

L 9 KR 691/17 B ER

Land
Freistaat Sachsen
Sozialgericht
Sächsisches LSG
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
9
1. Instanz
SG Dresden (FSS)
Aktenzeichen
S 25 KR 317/17 ER
Datum
29.09.2017
2. Instanz
Sächsisches LSG
Aktenzeichen
L 9 KR 691/17 B ER
Datum
26.02.2019
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Beschluss
Leitsätze

1. Ein Anordnungsgrund für den Erlass einer einstweiligen Anordnung setzt bei einem Abrechnungsstreit zwischen einem Leistungserbringer und der Krankenkasse regelmäßig voraus, dass der Leistungserbringer eine Existenzgefährdung darlegt und glaubhaft macht.
2. Eine besondere Eilbedürftigkeit kann auch gegeben sein, wenn das Vorgehen der Krankenkasse in einer Vielzahl von Fällen als rechtsmissbräuchlich zu bewerten ist oder aus anderen Gründen offensichtlich gegen die im Abrechnungsverhältnis zu beachtenden rechtlichen Vorgaben verstößt.
3. Es entspricht den für das Abrechnungsverhältnis maßgeblichen gesetzlichen und untergesetzlichen Vorgaben, dass das Krankenhaus vor/bei Aufnahme eine Prüfung der Erforderlichkeit stationärer Krankenhausbehandlung vornimmt und die Krankenkasse erst während bzw. nach Abschluss derselben.
I. Auf die Beschwerde der Antragsgegnerin wird der Beschluss des Sozialgerichts Dresden vom 29. September 2017 aufgehoben und der Antrag auf Gewährung einstweiligen Rechtsschutzes abgelehnt.

II. Die Antragstellerin trägt die Kosten des Verfahrens in beiden Rechtszügen.

III. Der Streitwert wird für beide Rechtszüge auf 2.500,00 EUR festgesetzt.

Gründe:

I.

Die Beteiligten streiten darüber, ob die Antragstellerin und Beschwerdegegnerin (nachfolgend: Antragstellerin) berechtigt ist, von Versicherten der Antragsgegnerin und Beschwerdeführerin (nachfolgend: Antragsgegnerin), die als chronische Schmerzpatienten zur stationären multimodalen Schmerztherapie in ihr Krankenhaus eingewiesen werden, vor der Aufnahme eine Erklärung der Antragsgegnerin über die Anerkennung der stationären Behandlungsnotwendigkeit zu verlangen.

Die Antragstellerin ist Trägerin eines in den Krankenhausplan des Freistaates Sachsen aufgenommenen Plankrankenhauses (Teil II; KH-Nr ...; Hauptabteilung: Chirurgie). Nach eigenen Angaben entfallen rund 10 v. H. der von ihr durchgeführten und abgerechneten Behandlungsfälle auf stationäre Schmerzbehandlungen (sog. multimodale Schmerztherapie). In nahezu allen stationären Behandlungen in diesem Bereich führt die Antragsgegnerin nach Abschluss der Behandlung und Rechnungslegung - unter Beauftragung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) - eine Prüfung der primären Fehlbelegung (d. h. Prüfung der Notwendigkeit der stationären Aufnahme an sich) durch. In zahlreichen Fällen nimmt die Antragsgegnerin in der Folge eine vollständige Rechnungskürzung und Verrechnung mit (unstreitigen) Vergütungsforderungen der Antragstellerin vor. Die Antragstellerin ging daraufhin dazu über, von den betreffenden Versicherten formularmäßig eine Kostenübernahmeerklärung der Antragsgegnerin abzufordern und diese vor der stationären Aufnahme vorzulegen. In dieser heißt es:

"Ihre geplante stationäre Schmerztherapie

Sehr geehrte/r ,

durch Ihren Arzt wurden Sie zur stationären Behandlung in das Orthopädische Zentrum eingewiesen.

Hiermit bestätigen wir Ihnen den Eingang Ihrer Einweisung (Verordnung von Krankenhausbehandlung).

Bitte haben Sie dafür Verständnis, dass wir Ihnen heute noch keinen verbindlichen Termin für Ihre stationäre Krankenhausbehandlung mitteilen können. In der jüngeren Vergangenheit kam es zu massiven Auseinandersetzungen zwischen unserem Haus und gesetzlichen Krankenkassen, da vermehrt von Seiten der Krankenkasse angezweifelt wurde, dass die Schmerztherapie tatsächlich stationär erfolgen müsse. Sie werden verstehen, dass wir die mit einer nachträglichen Prüfung der Notwendigkeit einer stationären Behandlung verbundenen Risiken nicht eingehen können, da die Krankenkassen dann die von uns erbrachten Leistungen gar nicht bezahlen und uns nur sehr eingeschränkte Möglichkeiten zur Verfügung stehen, die für den Betrieb unseres Krankenhaus erforderlichen Entgelte auch tatsächlich zu erhalten.

Nachdem es sich vorliegend nicht um eine Notfallbehandlung handelt, müssen wir zur Vermeidung späterer Auseinandersetzungen mit Ihrem Krankenversicherer darauf bestehen, dass uns bereits vor Durchführung der stationären Behandlung eine schriftliche Kostenübernahmeerklärung Ihrer Krankenversicherung vorgelegt wird, mit der diese erklärt, dass gegen die medizinische Notwendigkeit der vollstationären Behandlung in Ihrem Fall keine Einwände erhoben werden. Einen entsprechenden Vordruck für eine von der Krankenkasse abzugebende Erklärung fügen wir in der Anlage bei.

Bitte wenden Sie sich damit umgehend an Ihre Krankenkasse. Eine Kopie Ihrer Krankenhauseinweisung legen wir dafür als Anlage bei.

Für Ihre Rückfragen stehen wir Ihnen unter der Telefon-Nummer gern zur Verfügung."

