

## L 15 KR 34/01

Land  
Berlin-Brandenburg  
Sozialgericht  
LSG Berlin-Brandenburg  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung  
15  
1. Instanz  
SG Berlin (BRB)  
Aktenzeichen  
S 89 KR 1324/99  
Datum  
22.11.2000  
2. Instanz  
LSG Berlin-Brandenburg  
Aktenzeichen  
L 15 KR 34/01  
Datum  
20.06.2001  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
-

Datum  
-

Kategorie  
Urteil

Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 22. November 2000 wird zurückgewiesen. Die Beklagte hat der Klägerin die außergerichtlichen Kosten des Berufungsverfahrens zu erstatten. Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über Krankenhausbehandlungskosten.

Die 1940 geborene Versicherte B. J., die bei der beklagten Betriebskrankenkasse krankenversichert ist, wurde am 24. September 1999 aufgrund einer Verordnung ihres behandelnden Gynäkologen im Krankenhaus der Klägerin wegen eines partiellen uterovaginalen Prolaps aufgenommen. Mit der bei der Beklagten am 1. Oktober 1999 eingegangenen Aufnahmeanzeige teilte die Klägerin der Beklagten die Aufnahme der Versicherten, den Tag der Aufnahme, den Aufnahmegrund sowie die Aufnahmediagnose mit und beantragte auf der Grundlage des Vertrages über die Allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung vom 1. November 1994 in der Fassung der Ergänzungsvereinbarung vom 22. Dezember 1997 sowie des Vertrages zur Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung vom 1. November 1994 die Übernahme der Kosten der stationären Behandlung der Versicherten der Beklagten. Mit Kostenübernahmeschein vom 20. September 1999 befristete die Beklagte die Kostenübernahme bis zum 3. Oktober 1999. Im Krankenhaus der Klägerin wurde die Versicherte wegen der bei ihr festgestellten Leiden einer symptomatischen Beckenbodeninsuffizienz mit Harnverhalt sowie larvierter Harnstressinkontinenz mit Z.n. Aortitis und mehreren Embolien durch Einsatz eines Keulenpessar Größe 50 behandelt und am 7. Oktober 1999 entlassen.

Ohne einen Verlängerungsantrag gestellt zu haben, übersandte die Klägerin der Beklagten die Rechnung über die Kosten für die gesamte Behandlungszeit in Höhe von 10.728,90 DM. Hiervon bezahlte die Beklagte die Krankenhauspflegekosten bis zum 3. Oktober 1999 in Höhe von 8.253,00 DM und wies die Klägerin mit Schreiben vom 10. November 1999 auf die Befristung der Kostenübernahme hin. Eine Übernahme der Behandlungskosten über den Befristungszeitraum hinaus sei nur möglich, wenn die medizinische Notwendigkeit einer weiteren stationären Behandlung der Beklagten gegenüber nachgewiesen werde. Dieser Sachverhalt sei bei der Erstellung der Pflegekostenrechnung nicht berücksichtigt worden. Daher habe die Beklagte die Rechnungen um den nicht durch Kostenübernahme gedeckten Anteil gekürzt. Die verbleibenden Beträge würden der Klägerin umgehend überwiesen.

Mit ihrer zum Sozialgericht Berlin erhobenen Klage hat die Klägerin die Zahlung des Restbetrages verlangt und vorgetragen, die Krankenhausbehandlung während der gesamten Zeit sei medizinisch notwendig und die Befristung rechtswidrig gewesen.

Das Sozialgericht hat die Beklagte mit Urteil vom 22. November 2000 verurteilt, der Klägerin 2.475,90 DM nebst 2 % Zinsen über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 19. November 1999 zu zahlen. Der Zahlungsanspruch der Klägerin sei durch die Inanspruchnahme der Behandlungsleistungen durch die Versicherte der Beklagten entstanden. Im Einzelfall begründete, durch eine Begutachtung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung -MDK- belegte Einwendungen gegen die Erforderlichkeit der Krankenhausbehandlung habe die Beklagte nicht erhoben.

Gegen das ihr am 1. Februar 2001 zugestellte Urteil hat die Beklagte am 1. März 2001 Berufung eingelegt. Sie hat vorgetragen, dass allein die Krankenkasse befugt sei, über die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung zu entscheiden. Die Einschätzung des Krankenhauses hierüber sei für sie nicht verbindlich. Die Befristung der Kostenübernahmeerklärung sei rechtmäßig erfolgt, da die Klägerin durch überlange Verweildauern aufgefallen sei. Dies ergebe sich aus dem von der Beklagten vorgelegten statistischen Material, dem 53 % der Westdeutschen BKK-Fälle und 100 % der Berliner BKK-Fälle zugrunde lägen. Erst bei einer Überschreitung der zu erwartenden

Verweildauern um 10 % befristete die Beklagte ihre Kostenübernahmeerklärungen. Diese Befristungen erfolgten vertragsgemäß. Ihr, der Beklagten, könne nicht entgegengehalten werden, dass die Berliner Krankenkassenverbände es über Jahre versäumt hätten, wirksame Kontrollmechanismen zu entwickeln, mit der Folge, dass das Berliner Krankenhauswesen das mit Abstand teuerste in der Bundesrepublik Deutschland sei. Da die Befristungen rechtmäßig seien, müsse die Klägerin, die sich eines Zahlungsanspruches berühme, die Notwendigkeit der Behandlungsdauer beweisen. Denn die lange Behandlungsdauer sei implausibel, zumal die Diagnose und Therapie in einer Behandlungssitzung hätten erfolgen können.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 22. November 2000 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend.

