bedeutet nur, dass mit der Bezahlung der Rechnung nicht deren inhaltliche Anerkennung verbunden ist. Sie ist vor dem Hintergrund der Vereinbarung zu sehen, dass bei Überschreitung des Zahlungszieles Verzugszinsen anfallen können ([§ 15 Abs. 1 Satz 4 SVTr NRW](#); die zitierten SVTr enthalten entsprechende Regelungen). Die Krankenkasse kann somit zur Vermeidung evtl. Verzugszinsen die Rechnung begleichen, ohne damit deren inhaltliche Richtigkeit anzuerkennen und mit nachträglichen Beanstandungen ausgeschlossen zu sein. Die genannte Regelung schließt aber nicht aus, dass die Krankenkasse die Rechnung vor Bezahlung überprüft - allerdings mit dem Risiko, Zinsen zahlen zu müssen, wenn sich die Forderung als berechtigt erweist und die Zahlungsfrist verstrichen ist. Dabei kann dahinstehen, ob die Zahlungsfrist (mit der Folge des Anfalls von Verzugszinsen) auch dann gilt, wenn die Prüfung ergibt, dass die Rechnung nur teilweise begründet ist.

Jedenfalls für den in Nordrhein-Westfalen geltenden SVTr kann der vom BSG hinsichtlich des [§ 9 Abs. 6](#) des rheinland-pfälzischen SVTr vorgenommenen Auslegung nicht gefolgt werden, da [§ 15 Abs. 4 Satz 2 SVTr NRW](#) hinsichtlich der Verrechnung überzahlter Beträge eine vom SVTr Rheinland-Pfalz abweichende Regelung trifft. Während [§ 9 Abs. 6 Satz 4](#) des rheinland-pfälzischen SVTr uneingeschränkt die Verrechnung von Differenzbeträgen bei nachträglichen Beanstandungen rechnerischer und sachlicher Art erlaubt, sieht [§ 15 Abs. 4 Satz 2 SVTr NRW](#) die Verrechnung nur vor bei Beanstandungen rechnerischer Art, bei Rücknahme der Kostenübernahmeerklärung und falls die Abrechnungen auf vom Krankenhaus zu vertretenden unzutreffenden Angaben beruht. Da eine "nur" sachlich falsche Abrechnung in der Regel nicht als "auf vom Krankenhaus zu vertretenden unzutreffenden Angaben beruhend" angesehen werden kann, dürfte der SVTr die Aufrechnung in diesen Fällen ausschließen, so dass die Krankenkassen darauf verwiesen wären, ihre Rückzahlungsansprüche klageweise

geltend zu machen. Bei dieser Sachlage ist es ausgeschlossen, dass die vertragsschließenden Landesverbände ihre Mitgliedskassen schon aufgrund einer nur formal ordnungsgemäßen Rechnung zur Zahlung haben verpflichten wollen.

4. Die Beklagte ist auch nicht allein aufgrund der erteilten Kostenzusage zur Zahlung verpflichtet. Ebenso wenig wie eine Kostenübernahmeerklärung konstitutive Bedeutung in dem Sinne hat, dass davon die Zahlungspflicht der Kasse abhängt (vgl. BSG [SozR 3-2500 § 112 Nr. 1](#); Urteil vom 13.12.2001, a.a.O.), ist die Kasse schon allein aufgrund der Kostenübernahmeerklärung zur Zahlung verpflichtet (anders noch zum Recht der RVO BSG SozR 7610 § 119 Nr. 4).

