

B 3 KR 10/02 R

Land
Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht
Bundessozialgericht
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
3
1. Instanz
SG Magdeburg (SAN)
Aktenzeichen
S 16 KR 42/01
Datum
27.02.2002
2. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 3 KR 10/02 R
Datum
28.05.2003
Kategorie
Urteil
Leitsätze

Zur Fälligkeit des Vergütungsanspruchs eines Krankenhauses gegen die Krankenkasse für die Behandlung eines Versicherten bei Fehlen eines landesrechtlichen Sicherstellungsvertrages (Fortführung von BSG vom 17.5.2000 = [BSGE 86, 166](#) = [SozR 3-2500 § 112 Nr 1](#) und vom 23.7.2002 = [BSGE 90, 1](#) = [SozR 3-2500 § 112 Nr 3](#)).

Auf die Revision des Klägers wird das Urteil des Sozialgerichts Magdeburg vom 27. Februar 2002 geändert. Die Beklagte wird verurteilt, an den Kläger 7.630,39 Euro zu zahlen. Die Beklagte hat die außergerichtlichen Kosten des Klägers in beiden Rechtszügen zu erstatten.

Gründe:

I

Es ist streitig, ob dem Kläger ein weiterer Vergütungsanspruch für Krankenhausleistungen in Höhe von 14.923,74 DM (jetzt: 7.630,39 Euro) zusteht.

Der klagende Landkreis betreibt das Kreiskrankenhaus S. in N., das in den Krankenhausplan des Landes Sachsen-Anhalt aufgenommen ist. Das Mitglied der beklagten Krankenkasse (KK) R. K. (R.K.) befand sich dort in der Zeit vom 28. März bis zum 23. Mai 2000 in stationärer Behandlung. Die Versicherte wurde nach vertragsärztlicher Verordnung von Krankenhauspflege wegen einer paranoiden Schizophrenie in der Psychiatrischen Abteilung aufgenommen und zeitweise auch in den Abteilungen für Innere Medizin und Chirurgie behandelt. Die Beklagte befristete die Kostenübernahme bis zum 15. April 2000. Die am 13. April 2000 beantragte Verlängerung der Kostenübernahme lehnte sie ab (Schreiben vom 5. Juni 2000), weil der Kläger ihr nicht den erbetenen Befund- bzw Entlassungsbericht übersandt habe, den sie für die Prüfung der Frage benötige, ob die Krankenhausbehandlung ab 16. April 2000 medizinisch erforderlich gewesen sei. Die Behandlungskosten sind dementsprechend nur für die Zeit bis zum 15. April 2000 beglichen worden.

Mit der Klage begehrt der Kläger die Zahlung der restlichen Behandlungskosten. Er vertritt die Auffassung, dass der Beklagten kein Anspruch auf Herausgabe von Krankenunterlagen an sich selbst zustehe, sondern lediglich der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) einen entsprechenden Anspruch zur Erledigung eines von der KK an ihn gerichteten Begutachtungsauftrags habe. Ein Krankenhaus habe der KK lediglich jene Daten zu übermitteln, die abschließend in [§ 301 Abs 1](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) aufgeführt seien. Dem sei das Krankenhaus nachgekommen. Es habe in dem Verlängerungsantrag auch die Notwendigkeit der weiteren stationären Versorgung der Versicherten begründet. Die KK könne zwar den MDK mit der Überprüfung der Voraussetzungen, der Art und dem Umfang einer beantragten Leistung beauftragen. Die Krankenunterlagen des Krankenhauses würden dann aber nicht offen an die KK, sondern entweder unmittelbar an den MDK oder an die KK in einem verschlossenen und versiegelten Umschlag zur Weiterleitung an den MDK übersandt. Im vorliegenden Fall beabsichtige die Beklagte indessen, einen für sie tätigen "Gutachterarzt" mit der Prüfung der Frage zu beauftragen, ob die Notwendigkeit der weiteren stationären Behandlung der Versicherten nachvollziehbar belegt sei oder ob der MDK mit der Begutachtung des Falles betraut werden müsse. Das Gesetz sehe für diese Vorgehensweise keinen Anspruch der KK auf Herausgabe von Krankenunterlagen vor.