Die Verwaltungsvorgänge der Beklagten haben vorgelegen und sind Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen. Zur Ergänzung des Tatbestandes wird auf die Schriftsätze der Beteiligten und auf die Verwaltungsvorgänge der Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung ist unbegründet. Das Sozialgericht hat die Beklagte rechtsfehlerfrei verurteilt, die vollen Kosten der vollstationären Behandlung der Versicherten der Beklagten im Krankenhaus der Klägerin zu übernehmen.

A.

Die von der Klägerin erhobene Leistungsklage auf Zahlung der bisher von der Beklagten nicht übernommenen Kosten der Krankenhausbehandlung ist gemäß [§ 54 Abs. 5 Sozialgerichtsgesetz -SGG-](#) zulässig. Das Rechtsschutzbedürfnis für diese Leistungsklage ergibt sich daraus, dass die Beklagte auf den in der Aufnahmeanzeige liegenden Kostenübernahmeantrag und die Rechnung des Krankenhauses der Klägerin nur einen Teilbetrag gezahlt und ausdrücklich die Begleichung des Restbetrages abgelehnt hat. Dass die Beklagte die Kostenübernahme nicht endgültig abgelehnt hat, sondern nur so lange, wie die Klägerin die medizinische Notwendigkeit der stationären Behandlung der Beklagten gegenüber nicht nachgewiesen habe, ist für das Bestehen eines Rechtsschutzbedürfnisses ohne Bedeutung. Denn die Klägerin berührt sich auch ohne eines solchen Nachweises des streitigen Zahlungsanspruchs, den die Beklagte unter diesen Voraussetzungen bestreitet. Das reicht zur Begründung des Rechtsschutzbedürfnisses. Ob und unter welchen Voraussetzungen der streitige Zahlungsanspruch besteht, ist eine Frage der Begründetheit der Klage.

B.

Die Klage ist auch begründet. Die Beklagte ist zur Übernahme der streitigen Kosten der stationären Behandlung ihrer Versicherten verpflichtet.

1. Rechtsgrundlage des geltend gemachten Vergütungsanspruches ist [§ 109 Abs. 4 Satz 3 Sozialgesetzbuch/Fünftes Buch -SGB V-](#) in Verbindung mit dem Vertrag über die Allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung vom 1. November 1994 (im Folgenden Krankenhausbehandlungsvertrag) sowie dem Vertrag zur Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung vom 1. November 1994 (im Folgenden Krankenhausüberprüfungsvertrag), die die Landesverbände der Krankenkassen mit der Berliner Krankenhausgesellschaft geschlossen haben und die gemäß [§ 112 Abs. 2 Satz 2 SGB V](#) für die Beteiligten unmittelbar verbindlich sind.

Nach [§ 109 Abs. 4 Satz 2 SGB V](#) ist das zugelassene Krankenhaus im Rahmen seines Versorgungsauftrages zur Krankenhausbehandlung der Versicherten verpflichtet. Satz 3 der Vorschrift verpflichtet die Krankenkassen, mit den zugelassenen Krankenhäusern Pflegesatzverhandlungen zu führen und setzt damit die Vergütungspflicht als selbstverständlich voraus. Der Krankenhausbehandlungs- und der Krankenhausüberprüfungsvertrag regeln u.a. die Voraussetzungen und Modalitäten der Zahlungspflichten der Krankenkassen (vgl. hierzu BSG, Urteil vom 17. Mai 2000 - [B 3 KR 33/99 R](#) - S. 5 UA).

Aus [§ 12 Nr. 1 Krankenhausbehandlungsvertrag](#) sowie aus dem auch die stationäre Behandlung beherrschenden Sachleistungsprinzip ergibt sich, dass die Zahlungsverpflichtung der Krankenkassen unmittelbar mit Inanspruchnahme der Leistung durch ihre Versicherten entsteht. Der Zahlungsanspruch des Krankenhauses korrespondiert deshalb mit dem Anspruch des Versicherten auf Krankenhausbehandlung (BSG a.a.O.). Wie letzterer ist er davon abhängig, dass beim Versicherten bei der Aufnahme in das Krankenhaus grundsätzlich die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für die Inanspruchnahme von Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung und Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit vorliegen müssen, wobei unter Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit ein Krankheitszustand zu verstehen ist, dessen Behandlung den Einsatz der besonderen Mittel des Krankenhauses - apparative Mindestausstattung, geschultes Pflegepersonal und einen jederzeit rufbereiten Arzt - [vgl. BSG SozR 2200 [§ 184 RVO Nr. 28 S. 42](#)] erforderlich macht (BSG a.a.O.). Die dafür nötige Entscheidung über die Erforderlichkeit und Art der Krankenhausbehandlung obliegt nach [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) dem Krankenhausarzt. Wie bei der ambulanten Behandlung dem Vertragsarzt, so kommt im Bereich der Krankenhausbehandlung dem Krankenhausarzt eine „Schlüsselstellung“ zu. Denn das zugelassene Krankenhaus und dessen Ärzte sind aufgrund des Sachleistungsprinzips gesetzlich ermächtigt, mit Wirkung für die Krankenkassen über die Aufnahme sowie die erforderlichen Behandlungsmaßnahmen und damit konkludent auch über den Leistungsanspruch des Versicherten zu entscheiden; die Krankenkasse ist dann grundsätzlich an diese Entscheidung gebunden; das gilt auch für den Zahlungsanspruch des Krankenhauses gegenüber den Krankenkassen. Stellt sich die Entscheidung nachträglich - vollständig oder in einzelnen Teilen - als unrichtig heraus, ist die Krankenkasse nur dann nicht an die Entscheidung des Krankenhausarztes gebunden, wenn dieser vorausschauend („ex ante“) hätte erkennen können, dass die geklagten Beschwerden nicht die Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung begründeten, de lege artis also eine Fehlentscheidung getroffen hat

