

## S 41 KR 176/99

Land  
Nordrhein-Westfalen  
Sozialgericht  
SG Dortmund (NRW)  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung  
41  
1. Instanz  
SG Dortmund (NRW)  
Aktenzeichen  
S 41 KR 176/99  
Datum  
15.03.2001  
2. Instanz  
LSG Nordrhein-Westfalen  
Aktenzeichen  
L 5 KR 63/01  
Datum  
-  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
-  
Datum  
-  
Kategorie  
Urteil

Die Klage wird abgewiesen. Außergerichtliche Kosten haben die Beteiligten einander nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Verpflichtung der Beklagten, Verzugszinsen zu zahlen. Ferner wird über die Berechtigung der Beklagten gestritten, von der Klägerin die Übersendung des OP-Berichts zu verlangen.

Aufgrund ärztlicher Verordnung wurde die bei der Beklagten versicherte ... am 25.05.1999 im Krankenhaus der Klägerin stationär aufgenommen. Mit am 28.05.1999 eingegangen ein Schreiben beantragte die Klägerin bei der Beklagten Kostenübernahme. Als voraussichtliche Dauer der Krankenhausbehandlung wurden 11 Tage (bis zum 05.06.1999) angegeben. Die Versicherte wurde bei Zustand nach Unterschenkelumstellungsosteotomie links wegen Pseudoarthrose behandelt. Mit Schreiben vom 28.05.1999 erklärte die Beklagte die Kostenübernahme. Am 21.07.1999 wurde die Versicherte aus dem Krankenhaus entlassen.

Auf Anfrage der Beklagten vom 23.06.1999 erstellte ein im Krankenhaus der Klägerin beschäftigter Arzt am 28.06.1999 einen Zwischenbericht, wonach die Krankenhausbehandlung noch ca. 14 Tage dauern werde. Am 28.07.1999 ging die Entlassungsanzeige bei der Beklagten ein.

Mit am 02.08.1999 bei der Klägerin eingegangenem Schreiben wies die Beklagte darauf hin, dass die medizinische Notwendigkeit für eine Kostenübernahme abgeklärt werden müsse. Die Klägerin wurde gebeten, einen ausführlichen Befundbericht über den stationären Behandlungszeitraum ggf. direkt an den MDK Nordrhein zu übersenden. Am 30.07.1999 ging die während des Klageverfahrens beglichene Rechnung der Klägerin bei der Beklagten ein. Die Rechnung sei sofort zahlbar ohne Abzug.

Am 19.08.1999 übersandte die Klägerin der Beklagten den Krankenhausesentlassungsbericht ... beratender Arzt der Beklagten, schlug dieser daraufhin vor, zur Prüfung eines Behandlungsfehlers bei der Klägerin den OP-Bericht anzufordern. Eine entsprechende Aufforderung der Beklagten wies die Klägerin mit Schreiben vom 08.11.1999 zurück. Denn dies verstosse gegen den Landesvertrag, den Datenschutz und die Vorschriften des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V), Die Klägerin setzte eine Frist von 14 Tagen zum Zahlungsausgleich. Sollte der Ausgleich nicht, erfolgen, werde man Klage einlegen. Man werde auch Verzugszinsen einklagen. Dieses Schreiben ging am 11.11.1999 bei der Beklagten ein.

Auf Anfrage der Beklagten teilte der MDK am 02.12.1999 mit, zur Verweildauerprüfung benötige er sämtliche OP-Berichte. Am 03.12.1999 forderte die Klägerin die Beklagte erneut zum Rechnungsausgleich auf. Mit Schreiben vom 17.12.1999 antwortete die Beklagte, durch die Weigerung der Klägerin, ihr die für die Beurteilung des Krankenhausfall es notwendigen Unterlagen zur Verfügung zu stellen, habe noch keine Zahlung erfolgen können. Ferner übersandte die Beklagte der Klägerin eine von der Versicherten unterzeichnete Einwilligung zur Offenbarung von Sozialdaten. Diese reichte die Klägerin nicht aus. Sie forderte die Beklagte erneut zur Rechnungsbegleichung auf.