Demgegenüber vertritt die Beklagte die Auffassung, der KK stehe ein unmittelbarer Anspruch gegen ein Krankenhaus auf Herausgabe der Behandlungsunterlagen ihrer Versicherten zu, wenn es um die Abgabe der Kostenübernahmeerklärung, die Rechnungsprüfung oder die Wirtschaftlichkeitskontrolle gehe; einer Einwilligungserklärung der Versicherten bedürfe es insoweit nicht. Verweigere das Krankenhaus die Herausgabe der Behandlungsunterlagen, sei die KK berechtigt, den Rechnungsbetrag analog [§ 273](#) Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) zurückzubehalten. Ein Versorgungssystem wie die gesetzliche Krankenversicherung sei nur funktionsfähig, so lange es finanzierbar sei,

wobei die Aufrechterhaltung des Systems gerade durch eine effektive Rechnungs- und Wirtschaftlichkeitsprüfung erreicht werde. Demgemäß müsse die KK die Möglichkeit haben, anhand der Behandlungsunterlagen des Krankenhauses die Notwendigkeit und die Dauer der Krankenhausbehandlung zu überprüfen. Bis heute habe der Kläger die Notwendigkeit der stationären Behandlung der Versicherten ab 16. April 2000 nicht belegt.

Das Sozialgericht (SG) hat die Klage abgewiesen (Urteil vom 27. Februar 2002). Es hat die Auffassung vertreten, der Beklagten stehe nach [§ 284 Abs 1 Nr 8 SGB V](#) ein unmittelbarer Anspruch gegen das Krankenhaus auf Herausgabe der Krankenunterlagen zu. Die dort geregelte Erhebung und Speicherung von Sozialdaten der Versicherten durch die KK zum Zwecke der Abrechnung mit den Leistungserbringern setze voraus, dass diese Daten der KK übermittelt werden. Die Abrechnung könne nur ordnungsgemäß erfolgen, wenn die Erforderlichkeit und Wirtschaftlichkeit der erbrachten Leistungen seitens der KK geprüft werde. Der vom Kläger herangezogene [§ 275 Abs 1 Nr 1 SGB V](#), der die Einholung einer gutachtlichen Stellungnahme des MDK vorsehe, schließe den unmittelbaren Herausgabeanspruch der KK zum Zwecke der Prüfung der Erforderlichkeit und der Dauer in Rechnung gestellter stationärer Behandlungen nicht aus. Werde die angeforderte Übersendung der Krankenunterlagen verweigert, könne sich die KK entsprechend [§ 273 BGB](#) auf ein Zurückbehaltungsrecht berufen.

Mit der vom SG zugelassenen Sprungrevision rügt der Kläger die Verletzung des [§ 275 Abs 1 Nr 1](#) und des [§ 284 Abs 1 Nr 8 SGB V](#).

Der Kläger beantragt,
das Urteil des SG Magdeburg vom 27. Februar 2002 zu ändern und die Beklagte zu verurteilen, an ihn 7.630,39 Euro zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,
die Revision zurückzuweisen.

Sie verteidigt das angefochtene Urteil.

II

Die zulässige Sprungrevision des Klägers ist begründet.

Bei einer auf Zahlung der Behandlungskosten eines Versicherten gerichteten Klage des Trägers eines Krankenhauses gegen eine KK geht es um einen sog Parteienstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt ([BSGE 86, 166, 167 f = SozR 3-2500 § 112 Nr 1](#)). Ein Vorverfahren war mithin nicht durchzuführen, die Einhaltung einer Klagefrist nicht geboten.