(BSG [SozR 3-2500 § 39 Nr. 4](#) sowie BSG, Urteil vom 17. Mai 2000 [a.a.O.](#)).

2. Daraus ergibt sich, dass der Zahlungsanspruch des Krankenhauses gegenüber der Krankenkasse nicht davon abhängig ist, dass die Krankenkasse zuvor die stationäre Behandlung durch Bescheid bewilligt hat. Zwar gehört die Krankenhausbehandlung zu den Leistungen, für die außer in Notfällen ausdrücklich eine vorherige Bewilligung durch die Krankenkasse zusätzlich zu der vertragsärztlichen Verordnung vorgeschrieben ist (BSG [SozR 3-2500 § 39 Nr. 5](#)). Dies gilt jedoch nur für das Versicherungsverhältnis zwischen Versichertem und Krankenkasse, nicht jedoch für das Abrechnungsverhältnis zwischen Krankenkasse und Krankenhaus. Denn das Abrechnungsverhältnis zwischen Krankenkasse und Krankenhaus ist vom Behandlungsverhältnis zwischen Krankenhaus und Versichertem sowie vom Versicherungsverhältnis, kraft dessen der Versicherte die Krankenhausbehandlung als Naturalleistung verlangen kann, zu trennen. Dies beruht darauf, dass das Krankenhaus bei der Leistungserbringung der Krankenkasse auf der Grundlage der öffentlich-rechtlichen Verträge nach [§ 112 Abs. 2 SGB V](#) sowie dem fingierten Versorgungsvertrag nach [§ 109 SGB V](#) im Gleichordnungsverhältnis gegenübersteht, so dass die Krankenkasse hoheitliche Regelungen des Vergütungsanspruches des Krankenhauses durch Verwaltungsakt nicht vornehmen darf. Eine solche Regelung - etwa durch Einholung der Zustimmung der Kasse zu laufenden Behandlungsschritten - ist auch wegen der Dringlichkeit der Krankenhausbehandlung oder aber jedenfalls wegen der großen Anzahl der Krankenhausbehandlungsfälle mit unübersehbar vielen einzelnen diagnostischen und therapeutischen Einzelentscheidungen der Krankenhausärzte nicht möglich (vgl. BSG, Urteil vom 17. Mai 2000).

3. Den dargestellten Grundsätzen widerspricht es ferner, den Zahlungsanspruch des Krankenhauses von einer Kostenübernahmeerklärung der Krankenkasse abhängig zu machen (BSGE 70, 22, 22, [SozR 3-2500 § 39 Rdnrn. 4 und 5](#)). Die in [§ 6](#) des Krankenhausbehandlungsvertrages in den Mittelpunkt des Abrechnungsverhältnisses zwischen Krankenhaus und Krankenkasse gestellte Kostenübernahmeerklärung dient ausschließlich dazu, das Krankenhaus unverzüglich darüber zu informieren, ob die Krankenkasse die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung anerkennt oder dagegen Einwendungen erhebt. Mit der Kostenübernahmeerklärung wird das Vorliegen bestimmter, den Vergütungsanspruch des Krankenhauses begründender Tatbestandsvoraussetzungen vorab festgestellt. Die Kostenübernahmeerklärung hat damit die Wirkung eines sogenannten deklaratorischen Schuldanerkenntnisses im Zivilrecht. Angesichts der Tatsache, dass die Krankenkasse nur eine gesetzlich begründete und vertraglich näher ausgeformte Pflicht erfüllen will, kann nicht davon ausgegangen werden, dass sie mit der Kostenübernahmeerklärung zusätzlich einen eigenständigen Verpflichtungsgrund begründet. Folge des Schuldanerkenntnisses ist im Verhältnis Krankenhaus-Krankenkasse vor allem, dass die Krankenkasse als Schuldnerin des Vergütungsanspruches des Krankenhauses mit solchen Einwendungen ausgeschlossen ist, die sie bei Abgabe kannte oder mit denen sie zumindest rechnen musste (BSG, Urteil vom 17. Mai 2000 mit weiteren Nachweisen). Gibt die Krankenkasse gar keine oder nur eine befristete Kostenübernahmeerklärung ab, führt dies jedoch entgegen der von ihr vertretenen Auffassung nicht dazu, dass für den Zeitraum, der von der Kostenübernahmeerklärung nicht erfasst wird, der Zahlungsanspruch entfielen und das Krankenhaus daher zunächst konkret darlegen müsste, warum Behandlungsbedürftigkeit bestanden habe. Der Charakter der Kostenübernahmeerklärung als deklaratorisches Schuldanerkenntnis schließt es aus, dass die Kostenübernahmeerklärung konstitutiv für das Entstehen der Zahlungspflicht der Krankenkasse ist; neben dem bereits dargestellten Einwendungsausschluss kommt der abgegebenen Kostenübernahmeerklärung allein für die Frage der Beweislast Bedeutung zu, wenn Zweifel an der Notwendigkeit der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit nach Überprüfung des Sachverhaltes nach den Regeln des Krankenhausüberprüfungsvertrages verbleiben. Wenn auch die Kostenübernahme für die Begründung des Anspruchs zwischen Krankenhaus und Krankenkasse unter verwaltungspraktischen Gesichtspunkten in der Regel ausreichend sein wird, wird ein weitergehender Anspruch durch das Fehlen einer Kostenübernahme nicht ausgeschlossen (BSG [SozR 3-2500 § 39 Nr. 1](#) S. 4). Im Hinblick darauf kommt es auf die von der Klägerin geltend gemachten Argumente für eine Pflicht der Beklagten zur Abgabe einer unbefristeten Kostenübernahmeerklärung für die Entscheidung des Rechtsstreites ebenso wenig an, wie auf den Vortrag der Beklagten zur Rechtmäßigkeit der Befristungen oder zur Unwirksamkeit vertraglich vereinbarter Befristungsausschlüsse in den Verträgen nach [§ 112 Abs. 2 SGB V](#).

