

L 5 KR 197/03

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
LSG Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
5
1. Instanz
SG Münster (NRW)
Aktenzeichen
S 8 KR 2/02
Datum
10.10.2003
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 5 KR 197/03
Datum
06.05.2004
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 3 KR 30/04 R
Datum
-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

Revision d. Kl. durch Urteil vom 12.05.05 zurückgewiesen.

Die Berufung der Klägerin gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Münster vom 10.10.2003 wird zurückgewiesen. Die Klägerin trägt die Kosten beider Rechtszüge. Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand:

Streitig sind die (Rest-)Kosten einer stationären Behandlung vom 30.11. bis 02.12.2000 in Höhe von 713,45 Euro.

Der 1930 geborene Versicherte G (im Folgenden: Versicherter) wurde vom 26.10.2000 bis 30.11.2000 im St. B-Krankenhaus H wegen einer Hüftgelenkoperation rechts behandelt. Die Implantation der Hüft-TEP erfolgte am 27.10.2000. Wegen einer Wundinfektion war am 05.11.2000 eine Revisionsoperation erforderlich. Am 30.11.2000 wurde der Versicherte in die Geriatrie Abteilung des M-Krankenhauses H verlegt, dessen Träger die Klägerin ist. Nach dem Entlassungsbericht des St. Anonius-Hospitals vom 13.12.2000 erfolgte die Verlegung wegen cerebraler Verwirrheitszustände bei Zustand nach schwerem Schädel-Hirn-Trauma vor längerer Zeit (1970) zur weiteren Behandlung und Mobilisation. Im Entlassungsbericht des M-Krankenhauses vom 27.04.2000 wird in der Anamnese angegeben, der Versicherte sei aufgrund Knieschmerzen sowie Immobilität nach Totalendoprothesenimplantation der rechten Hüfte in die stationäre Behandlung verlegt worden. Das St. B-Krankenhaus hat mit der Beklagten die Fallpauschalen (FP) 17.061 und 17.062 abgerechnet.

Die Klägerin beantragte am 01.12.2000 die Kostenübernahme durch die Beklagte, wobei als Aufnahmediagnosen "Delir bei Demenz (F 05.1), Harnwegsinfektion Lokalisation (N 39.0) und primäre Coxarthrose beidseitig (M 16.01)" angegeben wurden. Die Beklagte erteilte unter dem 04.12.2000 eine unbefristete Kostenzusage ab 30.11.2000. Der Versicherte wurde am 19.12.2000 entlassen, die Entlassungsdiagnose lautete wiederum "Delir bei Demenz (F 05.1)". Mit Rechnung vom 04.01.2000 stellte die Klägerin der Beklagten tagesgleiche Pflegesätze für die Zeit vom 30.11. bis 19.12.2000 in Höhe von insgesamt 8.837,47 DM (4.518,53 Euro) in Rechnung. Mit Schreiben vom 16.12.2000 teilte die Beklagte der Klägerin mit, nach ihrer Auffassung seien der Basis- und Abteilungspflegesatz nur für die Zeit vom 03.12. bis 18.12.2000 abzurechnen. Das St. B-Hospital H habe für die Zeit vom 26.10. bis 30.11.2000 die FP 17.061 und 17.062 abgerechnet. Da es sich um einen einheitlichen Behandlungsfall gehandelt habe, könnten während der Grenzverweildauern der FP nicht zusätzliche Pflegesätze abgerechnet werden. Die Beklagte hat dementsprechend nur einen Betrag von 7.442,08 DM überwiesen.

Zur Begründung der am 08.02.2002 erhobenen Klage hat die Klägerin vorgetragen, die Beklagte gehe zu Unrecht davon aus, dass die ersten Behandlungstage von den FP erfasst würden. Der Versicherte sei wegen eines geriatrischen Krankheitsbildes und nicht wegen der Folgen der Hüftoperation behandelt worden. Es habe sich daher um einen eigenständigen Behandlungsfall gehandelt. Demgegenüber hat die Beklagte geltend gemacht, es sei von einer Zusammenarbeit der beiden Krankenhäuser auszugehen. Die große Zahl der Verlegung von Patienten in hohem Lebensalter lasse den Schluss zu, dass eine Zusammenarbeit stattfinde. So seien im Jahr 2000 183 Versicherte vom St. B-Krankenhaus in das Krankenhaus der Klägerin verlegt worden, davon 147 in die Abteilung Geriatrie. 50 dieser Personen seien davor in der Fachabteilung Chirurgie des St. B-Krankenhauses behandelt worden. Dies belege, dass offensichtlich regelhaft eine Behandlung nach operativen Eingriffen im M-Krankenhaus stattfinde. Da somit von einer Zusammenarbeit der Krankenhäuser auszugehen sei, sei die Gesamtgrenzverweildauer beider FP von 39 Tagen zugrunde zu legen, so dass Pflegesätze erst ab dem 03.12.2000 berechnet werden könnten.