Im Dezember 1999 wurde Klage erhoben. Diese war ursprünglich auf Begleichung der Hauptforderung, Verzugszinsen und Feststellung gerichtet. Die Klägerin meint, eine Übersendung des OP-Berichts unmittelbar an die Beklagte sei unzulässig. Denn nach den Vorschriften des Vertrages gemäß [§ 112 Abs. 2](#) Mr. 2 SGB V stehe das Überprüfungsrecht ausschließlich dem MDK zu. Ihr Angebot, die Unterlagen dem MDK zu überlassen, habe die Beklagte aber ausdrücklich abgelehnt. Ohne ordnungsgemäße Einwilligungs- bzw. Schweigepflichtentbindungserklärung ihrer Versicherten dürfe die Beklagte die Behandlungsunterlagen nicht einsehen. Dies sei auch die Auffassung des Bundesbeauftragten für den Datenschutz (BfD).

Die von der Versicherten übersandte Erklärung sei aber keine ordnungsgemäße Schweigepflichtsentbindungserklärung. Diesbezüglich bestehe auch Peststellungsinteresse, da sich solche Streitigkeiten häuften. Die Klägerin meint, weder die Befristung der Kostenübernahmeerklärung noch die Einschaltung des MDK zur Prüfung der Verweildauer schiebe die Fälligkeit des Zahlungsanspruchs hinaus. Vielmehr seien die Rechnungen nach den Vorschriften des Vertrages gemäß S 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V 15 Tage nach Eingang zu begleichen. Die Zahlung dürfe auch nicht von einer vorherigen Überprüfung durch den MDK abhängig gemacht werden. Vielmehr versuche die Beklagte, das nach S 112 Abs. 2 Nr. 2 SGB V i. V. m. dem Landesvertrag vorgesehene Prüfungsverfahren zu umgehen. Der Zinsanspruch folge aus den Vorschriften des Vertrages nach § 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V.

Die Beklagte hält dem gegenüber die Einwilligungserklärung der Versicherten für ausreichend. Im übrigen meint die Beklagte, dass eine solche Einwilligungserklärung zur Überlassung der Krankenakte an sich gar nicht notwendig sei. Auch bestehe angesichts einer Verweildauer der Versicherten von 58 Tagen durchaus Anlass zur Überprüfung. Denn bei der vorliegend behandelten Pseudoarthrose betrage die Durchschnittsverweildauer 21 Tage. Mit der Zusendung der medizinischen Unterlagen an den MDK in Münster sei man aber einverstanden.

Hiergegen erhob die Klägerin keine Bedenken. Das in dieser Weise von der Beklagten beabsichtigte Vorgehen sei ihr aber bisher nicht bekannt gewesen. Insbesondere habe man das Schreiben vom 29.07.1999 bisher nicht gekannt.

Im September 1999 übersandte die Klägerin die Behandlungsunterlagen dem MDK. Der MDK fertigte am 13.10.2000 das Gutachten. Dieses erhielt die Beklagte am 16.10.2000. Mit Schreiben vom selben Tage kündigte die Beklagte an, die Kosten der stationären Behandlung für den hier streitigen Krankenhaus auf enthalt zu übernehmen.

Die Beklagte meint, dieser Rechtsstreit hätte vermieden werden können, wenn die Klägerin die angeforderten Behandlungsunterlagen sofort zugesandt hätte. Weitere Kosten werde man daher nicht übernehmen.

Die Hauptforderung in Höhe von 25.446,26 DM glich die Beklagte am 09.11.2000 aus.