4. Weder durch die den Zahlungsanspruch zunächst auslösende Inanspruchnahme der Krankenhausleistungen durch den Versicherten noch durch eine - befristete oder unbefristete - Kostenübernahmeerklärung ist die Beklagte allerdings gehindert, (nachträglich bekannt gewordene) Einwendungen gegen die Notwendigkeit der medizinischen Behandlung im Einzelfall vorzubringen und den Zahlungsanspruch des Krankenhauses damit zu Fall zu bringen (BSG [SozR 3-2500 § 39 Nr. 1](#) S. 5; Nr. 3 S. 8 und 9; Nr. 4 S. 20; Urteil vom 17. Mai 2000 S. 6 UA).

In diesem Zusammenhang kann die Krankenkasse nicht nur die Erforderlichkeit der Krankenhausbehandlung schlechthin gemäß [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#), sondern auch die Behandlungsdauer mit der Begründung in Zweifel ziehen, dass das Krankenhaus den stationären Aufenthalt des Versicherten bei zügigem Vorgehen von vornherein hätte abkürzen können. Das Recht der Krankenkasse, in diesem Umfang die Erforderlichkeit der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit zu überprüfen, ergibt sich aus [§ 12 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#), wonach die Krankenkassen Leistungen nicht bewilligen dürfen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind. Zur Bewilligung der Leistungen gehört nicht nur die hoheitliche Entscheidung über Leistungsansprüche durch Verwaltungsakte, sondern auch die Bewirkung der Leistungen gegenüber Leistungserbringern im Gleichordnungsverhältnis, wie aus dem umfangreichen Leistungsausschluss unzweckmäßiger, unwirtschaftlicher und das Maß des Notwendigen überschreitender Leistungen nach [§ 12 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) hervorgeht.

Die Krankenkassen sind jedoch bei der Überprüfung der Erforderlichkeit der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit in dem dargelegten Umfang nicht frei. [§ 112 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) verpflichtet die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen gemeinsam mit der Landeskrankenhausgesellschaft für alle Landeskrankenhäuser und die Mitgliedskassen verbindliche Verträge zur Sicherstellung von Art und Umfang der Krankenhausbehandlung zu schließen, um die Durchsetzung der Anforderungen des SGB V an stationäre Behandlungen zu gewährleisten. Gemäß [§ 112 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) regeln diese Verträge insbesondere die allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung einschließlich der Aufnahme und Entlassung der Versicherten, die Kostenübernahme, Abrechnung der Entgelte, Berichte und Bescheinigungen und die Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung einschließlich eines Kataloges von Leistungen, die in der Regel teilstationär erbracht werden können ([§ 112 Abs. 1 Satz 1 Nrn. 1 a und b und Nr. 2 SGB V](#)).

Die hiernach erforderlichen vertraglichen Regelungen haben die Beteiligten in dem Krankenhausbehandlungs- und dem Krankenhausüberprüfungsvertrag geschlossen. Nach [§ 1 Abs. 2](#) letzter Satz und [Abs. 3](#) Krankenhausüberprüfungsvertrag sind die Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung medizinisch zu beurteilende Fragen, die nur mit Bezug auf einen einzelnen Behandlungsfall im Rahmen der Überprüfung durch die Krankenkasse beurteilt werden können. Soweit der Versicherte vor Aufnahme zur