Das Sozialgericht hat zur Frage der Notwendigkeit der stationären Behandlung ab 30.11.2000 ein psychiatrisches Gutachten von Prof. Dr. T eingeholt. Der Sachverständige ist in seinem Gutachten vom 29.05.2002 und der ergänzenden Stellungnahme vom 15.10.2002 zu dem

Ergebnis gelangt, aus den Unterlagen ergebe sich nicht, dass ein hinreichender Grund dafür bestanden habe, den Versicherten nach Abschluss der Behandlung im St. B-Hospital zur weiteren geriatrischen Behandlung zu verlegen. Zweifelsfrei habe bei dem Versicherten ein ausgeprägtes demenzielles Syndrom bei Zustand nach schwerem Schädel-Hirn-Trauma 1970 vorgelegen. Jedoch werde in den Unterlagen des St. B-Hospitals ein typischer postoperativer Verlauf beschrieben, denn üblicherweise sei nach einer Operation mit Narkose mit erheblichen Verschlechterungen des Geisteszustandes bei älteren Menschen zu rechnen. Im Verlaufe der ersten zwei bis drei postoperativen Wochen habe sich die Unruhe erheblich vermindert, zum Zeitpunkt der Verlegung am 30.11.2000 sei bereits über eine Woche kein Unruhezustand mehr vorgekommen. Auch die in der Pflegedokumentation des M-Krankenhauses beschriebenen Unruhezustände seien bei hochgradig dementen Menschen typischerweise immer wieder zu beobachten. Es habe keine erhebliche Unruhe bestanden, die ausweislich der Eintragungen einen längerfristigen stationären Krankenhausaufenthalt notwendig gemacht hätten. Eine Besserung des Verwirrtheitszustandes über den präoperativen Zustand hinaus sei nicht zu erwarten gewesen, der weitere Verlauf habe diese Annahme auch bestätigt. Wegen der Einzelheiten wird auf das Gutachten sowie die ergänzende Stellungnahme verwiesen.

Die Klägerin hat zum einen die Beurteilung des Sachverständigen angegriffen, zum anderen geltend gemacht, die Beklagte sei schon aus formellen Gründen zur vollständigen Bezahlung der Rechnung verpflichtet. Sie habe nämlich eine unbefristete Kostenübernahmeerklärung abgegeben und außerdem das vertraglich vorgesehene Prüfungsverfahren nicht eingehalten, das auch für Abrechnungsprüfungen gelte.

Mit Gerichtsbescheid vom 10.10.2003 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen.

Gegen den ihr am 14.10.2003 zugestellten Gerichtsbescheid hat die Klägerin am 13.11.2003 Berufung eingelegt. Sie macht geltend, die Beklagte hätte eine Abrechnungsprüfung nur unter Einschaltung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) vornehmen dürfen. Auch eine Abrechnungsüberprüfung setze eine Einsicht in die Behandlungsunterlagen voraus, die nur dem MDK erlaubt sei. Ferner meint die Klägerin, die Beklagte sei mit Einwendungen gegen die ordnungsgemäße Abrechnung ausgeschlossen, weil sie das vertragliche Prüfungsverfahren nicht eingehalten habe. Außerdem greift sie inhaltlich das Gutachten an und meint, der Sachverständige habe die eigenständige Behandlungsindikation verkannt. Insoweit sei geboten, ein geriatrisches Gutachten einzuholen.