Darauf hin erklärte die Klägerin den Rechtsstreit insoweit für erledigt. Offen seien aber noch die von der Beklagten zu tragenden Zinsen. Verzug liege seit dem 15.08.1999 vor. Verzugszinsen seien vom 15.08. bis 31.12.1999 in Höhe von 3,95 %, vom 01.01. bis 30.04.2000 in Höhe von 4,68 % sowie vom 01.05 bis 30.08.2000 in Höhe von 5,42 % angefallen. Der Zinsanspruch bestehe für die Zeit vom 15.08.1999 bis zum 09.11.2000. Die Klägerin hält an Ihrer Meinung fest, dass die Beklagte kein eigenes Prüfungsrecht habe. Sie meint, eine Übersendung der Behandlungsunterlagen unmittelbar an die beklagte Krankenkasse sei eine Umgehung der gesetzlichen Regelung zur Prüfung der medizinischen Sachverhalte durch den MDK. Dies bestätigten auch der BfD und der Landesbeauftragte für den Datenschutz Sachsen-Anhalt in Stellungnahmen vom 25.08.2000 und 12.01.2001.

Die Klägerin beantragt,

1. die Beklagte zu verurteilen, an sie 2% Zinsen über den Basiszins aus 25.446,26 DM seit dem 15.08.1999 bis zum 09.11.2000 zu zahlen und
2. festzustellen, dass das Verlangen der Beklagten ihres Mitarbeiters, ihr einen OP-Bericht über die operative Behandlung ihrer Versicherten ... 06.06.1958, zu übersenden, unzulässig gewesen ist.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie meint der Zinsanspruch bestehe nicht. Denn wenn die Klägerin ihrem Anspruch auf Herausgabe der Akten rechtzeitig nachgekommen wäre, wäre es auch zu keiner Zahlungsverzögerung gekommen. Die Beklagte meint, sie könne nicht darauf angewiesen sein, den Ausführungen des MDK ohne eigene Überprüfungsmöglichkeit zu folgen. Denn der MDK berate die Kassen lediglich gutachterlich gemäß S 275 SGB V. Die Entscheidungshoheit verbleibe hingegen bei der Kasse. Von daher sei auch die Anforderung des OP-Berichts berechtigt gewesen.

Die Klägerin hat Stellungnahmen des BfD und des Landesbeauftragten für den Datenschutz Sachsen-Anhalt sowie ein Rundschreiben der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen zu den Akten gereicht, auf deren Inhalt Bezug genommen wird.

Ferner wird wegen weiterer Einzelheiten auf den Inhalt der Gerichts- und Verwaltungsakte sowie auf den Inhalt der beigezogenen Krankenhausakte der Klägerin Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Klage ist als echte Leistungsklage gemäß S 54 Abs. 5 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) zulässig. Denn es handelt sich um eine Zahlungsklage im Gleichordnungsverhältnis, weshalb es weder eines Vorverfahrens bedarf noch eine Klagefrist existiert (vgl. BSG Urteil vom 17.05.2000, - Az.: [B 3 KR 33/99 R](#)).

Die Klage ist jedoch unbegründet. Denn weder der Zins- noch der Feststellungsanspruch bestehen.

1. Als Anspruchsgrundlage für den Zinsanspruch kommt allein [§ 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#) i. V. m. § 15 Abs. 1 Satz 4 Sicherstellungsvertrag in Betracht. § 15 Abs. 1 Sicherstellungsvertrag bestimmt: "Die Rechnungen sind innerhalb von 15 Kalendertagen nach Eingang zu begleichen. Als Tag der Zahlung gilt der Tag der Übergabe des Überweisungsauftrages an ein Geldinstitut oder Übersendung von Zahlungsmitteln an das Krankenhaus. Ist der Fälligkeitstag ein Samstag, Sonntag oder gesetzlicher Feiertag, verschiebt er sich auf den nächstfolgenden Arbeitstag. Bei Überschreitung des Zahlungsziels kann das Krankenhaus nach Maßgabe der [§§ 284, 285, 288 Abs. 1 BGB](#) (Bürgerliches Gesetzbuch) Verzugszinsen in Höhe von 2 v.H. über dem jeweiligen Diskontsatz der Deutschen Bundesbank ab

dem auf dem Fälligkeitstag folgenden Tag verlangen."