stationären Behandlung in das Krankenhaus keine (unbefristete) Kostenübernahmeerklärung vorlegen kann, hat das Krankenhaus diese - in der Regel innerhalb von drei Arbeitstagen - bei der Krankenkasse unter Vorlage der Verordnung der Krankenhausbehandlung, einer entsprechenden Bescheinigung des Krankenhausarztes mit Angabe der Diagnose oder der Aufnahmeanzeige zu beantragen (§ 6 Nr. 2 und 3 Krankenhausbehandlungsvertrag). Sofern aus der Sicht der Krankenkasse in einem Behandlungsfall nach Art, Schwere, Dauer oder Häufigkeit der Erkrankung oder nach dem Krankheitsverlauf eine Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung erforderlich ist, fordert die Krankenkasse eine medizinische Stellungnahme beim Krankenhaus an. Die Krankenkasse teilt bei der Anforderung des Kurzberichtes den Anlass gemäß [§ 275 Abs. 1 SGB V](#) für die Überprüfung des Behandlungsfalles gegenüber dem Krankenhaus mit. Der Kurzbericht ist vom Krankenhaus auszufüllen und der Krankenkasse innerhalb einer Woche nach Eingang der Anforderung im Krankenhaus zuzusenden. Er soll der Krankenkasse über die Aufnahmeanzeige hinaus weitere Informationen zur Beurteilung der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit des Versicherten geben (§ 2 Abs. 1 Krankenhausüberprüfungsvertrag). Sofern auf der Grundlage des vom Krankenhaus übersandten Kurzberichtes das Vorliegen der leistungsrechtlichen Voraussetzungen durch die Krankenkasse nicht abschließend beurteilt werden kann, beauftragt diese den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung -MDK- für die weitere Überprüfung der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit. Die Krankenkasse übersendet hierzu dem MDK den vom Krankenhaus vorgelegten Kurzbericht (§ 2 Abs. 2 Krankenhausüberprüfungsvertrag). Der MDK prüft auf der Grundlage des vorliegenden Kurzberichtes die Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung. Ergänzend hierzu kann ein Gespräch zwischen dem Arzt, der für den MDK tätig ist, und dem beauftragten Arzt des Krankenhauses erfolgen unter Einschluss einer Übermittlung weiterer Informationen durch den Krankenhausarzt (§ 2 Abs. 3 Krankenhausüberprüfungsvertrag). Soweit die Prüfung auf der Grundlage des Kurzberichtes sowie gegebenenfalls ergänzender Informationen durch den Arzt des Krankenhauses nicht zu einer Bestätigung der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung führen, erfolgt eine Prüfung durch den MDK im Krankenhaus und in der Regel während der Zeit, in der sich der Patient in stationärer Krankenhausbehandlung befindet (§ 2 Abs. 4 Krankenhausüberprüfungsvertrag). Bestehen aus der Sicht des Arztes des MDK auch nach der Überprüfung Bedenken gegen die Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung, legt er sie gegenüber dem Krankenhausarzt dar und erörtert sie mit ihm. Der Inhalt dieser Erörterung ist in einer gutachtlichen Stellungnahme zu dokumentieren. Das Krankenhaus erhält vom MDK eine Durchschrift seiner gutachtlichen Stellungnahme (§ 2 Abs. 7 Krankenhausüberprüfungsvertrag). Für Fälle, in denen nach Beendigung der stationären Behandlung eine Überprüfung aus der Sicht der Krankenkasse notwendig wird, gelten für die Prüfung der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung § 2 Abs. 1 bis 7 Krankenhausüberprüfungsvertrag entsprechend (§ 2 Abs. 8 Krankenhausüberprüfungsvertrag).

Diese Regelungen der Krankenhausverträge wiederholen und verfeinern die bereits durch den Gesetzgeber in [§§ 301 Abs. 1 Nrn. 1 und 3, Abs. 2 und 3 SGB V, 100 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und Satz 3 Sozialgesetzbuch/Zehntes Buch -SGB X-](#) bestimmten Verpflichtungen der Krankenhäuser und der Krankenhausärzte sowie die sich aus [§ 275 Abs. 1 Nr. 1, 276 Abs. 4, 277 Abs. 1 Satz 1](#) und 2 SGB V ergebenden Pflichten der Krankenkassen im Sinne einer engen und zügigen Zusammenarbeit von Krankenhäusern und Krankenkassen im Sinne des [§ 86 SGB X](#). An ihrer Rechtmäßigkeit und der durch [§ 112 Abs. 2 Satz 2 SGB V](#) angeordneten Verbindlichkeit bestehen auch für den vorliegenden Fall deshalb keine Zweifel.

5. Aus den genannten Bestimmungen des Krankenhausbehandlungs- und des Krankenhausüberprüfungsvertrages sowie aus den ergänzend heranzuziehenden zitierten Gesetzesbestimmungen ergibt sich, dass die Beklagte die von ihr ermittelten statistischen Erhebungen über überlange Verweildauern der Versicherten in Berliner Krankenhäusern - insbesondere dem der Klägerin - nicht gegenüber dem Zahlungsanspruch der Klägerin im vorliegenden Fall einwenden kann. Die Krankenhausverträge wie das SGB V schließen einen Zahlungsanspruch für eine stationäre Behandlung nur dann aus, wenn und soweit sie sich im Einzelfall als nicht erforderlich oder unwirtschaftlich erweist. War die stationäre Heilbehandlung dagegen im zu beurteilenden Einzelfall erforderlich und wirtschaftlich im Sinne der [§§ 12 Abs. 1, 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) so besteht ein Zahlungsanspruch des Krankenhauses auch dann, wenn sich