Die Klägerin beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Münster vom 10.10.2003 zu ändern und die Beklagte zu verurteilen, an sie - die Klägerin - 713,45 Euro nebst 2 % Zinsen über dem Basissatz der Europäischen Zentralbank seit dem 23.01.2001 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie vertritt die Auffassung, aus dem Umstand, dass der MDK bei Abrechnungsprüfungen eingeschaltet werden dürfe, ergebe sich nicht, dass dieser immer hinzuzuziehen sei. Die Frage, ob im Vorfeld eine Begutachtung durch den MDK angezeigt gewesen sei, stelle sich im Übrigen nicht, wenn das Sozialgericht nach Beweiserhebung festgestellt habe, dass die Voraussetzungen für eine stationäre Behandlung nicht vorgelegen hätten. Ebenso sei irrelevant, welche Bedeutung die Kostenzusage habe. Selbst wenn man sie als deklaratorisches Schuldanerkenntnis ansehe mit der Folge von Einredeverlusten und Beweislastumkehr, seien diese Aspekte unerheblich, wenn das Gericht den tatsächlichen Sachverhalt ermittelt habe und zu dem Ergebnis gelangt sei, dass die Voraussetzungen für eine stationäre Behandlung nicht vorgelegen hätten.

Wegen weiterer Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichtsakte sowie der Verwaltungsakte der Beklagten und der beigezogenen Behandlungsunterlagen des St. B-Hospitals sowie des M-Krankenhauses verwiesen, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung der Klägerin ist unbegründet, denn das Sozialgericht hat im Ergebnis zutreffend die Klage abgewiesen. Die Beklagte ist nicht verpflichtet, den geforderten Betrag für die stationäre Behandlung des Versicherten vom 30.11. bis 02.12.2000 zu bezahlen.

I. Die auf Zahlung eines weiteren Betrages von 713,45 Euro gerichtete Berufung ist gemäß [§ 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) statthaft und auch sonst zulässig. Die Klage ist als Leistungsklage i.S.d. [§ 54 Abs. 5 SGG](#) zulässig, da es sich um einen Parteienstreit im Gleichordnungsverhältnis handelt (BSG [SozR 3-2500 § 112 Nr. 1](#); Senat, Urteil vom 12.11.2002 - [L 5 KR 46/00](#) -).

II.

1. Rechtsgrundlage des Vergütungsanspruchs des Krankenhauses ist [§ 109 Abs. 4 Satz 2](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) i.V.m. dem aus [§ 39 Abs. 1 Satz 2](#) folgenden Leistungsanspruch des Versicherten. Die Zahlungsverpflichtung der Krankenkasse entsteht unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten. Bei einem zugelassenen Krankenhaus i.S.d. [§ 108 SGB V](#) ist die Krankenkasse als Korrelat zu dessen Behandlungspflicht auch bei Fehlen weiterer vertraglicher Vereinbarungen zur Bezahlung der normativ bzw. vertraglich 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](#)) in dem Vergütungsanspruch des Krankenhauses die "Verwertung" des dem Versicherten gegen die Krankenkasse zustehenden Sachleistungsanspruchs 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 Vertrages bzw. kann sich nur die Frage stellen, ob und in welcher Weise ein vorliegender Vertrag Bestimmungen zur Konkretisierung des Zahlungsanspruchs und zur Kostenabrechnung enthält.

2. Eine unabhängig vom materiellen Bestand des Zahlungsanspruchs und eventuellen 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 zum damaligen Zeitpunkt noch in Kraft war. Die genannte Bestimmung 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. Dieser Regelung kann nicht entnommen werden, dass die Krankenkassen schon aufgrund einer nur formal ordnungsgemäßen Krankenhausrechnung verpflichtet sind, ungeachtet eventueller 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 des Krankenhauses innerhalb der Zahlungsfrist zu bezahlen habe (Urteil vom 23.07.2002 ([SozR 3-2500 § 112 Nr. 3](#))); es hat auch eine entsprechende Regelung in einer Pflegesatzvereinbarung dahingehend ausgelegt (Urteil vom 28.05.2003 ([SozR 4-2500 § 109 Nr. 1](#))). Der Senat hat aber bereits in seinem (rechtskräftigen) Urteil vom 27.03.2003 ([L 5 KR 141/01](#)) Zweifel daran geäußert, dass die auch in den SVTr anderer Bundesländer enthaltene Regelung der Zahlungsfrist nach dem Willen der Vertragspartner die Verpflichtung der Krankenkassen begründen soll, schon bei einer nur formal ordnungsgemäßen Rechnung den geltend gemachten Anspruch des Krankenhauses erfüllen zu müssen. Jedenfalls für den in Nordrhein-Westfalen geltenden Vertrag kann der vom BSG vorgenommenen Auslegung des rheinland-pfälzischen SVTr 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 die Verrechnung nur vor bei Beanstandungen rechnerischer Art, bei Rücknahme der Kostenübernahmeerklärung und falls die Abrechnung auf vom Krankenhaus zu vertretenden unzutreffenden Angaben beruht. In dieser differenzierenden Regelung ist, wie der Senat bereits entschieden hat (Urteil vom 3.6.2003 - [L 5 KR 205/02](#)), ein (konkludentes) vertragliches Aufrechnungsverbot für Rückforderungen wegen sachlicher Beanstandungen zu sehen. Insoweit können Krankenkassen Rückzahlungsansprüche nur klageweise geltend machen. Bei dieser Sachlage ist es ausgeschlossen, dass die vertragschließenden Landesverbände ihre Mitgliedskassen schon aufgrund einer nur formal ordnungsgemäßen Rechnung zur Zahlung haben verpflichten wollen.