Gemäß dem Verweis auf das Bürgerliche Gesetzbuch bedeutet daher Verzug schuldhaftes Nichtzahlen trotz Fälligkeit und Mahnung. Nichtzahlung liegt bis zum 09.11.2000 vor. Fälligkeit ist bei Rechnungseingang am 30.07.1999 gemäß S 15 Abs. 1 S. 3 Sicherstellungsvertrag allerdings erst am 16.08.1999 eingetreten, da der 15.08.1999 ein Sonntag war.

Der weitere Zinsanspruch bis zum 25.11.1999 scheidet an der bis dahin nicht vorliegenden, gemäß § 15 Abs. 1 S. 4 Sicherungsvertrag i. V. m. [§ 284 Abs. 1 S. 1 BGB](#) aber erforderlichen Mahnung. Denn die Mahnung ist erst mit am 11.11.1999 bei der Beklagten eingegangenem Schreiben der Klägerin vom 08.11.1999 erfolgt, in dem eine 14-tägige Zahlungsfrist gesetzt wurde.

Der danach noch zu prüfende Zinsanspruch ab dem 26.11.1999 scheidet daran, dass die Beklagte ohne Verschulden die Zahlung erst am 09.11.2000 geleistet hat. Schuldhaftes Nichtzahlen ist wegen des Verweises in § 15 Abs. 1 S. 4 Sicherungsvertrag auf [§ 285 BGB](#) erforderlich.

[§ 285 BGB](#) lautet: "Der Schuldner kommt nicht in Verzug, solange die Leistungen infolge eines Umstandes unterbleibt, den er nicht zu vertreten hat."

Die Nichtleistung vor dem 09.11.2000 war nicht schuldhaft. Denn die Beklagte war berechtigt, den Rechnungsausgleich von einer vorherigen Überprüfung durch den MDK abhängig zu machen. Sie war ferner berechtigt, die Behandlungsunterlagen der Klägerin vor einer Rechnungsbegleichung zwecks eigener Überprüfung einzusehen. Das Überprüfungsbegehren der Beklagten vor Zahlung war gesetzes- und vertragsgemäß. Dies ergibt sich aus folgendem:

Die Beklagte war nicht schon aus ihrer Kostenübernahmeerklärung vom 28.05.1999 zur sofortigen Zahlung ohne weitere Überprüfungen verpflichtet. Denn die Kostenübernahmeerklärung begründet keinen eigenständigen Verpflichtungsgrund, sondern hat die Wirkung eines bloß deklaratorischen Schuldanerkenntnisses (BSG, a.a.O.). Im übrigen erstreckte sich die Kostenübernahmeerklärung nur auf die Zeit bis zum 05.06.1999.

Die Beklagte Krankenkasse war auch berechtigt, die Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit ihrer Versicherten gemäß S 39 Abs. 1 [§ 2 SGB V](#) selbstständig zu überprüfen. Entgegen der klägerischen Auffassung ist sie nicht an die Feststellung des Krankenhauses gebunden, dass eine stationäre Behandlung über 58 Tage notwendig war. Dies bestätigt schon § 2 Abs. 1 S. 1 des Vertrages nach [§ 112 Abs. 2 S. 1 Nr. 2 SGB V](#). Denn hiernach obliegt der Krankenkasse die Überprüfung der leistungsrechtlichen Voraussetzungen der stationären Krankenhausbehandlung. Auch kann die Krankenkasse gemäß § 6 Abs. 3 S. 4 Sicherstellungsvertrag in Zweifelsfällen zur Überprüfung der Krankenhausleistungen den MDK einschalten. Das nähere Verfahren ist in den [§§ 275, 276 SGB V](#) geregelt. Die Krankenkassen sollen den MDK zur Erfüllung ihrer Aufgaben zu Rate ziehen (S 275 Abs. 4 SGB V). Sie haben dem MDK die erforderlichen Unterlagen vorzulegen (S 276 Abs. 1 S. 1 SGB V). Der MDK hat zur Notwendigkeit und Dauer stationärer Behandlungen gutachtlich Stellung zu nehmen ([§ 276 Abs. 4 S. 1 SGB V](#)).