Rechtsgrundlage des geltend gemachten restlichen Vergütungsanspruchs des Klägers ist [§ 109 Abs 4 Satz 3 SGB V](#) iVm der Pflegesatzvereinbarung der Beteiligten für das Jahr 2000. Wie der Senat bereits entschieden hat, entsteht die Zahlungsverpflichtung der gesetzlichen KK unabhängig von einer Kostenzusage unmittelbar mit Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten ([BSGE 86, 166, 168 = SozR 3-2500 § 112 Nr 1](#)). Der Behandlungspflicht der zur Versorgung der Versicherten zugelassenen Krankenhäuser iS des [§ 109 Abs 4 Satz 2 SGB V](#) steht ein Vergütungsanspruch gegenüber, der auf der Grundlage der gesetzlichen Ermächtigung in den §§ 16, 17 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) nach Maßgabe der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) in der Pflegesatzvereinbarung zwischen KK und Krankenträgern festgelegt wird ([BSGE 90, 1 = SozR 3-2500 § 112 Nr 3](#); Peters/Hencke, HdB der KV, SGB V, Bd 2, Stand Oktober 2001, § 109 RdNr 10). Der Kläger betreibt ein sog Plankrankenhaus iS des [§ 108 Nr 2 SGB V](#), das in den Krankenhausplan des Landes Sachsen-Anhalt aufgenommen wurde und für das deshalb der Abschluss eines Versorgungsvertrags gemäß [§ 109 Abs 1 Satz 2 Halbsatz 2 SGB V](#) fingiert wird.

Der für das Land Nordrhein-Westfalen geschlossene Sicherstellungsvertrag ist im vorliegenden Fall nicht anwendbar, weil die Behandlung nicht in einem in diesem Bundesland befindlichen Krankenhaus stattgefunden hat und die Beteiligten auch nicht die Anwendung dieses Vertrags auf ihre Rechtsbeziehungen vereinbart hatten. Nach [§ 112 Abs 1 SGB V](#) schließen die Landesverbände der KKn und die Verbände der Ersatzkassen gemeinsam mit der Landeskrankenhausesgesellschaft oder mit den Vereinigungen der Krankenhausträger im Land Verträge, um sicherzustellen, dass Art und Umfang der Krankenhausbehandlung den Anforderungen des SGB V entsprechen. Nach Abs 2 Satz 2 dieser Vorschrift sind sie für die KKn und die zugelassenen Krankenhäuser im Land unmittelbar verbindlich. Ein solcher Sicherstellungsvertrag existiert nach Feststellung des SG im Lande Sachsen-Anhalt nicht, weil sich die zu den Verhandlungen aufgerufenen Beteiligten nicht auf eine Regelung einigen konnten. Die Landesschiedsstelle wurde entgegen [§ 114 SGB V](#) nicht angerufen. Dass die Beklagte ihren Sitz in Nordrhein-Westfalen hat, hat nicht zur Folge, dass Ländergrenzen überschreitend der dort abgeschlossene Sicherstellungsvertrag auch für Krankenhäuser in Sachsen-Anhalt gilt; vielmehr ist für den Fall, dass der Sitz der Kasse und der Ort des Krankenhauses zu verschiedenen Ländern gehören, nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts der von dem für den Krankenhausort zuständigen Landesverband der entsprechenden Kassenart abgeschlossene Vertrag maßgebend (BSG [SozR 3-2500 § 39 Nr 4](#)). Fehlt es an einem solchen Vertrag, verbleibt als vertragliche Regelung nur die Pflegesatzvereinbarung.

Eine KK ist nach [§ 109 Abs 4 Satz 3 SGB V](#) iVm der Pflegesatzvereinbarung nur verpflichtet, die vereinbarten Entgelte zu zahlen, wenn die Versorgung im Krankenhaus erforderlich ist ([§ 39 SGB V](#)). Über die Erforderlichkeit der Krankenhausbehandlung entscheidet zunächst der verantwortliche Krankenhausarzt. Eine Zahlungsverpflichtung der KK für die stationäre Versorgung eines Versicherten entfällt lediglich dann, wenn sich die Entscheidung des Krankenhausarztes nach seinen jeweiligen Erkenntnismöglichkeiten als nicht vertretbar herausstellt ([BSGE 89, 104 = SozR 3-2500 § 112 Nr 2](#)).