3. 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](#), 2) ist die Kasse schon allein aufgrund der Kostenübernahmeerklärung zur Zahlung verpflichtet (anders noch zum Recht der RVO BSG SozR 7610 § 119 Nr. 4).

Eine gesetzliche Regelung der Kostenzusage gibt es nicht. [§ 112 Abs. 2 Nr. 1b 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, erweckt zwar 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. 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 (BSG [SozR 3-2500 § 112 Nr. 1](#); Urteil vom 12.11.2003 - [B 3 KR 1/03 R](#) -). Folge dieser Qualifizierung ist, dass die Krankenkasse damit bei Abgabe einer Kostenzusage mit allen Einwendungen ausgeschlossen ist, die sie bei Abgabe kannte oder mit denen sie zumindest rechnen musste (vgl. Palandt-Sprau, BGB, 62. Aufl., § 781 Rdn. 4; Ehrman-D. Heckelmann, BGB, Bd. I, 10. Aufl., § 781 Rdn. 10). Hinsichtlich nachträglich bekanntwerdender Umstände, die sich auf die Leistungspflicht der Kasse auswirken, tritt durch die Kostenübernahmeerklärung - vorbehaltlich einer ordnungsgemäßen Dokumentation der Behandlung durch das Krankenhaus - nur eine Umkehr der Beweislast ein, so dass die Krankenkasse zwar die Nichterforderlichkeit einer stationären Behandlung oder Behandlungsdauer geltend machen kann, insoweit aber den Nachweis führen muss, dass die Behandlung nicht (mehr) erforderlich war (vgl. BSG [SozR 3-2500 § 112 Nr. 1](#)).

Aufgrund einer Kostenübernahmeerklärung mag die Krankenkasse mit der Einwendung ausgeschlossen sein, ein Versicherungsverhältnis habe tatsächlich nicht bestanden (so BSG, Urteil vom 12.11.2003, [a.a.O.](#)) oder eine - ihr vorher bekannt gewordene - Diagnose rechtfertige keine Krankenhausbehandlung (so Pilz, NZS 2003, 350, 356). Letzteres kann aber nur gelten, wenn alleine schon die Diagnose Zweifel an der Erforderlichkeit einer stationären Behandlung wecken muss (etwa weil diese im Katalog ambulanter Operationen nach [§ 115b SGB V](#) enthalten ist). So liegt es hier aber nicht, denn die im Kostenübernahmeantrag genannte Diagnose Delir bei Demenz kann nach dem eingeholten Gutachten grundsätzlich eine stationäre Behandlung rechtfertigen. Ob tatsächlich die Befunde die Diagnose und eine stationäre Behandlung rechtfertigen, ist eine andere Frage; insoweit ist die Beklagte nicht mit nachträglichen Einwendungen ausgeschlossen. Dabei ist im vorliegenden Fall unerheblich, dass die Beklagte die Erforderlichkeit einer stationären Behandlung zunächst nicht angezweifelt und die Kosten der stationären Behandlung ab dem 03.12.2000 getragen und die Bezahlung der Behandlungstage vom 30.11. bis 02.12.2000 nur deshalb verweigert hat, weil nach ihrer Auffassung wegen einer Zusammenarbeit der beiden Krankenhäuser i.S.d. § 14 Abs. 11 Bundespflegesatzverordnung (in der damaligen Fassung) diese Behandlungstage bereits mit den vom St. B-Hospital abgerechneten FP vergütet worden seien. Der Berechtigung dieser Annahme einer Zusammenarbeit der Krankenhäuser ist nicht nachzugehen, da die Klägerin ausdrücklich eine von der Hüftoperation zu unterscheidende Behandlungsindikation geltend macht und selbst davon ausgeht, die Behandlung ab 30.11.2000 sei nicht wegen der Hüftgelenkimplantation, sondern wegen eines eigenständigen Krankheitsbildes (akute Verwirrheitszustände) erforderlich gewesen. Bei dieser Sachlage ist die Beklagte aufgrund der Kostenzusage nicht mit dem Einwand ausgeschlossen, (allein) wegen dieser Diagnose sei eine stationäre Behandlung im streitigen Zeitraum nicht erforderlich gewesen.