Dem Anschreiben beigefügt ist eine formularmäßige - mit Unterschrift und Stempel der Antragsgegnerin zu versehen - Erklärung mit folgendem Wortlaut:

"Hiermit wird bestätigt, dass der Patient/die Patientin: KV-Nr.: bei uns gesetzlich krankenversichert ist und von unserer Seite keine Einwände gegen die medizinische Notwendigkeit einer vollstationären Behandlung des/der vorstehend genannten Patientin/Patienten im Rahmen der mit der Verordnung von Krankenhausbehandlungen vom durch den/die niedergelassene(n) Arzt/Ärztin ärztlich verordneten stationären Schmerztherapie erhoben werden.

Mit dieser Erklärung sind keine sonstigen, über die Anerkennung der medizinischen Notwendigkeit einer vollstationären Behandlung hinausgehenden präjudizierenden Erklärungen der Krankenkasse abgegeben."

In einigen Fällen gab bzw. gibt die Antragsgegnerin gegenüber ihren Versicherten eine entsprechende Kostenübernahmeerklärung - unter Verwendung des Vordrucks der Antragstellerin oder eines eigens formulierten Schreibens (unter Befristung) - ab. In zahlreichen anderen Fällen lehnt(e) sie dies jedoch - unter gleichzeitigem Hinweis auf die für Versicherte als Sachleistung kostenfrei zu erbringende Krankenhausbehandlung - mit folgender Begründung ab:

"Sehr geehrte/r

Sie haben eine Verordnung zur Krankenhausbehandlung für das Fachklinikum eingereicht. Diese Klinik ist eine Vertragsklinik. Auf Grund der ärztlichen Verordnung vom wenden Sie sich bitte an diese Klinik. Eine Genehmigung ist vorab von uns nicht notwendig.

Gemäß [§ 39](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) ist vom aufnehmenden Krankenhaus zu prüfen und zu entscheiden, ob eine Aufnahme ins Krankenhaus medizinisch erforderlich ist. Eine Vorab-Prüfung durch die Krankenkasse bzw. den MDK ist nicht vorgesehen und kann durch das Krankenhaus nicht gefordert werden.

Eignung, Erforderlichkeit und Wirtschaftlichkeit und somit die Einschätzung der eingesetzten Methode im Krankenhaus als übereinstimmend mit [§ 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) erfolgt grundsätzlich präventiv durch das Krankenhaus selbst. Es trägt die Verantwortung und muss im Rahmen einer Prüfung durch den Krankenhausversicherungsträger im Einzelfall darlegen, dass die zur Anwendung gekommene Methode dem anerkannten Stand der medizinischen Kenntnis entspricht. Das Risiko einer Fehleinschätzung kann das Krankenhaus nicht an Versicherte oder den Krankenhausversicherungsträger delegieren.

Vor diesem Hintergrund scheidet eine schriftliche Bestätigung durch uns aus. "

Parallel hierzu wandte sich die Antragsgegnerin mit Schreiben vom 15. März 2017 an die Antragstellerin, in welchem es u. a. heißt:

" Hiermit fordern wir Sie auf, es ab sofort zu unterlassen, unseren Versicherten vor der stationären Aufnahme vorgefertigte Kostenübernahmeerklärungen im Hinblick auf konkrete diagnostische oder therapeutische Maßnahmen auszuhändigen. Wir fordern Sie ebenfalls auf, es ab sofort zu unterlassen, gegenüber unseren Versicherten vergütungsrechtliche Auseinandersetzungen zwischen Krankenhaus und Krankenkasse zu thematisieren.

Ihr Verhalten unseren Versicherten gegenüber ist rechtswidrig. Daher werden wir nicht zögern, rechtliche Schritte zu ergreifen, sollten Sie weiter daran festhalten.

Wie Ihnen bekannt ist, erfordert die Behandlung von Versicherten der GKV keine vorherige auf eine konkret zu erbringende medizinische Leistung bezogene Kostenübernahmeerklärung der Krankenkasse. Als zugelassener Leistungserbringer sind Sie im Rahmen ihres Versorgungsauftrages gemäß [§ 109 Abs. 4 Satz 2 SGB V](#) verpflichtet, gesetzlich Versicherte ohne vorherige Kostenübernahmeerklärung der Krankenkasse bei medizinischer Notwendigkeit stationär aufzunehmen, wenn eine Mitgliedsbestätigung der Krankenkasse gemäß [§ 4 Abs. 3](#) des Vertrages nach [§ 112 Abs. 2 SGB V](#) vorliegt. "

Hiergegen hat die Antragstellerin am 31. März 2017 Klage zum Sozialgericht Dresden (SG) erhoben (S 25 KR 320/17) und zugleich die Gewährung einstweiligen Rechtsschutzes beantragt. Sie hat vorgetragen, die Entscheidung über die Notwendigkeit stationärer