Die Kostenübernahmeerklärung, über deren Erteilung die Beteiligten zunächst gestritten hatten, hat für den Zahlungsanspruch des Krankenhauses keine konstitutive Bedeutung in dem Sinne, dass davon die Zahlungsverpflichtung der KK abhängt. Die Kostenübernahmeerklärung hat allenfalls eine beweisrechtliche Funktion, falls sie abgegeben wird und den Behandlungszeitraum abdeckt. Das war hier nicht der Fall. Somit kommt es auf die objektive Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung für die von einer Kostenübernahmeerklärung nicht abgedeckte Zeitspanne an ([BSGE 89, 104 = SozR 3-2500 § 112 Nr 2](#)). Der Streit der Beteiligten konzentriert sich daher zu Recht auf die Frage, ob die Beklagte zwecks Prüfung der Notwendigkeit der stationären Behandlung der Versicherten ab 16. April 2000 berechtigt war, die Herausgabe der Krankenunterlagen an sich selbst zu verlangen und nach Erfüllung dieses Begehrens bis zum Abschluss des Prüfungsverfahrens die Bezahlung der geltend gemachten Kosten zu verweigern. Diese Frage ist zu verneinen.

Nach der Regelung in § 9 Satz 1 der Pflegesatzvereinbarung der Beteiligten für das Jahr 2000 wird ein Rechnungsbetrag "spätestens 15 Arbeitstage nach Eingang der Rechnung fällig". Damit ist der Beklagten einvernehmlich eine Prüfungs- und Zahlungsfrist von 15 Arbeitstagen eingeräumt worden (§ 271 Abs 2 BGB). Der Rechnungsbetrag wird mit Ablauf dieser Frist fällig, ohne dass es, wie zB bei Werkleistungen (vgl §§ 640, 641 BGB) in Form der Abnahme, auf eine zusätzliche fälligkeitsauslösende Erklärung der KK (zB Anerkennung) ankäme. Es liegt aber auf der Hand, dass bei Ablauf dieser Frist die von der KK durchzuführende Prüfung, ob die abgerechneten Leistungen tatsächlich erbracht worden sind und nach ihren jeweiligen Voraussetzungen sowie nach Art und Umfang notwendig waren (§ 275 Abs 1 Nr 1 SGB V), auch bei zügiger Bearbeitung vielfach noch nicht abgeschlossen sein kann. Dies gilt insbesondere dann, wenn der MDK mit einer gutachtlichen Stellungnahme beauftragt worden ist, weil sich die KK zu einer eigenen fachlich fundierten Beurteilung nicht in der Lage sieht, und/oder das Krankenhaus angeforderte Krankenunterlagen erst kurz vor Ablauf dieser Frist oder sogar danach übersendet. Diese nahe liegende Fallkonstellation kann von den Beteiligten bei Abschluss der Pflegesatzvereinbarung nicht übersehen worden sein; dennoch haben sie dafür keine fristverlängernde Regelung vereinbart. Daraus kann nur der Schluss gezogen werden, dass die KK unabhängig von der Einleitung oder dem rechtzeitigen Abschluss eines solchen Prüfungsverfahrens eine ihr vorgelegte Rechnung des Krankenhauses auf jeden Fall spätestens am 16. Arbeitstag nach deren Zugang zu begleichen hat (vgl § 188 Abs 1 BGB). Dies setzt auch die Regelung in § 17 Abs 1 Satz 3 BPfV, wonach eine zeitnahe Zahlung der Pflegesätze an das Krankenhaus zu gewährleisten ist, um und trägt dem Umstand Rechnung, dass mit der Entscheidung des verantwortlichen Krankenhausarztes die Notwendigkeit und die Dauer einer Krankenhausbehandlung im Sinne eines Anscheinsbeweises hinreichend belegt, die in Rechnung gestellten Krankenhauskosten also einstweilen als gerechtfertigt anzusehen sind (BSGE 89, 104 = SozR 3-2500 § 112 Nr 2). Die Regelung in § 9 der Pflegesatzvereinbarung der Beteiligten begründet - ähnlich wie in einigen auf Landesebene geschlossenen Sicherstellungsverträgen nach § 112 Abs 1 SGB V (BSGE 89, 104 = SozR 3-2500 § 112 Nr 2, BSGE 90, 1 = SozR 3-2500 § 112 Nr 3) - die Fälligkeit der Zahlung, die unabhängig davon entsteht, ob ein Prüfungsverfahren noch eingeleitet werden soll bzw ein solches noch nicht abgeschlossen ist, und bei der trotz der Zahlung etwaige Einwendungen gegen Grund und Höhe der geltend gemachten Behandlungskosten erhalten bleiben. Ein Rückforderungsanspruch und die Möglichkeit späterer Aufrechnung gegen unbestrittene Forderungen des Krankenhauses aus anderen Behandlungsfällen (§§ 387 ff BGB) werden durch die Zahlung nicht ausgeschlossen.