4. Der Auffassung der Klägerin, dass die Beklagte im Klageverfahren mit ihren Einwendungen ausgeschlossen sei, weil sie das auch für Abrechnungsüberprüfungen geltende Verfahren des Vertrages nach [§ 112 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V](#) vom 06.03.1991 (Überprüfungsvertrag - ÜV) nicht eingehalten habe, kann der Senat nicht folgen.

Schon grundsätzlich kann dem ÜV nicht entnommen werden, dass die Krankenkassen ihr Recht, Notwendigkeit und Dauer einer stationären Behandlung überprüfen zu dürfen, verlieren, wenn sie das vertraglich vereinbarte Verfahren der Überprüfung nicht eingehalten haben. Zwar nennt § 1 ÜV als Zielsetzung des Vertrages (entsprechend der gesetzlichen Ermächtigung) die Regelung des Verfahrens zur Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung. Weder § 2 ÜV noch die - gemäß § 2 Abs. 1 Satz 5 ÜV daneben anwendbare - Vorschrift des [§ 275 Abs. 1 SGB V](#) geben jedoch etwas für den Verlust des Überprüfungsrechts bei Nichteinhaltung des Verfahrens vor. § 2 Abs. 1 Satz 1 ÜV geht ausdrücklich davon aus, dass den Krankenkassen die Überprüfung der leistungsrechtlichen Voraussetzungen der stationären Krankenhausbehandlung obliegt. In den folgenden Sätzen 2 bis 4 a.a.O. werden dann den Krankenkassen hierzu bestimmte

Befugnisse eingeräumt. Nach § 2 Abs. 2 Satz 2 ÜV kann eine Überprüfung auch nach Beendigung der stationären Behandlung stattfinden, ohne dass ein Endzeitpunkt genannt wird. Insbesondere letztere Regelung spricht dagegen, dass es einer Krankenkasse verwehrt sein soll, sich auf die fehlende Notwendigkeit einer stationären Behandlung zu berufen, wenn sie den MDK zuvor nicht eingeschaltet hatte. Da es für das formale Verfahren nach § 2 Abs. 1 Satz 2 bis 4 ÜV keine zeitliche Grenze gibt, kann nicht angenommen werden, aus dem ÜV ergebe sich eine Einwendungspräkklusion bei Nichteinhaltung des vertraglichen Verfahrens, wenn später die Kasse die fehlende Erforderlichkeit der stationären Behandlung geltend macht. Ob die Krankenkasse im Wege des vereinbarten Überprüfungsverfahrens oder - wie hier - auf andere Weise gegen die Notwendigkeit einer stationären Behandlung sprechende Umstände erfährt, ist letztlich zweitrangig.

Soweit sich die Klägerin zur Begründung ihrer Auffassung auf die Entscheidung des BSG vom 13.12.2001 (a.a.O.) beruft, beruht diese Entscheidung auf der Anwendung des Berliner Überprüfungsvertrages; zudem ging es primär um die Frage, ob überhaupt im Verfahren eine Sachverhaltsaufklärung erfolgen müsse. Die Begründung dieses Urteils ist auch nicht überzeugend. Das BSG hat in der genannten Entscheidung einen aus dem Berliner Überprüfungsvertrag folgenden Einwendungsausschluss letztlich mit Billigkeitserwägungen (Verschlechterung der Beweislage des Krankenhauses) begründet. Diese mögen zwar eine Beweislastumkehr, aber nicht den Verlust einer Rechtsposition rechtfertigen. Wenn eine - auch haftungsrechtlich erforderliche - Dokumentation der Behandlung durchgeführt worden ist, kann auch nachträglich eine Überprüfung der Behandlung erfolgen. Vor diesem Hintergrund ist der Hinweis, dass die anschauliche Erinnerung des behandelnden Arztes rasch nachlasse, kaum stichhaltig; außerdem mögen dann verbleibende Zweifel zu Lasten der Krankenkasse gehen. Letztlich kann aber dahinstehen, ob die Regelungen des Berliner Überprüfungsvertrages die vom BSG gezogene Schlussfolgerung rechtfertigen oder ob sich nicht das Ergebnis überzeugender mit dem offensichtlichen Rechtsmißbrauch der dort beklagten Krankenkasse, die in tausenden Behandlungsfällen unabhängig von medizinischen Gründen von den Krankenhäusern den Nachweis der Notwendigkeit der stationären Behandlung gefordert hatte, hätte begründen lassen. Dem nordrhein-westfälischen ÜV lässt sich jedenfalls der von der Klägerin vertretene Verlust der Rechtsposition bei Nichteinhaltung des dort geregelten Verfahrens nicht entnehmen.