Krankenhausbehandlung sei bei chronischen Schmerzpatienten schwierig, hänge von zahlreichen individuellen Faktoren der Patienten ab und könne im Nachhinein durch Sachverständige - sei es des MDK oder gerichtlich beauftragte Ärzte - nur unzureichend überprüft werden. Dies liege zum einen daran, dass es zur Behandlung chronischer Schmerzpatienten keine festgelegten Behandlungspfade gebe, vielmehr immer wieder ein Paradigmenwechsel zu verzeichnen sei und daher die Meinungen der einbezogenen Ärzte und Sachverständigen oft weit auseinandergingen. Zum anderen daran, dass die im Rahmen der nachträglichen Prüfung/Begutachtung geforderte Dokumentation regelmäßig nicht in ausreichender Weise erstellt werden könne, da - worauf auch im Begutachtungsleitfaden der Sozialmedizinischen Expertengruppe (SEG 4) im MDK "Begutachtung des OPS-Komplexkodes 8-918 Multimodale Schmerztherapie" (Stand: November 2012) hingewiesen werde - sowohl für die Behandlung als auch für die Begutachtung ein "einheitliches Schema" bzw. "harte Kriterien" fehlten. Mittlerweile seien zwischen ihr und der Antragsgegnerin allein vor dem SG weit über 100 Klageverfahren zur Frage der stationären Behandlungsnotwendigkeit bei chronischen Schmerzpatienten anhängig. Daher sei sie, die Antragstellerin, dazu übergegangen, von ihren Patienten - mit Ausnahme von Notfallbehandlungen - vorab eine Erklärung über die Notwendigkeit stationärer Behandlung der Antragsgegnerin zu verlangen. Durch diese Vorgehensweise könnten die von der Antragsgegnerin gerügten Fälle primärer Fehlbelegung sowie zahlreiche hiermit im Zusammenhang stehende (u. U. gerichtliche) Auseinandersetzungen vermieden oder zumindest deutlich reduziert werden. Dies führe zum einen zu einer größeren Planungssicherheit für das Krankenhaus, zum anderen zur Schonung der Ressourcen des Gesundheitswesens insgesamt. Diese Vorgehensweise sei auch legitim, da die Vorabbeurteilung und -entscheidung durch die Krankenkasse nicht generell ausgeschlossen, sondern vielmehr, etwa auf Antrag des Versicherten nach [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) in Fällen, in denen das Bestehen eines Sachleistungsanspruchs zweifelhaft sei, gesetzlich vorgesehen sei. Der Gesetzgeber habe zudem zur Verfahrensbeschleunigung in [§ 13 Abs. 3a SGB V](#) eine Regelung zur Genehmigungsfiktion aufgenommen. Nichts anderes als dieses Verfahren werde seitens der Antragstellerin den Patienten angeraten. Das Verhalten der Antragsgegnerin sei willkürlich und führe zu einem erheblichen Kostenrisiko. Die Beanstandungen der Antragsgegnerin beträfen 10 v. H. der jährlich durchgeführten und abgerechneten Behandlungsfälle und einen Forderungsausfall von rund 30 v. H. des Jahresumsatzes. Angesichts dessen sowie der bekannten Verfahrensdauer vor den Sozialgerichten sei ein Abwarten der Entscheidung in der Hauptsache für sie unzumutbar.

Die Antragsgegnerin hat vorgetragen, das Verhalten der Antragstellerin verstoße gegen die gesetzlichen und vertraglichen Vorgaben der Leistungserbringung und -vergütung. Nach [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) sowie der im Freistaat Sachsen geltenden Vereinbarung nach [§ 112 Abs. 2 Nr. 1](#) und 2 SGB V zu den allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung (nachfolgend: Landesvertrag - LV) sei das Krankenhaus bzw. der Krankenhausarzt zur eingehenden Aufnahmeuntersuchung in eigener Verantwortung verpflichtet. Außermedizinische Umstände, wie etwa das Vorhandensein ambulanter Versorgungsmöglichkeiten im Einzugsgebiet, seien nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung für die in diesem Zusammenhang zu treffende Entscheidung irrelevant. Das Vergütungsrisiko trage nach der gesetzgeberischen Wertung das Krankenhaus. Weder nach dem SGB V noch nach dem LV seien die Versicherten verpflichtet, vor Aufnahme in das Krankenhaus eine Kostenübernahmeerklärung ihrer Krankenkasse vorzulegen. Nach [§ 4 Abs. 3 LV](#) sei lediglich eine Erklärung der Krankenkasse über das Bestehen der Mitgliedschaft vorgesehen. Die Wirkung eines deklaratorischen Schuldanerkenntnisses komme der Übersendung des Kostenübernahmesatzes nach [§ 4 Abs. 2 LV](#) gerade nicht zu. Soweit die Antragstellerin das Recht des Versicherten nach [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) anführe, sei klarstellend darauf hinzuweisen, dass der Sachleistungs- bzw. Kostenerstattungsanspruch des Patienten gegenüber seiner Krankenkasse (Versicherungsverhältnis) und auch das Verhältnis zwischen Patient und Krankenhaus (Behandlungsverhältnis) strikt von den Vergütungsbeziehungen zwischen Krankenhaus und Krankenkasse (Abrechnungsverhältnis) zu scheiden sei. Entscheidungen in einem Verhältnis entfalteteten für die jeweils anderen Rechtsbeziehungen keinerlei Bindungswirkung. Die von ihr, der Antragsgegnerin, vorgenommenen Verrechnungen seien jeweils auf der Grundlage schlüssiger Gutachten des MDK erfolgt. Dies belege nicht zuletzt der Ausgang von rund 1.800 Klageverfahren eines anderen Krankenhauses, bei welchem ebenfalls in großem Umfang Auffälligkeitsprüfungen durchgeführt worden seien. Für den gerichtlichen Erlass einer einstweiligen Anordnung bestehe daher kein Anlass.