Nicht der MDK, sondern die Krankenkasse trifft also die Entscheidung darüber, ob und wie lange stationäre Krankenhausbehandlung erforderlich ist. Die Krankenkasse bedient sich lediglich zur Entscheidungsfindung der Fachkunde des MDK. Schon das impliziert, dass die Krankenkasse die Möglichkeit haben muss, zu prüfen, ob sie der Stellungnahme des MDK folgt. Diese Überprüfung aber kann die Krankenkasse sachgerecht nur anhand der Unterlagen vornehmen, die auch dem MDK zur Verfügung standen. Schon von daher muss auch der Krankenkasse ein Einsichtsrecht in die Behandlungsunterlagen ihres Versicherten zustehen. Hiervon ging ersichtlich auch der Gesetzgeber aus. Auch der Gesetzgeber ist nämlich der Auffassung, dass die Krankenkasse zur Entscheidungsfindung Erkenntnisse über Krankheitsverläufe, Versorgungsabläufe und Behandlungsergebnisse benötigt, welche sie nur dann gewinnen kann, wenn der einzelne Behandlungsfall nachvollziehbar ist ([Bundestags-Drucksache 12/5187](#), 32; vgl. auch SG Speyer, Urteil vom 10.04.2000, Az.: [S 3 K 181/98](#)). Das aber bedingt die Einsichtnahme in Behandlungsunterlagen. Dies sieht auch im übrigen das BSG nicht anders.

So führt es in dem bereits zitierten Urteil vom 17.05.2000 aus: "Bei verständiger Würdigung der beiderseitigen Interessenlagen ergibt sich hieraus nicht nur das Recht der Krankenkassen, tatsächlich erstellte Dokumentationen in Augenschein zu nehmen, sondern zugleich die Pflicht des Krankenhauses, aussagefähige Dokumentationen über die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung zu führen."

Das aber bedeutet nichts anderes als einen Anspruch der Krankenkasse auf Einsichtnahme in die Behandlungsunterlagen des Krankenhauses. Von daher enthält auch [§ 301 SGB V](#) keine diesbezüglich abschließende Regelung.

Bei den zitierten Ausführungen des BSG handelt es sich auch um grundsätzliche Erwägungen. Entgegen der Auffassung der Klägerseite ist die zitierte Aussage nach Überzeugung der Kammer nicht durch Besonderheiten des Niedersächsischen Landes Vertrages bedingt.

Aus dem Gesagten ergibt sich, dass die Krankenkasse vor einer Einsichtnahme in die Behandlungsunterlagen des Krankenhauses Zahlungen nicht zu leisten braucht. Denn nur dann, wenn die Krankenkasse berechtigt ist, mit der Zahlung solange zu warten, bis sie festgestellt hat, dass Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit im vom Krankenhaus in Rechnung gestellten Umfang vorlag, ist die der Krankenkasse obliegende Kontrolle der Notwendigkeit und des Umfangs Krankenhausbehandlung effektiv gewährleistet. Denn gemäß [§ 12 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) darf die Krankenkasse nur notwendige und wirtschaftliche Leistungen bewilligen. Hiermit aber wäre eine sonst bestehende generelle Vorleistungspflicht der Krankenkassen zur Zahlung der Krankenhausrechnungen, bevor überhaupt die Notwendigkeit stationärer Behandlungen geklärt ist, auch im Interesse der beitragszahlenden Versicherten unvereinbar. Von daher hält auch das BSG (a.a.O.) die Krankenkasse nur für verpflichtet, Krankenhausbehandlung in dem Umfang zu bezahlen, wie sie erforderlich war.