Davon unabhängig kann sich die Frage nach Einhaltung des ÜV nicht stellen, wenn die Krankenkasse zunächst allein nach einer sachlich-rechnerischen Überprüfung die (vollständige) Bezahlung der Rechnung verweigert hat und sich erst im Nachhinein nach einer - aus welchen Gründen auch immer - durchgeführten Beweisaufnahme im Prozess auf die fehlende Notwendigkeit der stationären Behandlung beruft. Die Annahme, sie müsse trotz der inzwischen zu Tage getretenen Zweifel an den Leistungsvoraussetzungen eine nicht notwendige Behandlung bezahlen, weil sie das - zeitlich ohnehin nicht befristete - Überprüfungsverfahren nach dem ÜV nicht eingehalten habe, hält der Senat für fernliegend.

Ebensowenig kann er der Auffassung der Klägerin folgen, die Beklagte dürfe auch Abrechnungsprüfungen nur unter Einschaltung des MDK vornehmen. Zwar waren die Krankenkassen auch schon vor der zum 01.01.2003 durch das Fallpauschalen-Gesetz vom 23.04.2002 ([BGBl. I, 1412](#)) eingeführten Klarstellung in [§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung der Krankenhäuser befugt und konnten hierzu den MDK einschalten (BSG [SozR 3-2500 § 112 Nr. 2](#)). Insoweit hat das BSG (a.a.O.; ebenso [SozR 4-2500 § 109 Nr. 1](#)) lediglich ein eigenes Einsichtsrecht der Krankenkassen in die Behandlungsunterlagen verneint und gemeint, die Krankenkassen seien auf ein Tätigwerden des MDK angewiesen. Den genannten Entscheidungen ist aber nicht zu entnehmen, dass eine Rechnungsprüfung und -kürzung nur nach Einsichtnahme in die Behandlungsunterlagen erfolgen darf. Eine solche Forderung würde im Übrigen die Krankenkassen praktisch handlungsunfähig machen, obwohl sie rechtlich allein über die Leistungspflicht zu entscheiden haben. Der MDK wäre auch personell überfordert, wenn tatsächlich die Krankenkassen ihn vor Rechnungskürzungen grundsätzlich zur Einsicht in die Behandlungsunterlagen einschalten müssten.

5. Mithin wäre die Beklagte nur dann zur vollständigen Begleichung der Rechnung vom 04.01.2001 verpflichtet, wenn die Versorgung des Versicherten in dem M-Krankenhaus ab 30.11.2000 erforderlich gewesen wäre ([§ 39 Abs. 1 SGB V](#)). Ob insoweit tatsächlich prima facie die Entscheidung des behandelnden Krankenhausarztes den Beweis für die Notwendigkeit einer stationären Behandlung erbringt und die Zahlungspflicht der Kasse nur entfällt, wenn sich die Entscheidung des Krankenhausarztes als unvertretbar erweist (so BSG [SozR 3-2500 § 112 Nr. 2](#); [SozR 4-2500 § 109 Nr. 1](#); mit überzeugenden Gründen gegen die Annahme eines Anscheinsbeweises aber Bienert SGb 2004, 160, 162 f.), kann dahinstehen. Aufgrund des Gutachtens von Prof. Dr. T steht fest, dass die stationäre Behandlung des Versicherten in der Geriatrischen Abteilung des Krankenhauses der Klägerin nicht erforderlich war. Wie bereits oben erwähnt, ist insoweit nur auf die Behandlung der Verwirrheitszustände abzustellen, da die Klägerin selbst die Notwendigkeit der Behandlung ab dem 30.11.2000 mit diesem Krankheitsbild begründet hat. Sie macht also nicht geltend, wegen der Folgen der Hüftoperation sei die weitere stationäre Behandlung erforderlich gewesen. Von daher hat sich der Senat auch nicht aufgrund des Entlassungsberichts des M-Krankenhauses vom 27.04.2001, in dem davon die Rede ist, der Versicherte sei zur Mobilisation nach Hüft-TEP-Implantation überwiesen worden, zu Ermittlungen veranlasst gesehen, ob die Behandlung wegen der Operationsfolgen (weiter) notwendig war. Im Entlassungsbericht wird nämlich eine bei Aufnahme bestehende gut erhaltene Bewegungsfähigkeit eingeräumt, die sich durch die Behandlung habe kaum verändern und verbessern lassen; auch in der vorläufigen Mitteilung des St. B-Hospitals bei der Entlassung wird angegeben, der Patient sei sehr gut mobilisiert mit voller Belastung. Es ist also fernliegend, dass zur Mobilisation des Versicherten eine weitere stationäre Behandlung notwendig gewesen sein sollte.