Mit Beschluss vom 29. September 2017 hat das SG dem Antrag der Antragstellerin stattgegeben und festgestellt, dass die Antragstellerin bis zu einer Entscheidung in der Hauptsache zulässig von den Patienten, die zu einer stationären Schmerzbehandlung in das Krankenhaus der Antragstellerin eingewiesen wurden, vor Aufnahme zur stationären Behandlung eine Erklärung der Antragsgegnerin über die Anerkennung der stationären Behandlungsnotwendigkeit verlangen könne. Zur Begründung hat es ausgeführt, dem Antrag nach [§ 86b Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) auf vorläufige Feststellung des Bestehens eines Rechtsverhältnisses sei stattzugeben gewesen, da die in der Hauptsache erhobene Feststellungsklage zulässig sei, insbesondere von der Antragstellerin mit einem rechtlich schützenswerten Feststellungsinteresse verfolgt werde und nach summarischer Prüfung Aussicht auf Erfolg biete. Bereits aus dem Wirtschaftlichkeitsgebot in [§ 12 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) ergebe sich, dass die Krankenkasse im Regelfall, d. h. abgesehen von medizinischen Notfällen, vorab die Notwendigkeit medizinischer Leistungen im Rahmen eines Verwaltungsverfahrens prüfe und das Ergebnis ihrer Prüfung dem Versicherten in Form eines Verwaltungsaktes mitteile. Dies gelte auch für den Bereich der Krankenhausbehandlung. Durch die nach [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) i. V. m. dem LV vorgesehene Aufnahmeentscheidung des Krankenhauses bzw. des Krankenhausarztes werde demgegenüber keine verbindliche Rechtsentscheidung über das Bestehen oder Nichtbestehen von Leistungsansprüchen der Versicherten getroffen. Stationäre Krankenhausbehandlung werde im Regelfall vom Vertragsarzt verordnet. [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) stelle in diesem Zusammenhang lediglich klar, dass sich das Krankenhaus auf die Beurteilung des Vertragsarztes nicht verlassen dürfe, sondern die Erforderlichkeit stationärer Krankenhausbehandlung eigenverantwortlich zu prüfen habe. In Fällen unklarer Verordnungen - etwa im Bereich des Kassenarztrechts in Fällen des sog. off-label-use - sei höchstrichterlich anerkannt, dass die Krankenkasse dem Leistungserbringer zur Vermeidung eines Regresses eine Vorab-Prüfung ermöglichen müsse. Diese Grundsätze seien auf den vorliegenden Bereich der Verordnung von Krankenhausbehandlung übertragbar. Der Erlass einer einstweiligen Anordnung sei auch zur Abwendung wesentlicher Nachteile für die Antragstellerin erforderlich. Dies gelte zum einen unter Berücksichtigung der angenommenen Erfolgsaussichten der Klage in der Hauptsache. Zum anderen sei das von der Antragstellerin dargelegte Vergütungsrisiko höher zu bewerten als das Risiko der Antragsgegnerin, die nach der getroffenen Anordnung ohnehin nur für diejenigen stationären Krankenhausbehandlungen aufkommen müsse, die sie selbst (bzw. der MDK) für erforderlich erachtet habe, und dies auch nur dem Grunde nach.

Hiergegen richtet sich die am 27. Oktober 2017 eingelegte Beschwerde der Antragsgegnerin. Das SG habe das in [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) vorgesehene Regel-Ausnahme-Verhältnis für sämtliche Aufnahmeentscheidungen diametral umgekehrt und nahezu keine an den gesetzlichen Vorgaben orientierte Interessenabwägung vorgenommen. Auch eine klare Trennung von Sachleistungs- bzw. Kostenerstattungsanspruch des Patienten gegenüber seiner Krankenkasse bzw. dessen Behandlungsverhältnisses gegenüber dem Krankenhaus vom Abrechnungs- und Vergütungsverhältnis zwischen Krankenhaus und Krankenkasse lasse die Entscheidung des SG vermissen. Der von der Antragstellerin behauptete Anspruch sei systemfremd und bedeute im Ergebnis, dass der MDK regelhaft vor jeglicher stationärer Krankenhausbehandlung eingeschaltet werden könne und auf Antrag auch müsse. Damit wäre der MDK selbst bei einer

regelmäßigen Begutachtung ausschließlich nach Aktenlage bereits personell völlig überfordert. Das Ansinnen der Antragstellerin gehe über den gesetzlichen Auftrag des MDK weit hinaus. Das von ihr angeführte Kosten- bzw. Vergütungsrisiko trage sie zudem nach der gesetzgeberischen Vorstellung wie alle anderen Krankenhäuser auch. Ein besonderes/gesteigertes Risiko, welches eine besondere Eilbedürftigkeit rechtfertige, sei darin nicht zu sehen.

Die Antragsgegnerin beantragt,

den Beschluss des Sozialgerichts Dresden vom 29. September 2017 aufzuheben und den Antrag auf Gewährung einstweiligen Rechtsschutzes abzulehnen.

Die Antragstellerin beantragt,

die Beschwerde zurückzuweisen.

Sie hält die erstinstanzliche Entscheidung für zutreffend. Ergänzend führt sie aus, nach § 6 Abs. 2 Satz 2 der vom Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) erlassenen Richtlinie über die Verordnung von Krankenhausbehandlung (Krankenhauseinweisungs-Richtlinie - KE-RL) sei die Verordnung stationärer Krankenhausbehandlung vom Patienten vor der Aufnahme der Krankenkasse vorzulegen. Dies ergebe nur Sinn, wenn die Krankenkasse dann auch vor der Aufnahme eine Entscheidung über die stationäre Behandlungsnotwendigkeit treffe. Es sei nicht ersichtlich, warum dann nicht auch der MDK im Vorfeld eingeschaltet werden könne, zumal er in nahezu allen Behandlungsfällen von der Antragsgegnerin nachträglich beauftragt werde. Für den Behandlungsanspruch des Patienten wie auch für den Vergütungsanspruch des Krankenhauses reiche es nicht aus, dass die stationäre Behandlung bei Aufnahme erforderlich erscheine; vielmehr müsse sie aus medizinischer Sicht zwingend erforderlich sein. Dies zu beurteilen sei auch und gerade bei chronischen Schmerzpatienten nach der Entlassung aus dem Krankenhaus nur noch erschwert möglich. Zu berücksichtigen sei auch, dass in Budgetverhandlungen mit den Krankenkassen ausdrücklich gesondert die Erbringung der stationären Schmerztherapie vereinbart worden sei, und dies nicht zuletzt deshalb, weil bekanntlich im räumlichen Einzugsbereich der Antragstellerin die ambulante Erbringung der erforderlichen komplexen Leistungen nicht in ausreichendem Umfang gewährleistet sei. Die besondere Eilbedürftigkeit ergebe sich sowohl aus dem Interesse der betroffenen Patienten an zeitnaher Behandlung als auch aus dem erheblichen wirtschaftlichen Risiko der Antragstellerin bei durchschnittlich 40 Behandlungsfällen im Jahr und einem Vergütungsvolumen von rund 80.000,00 EUR.