Krankenhausbehandlungen in anderen Fällen als unwirtschaftlich erweisen sollten. Ebenso wie bei der ambulanten (vertragsärztlichen) Versorgung durch die Wirtschaftlichkeitsprüfung nach [§ 106 SGB V](#) hat der Gesetzgeber dem Bedürfnis nach einer Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsprüfung im stationären Bereich durch [§ 113 SGB V](#) Rechnung getragen. Danach können die in [§ 113 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) genannten Spitzenverbände die Wirtschaftlichkeit, Leistungsfähigkeit und Qualität der Krankenhausbehandlung eines zugelassenen Krankenhauses durch unabhängige und weisungungebundene Prüfer untersuchen lassen. Ermitteln die Prüfer unwirtschaftliche Behandlungsmaßnahmen oder Leistungs- und Qualitätsdefizite, so ist das Prüfungsergebnis gemäß [§ 113 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) in der nächstmöglichen Pflegesatzvereinbarung mit Wirkung für die Zukunft zu berücksichtigen; darüber hinaus kommt bei schwerwiegenden Verstößen eine Kündigung des Versorgungsvertrages nach [§ 110 Abs. 1 SGB V](#) in Betracht. Andere Sanktionen unwirtschaftlicher stationärer Heilbehandlungsmaßnahmen sieht das Gesetz nicht vor. Die [§§ 12 Abs. 1, 39 Abs. 1 Satz 2, 113 Abs. 1 und Abs. 3 SGB V](#) rechtfertigen insbesondere keine Kürzung der Krankenhauspflegekosten nach pauschalen Kriterien, selbst wenn dem eine einwandfrei geführte Statistik über Anhaltszahlen der Dauer stationärer Behandlungen bei bestimmten Behandlungen zugrunde liegen sollte. Denn die Kürzung der Krankenhauspflegekosten nach pauschalen Kriterien bedeutet im Ergebnis die einseitige Festsetzung von Fallpauschalen. Eine solche ist nach den derzeit maßgeblichen gesetzlichen Bestimmungen ausgeschlossen. Sie bedürfte entweder einer gesetzlichen Ermächtigungsgrundlage oder einer vertraglich zulässigen Vereinbarung. Beide Voraussetzungen liegen nicht vor. Gesetzliche Anordnungen fehlen insbesondere für den Bereich der stationären Versorgung. Das Sozialgesetzbuch kennt lediglich im Arzneimittel- und Heilmittelbereich die Vereinbarung von Budgets ([§ 34 Abs. 1 SGB V](#)), bei deren Überschreitung die Einstandspflicht der Krankenkassen endet. In ähnlicher Weise können für Arztgruppen spezifische Richtgrößen für das Volumen der je Arzt verordneten Leistungen, insbesondere von Arznei-, Verband- und Heilmitteln vereinbart werden ([§ 34 Abs. 3 SGB V](#)).

Deshalb können die von der Beklagten herangezogenen Statistiken für sie lediglich den Anstoß dafür bieten, eine Wirtschaftlichkeitsprüfung nach [§ 113 SGB V](#) bei der Klägerin durchzuführen oder dafür geeignete Behandlungsfälle der vertraglich vereinbarten medizinischen Einzelfallprüfung zu unterziehen. Nur soweit sich nach Durchführung dieser Einzelfallprüfung durch Krankenhausärzte und MDK die vorgenommenen oder geplanten Behandlungsmaßnahmen als nicht erforderlich oder unwirtschaftlich erweisen, darf die Krankenkasse den Zahlungsanspruch des Krankenhauses entsprechend kürzen.

6. Unterbleibt die vertraglich vereinbarte medizinische Aufklärung im Einzelfall in dem oben beschriebenen gestuften Verfahren, so hat dies Auswirkungen auf das Abrechnungsverhältnis zwischen Krankenhaus und Krankenkasse. Da sich keiner der Beteiligten wegen [§ 112 Abs. 2 Satz 2 SGB V](#) einseitig dem Krankenhausüberprüfungsvertrag entziehen darf, führt jede Vertragsverletzung nach Art der Rechtsfolgen bei einer Obliegenheitsverletzung im Zivilrecht entweder zu einer Einwendung gegen den Zahlungsanspruch oder dem Ausschluss der

Einwendungen gegen die Erforderlichkeit und Wirtschaftlichkeit der Krankenhausbehandlung jedenfalls solange, bis ein vertragsgerechtes Überprüfungsverfahren durchgeführt wird. Solange sich das Krankenhaus weigert, der Krankenkasse eine Aufnahmeanzeige zu übersenden, ihr auf Anforderung einen ergänzenden Kurzbericht zur Verfügung zu stellen oder die weitere Überprüfung der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit des Versicherten durch den MDK zuzulassen und daran mitzuwirken, kann die Krankenkasse dies mit Erfolg dem Zahlungsanspruch entgegenhalten, umgekehrt kann sich die Krankenkasse nicht auf die mangelnde Erforderlichkeit oder Unwirtschaftlichkeit der Krankenhausbehandlung im Einzelfall berufen, solange sie bei Zweifeln an den Anspruchsvoraussetzungen des Zahlungsanspruches entweder keinen Kurzbericht zur Vorbereitung einer Stellungnahme des MDK gemäß [§§ 275 Abs. 1, 276 Abs. 4 SGB V](#) anfordert oder nach dessen Erhalt den MDK nicht zur weiteren Überprüfung der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit beauftragt hat.

Wird das medizinische Überprüfungsverfahren nach Abschluss der stationären Behandlung nachgeholt, weil einer der Beteiligten an den vereinbarten Überprüfungsmaßnahmen erst verspätet mitwirkt, treffen ihn die Folgen eines dadurch verursachten Beweisverlustes. In diesen Fällen trifft die materielle Beweislast bei Nichterweislichkeit einer für die Beurteilung der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit maßgeblichen Tatsache nicht schlechthin den Anspruchsteller - d.h. das Krankenhaus -, sondern den Beteiligten, der durch seine Säumnis an der vertraglich vereinbarten medizinischen Aufklärung den Beweisverlust verursacht hat.