Hiernach kann die Krankenkasse ihre Leistungspflicht sehr wohl von vorherigen Überprüfungen anhand der Behandlungsunterlagen abhängig machen. Schon gar nicht ist die Krankenkasse daher, wie die Klägerseite aus für das Gericht in keiner Weise nachvollziehbaren Gründen meint, zur Zahlung vor einer Überprüfung durch den MDK verpflichtet.

Festzuhalten bleibt, dass die Krankenkasse zur Einsichtnahme in die Behandlungsunterlagen befugt ist. Daraus folgt, dass es auch unter dem Gesichtspunkt des [§ 100 Abs. 2](#) Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) (Drohen von Strafverfolgung) keiner Einwilligungserklärung der

Versicherten bedurfte. Denn [§ 203](#) Strafgesetzbuch pönalisiert nur die unbefugte Offenbarung des aus der Behandlung des Versicherten erwachsenden Berufsgeheimnisses. Dieses Ergebnis ist auch deshalb unbedenklich, weil die Krankenkasse für die Wahrung des Sozialgeheimnisses Sorge zu tragen hat (SS 35 Erstes Buch Sozialgesetzbuch/ SGB I, 76 SGB X - vgl. auch SG Speyer.a.a.O.).

Die Beklagte durfte die Zahlung also nicht nur von einer vorherigen Überprüfung durch den MDK abhängig machen, sondern war auch berechtigt, die Behandlungsunterlagen vor einer Zahlung zwecks Überprüfung selbst einzusehen. Die Behandlungsunterlagen wurden dem MDK jedoch erst im September 2000 über die Klägerin zugeleitet. Die Beklagte hat dann auch mit Schriftsatz vom 16.10.2000 ihre Leistungspflicht anerkannt und die Rechnung am 09.11.2000 ausgeglichen. Hieran ist keine schuldhaft verspätete Leistung, sondern vielmehr ein umgehender Rechnungsausgleich zu sehen.

2. Die Feststellungsklage ist gemäß [§ 55 Abs. 1 Nr. 1 SGG](#) zulässig. Denn die Feststellung, dass das Verlangen der Beklagten bzw. ihres Mitarbeiters, ihr einen OP-Bericht über die operative Behandlung ihrer Versicherten ... zu übersenden, unzulässig gewesen ist, betrifft ein Rechtsverhältnis zwischen Klägerin und Beklagter, über das nicht im Wege der Gestaltungs- oder Leistungsklage entschieden werden kann. Die Feststellungsklage ist auch nicht fristgebunden. Sie ist aber unbegründet. Denn da die Beklagte sogar - wie zu 1) bereits festgestellt wurde - berechtigt ist, Einsicht in die gesamten Behandlungsunterlagen zu nehmen, war sie auch berechtigt, von der Klägerin die Übersendung des OP-Berichts als Bestandteil der Behandlungsakten zu verlangen.

3. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#). Eine Kostenbeteiligung der Beklagten kann auch nicht daraus hergeleitet werden, dass die Klage hinsichtlich des ursprünglich auch geltend gemachten Hauptanspruchs aufgrund des angenommenen Teilerkenntnisses der Beklagten Erfolg hatte. Denn Klageveranlassung bestand nicht. Vielmehr hätte diese Klage in der Tat vermieden werden können, wenn die Klägerin dem berechtigten Verlangen der Beklagten auf Einsichtnahme in die Behandlungsunterlagen unverzüglich nachgekommen wäre.

4. Die Berufung ist ohne weiteres zulässig. Denn der Wert des für über ein Jahr geltend gemachten Zinsanspruchs aus 25.446,26 DM liegt über 1.000,00 DM. Der Wert des Zinsanspruches ist auch maßgeblich, da er im Zeitpunkt der mündlichen Verhandlung als Hauptanspruch geltend gemacht wurde ([§§ 144 Abs. 1 S. 1 Nr. 1, 202 SGG](#) i. V. m. [§ 4 Abs. 1 Hs. 2](#) Zivilprozeßordnung/ZPO).

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2003-08-08