a) Eine gesetzliche Regelung der Kostenzusage gibt es nicht. [§ 112 Abs. 2 Nr. 1](#) lit. b SGB V überläßt es den Vertragsparteien, die Kostenübernahme zu regeln. Nach § 6 Abs. 1 Satz 2 SVTr NRW "dokumentiert (die Kostenzusage) die vertraglichen Beziehungen im Einzelfall". Die Formulierung "dokumentiert", die sich auch in den SVTr anderer Länder findet (vgl. etwa § 8 Abs. 1 Satz 2 SVTr Brandenburg, § 5 Abs. 1 Satz 2 SVTr Saarland, § 9 Abs. 1 Satz 1 SVTr Baden-Württemberg, § 4 Abs. 1 Satz 1 SVTr Rheinland-Pfalz) erweckt zwar eher den Eindruck, dass der Kostenübernahmeerklärung keine eigenständige rechtliche Bedeutung zukommt. Auf der anderen Seite hat das BSG zu Recht darauf hingewiesen, dass die Tatsache, dass die Partner des SVTr eine besondere Kostenübernahme durch die Krankenkassen geregelt haben, darauf hindeutet, dass ihr doch eine eigenständige Bedeutung zukommen soll (BSG [SozR 3-2500 § 112 Nr. 1](#)). Es hat der Kostenübernahmeerklärung die Bedeutung eines deklaratorischen (kausalen) Schuldanerkenntnisses im zivilrechtlichen Sinne zugewiesen, mit dem das Vorliegen bestimmter, den Vergütungsanspruch des Krankenhauses begründender Tatbestandsvoraussetzungen vorab festgestellt werde. Die Krankenkasse ist damit bei Abgabe einer Kostenzusage mit allen Einwendungen ausgeschlossen, die sie bei Abgabe kannte oder mit denen sie zumindestens rechnen musste (vgl. Palandt-Sprau, BGB 62. Aufl., § 781 Rdn. 4; Erman-D. Heckelmann, BGB, Band 1, 10. Aufl., § 781 Rdn. 10). Hinsichtlich des Vorliegens der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für den Leistungsanspruch des Versicherten hat der erkennende Senat in § 6 Abs. 5 SVTr NRW, wonach eine Kostenübernahmeerklärung rückwirkend nur dann zurückgenommen werden kann, wenn sie auf vom Krankenhaus zu vertretenden unzutreffenden Angaben beruhte, eine abschließende Risikozuweisung an die Krankenkasse auch für den Fall gesehen, dass ihr bei Abgabe der Kostenübernahmeerklärung die fehlende Versicherung nicht bekannt war (Urteil vom 12.11.2002 - [L 5 KR 46/00](#)). Aufgrund dieser vertraglichen Regelung kommt der Kostenzusage somit die Bedeutung zu, dass die Versicherteneigenschaft als Voraussetzung der Eintrittspflicht der Krankenkasse endgültig außer Streit gestellt werden soll (vgl. insoweit zum Ausschluss auch unbekannter Einwendungen bei Abgabe des Schuldanerkenntnisses Erman-D. Heckelmann, a.a.O.).

Diese Risikozuweisung des § 6 Abs. 5 SVTr NRW gilt jedoch nur für den der Sphäre der Krankenkasse zuzurechnenden Versichertenstatus. Diesen vermag (nur) die Krankenkasse zu beurteilen. Soweit es um die medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs nach [§ 39 Abs. 1 SGB V](#) geht, also um die Frage, ob ein Krankheitszustand vorliegt, dessen Behandlung nur mit dem Einsatz der besonderen Mittel eines Krankenhauses möglich ist, kann § 6 Abs. 5 SVTr nicht dahin ausgelegt werden, dass die Krankenkasse insoweit bei Abgabe einer Kostenübernahmeerklärung mit allen - auch unbekannt - Einwendungen ausgeschlossen wäre. Dagegen spricht schon, dass - insbesondere bei länger dauernden Behandlungen - nicht exakt voraussehbar ist, wie sich das Krankheitsbild entwickeln wird, so dass jegliche Aussage zur voraussichtlichen Dauer der Notwendigkeit eines stationären Aufenthaltes ein prognostisches Element enthält. Diese Prognose kann sich später als unzutreffend erweisen. Gerade im geriatrischen Bereich ist die Abgrenzung zwischen Krankenhausbehandlung und Pflegefall fließend und im Voraus kaum zu beurteilen. Vor diesem Hintergrund kann ein Einwendungsausschluss aufgrund einer Kostenzusage allenfalls bezogen auf die Notwendigkeit der Aufnahme ins Krankenhaus angenommen werden, soweit die übermittelten Daten nach [§ 301 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V](#) zutreffend sind und insbesondere die Einweisungsdiagnose und die Aufnahme diagnose aufgrund der erhobenen Befunde gerechtfertigt sind.