Der Sachverständige hat in seinem Gutachten überzeugend und nachvollziehbar unter Auswertung der Behandlungsunterlagen beider Krankenhäuser dargelegt, dass der Verwirrheitszustand des Versicherten keine stationäre Behandlung rechtfertigte. Unzweifelhaft habe zwar bei dem Versicherten ein ausgeprägtes demenzielles Syndrom bei Zustand nach schwerem Schädel-Hirn-Trauma 1970 vorgelegen. Diese Diagnose sei aber seit langem bekannt gewesen. Nur dann, wenn sich postoperativ ein wesentlich deutlicheres demenzielles Bild gezeigt hätte, wäre eine Behandlung erfolversprechend gewesen. In der ergänzenden Stellungnahme vom 15.10.2003 hat er zu dem Einwand der Klägerin, die auf eine "dramatische Verschlechterung" des postoperativen Zustandes hingewiesen und insoweit Pflegeeinträge in der Krankenakte des St. B-Hospitals zitiert hatte, dargelegt, dass dies die Zeit vom 27.10. bis 01.11.2000 betreffe. Danach seien die Eintragungen seltener. Insoweit werde ein typischer postoperativer Verlauf beschrieben, denn üblicherweise sei nach einer Operation mit Narkose mit erheblichen Verschlechterungen des Geisteszustandes bei älteren Menschen zu rechnen. Nach den Behandlungsunterlagen habe sich aber im Verlauf der ersten zwei bis drei postoperativen Wochen die Unruhe erheblich vermindert, zum Zeitpunkt der Verlegung am 30.11. sei bereits über eine Woche kein Unruhezustand vorgekommen, auch in der Woche zuvor nur zweimal.

Ferner verweist der Sachverständige darauf, dass die Dosierung des Beruhigungsmittels während der gesamten Zeit unverändert geblieben sei, was darauf hindeute, dass die Unruhe offenbar nicht besonders problematisch gewesen sei. Wenn es in dem Pflegebericht vom 26.10.2000 heiße, der Patient sei voll auf Pflege angewiesen, er benötige "Vorlagen", sei harninkontinent und habe nach einem WC-Gang

die Unterhose verloren, zeige all dies, dass der Versicherte bereits vor der Operation desorientiert gewesen sei. Einen anderen Grund gebe es nämlich nicht für einen gehfähigen Patienten, in vollem Umfang auf Pflege angewiesen zu sein. Ebenfalls sei es für einen solchen Patienten typisch, dass er nachts "Pampers" gebrauche, seine Unterhose verliere u.ä. Dementsprechend habe auch bereits vor der Operation ein Verwirrheitszustand bestanden, wie er etwa zum Verlegungszeitpunkt zu beobachten gewesen sei. Die in der Pflegedokumentation des M-Krankenhauses beschriebenen Umstände seien nicht ungewöhnlich, die genannten Unwohlzustände seien bei hochgradig dementen Menschen typischerweise immer wieder zu beobachten. Eine gelegentliche nächtliche Unruhe sei außerdem nur selten beschrieben. Zwischen den dokumentierten Ereignissen lägen darüber hinaus zum Teil acht Tage. Abgesehen vom Verlegungstag, der für den Patienten sehr belastend gewesen sein müsse, sei davon auszugehen, dass die Unruhe ein dem Krankheitszustand entsprechendes Ausmaß gezeigt habe.