Dem Senat haben die Verwaltungsakte der Antragsgegnerin sowie die Gerichtsakten beider Rechtszüge vorgelegen.

II.

Die zulässige Beschwerde ist begründet. Das SG hat zu Unrecht eine einstweilige Anordnung erlassen.

Nach [§ 86b Abs. 2](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) kann das Gericht der Hauptsache auf Antrag eine einstweilige Anordnung in Bezug auf den Streitgegenstand treffen, wenn die Gefahr besteht, dass durch eine Veränderung des bestehenden Zustandes die Verwirklichung des Rechts des Antragstellers vereitelt oder wesentlich erschwert werden könnte (sog. Sicherungsanordnung). Eine einstweilige Anordnung ist auch zur Regelung eines vorläufigen Zustands in Bezug auf ein streitiges Rechtsverhältnis zulässig, wenn eine solche Regelung zur Abwendung wesentlicher Nachteile nötig erscheint (sog. Regelungsanordnung). In beiden Fällen ist Voraussetzung für den Erlass einer einstweiligen Anordnung das Vorliegen eines Anordnungsanspruchs und eines Anordnungsgrundes. Dabei bezieht sich der Anordnungsanspruch auf den im Hauptsacheverfahren streitigen Anspruch und damit auf die Erfolgsaussichten in der Hauptsache. Der Anordnungsgrund betrifft die Frage der Dringlichkeit oder Eilbedürftigkeit und stellt damit den Grund für den einstweiligen Rechtsschutz dar. Als Anordnungsgrund verlangt das Gesetz für die Sicherungsanordnung eine Gefahr für die Verwirklichung eines Rechts des Antragstellers ([§ 86b Abs. 2 Satz 1 SGG](#)) und für die Regelungsanordnung die Abwendung wesentlicher Nachteile ([§ 86b Abs. 2 Satz 2 SGG](#)). Es muss ein gewichtiges Interesse des Antragstellers vorliegen, aufgrund dessen es ihm nicht zumutbar ist, die Entscheidung in der Hauptsache abzuwarten. Die Tatsachen, die den Anordnungsanspruch und den Anordnungsgrund begründen sollen, sind darzulegen und glaubhaft zu machen ([§ 86b Abs. 2 Satz 4](#) in Verbindung mit [§ 920 Abs. 2](#) Zivilprozessordnung [ZPO]).

Bei der Auslegung und Anwendung der Regelungen über den vorläufigen Rechtsschutz sind die Gerichte gehalten, der besonderen Bedeutung der betroffenen Grundrechte, insbesondere desjenigen aus [Art. 19 Abs. 4](#) Grundgesetz (GG), Rechnung zu tragen. Die Gewährleistung effektiven Rechtsschutzes nach [Art. 19 Abs. 4 GG](#) verlangt grundsätzlich die Möglichkeit eines Eilverfahrens, wenn ohne sie dem Betroffenen eine erhebliche, über Randbereiche hinausgehende Verletzung in seinen Rechten droht, die durch die Entscheidung in der Hauptsache nicht mehr beseitigt werden kann (vgl. BVerfG, Beschluss vom 16. Mai 1995 - [1 BvR 1087/91](#) - [BVerfGE 93, 1](#), 14; Beschluss vom 25. Oktober 1988 - [2 BvR 745/88](#) - [BVerfGE 79, 69](#), 74). Dies gilt sowohl für Anfechtungs- als auch für Vornahmesachen. Hierbei dürfen die Entscheidungen der Gerichte grundsätzlich sowohl auf eine Folgenabwägung wie auch auf eine summarische Prüfung der Erfolgsaussichten in der Hauptsache gestützt werden (BVerfG, Kammerbeschluss vom 12. Mai 2005 - [1 BvR 569/05](#) - [Breith. 2005, 803](#), 806; Kammerbeschluss vom 27. Mai 1998 - [2 BvR 378/98](#) - [NVwZ-RR 1999, 217](#), 218). Ist die Klage in der Hauptsache offensichtlich unzulässig oder offensichtlich unbegründet, ist der Antragsteller nicht schutzwürdig. Der Antrag ist in diesem Fall abzulehnen, auch wenn ein Anordnungsgrund anzunehmen wäre. Ist die Klage offensichtlich zulässig und offensichtlich begründet, vermindern sich die Anforderungen an den Anordnungsgrund. Bei offenem Ausgang des Hauptsacheverfahrens ist eine umfassende Interessenabwägung erforderlich. Dabei darf die einstweilige Anordnung grundsätzlich die endgültige Entscheidung in der Hauptsache nicht vorwegnehmen (Keller in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer/Schmidt, SGG, 12. Auflage, § 86 b Rn. 27 ff.).

Ausgehend von diesen Maßstäben ist der Beschluss des SG zu Unrecht ergangen. Denn die Voraussetzungen für den Erlass einer einstweiligen Anordnung sind nicht erfüllt. Die Klage in der Hauptsache ist jedenfalls nicht offensichtlich zulässig und begründet (dazu unter 1.). Ein Anordnungsgrund nach [§ 86b Abs. 2 Satz 4 SGG](#) i. V. m. [§ 920 Abs. 2 ZPO](#) und damit die Notwendigkeit einer Entscheidung im einstweiligen Rechtsschutz zur Abwendung wesentlicher Nachteile ist von der Antragstellerin schon nicht glaubhaft gemacht. Es drohen keine wesentlichen Nachteile, zu deren Abwendung der Erlass einer einstweiligen Anordnung notwendig ist. Der Antragstellerin ist ein Abwarten der Entscheidung in der Hauptsache zumutbar; eine Vorwegnahme derselben ist nicht veranlasst (dazu unter 2.).