Hinsichtlich der Dauer der stationären Behandlung folgt aber aus einer Kostenzusage nicht, dass die Krankenkasse die Notwendigkeit der stationären Behandlung nicht mehr in Frage stellen dürfte. Dies gilt unabhängig davon, ob sie eine unbefristete Zusage erteilt oder - wie hier - ihre Zusage befristet hat und der Versicherte innerhalb dieser Frist entlassen worden ist. Im Zivilrecht ist anerkannt, dass dann, wenn keine Schuld bestand, durch das Schuldanerkenntnis grundsätzlich kein Schuldverhältnis begründet wird, so dass sich der Schuldner trotz Anerkenntnis darauf berufen kann (Erman-D. Heckelmann, a.a.O., Rz. 11). Das BSG hat ausdrücklich auch der Kostenübernahmeerklärung, die den Behandlungszeitraum abdeckt, nur eine beweiserrechtliche Funktion beigemessen (Urteil vom 13.12.2001, a.a.O.). Die Krankenkasse darf also nachträglich trotz Vorliegens einer Kostenübernahmeerklärung geltend machen, eine Krankenhausbehandlung sei nicht erforderlich gewesen. Sie trägt dann allerdings - vorbehaltlich einer ordnungsgemäßen Dokumentation des Krankenhauses - die (objektive) Beweislast, wenn offen bleibt, ob die stationäre Behandlung erforderlich war (BSG [SozR 3-2500 § 112 Nr. 1](#)). Demgemäß hat das BSG in der letztgenannten Entscheidung auch die Auffassung der dort beklagten Krankenkasse, die sich an eine befristete Kostenübernahmeerklärung gebunden fühlte, als unzutreffend bezeichnet und dem LSG aufgegeben, die Erforderlichkeit der stationären Behandlung auch während des von der Kostenzusage umfassten Behandlungszeitraums zu überprüfen.

b) Entgegen der Auffassung des Sozialgerichts setzt die (nachträgliche) Überprüfung der medizinischen Leistungsvoraussetzungen nicht der Krankenkasse "nachträglich zugegangene Informationen" voraus. Dies kann weder § 2 Abs. 1 des nordrhein-westfälischen Vertrages nach § 112 Abs. 2 Nr. 2 vom 06.03.1991 (im Folgenden: Überprüfungsvertrag) noch [§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) entnommen werden.

Wollte man die Überprüfung davon abhängig machen, dass sich die Krankenkasse auf ihr nach Abgabe der Kostenübernahmeerklärung zugegangene Informationen beruft, würde sich die Frage stellen, welcher Art diese Informationen sein müssten. Die Krankenkasse erhält über [§ 301 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) nur eingeschränkt Mitteilungen über die durchgeführte Behandlung. Die medizinischen Daten zur Behandlungsdauer sind im Wesentlichen auf die Aufnahmediagnose (Nr. 3 a.a.O.) und die Entlassungsdiagnose (Nr. 7 a.a.O.) beschränkt. Mangels eigener medizinischer Sachkunde und ohne Kenntnis der Behandlungsunterlagen käme auf der Grundlage dieser Informationen eine Überprüfung allenfalls in Ausnahmefällen in Betracht (etwa wenn Aufnahme- und Entlassungsdiagnose auf den ersten Blick unvereinbar sind oder die Behandlungsdauer aufgrund der Diagnosen offenkundig unplausibel ist).

Entscheidend ist, dass weder § 2 Abs. 1 des Überprüfungsvertrages noch die - gemäß Satz 5 a.a.O. daneben anwendbare - Vorschrift des [§ 275 Abs. 1 SGB V](#) etwas dafür hergeben, dass die Krankenkasse hinsichtlich eines Behandlungszeitraums, für den sie eine Kostenzusage erteilt hat, eine Überprüfung durch den MDK nur vornehmen lassen darf, wenn ihr neue Tatsachen bekannt geworden sind. Nach § 2 Abs. 1 Satz 1 Überprüfungsvertrag obliegt der Krankenkasse die Überprüfung der leistungsrechtlichen Voraussetzung der stationären Krankenhausbehandlung. Sie "kann" vor Einschaltung des MDK vom Krankenhaus einen Kurzbericht anfordern (Satz 2 a.a.O.), muss dies

also nicht tun. Der Überprüfungsvertrag setzt auch nicht voraus, dass die Überprüfung noch während der laufenden Behandlung im Krankenhaus stattfindet (auch wenn dies zweckmäßig ist), § 2 Abs. 2 Satz 1 ordnet lediglich an, dass die Überprüfung im Krankenhaus stattfinden "sollte", wenn sich der Patient noch im Krankenhaus aufhält. Satz 2 a.a.O. räumt aber den vom MDK mit der Prüfung beauftragten Ärzten einen Anspruch auf Übersendung der Krankenunterlagen in Kopie ein, wenn die Überprüfung nach Beendigung der stationären Behandlung stattfindet, geht also selbstverständlich von einem auch nach der Entlassung bestehenden Prüfungsrecht der Krankenkasse aus. Nichts anderes ergibt sich aus [§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#), der nach § 2 Abs. 1 Satz 5 Überprüfungsvertrag von dem Prüfungsrecht nach § 2 Abs. 1 Satz 1 Überprüfungsvertrag unberührt bleibt. Danach ist die Krankenkasse bei der Erbringung von Leistungen zur Überprüfung verpflichtet, wenn Art, Schwere, Dauer oder Häufigkeit der Erkrankung dies erforderlich machen. Das in [§ 276 Abs. 4 SGB V](#) den MDK-Ärzten eingeräumte Recht, im Rahmen ihrer Begutachtung ggfls. die Räume des Krankenhauses zu betreten und Unterlagen einzusehen und den Versicherten zu untersuchen (ähnlich § 2 Abs. 4 Überprüfungsvertrag) setzt den Begutachtungsauftrag der Krankenkasse nach [§ 275 Abs. 1 SGB V](#) voraus und enthält keine eigenständige Regelung etwa dahingehend, dass die Prüfung (nur) im Krankenhaus stattfinden dürfte. Vielmehr ergibt sich aus der in [§ 276 Abs. 2 Satz 1 2. Halbsatz SGB V](#) geregelten Verpflichtung der Leistungserbringer, den vom MDK beauftragten Ärzten die für die Begutachtung erforderlichen Sozialdaten zu übermitteln, dass eine Überprüfung zu jedem Zeitpunkt erfolgen kann.