Jedenfalls habe keine erhebliche Unruhe bestanden, die ausweislich der Eintragungen einen längerfristigen stationären Krankenhausaufenthalt notwendig gemacht hätten. Dieser sei nur dann nötig gewesen, wenn jeden oder jeden zweiten Tag bei körperlicher Pflege aggressives Verhalten zu beobachten gewesen wäre, wenn in mehr als der Hälfte der Nächte eine erhebliche Ruhestörung oder eine vergleichbare schwere Störung vorgelegen habe. Tatsächlich ergibt sich aus der Pflegedokumentation des M-Krankenhauses, dass der Versicherte nur in der Nacht vom 30.11. zum 01.12.2000 sehr unruhig und sehr laut war. In den Folgetagen war er nur einmal sehr unruhig bei einer Infusion (was der Sachverständige mit dieser Behandlung begründet hat). Am 09.12. war er aggressiv und ließ sich nicht seine Schutzhose anziehen und erst am 17.12. ist dann wieder davon die Rede, dass der Patient sehr unruhig war. Wesentlich häufiger wird der Versicherte aber als "gut zufrieden" beschrieben. Dass der Versicherte präoperativ schon unruhig war bzw. die Ärzte davon ausgingen, dass durch die Operation insoweit eine Verschlechterung eintreten könnte, ergibt sich aus dem Eintrag in der Dokumentation des St. B-Hospitals vom 26.10., in der die Nichte des Versicherten in den Einsatz eines Bettgitters und sogar eine Fixierung an den Händen einwilligt, falls es nötig sein sollte.

Dies zeigt, dass die Beurteilung des Sachverständigen zutrifft, dass hier kein akuter Verwirrheitszustand, sondern der typische Verlauf der Zunahme der Verwirrtheit nach der Operation vorgelegen habe, die aber postoperativ wieder abgeklungen sei. Überzeugend weist der Sachverständige darauf hin, dass angesichts der seit Jahren bekannten posttraumatischen demenziellen Entwicklung nicht zu erwarten gewesen sei, dass postoperativ ein besserer mentaler Zustand erreicht werden könne als er präoperativ bestanden habe, daher eine Behandlung mit Aussicht auf Erfolg nicht indiziert gewesen sei. Dies wird letztlich auch dadurch bestätigt, dass im Entlassungsbericht des M-Krankenhauses eine Behandlung der Verwirrheitszustände überhaupt nicht erwähnt und lediglich die medikamentöse Behandlung der Unruhezustände genannt wird. Der Entlassungsbericht schweigt aber dazu, welche Maßnahmen zur Verbesserung des mentalen Status des Versicherten ergriffen worden sein sollen. Der Senat hat auch keine Zweifel, dass der Sachverständige als Ärztlicher Direktor einer Fachklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie über die erforderliche Sachkunde verfügt, die wegen des "Geisteszustandes" des Versicherten durchgeführte Behandlung zu beurteilen, zumal nicht ersichtlich ist, welche spezifische geriatrische Behandlung durchgeführt worden sein soll.

Wegen der fehlenden Notwendigkeit einer stationären Behandlung des Versicherten in der Geriatrischen Abteilung des M-Krankenhauses hat die Klägerin somit keinen Anspruch auf Zahlung der Restkosten für die Zeit vom 30.11. bis 02.12.2000. Ob die Beklagte die bereits gezahlten Behandlungskosten für die Zeit ab 03.12.2000 zurückfordern kann, ist nicht Gegenstand des Verfahrens.

Für die Kostenentscheidung gilt [§ 197a SGG](#), da das Verfahren nach dem 02.01.2002 anhängig geworden ist. Gemäß [§ 197a Abs. 1 3. Halbsatz SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 1](#) und 2 Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO) hat die Klägerin die Kosten beider Rechtszüge zu tragen. Soweit das Sozialgericht, das unzutreffend von [§ 193 SGG](#) ausgegangen ist, entschieden hat, dass Kosten nicht zu erstatten sind, war dieser Ausspruch zu Lasten der Klägerin zu ändern. Für diese von Amts wegen zu treffende Kostenentscheidung gilt das Verbot der reformatio in peius nicht ([BVerwGE 14, 171](#), 174; Meyer-Ladewig, SGG, 7. Aufl., § 197a Rdn. 12; LSG NRW, Beschluss vom 19.12.2003 - L 17 B 38/02 U ER -).

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

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2005-08-15