1. Die maßgeblichen rechtlichen Vorgaben für die Prüfung der Erforderlichkeit vollstationärer Krankenhausbehandlung vor/bei Aufnahme bzw. bei/nach Entlassung ergeben sich insbesondere aus dem SGB V und der auf dieser Grundlage nach [§ 112 Abs. 2 Nr. 1](#) und 2 SGB V getroffenen landesrechtlichen Vereinbarung (LV) sowie der auf dieser Grundlage nach [§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V](#) vom GBA erlassenen KE-RL (zuletzt geändert am 16. März 2017 - BAnz. AT 07.06.2017); ferner aus dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) und der auf dieser Grundlage nach [§ 17c Abs. 2 KHG](#) erlassenen Prüfverfahrensvereinbarung (PrüfvV).

Nach [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) haben Versicherte Anspruch auf vollstationäre oder stationsäquivalente Behandlung durch ein nach [§ 108](#) zugelassenes Krankenhaus, wenn die Aufnahme oder die Behandlung im häuslichen Umfeld nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- oder nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann. Im Wesentlichen inhaltsgleiche Bestimmungen finden sich in [§ 5 Abs. 1 LV](#) und [§ 2 Abs. 3 KE-RL](#). In [§ 6 Abs. 1 LV](#) ist ferner geregelt, dass die Notwendigkeit und Art der Krankenhausbehandlung vor der Aufnahme des versicherten Patienten durch unverzügliche eingehende Untersuchung - auch bei Notfällen - unter Beachtung der Grundsätze des [§ 39 SGB V](#) von einem Krankenhausarzt festgestellt wird (Aufnahmeuntersuchung). In [§ 2 Abs. 8 KE-RL](#) ist entsprechend geregelt, dass über die Aufnahme in das Krankenhaus zur stationären Behandlung und über die Art der Behandlung das Krankenhaus entscheidet. Nach [§ 17c Abs. 1 Nr. 1 KHG](#) wirkt der Krankenhausträger durch geeignete Maßnahmen darauf hin, dass keine Patienten in das Krankenhaus aufgenommen werden, die nicht der stationären Krankenhausbehandlung bedürfen.

Nach [§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) sind die Krankenkassen in bestimmten Fällen oder wenn es nach Art, Schwere, Dauer und Häufigkeit der Erkrankung oder nach dem Krankheitsverlauf erforderlich ist, verpflichtet, bei Erbringung von Leistungen, insbesondere zur Prüfung von Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistung, sowie bei Auffälligkeiten zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung, eine gutachtliche Stellungnahme des MDK einzuholen. Nach [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) ist bei Krankenhausbehandlung nach [§ 39](#) die Prüfung zeitnah, spätestens sechs Wochen nach Eingang der Abrechnung bei der Krankenkasse einzuleiten und durch den MDK dem Krankenhaus anzuzeigen (Sätze 1 und 2). Nach [§ 3 PrüfV](#) hat die Krankenkasse die von dem Krankenhaus übermittelten Leistungs- und Abrechnungsdaten im Hinblick auf die Wirtschaftlichkeit der Krankenhausleistungen und Korrektheit deren Abrechnung näher zu prüfen (Satz 1). Die Prüfung erfolgt auf der Grundlage der Daten, die von den Krankenhäusern nach [§ 301 SGB V](#) in Verbindung mit den hierzu getroffenen Vereinbarungen korrekt und vollständig zu übermitteln sind (Satz 2). [§ 4 Satz 1 PrüfV](#) bestimmt für den Fall, dass die Krankenkasse bei der Prüfung nach [§ 3](#) Auffälligkeiten erkennt, die es erforderlich machen, eine Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Krankenhausleistungen oder der Korrektheit der Abrechnung im Sinne des [§ 2 Abs. 1 Satz 1 PrüfV](#) einzuleiten, dem Krankenhaus den sich aus den Auffälligkeiten ergebenden Prüfgegenstand innerhalb von 6 Wochen nach Eingang der nach [§ 3](#) übermittelten Daten und der entsprechenden Krankenhausrechnung so konkret wie möglich mitzuteilen hat. Vergleichbare Regelungen zum Prüfverfahren bei der Krankenkasse enthalten [§§ 13](#) und [14 LV](#). Nach [§ 13 Abs. 4 LV](#) ist die Krankenkasse berechtigt, bei Zweifeln an der Erforderlichkeit der Krankenhausbehandlung zur Klärung den MDK einzuschalten (Satz 1). Ebenso ist die Krankenkasse berechtigt, bei Zweifeln an der sachlichen Richtigkeit einer Krankenhausrechnung, insbesondere hinsichtlich der angewendeten Fallpauschalen und/oder Entgelte, eine gutachtliche Stellungnahme des MDK einzuholen (Satz 2). Das Verfahren hierzu bestimmt sich nach [§ 14](#) des Vertrages (Satz 3). Nach [§ 14 Abs. 1 LV](#) übermittelt die Krankenkasse, sofern sie auf Grund konkreter Zweifel an der Notwendigkeit der Leistungen im Zusammenhang mit der stationären Behandlung des Patienten oder deren Abrechnung des MDK/SMD zur Begutachtung/Beratung heranzieht, innerhalb von 30 Arbeitstagen nach Zugang der Schlussrechnung dem Krankenhaus eine Prüfanfrage (Satz 1). Nach Ablauf dieser Frist ist eine Prüfung nur dann möglich, wenn der Krankenkasse nachträglich Umstände bekannt werden, die eine Prüfung erforderlich machen (Satz 2).