Der Überprüfungsvertrag begrenzt lediglich die Überprüfungsbefugnis auf "Einzelfälle" (§ 2 Abs. 1 Satz 2, Satz 4 verwendet den Begriff der "geeigneten" Fälle), steht also lediglich einer "flächendeckenden" Überprüfung (also einer Praxis wie der in dem vom BSG im Urteil vom 13.12.2001 (a.a.O.) entschiedenen Fall) entgegen. Die Überprüfung darf die Krankenkasse veranlassen, wenn aus ihrer subjektiven Sicht ("Sicht der Krankenkasse", § 2 Abs. 1 Satz 2, 4 Überprüfungsvertrag) Anlass hierfür besteht, ohne dass in dem Vertrag Kriterien für diese Entscheidung genannt werden. [§ 275 Abs. 1 SGB V](#) macht die Beauftragung des MDK davon abhängig, dass die gutachterliche Stellungnahme nach Art, Schwere, Dauer und Häufigkeit der Erkrankung oder dem Krankheitsverlauf erforderlich ist. Die "Erforderlichkeit" wird im Regelfall einzelne Behandlungsfälle betreffen, schließt aber bei gegebenem Anlass auch bestimmte Fallgruppen (etwa langdauernde psychiatrische Behandlungen oder geriatrische Behandlungsfälle) ein. Die Konkretisierung der unbestimmten Rechtsbegriffe obliegt der Krankenkasse, der insoweit ein Beurteilungsspielraum eingeräumt ist (Bayerisches LSG [NZS 1999, 553](#), 555; Kass.Komm. - Hess, [§ 275 SGB V](#) Rdnr. 3). Angesichts der generellen Schwierigkeit einer Abgrenzung bei geriatrischen Behandlungsfällen zwischen medizinischer Krankenhausbehandlung und Pflege sowie des Umstandes, dass hier die Versicherte in ein Pflegeheim entlassen worden ist und diese beabsichtigte Verlegung schon am 17.12.1998 mitgeteilt worden war, hält sich die Entscheidung der Beklagten, durch den MDK überprüfen zu lassen, ob medizinische Gründe für eine stationäre Behandlung bis zum 31.12.1998 vorlagen oder ob die Versicherte nur deshalb im Krankenhaus blieb, bis die Betreuung eingerichtet war und ein freier Heimplatz zur Verfügung stand, im Rahmen der gesetzlichen Ermächtigung.

Es ist daher irrelevant, ob und ggf. aus welchen Gründen die Beklagte möglicherweise eine über die beantragte Behandlungsdauer hinausgehende Kostenzusage erteilt hat, da sie ungeachtet dieser Kostenzusage berechtigt war, die Behandlungsdauer zu überprüfen. Ob die Kostenzusage im Streitfall zur Folge hat, dass den Krankenhausärzten ein "therapeutischer Spielraum" zugestehen wäre und die Krankenkasse insoweit den Nachweis führen müsste, die Behandlung sei medizinisch nicht vertretbar (also nicht nur nicht erforderlich) gewesen (so das BSG [SozR 3-2500 § 112 Nr. 1 S. 4](#)) kann dahinstehen, weil schon die Überprüfung durch den MDK aufgrund der Verweigerung des Krankenhauses nicht durchgeführt werden konnte.