Auf Grund der Regelung in § 9 der Pflegesatzvereinbarung war die Beklagte zur Zahlung der restlichen Vergütung in Höhe von 7.630,39 Euro zu verurteilen. Von der Erfüllung der Anspruchsvoraussetzungen ist im hier allein zu prüfenden Rahmen auszugehen. Die Fälligkeit tritt allerdings dann nicht ein, wenn die Rechnung nicht den Anforderungen des § 301 SGB V genügt (so auch § 9 Satz 2 der Pflegesatzvereinbarung) und deshalb schon keine formal ordnungsgemäße Abrechnung des Krankenhauses vorliegt (BSGE 90, 1 = SozR 3-2500 § 112 Nr 3), was hier aber nicht der Fall war. Eine Zahlungspflicht wäre somit nur zu verneinen, wenn schon nach dem Vorbringen des Klägers von einer medizinisch nicht notwendigen stationären Behandlung auszugehen wäre. Davon kann hier aber keine Rede sein, weil - wie ausgeführt - für den Kläger der aus der Entscheidung des verantwortlichen Krankenhausarztes resultierende "Anscheinsbeweis" (BSGE 89, 104 = SozR 3-2500 § 112 Nr 2) für die Notwendigkeit und die Dauer der stationären Behandlung der Versicherten spricht. Der Beklagten steht es demgegenüber frei, das angekündigte Prüfungsverfahren noch durchzuführen. Dies bleibt möglich, weil die Pflegesatzvereinbarung insoweit keine Ausschlussfrist vorsieht und der Beklagten keine Verletzung für das Prüfungsverfahren maßgebender Vereinbarungen in Sicherstellungsverträgen auf Landesebene (vgl BSGE 89, 104 = SozR 3-2500 § 112 Nr 2 zur Situation im Lande Berlin) vorzuwerfen ist, die eine nachträgliche Durchführung einer solchen Prüfung rechtsmissbräuchlich (§ 242 BGB) erscheinen ließe. Das Prüfungsverfahren hat dann allerdings unter Einschaltung des MDK zu erfolgen.

Ein Zurückbehaltungsrecht entsprechend § 273 BGB steht der Beklagten gegenüber dem fälligen Anspruch nicht zu. Es könnte ohnehin nicht zur Klageabweisung führen, sondern nur entsprechend § 274 BGB - dessen Anwendung die öffentlich-rechtliche Natur des Vertragsverhältnisses nicht entgegensteht - eine Verurteilung zur Zahlung des Rechnungsbetrags Zug um Zug gegen Herausgabe der Krankenunterlagen der Versicherten an die Beklagte zur Folge haben. Ob der Beklagten mit einer solchen Rechtsfolge jedenfalls hilfsweise gedient wäre, ist zweifelhaft, weil sie sich erst nach Abschluss des Prüfungsverfahrens als zahlungspflichtig ansieht und die Zahlung gerade vom Ergebnis der Prüfung abhängig machen möchte. Dies kann aber dahinstehen, weil ihr ein fälliger Anspruch gegen den Kläger auf Übersendung der Behandlungsunterlagen nicht zusteht, den sie einredeweise geltend machen könnte.