Aus den vorstehend skizzierten Grundsätzen zur Prüfung der Erforderlichkeit stationärer Krankenhausbehandlungen ergibt sich, dass eine Prüfung seitens des Krankenhauses vor/bei Aufnahme ([§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#)) und seitens der Krankenkasse regelmäßig erst danach (insb. nach Eingang der Abrechnung) - ggf. unter Beauftragung des MDK ([§ 275 Abs. 1 Nr. 1, Abs. 1c SGB V](#)) - vorgenommen wird. Für Prüfungen der sachlich-rechnerischen Richtigkeit der vom Krankenhaus erstellten Rechnung ergibt sich dies bereits aus der Natur der Sache. In diesem Sinne definieren die Deutschen Kodierrichtlinien (DKR, Version 2019) in Abschnitt D002f die Hauptdiagnose als "Die Diagnose, die nach Analyse als diejenige festgestellt wurde, die hauptsächlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthaltes des Patienten verantwortlich ist. Der Begriff nach Analyse bezeichnet die Evaluation der Befunde am Ende des stationären Aufenthaltes, um diejenige Krankheit festzustellen, die hauptsächlich verantwortlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthaltes war."

Ein Krankenhaus, das die Erforderlichkeit von Krankenhausbehandlung nach eigener Prüfung (vgl. [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#)) bejaht, ist verpflichtet, den Versicherten aufzunehmen und zu behandeln (vgl. [§ 109 Abs. 4 Satz 2 SGB V](#)). Die Verweigerung notwendiger Behandlung kann Haftungsansprüche gegenüber dem Versicherten auslösen (BSG, Urteil vom 19. Juni 2018 - [B 1 KR 26/17 R](#) - juris Rn. 20). [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) ordnet damit das Risiko der Erforderlichkeitsprüfung gerade dem Krankenhaus zu. Das Krankenhaus hat die Notwendigkeit der stationären Behandlung in eigener Verantwortung zu überprüfen. Das Vergütungsrisiko für eine nicht notwendige Krankenhausbehandlung ebenso wie die Nachteile der Nichterweislichkeit im nachfolgenden Rechtsstreit sind von diesem zu tragen (BSG, Urteil vom 28. Februar 2007 - [B 3 KR 15/06 R](#) - juris Rn. 19; Urteil vom 16. Dezember 2008 - [B 1 KN 3/08 KR R](#) - Rn. 28 m. w. N.).

Das Vorgehen der Antragsgegnerin, die Erforderlichkeit der stationären Aufnahme erst nach Abschluss der Behandlung und Rechnungslegung seitens des Krankenhauses zu prüfen, verstößt damit nicht gegen die vergütungsrechtlichen Vorgaben und das darin zum Ausdruck kommende Regel-Ausnahme-Verhältnis. Anhaltspunkte dafür, dass abweichend hiervon in Fallkonstellationen wie den vorliegend streitigen oder gar regelhaft eine Vorab-Prüfung durch die Krankenkasse (ggf. unter Beauftragung des MDK) zulässig ist bzw. seitens der Antragstellerin als Leistungserbringer beansprucht werden kann, ist dem Wortlaut und der Systematik der angeführten gesetzlichen und untergesetzlichen Regelungen nicht zu entnehmen. Der Ausgang des Hauptsacheverfahrens ist damit allenfalls als offen zu betrachten.

2. Demzufolge sind hohe Anforderungen an das Vorliegen einer besonderen Eilbedürftigkeit zu stellen, die hier nicht erfüllt werden. Ein Anordnungsgrund käme (nur) in Betracht, wenn das Vorgehen der Antragsgegnerin für die Antragstellerin existenzgefährdend wäre (dazu unter a.); wenn sie gehindert wäre, nachträglich Einwendungen wegen "struktureller" Auffälligkeiten geltend zu machen (dazu unter b.); schließlich, wenn das Vorgehen der Antragsgegnerin als rechtsmissbräuchlich zu werten wäre (dazu unter c.).

a. Die Antragstellerin hat weder dargelegt noch glaubhaft gemacht, die ihr aus den Prüfungen und Rechnungskürzungen seitens der Antragsgegnerin erwachsenden finanziellen Nachteile hätten gravierende Auswirkungen auf die Liquidität ihres Unternehmens. Ein

ausreichender Anordnungsgrund liegt in der Regel nur vor, wenn ohne vorläufigen Rechtsschutz die Existenz des Leistungserbringers gefährdet wäre (vgl. Keller a. a. O. Rn. 33 m. w. N.; Bayerisches LSG, Beschluss vom 2. Dezember 2013 - [L 5 KR 361/13 B ER](#) - juris Rn. 105 f.). Dies gilt umso mehr, als durch die Antragstellerin mit dem Antrag nach [§ 86b Abs. 2 SGG](#) vorliegend eine - zeitlich begrenzte - Vorwegnahme der Hauptsache angestrebt wird. Erklärtes Ziel der Antragstellerin ist es, bis zur (rechtskräftigen) Entscheidung in der Hauptsache das Vergütungsrisiko für in der Zwischenzeit erbrachte stationäre Behandlungsleistungen im Rahmen der multimodalen Schmerztherapie endgültig auszuschließen bzw. erheblich zu reduzieren, sei es durch von der Antragsgegnerin ausdrücklich erteilte, sei es durch nach [§ 13 Abs. 3a SGB V](#) fingierte Genehmigungen. Eine Rückabwicklung - und damit der Eintritt des Vergütungsrisikos - soll gerade vermieden werden. Dass eine Vorwegnahme der Hauptsache wegen anderenfalls eintretender Existenzgefährdung erforderlich wäre, geht aus ihrem Vorbringen indes nicht hervor. Im Beschwerdeverfahren hat die Antragstellerin zuletzt vorgetragen, die streitigen Auffälligkeitsprüfungen betreffen durchschnittlich 40 Behandlungsfällen im Jahr bei einem Vergütungsvolumen von rund 80.000,00 EUR. Inwieweit dadurch die Existenz der Antragstellerin gefährdet sein könnte bzw. in welchem Umfang bereits personelle und organisatorische Effizienzoptimierungsmaßnahmen ausgeschöpft sind, ist nicht dargetan. Überdies gibt der Senat zu bedenken, dass die Antragstellerin nicht geltend macht, die Auffälligkeitsprüfungen und daraus resultierenden Rechnungskürzungen erfolgten bzw. erfolgen in der weitaus überwiegenden Zahl der Fälle im Ergebnis zu Unrecht und führten nach Abschluss der anschließend angestregten Klageverfahren vor den Sozialgerichten nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrags. Die Antragstellerin macht damit allenfalls ein quantitativ, nicht jedoch ein qualitativ erhöhtes Vergütungsrisiko geltend.