5) Die Klägerin war nicht berechtigt, die Überprüfung durch den MDK zu verweigern. Entgegen ihrer Auffassung fordert § 2 Abs. 1 Satz 2 Überprüfungsvertrag nicht, dass die Krankenkasse zunächst einen Kurzbericht vom Krankenhaus anfordert und erst dann den MDK beauftragt. Sie "kann" dies lediglich tun, § 2 Abs. 1 Satz 3 Überprüfungsvertrag regelt insoweit nur die Verpflichtung des Krankenhauses zur Erstattung eines solchen Berichts. Ebenso wenig setzt [§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) die Einholung einer Stellungnahme des Krankenhauses zur Behandlungsnotwendigkeit voraus. Die Beklagte war auch nicht verpflichtet, dem Krankenhaus den Grund für die Überprüfung mitzuteilen. Sowohl der Überprüfungsvertrag (§ 2 Abs. 1 Satz 2, 4 "Sicht der Krankenkasse") als auch [§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) überantworten die Entscheidung für eine Prüfung der Krankenkasse. Sofern die Überprüfung nicht erkennbar mißbräuchlich ist, hat das Krankenhaus diese Entscheidung hinzunehmen. Ebenso wie der MDK an den erteilten Auftrag gebunden ist, ist das Krankenhaus nach § 2 Abs. 2 Satz 2 Überprüfungsvertrag bzw. § 276 Abs. 2 Satz 1 2. Halbsatz SGB V verpflichtet, dem MDK in diesem Fall die für dessen gutachterliche Stellungnahme erforderlichen Unterlagen zu übermitteln. Hierzu zählt - als Ausgangspunkt für eine Plausibilitätsprüfung - der vom MDK angeforderte Entlassungsbericht.

Fernliegend ist der Einwand der Klägerin, der MDK Hamburg sei für die Prüfung nicht zuständig gewesen. Zwar wird der MDK nach § 278 Abs. 1 SGB auf der Ebene der Bundesländer errichtet. Hintergrund hierfür ist die Regelung der Trägerschaft in [§ 278 Abs. 2 SGB V](#), die Bedeutung für die Organisation (siehe [§ 279 Abs. 2 SGB V](#)) und vor allem die Finanzierung ([§ 281 SGB V](#)) hat. Dem Gesetz kann jedoch nicht entnommen werden, dass ausschließlich der MDK des Bundeslandes, in dem der zu überprüfende Leistungsfall stattgefunden hat, zuständig wäre. Insbesondere für ein Aktengutachten hätte eine solcher Forderung keinen Sinn, denn es ist ohne Relevanz, ob der MDK Hamburg oder der MDK Westfalen-Lippe die Akten auswertet. Das Urteil des BSG vom 21.08.1996 ([SozR 3-2500 § 39 Nr. 4](#)), auf das sich die Klägerin beruft, enthält keine entsprechende Aussagen. Das BSG hat lediglich entschieden, dass die in einem Bundesland abgeschlossenen Verträge nach [§ 112 SGB V](#) auch für die Kassen anderer Bundesländer gelten. Daraus folgt aber nicht, dass damit der MDK des "Vertragsbundeslandes" ausschließlich für Prüfungen zuständig wäre, zumal die örtliche Zuständigkeit des MDK in den Verträgen nicht angesprochen wird.

Ob die Beklagte berechtigt ist, mit - dem hier vorliegenden - Einverständnis der Versicherten selbst die Behandlungsunterlagen einzusehen (was vom Bundesversicherungsamt in einem Schreiben vom 08.10.2001 an die Spitzenverbände wohl zutreffend bejaht wird), und ob hiervon die Bezahlung der Rechnung abhängig zu machen oder ob sie in jedem Fall auf ein Tätigwerden des MDK angewiesen ist, kann dahinstehen. Das Krankenhaus hat selbst die Prüfung durch den MDK verweigert; an dieser Haltung hat die Klägerin auch im Verfahren festgehalten und weiterhin die grundsätzliche Befugnis der Beklagten zu einer Überprüfung bestritten. Von daher ist es unerheblich, ob die Beklagte berechtigt war, die Übersendung der Behandlungsunterlagen an sie selbst zu fordern.

Aufgrund der Weigerung der Klägerin, dem MDK die Prüfung der Behandlungsnotwendigkeit zu ermöglichen, besteht für die Beklagte nach dem auch im öffentlichen Recht anwendbaren Grundsatz von Treu und Glauben ([§ 242](#) Bürgerliches Gesetzbuch) ein Leistungsverweigerungsrecht. Eine Verurteilung zur Leistung Zug um Zug scheidet aus, weil durch die Prüfung erst Klarheit über die materielle Berechtigung des Zahlungsanspruchs geschaffen werden soll.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#) (in der bis 01.01.2002 geltenden Fassung).

Die Revision ist wegen grundsätzlicher Bedeutung der hier zu entscheidenden Rechtsfragen zugelassen worden ([§ 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2003-10-24