7. Die genannten Folgen der Verletzung des Krankenhausbehandlungs- und des Krankenhausüberprüfungsvertrages, die zunächst gemäß [§ 112 Abs. 2 Satz 2 SGB V](#) nur Auswirkungen auf das Abrechnungsverhältnis zwischen den Beteiligten haben, sind auch im Rechtsstreit vor den Sozialgerichten zu beachten. Diese dürfen die aufgrund von Vertragsverletzungen erworbenen Einwendungen der Vertragspartner nicht durch eine Ermittlung des Sachverhalts von Amts wegen unterlaufen.

Die Beklagte hat deshalb zutreffend darauf hingewiesen, dass es nicht Sache der Sozialgerichte sei, die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung im Wege der Amtsermittlung festzustellen. Den vertraglichen Pflichten zur Mitwirkung an der medizinischen Einzelfallüberprüfung entsprechen besondere prozessuale Mitwirkungspflichten der Beteiligten im sozialgerichtlichen Verfahren. Nur wenn die Beteiligten die vertraglichen Pflichten an der medizinischen Aufklärung erfüllt haben und der Sachverhalt nach Überprüfung durch den MDK zwischen diesem und den behandelnden Krankenhausärzten streitig bleibt oder sich dem Gericht Zweifel an der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit des Versicherten aufgrund der vorliegenden medizinischen Unterlagen geradezu aufdrängen müssen, ist es zur weiteren Aufklärung des Sachverhalts durch Einholung eines Sachverständigengutachtens verpflichtet. Verweigert aber einer der Beteiligten eine Mitwirkung an der Durchführung der Überprüfung oder die Veranlassung der vertraglich vereinbarten medizinischen Überprüfungsmaßnahmen, so muss das Gericht den Sachverhalt - abgesehen von den oben genannten Ausnahmefällen - nicht von Amts wegen aufklären. Anderenfalls würde das Gericht nicht nur die oben hervorgehobene Schlüsselstellung des Krankenhausarztes bei der Konkretisierung des Rahmenrechtes des Versicherten, die durch [§§ 275 bis 277 SGB V](#) aufgrund der besonderen Sachkunde und Unabhängigkeit gesetzlich angeordnete Mitwirkung des MDK bei der Überprüfung medizinischer Entscheidungen der Leistungsträger, sondern vor allem die verbindliche Geltung der vertraglichen Vereinbarungen nach [§ 112 Abs. 2 Satz 1](#) und 2 SGB V missachten und unterlaufen. Insbesondere die vom BSG - zu Recht - für erforderlich gehaltene Beurteilung der Fragen der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit aus einer „ex-ante-Sicht“ würde bei einer Einschaltung eines gerichtlichen Sachverständigen erschwert oder unmöglich, obwohl bei vertragsgerechtem Verhalten der Beteiligten eine solche Betrachtungsweise bei unverzüglicher Einschaltung des MDK zumindest für einen Teil der (zukünftig vorzunehmenden) Behandlungsmaßnahmen ohne weiteres möglich gewesen wäre.

Schließlich kann bei der Klärung dieser Frage für den konkreten Fall nicht außer Betracht bleiben, dass durch die erforderlichen medizinischen Überprüfungsmaßnahmen nicht unerhebliche Kosten entstehen, die bei einer Verlagerung der medizinischen Aufklärung auf die Sozialgerichte diesen aufgebürdet würden, obwohl der Krankenhausüberprüfungsvertrag durch die abgestuften Mitwirkungspflichten der Beteiligten insoweit auch ihre Kostenbeteiligungspflicht regelt. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass die Beklagte die Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit ihrer Versicherten nicht - wie in der Vergangenheit - in Einzelfällen, sondern bei einer großen Zahl der stationär behandelten Versicherten pauschal bestreitet und damit bei den Berliner Sozialgerichten bisher ca. 5.600 Rechtsstreite herbeigeführt hat.

Da die Beklagte sich unter Berufung auf die Darlegungs- und Beweislast der Klägerin für die Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit jeder Mitwirkung an der Überprüfung der medizinischen Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung entzieht, und - wie der vorliegende Rechtsstreit zeigt - nicht einmal Verwaltungsvorgänge in dem üblichen und erforderlichen Umfange vorlegt, könnte sie bei unbeschränkter Amtsermittlungspflicht der Sozialgerichte einen nicht unerheblichen Teil der ihr entstehenden Verwaltungskosten in einem Bereich der Massenverwaltung auf die Sozialgerichte abwälzen. Darüber hinaus würde die gerichtliche Beauftragung von Sachverständigen zur medizinischen Aufklärung erfahrungsgemäß auch so viel Zeit in Anspruch nehmen, dass sich die Beklagte bei der praktizierten pauschalen Kürzung eines Teils aller Krankenhauskosten nicht nur einen - wettbewerbsverzerrenden - Vorteil gegenüber anderen Krankenkassen verschaffen, sondern außerdem die Krankenhäuser in Liquiditätsengpässe stürzen und - wie vom Berliner Rechnungshof bereits gerügt - zur Aufnahme von Krediten zur Abdeckung ihrer Behandlungskosten zwingen würde (vgl. Berliner Zeitung vom 24. Januar 2001, S. 21). Dadurch würde auf lange Sicht bei der bereits einsetzenden Nachahmung durch eine weitere große Berliner Krankenkasse und einem streitigen Betrag in diesem und den bereits anhängigen Parallelverfahren von ca. 38 Millionen DM sogar der Sicherstellungsauftrag für die stationäre Versorgung der Versicherten gefährdet ([§ 72 ff SGB V](#)).