b. Eine erhebliche Eilbedürftigkeit wird ferner nicht dadurch begründet, dass das Vorgehen der Antragsgegnerin ersichtlich auf der Annahme "struktureller" Auffälligkeit bei der stationären Behandlung chronischer Schmerzpatienten basiert. Es sind keine rechtlichen Vorgaben ersichtlich, die dieser Praxis entgegenstehen. Insbesondere ist weder vorgetragen noch sonst ersichtlich, dass die Antragsgegnerin gegen die gesetzlichen Vorgaben des [§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) verstoßen und von dieser Vorschrift nicht umfasste generelle, anlasslose, ungezielte und nicht durch spezifische Rechnungsauffälligkeiten gekennzeichnete Abrechnungsprüfungen oder routinemäßige Stichproben (i. S. v. § 17c Abs. 2 KHG in der bis zum 31. Juli 2013 geltenden Fassung) durchgeführt hat bzw. durchführt (vgl. hierzu: BSG, Urteil vom 16. Mai 2013 - [B 3 KR 32/12 R](#) - juris Rn. 15, 18 ff.; Urteil vom 22. April 2009 - [B 3 KR 24/07 R](#) - juris Rn. 19). Vielmehr ist nach summarischer Prüfung davon auszugehen, dass die streitigen Auffälligkeitsprüfungen jeweils unter Beachtung der inhaltlichen und zeitlichen Vorgaben des [§ 275 SGB V](#) erfolgen. Eine Verletzung der Antragstellerin im Kernbereich ihrer Rechte liegt damit auch insoweit nicht vor.

c. Anhaltspunkte für ein rechtsmissbräuchliches Vorgehen der Antragsgegnerin sind auch im Übrigen weder vorgetragen noch sonst ersichtlich. Es kann Fälle geben, in denen die Berufung auf Einwendungen nach Würdigung aller Umstände gegen Treu und Glauben verstieße und damit rechtsmissbräuchlich wäre ([§ 242 BGB](#) analog). Die Annahme eines Rechtsmissbrauchs durch die Krankenkasse ist aber auf gravierende Fälle vertragswidrigen Verhaltens zu beschränken. In der höchstrichterlichen Rechtsprechung ist eine solche Konstellation bislang nur einmal angenommen worden. Die damals beklagte Krankenkasse hatte in einer Vielzahl von Fällen und ausnahmslos die Verweildauer ihrer Versicherten in den jeweils klagenden Universitätskrankenhäusern allein unter Hinweis auf eine angeblich statistisch festgestellte allgemeine Überschreitung der durchschnittlichen Verweildauer in diesen Krankenhäusern - und damit pauschal - angezweifelt, anstatt das oben skizzierte Prüfverfahren mit der dort festgelegten Einzelfallprüfung durchzuführen, was rein statistisch begründete Einwendungen nicht zulässt (vgl. BSG, Urteil vom 13. Dezember 2001 - [B 3 KR 11/01 R](#) und weitere Urteile von demselben Tag - "Berliner Fälle"; hierzu auch BSG, Urteil vom 28. September 2006 - [B 3 KR 23/05 R](#) - juris Rn. 13). Derart "gravierende" Fälle von Rechnungskürzungen allein auf Grund statistischer Erwägungen und ohne Prüfung (durch den MDK) im Einzelfall stehen hier nicht in Streit.

Liegt danach bereits kein Anordnungsgrund vor, war die von der Antragstellerin (grundsätzlich) aufgeworfene Frage des Bestehens des von ihr geltend gemachten Anordnungsanspruchs im Verfahren über die Gewährung einstweiligen Rechtsschutzes nicht (abschließend) zu prüfen. Es kann daher dahinstehen,

- ob die vergütungsrechtlichen Vorgaben eine generelle, unter Berücksichtigung der von der Antragstellerin vorgetragenen Argumentation dem Grunde nach bei jeder stationären Aufnahme vorzunehmende Vorab-Prüfung durch die Krankenkasse (ggf. unter Einschluss des MDK) vorsehen oder zumindest nicht ausschließen, - ob eine Vorab-Prüfung durch die Krankenkasse (ggf. unter Einschluss des MDK) auf Einzelfälle beschränkt ist, in denen - über die generelle Frage der Art und Weise der Leistungserbringung (ambulant, teilstationär, stationär etc.) hinaus - begründete Zweifel daran bestehen, ob die angestrebte medizinische Leistung überhaupt zum Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenversicherung gehört ("unsichere Verordnungen", z. B. bei neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nach [§§ 2 Abs. 1a, 135, 137c SGB V](#), oder etwa beim sog. "off-labe-use" [vgl. zum Kassenarztrecht: BSG, Urteil vom 20. März 2013 - [B 6 KA 27/12 R](#) - juris Rn. 28]), und schließlich, - ob ein Anspruch auf Vorab-Prüfung (auch) der Antragstellerin als Leistungserbringer oder ausschließlich dem Versicherten (etwa im Rahmen von [§ 13 Abs. 3, 3a SGB V](#)) als subjektives Recht zugewiesen wäre.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i. V. m. [§ 154 Abs. 1](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO); die Streitwertfestsetzung auf [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i. V. m. [§§ 47 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2 Satz 1, 52 Abs. 2, 53 Abs. 2 Nr. 4](#) Gerichtskostengesetz (GKG). Da lediglich eine vorläufige Regelung (bis zum Abschluss des Hauptsacheverfahrens) begehrt wurde, war der häftige (Auffang-)Streitwert anzusetzen.

Die Entscheidung ist nicht mit der Beschwerde zum BSG anfechtbar ([§ 177 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

FSS

Saved

2019-03-26