Der Senat hat bereits entschieden, dass eine KK die für die Überprüfung einer Krankenhausabrechnung ggf erforderliche Einsichtnahme in die Behandlungsunterlagen der Versicherten gegenüber dem Krankenhaus nicht verlangen kann (BSGE 90, 1 = SozR 3-2500 § 112 Nr 3). Sie ist insoweit auf ein Tätigwerden des MDK angewiesen. Dieser ist im Falle einer Abrechnungsprüfung nach § 276 Abs 2 Satz 1, 2. Halbsatz SGB V ausdrücklich ermächtigt, die erforderlichen Sozialdaten bei den Krankenhäusern anzufordern, und nach § 277 Abs 1 Satz 1 SGB V verpflichtet, den KKn die notwendigen Informationen, dh das Ergebnis der Begutachtung und die erforderlichen Angaben über den Befund, mitzuteilen. Zwar deutet die Begründung zur Änderung des § 276 SGB V im Gesetzentwurf der Bundesregierung vom 18. Juni 1993 zum 2. SGB-ÄndG vom 13. Juni 1994 (BT-Drucks 12/5187 S 32) darauf hin, dass die Bundesregierung wohl davon ausging, ein Anspruch auf Einsichtnahme in die Behandlungsunterlagen stehe nach bisheriger Rechtslage nur den KKn zu, und es solle aus Praktikabilitätsgründen nunmehr ein weiterer gleichartiger Anspruch des MDK geschaffen werden. Diese Einschätzung hätte aber nicht mit der Gesetzeslage übereingestimmt. Das Herausgabe- und Einsichtsrecht der KKn ließ sich weder aus der alten Gesetzesfassung ableiten, noch findet es in der aktuellen Gesetzesfassung eine Stütze, wie der Senat bereits ausgeführt hat (BSGE 90, 1 = SozR 3-2500 § 112 Nr 3). Ob sich bei einem anschließenden Rechtsstreit aus prozessualen Gründen ein weiter gehendes Recht der KK auf Einsichtnahme in die Original-Unterlagen ergeben kann, ist auch im vorliegenden Fall nicht zu entscheiden.

Mit dieser Entscheidung steht der Senat nicht in Widerspruch zu seinem Urteil vom 17. Mai 2000 (B 3 KR 33/99 R - BSGE 86, 166 = SozR 3-2500 § 112 Nr 1). In jenem Verfahren hat der Senat die Durchführung weiterer Ermittlungen zur Frage der Notwendigkeit der stationären Behandlung im ersten Behandlungsabschnitt für erforderlich erachtet und deshalb den Rechtsstreit zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das Landessozialgericht zurückverwiesen. Der Unterschied zum vorliegenden Rechtsstreit bestand darin, dass in jenem Verfahren der Anscheinsbeweis für die Notwendigkeit der stationären Versorgung der Versicherten für den ersten Behandlungsabschnitt erschüttert war, weil die Krankenunterlagen vom Krankenhaus zur Einsichtnahme und Auswertung übersandt worden, also Gegenstand des Rechtsstreits geworden waren und sich aus ihnen nicht mit hinreichender Deutlichkeit entnehmen ließ, dass der Krankenhausaufenthalt im ersten Behandlungsabschnitt medizinisch notwendig war. In jenem Fall war eine weitere gerichtliche Sachaufklärung zur Frage der Notwendigkeit der stationären Behandlung geboten. Im vorliegenden Verfahren war eine solche Beweisaufnahme nicht durchzuführen, weil der für den Kläger sprechende Anscheinsbeweis bislang nicht erschüttert worden ist, es vielmehr in dem anstehenden Prüfungsverfahren überhaupt erst um die Frage geht, ob dies gelingt und die Beklagte substantiiert einwenden kann, die Krankenhausbehandlung der

Versicherten ab 16. April 2000 sei nicht notwendig gewesen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193](#) Sozialgerichtsgesetz in seiner bis zum 1. Januar 2002 geltenden Fassung (BSG [SozR 3-2500 § 116 Nr 24](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2003-08-21