8. Bei Zugrundelegung dieser rechtlichen Erwägungen ist der Zahlungsanspruch der Klägerin begründet. Er ist durch die Inanspruchnahme ihrer Leistungen durch die Versicherte der Beklagten entstanden, weil die Krankenhausärzte der Klägerin die Aufnahme der Versicherten ins Krankenhaus der Klägerin veranlasst und weitere diagnostische und therapeutische Maßnahmen vorgenommen und damit den Behandlungsanspruch der Versicherten konkretisiert und erfüllt haben. Die Klägerin ist darüber hinaus auch ihren vertraglichen Verpflichtungen aus dem Krankenhausbehandlungs- und Krankenhausüberprüfungsvertrag nachgekommen, in dem sie die Beklagte rechtzeitig über die Aufnahme ihrer Versicherten und die Aufnahmediagnose sowie die durchgeführten Behandlungsmaßnahmen informiert hat.

Demgegenüber ist die Beklagte mit Einwendungen gegen die Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit ausgeschlossen. Denn sie hat durch die Verweigerung einer vollen Kostenübernahme, die nur teilweise Bezahlung der Krankenhausrechnung und weitere Schreiben zu erkennen gegeben, dass sie den Zahlungsanspruch der Klägerin ohne die ihr obliegende Mitwirkung an dem vertraglich vereinbarten

Überprüfungsverfahren hinsichtlich des streitigen Betrages nicht erfüllen will. Ihren Verwaltungsvorgängen und ihrem Vorbringen im sozialgerichtlichen sowie im Berufungsverfahren ist zu entnehmen, dass sie weder einen medizinischen Kurzbericht des Krankenhauses angefordert noch den MDK zur weiteren Überprüfung eingeschaltet hat und solche Schritte auch weiterhin nicht veranlassen will. Im Hinblick auf diese Weigerung durfte der Senat auch darauf verzichten, die Durchführung des dargestellten Überprüfungsverfahrens durch die Beteiligten anzuregen.

9. Selbst wenn man aber der Auffassung des Senats zu den Folgen einer Verletzung des Krankenhausbehandlungs- und Krankenhausüberprüfungsvertrages sowie zur Begrenzung der Amtsermittlungspflicht durch eine erweiterte Mitwirkungspflicht der Beteiligten nicht folgen würde, bestünde gleichwohl keine Notwendigkeit zur weiteren Sachaufklärung durch das Gericht.

Es steht zur Überzeugung des Senats fest, dass die durch die Krankenhausärzte mit der Aufnahmeanzeige mitgeteilten Diagnosen, die weiteren im Krankenhaus veranlassten Untersuchungen und die vorgenommenen Behandlungsmaßnahmen wegen der Schwere der Erkrankung der Versicherten Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit für die Zeit der stationären Behandlung begründeten. Durch die befristete Kostenübernahmeerklärung hat die Beklagte die Erforderlichkeit der Krankenhausbehandlung dem Grunde nach anerkannt und nachvollziehbare Einwendungen gegen die Dauer der Krankenhausbehandlung im Einzelfall - die insoweit zu begründeten Zweifeln des Senats Anlass geben könnten - nicht erhoben.

Die Veranlassung weiterer Aufklärungsmaßnahmen durch das Gericht wäre deshalb nicht durch das Amtsermittlungsprinzip gedeckt, sondern stellte eine inquisitorische Sachaufklärung „ins Blaue hinein“ dar, zumal die Beklagte nicht einmal in ihrem Klage- und Berufungsvorbringen die Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit selbst bestritten, sondern eine Stellungnahme dazu von weiterem Sachvortrag und Beweisen der Klägerin zur medizinischen Erforderlichkeit der stationären Heilbehandlungsmaßnahmen abhängig gemacht hat, zu der die Klägerin im vorliegenden Verfahren - wie dargelegt - nicht verpflichtet ist.

C. Der Zinsanspruch beruht auf § 12 Abs. 5 Krankenhausbehandlungsvertrag.

Nach alledem konnte die Berufung der Beklagten keinen Erfolg haben.

D. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#).

Die Revision ist gemäß [§ 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG](#) zugelassen worden, weil die Rechtssache grundsätzliche Bedeutung hat. Diese ergibt sich aus den Rechtsfolgen des Krankenhausbehandlungs- und Krankenhausüberprüfungsvertrages auf das Abrechnungsverhältnis zwischen Krankenkasse und Krankenhaus sowie deren daraus resultierenden besonderen Mitwirkungspflichten. Sie beruht darüber hinaus auch auf der Tatsache, dass in Berlin - wie bereits dargelegt - derzeit etwa 5.600 Rechtsstreite über Parallelfälle über einen streitigen Betrag in Höhe von ca. 38 Millionen DM anhängig sind und der Entscheidung dieses Rechtsstreits damit erhebliche wirtschaftliche Bedeutung zukommt.

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2003-08-13