

L 24 KR 1197/05

Land

Berlin-Brandenburg

Sozialgericht

LSG Berlin-Brandenburg

Sachgebiet

Krankenversicherung

Abteilung

24

1. Instanz

SG Berlin (BRB)

Aktenzeichen

S 86 KR 2260/04

Datum

10.10.2005

2. Instanz

LSG Berlin-Brandenburg

Aktenzeichen

L 24 KR 1197/05

Datum

04.07.2006

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung der Beklagten gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Berlin vom 10. Oktober 2005 wird zurückgewiesen. Die Beklagte hat auch die Kosten des Berufungsverfahrens zu tragen. Die Revision wird nicht zugelassen. Der Streitwert wird auf 5.721,67 Euro festgesetzt.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten darum, ob die Beklagte berechtigt ist, gegen die erhobene Forderung von 5.721,67 Euro nebst Zinsen aus einer Krankenhausbehandlung mit zwei Forderungen auf Rückzahlung wegen geltend gemachter unberechtigter Krankenhausbehandlung aufzurechnen.

Der bei der Beklagten krankenversicherte SB befand sich vom 29. Januar 2004 bis 31. März 2004 in dem von der Klägerin betriebenen Krankenhaus in Behandlung. Unter dem 27. April 2004 übersandte die Klägerin Rechnungen über 5.917,79 Euro und 422,68 Euro jeweils mit der Aufforderung, diese bis zum 11. Mai 2004 zu begleichen. Die Beklagte zahlte darauf 519,47 Euro und 99,33 Euro. Im Übrigen erklärte sie mit den Schreiben vom 14. Mai 2004 die Aufrechnung mit zwei Gegenforderungen in Höhe von 5.398,32 Euro aus der Behandlung ihres Versicherten H G und in Höhe von 323,35 Euro aus der Behandlung ihres Versicherten JH. Die Gegenforderungen seien Forderungen auf Rückzahlung der wegen der Behandlungen bereits gezahlten Vergütungen, die jedoch nicht zustünden, weil die Klägerin die Übersendung der entsprechenden Krankenhausunterlagen an den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) verweigert habe.

Der seinerzeit bei der BKK Berlin (im Folgenden ebenfalls Beklagte genannt), die sich zum 01. Januar 2004 mit der BKK Hamburg zur Beklagten vereinigt hat, krankenversicherte JH befand sich aufgrund der wegen einer chronischen Pankreatitis mit Choledochusstenose zum Wechsel des Stents ausgestellten Verordnung von Krankenhausbehandlung der Ärzte für Innere Medizin Dr. B und N vom 14. Juli 2003 in dem von der Klägerin betriebenen Krankenhaus vom 16. bis 17. Juli 2003 in stationärer Behandlung. Die Klägerin stellte am 22. Juli 2003 den Antrag auf Kostenübernahme vom 17. Juli 2003 unter Angabe der Aufnahme(haupt)diagnose K 83.1 (Verschluss Gallengang) und einer voraussichtlichen Behandlungsdauer bis 20. Juli 2003.

Mit Schreiben vom 23. Juli 2003 teilte die Beklagte der Klägerin daraufhin wegen der Dauer der Erkrankung als Anlass ihrer Anfrage Folgendes mit: "Im o. g. Behandlungsfall hat die von uns nach Rechtsprechung des Bundessozialgerichts durchzuführende Plausibilitätskontrolle zu folgendem Ergebnis geführt: Aus der Aufnahmediagnose (K 83.1) "Verschluss des Gallenganges" und der voraussichtlichen Verweildauer bis 20. Juli 2003 ergibt sich eine offenbare Diskrepanz, die weder durch Alter, Geschlecht noch durch die uns bekannte

medizinische Vorgeschichte erklärt ist. Unser Zweifel wird zusätzlich erhärtet, weil uns die Aufnahmeanzeige zu dem Behandlungsfall nicht innerhalb von drei Arbeitstagen nach der Aufnahme vorgelegt wurde. Die Zahlung der Behandlungskosten erfolgt deshalb zunächst unter Vorbehalt der Bestätigung der Notwendigkeit der stationären Behandlung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) gemäß der Verträge nach [§ 112 Abs. 2 Nr. 1](#) und 2 SGB V. Damit wir das vertragliche Überprüfungs- und ggf. Verrechnungsverfahren einleiten können, sind sie verpflichtet, uns den vollständig ausgefüllten Kurzbericht zuzusenden. Wir machen darauf aufmerksam, dass Sie bei rechtswidrigem Unterlassen eine Obliegenheitsverletzung begehen, die uns berechtigt, den Kostenausgleich zunächst auszusetzen bzw. eine Verrechnung der gesamten Fallkosten vorzunehmen."

Nachdem bei der Beklagten bereits am 25. Juli 2003 die Entlassungsanzeige eingegangen war, übersandte die Klägerin den Kurzbericht vom 30. Juli 2003, mit dem im Wesentlichen auf die Aufnahme- bzw. Entlassungsanzeige und die Rechnung hingewiesen wurde, und die

Endabrechnung vom 28. Juli 2003 über 323,35 Euro.

Mit Schreiben vom 05. August 2003 wies die Beklagte die Klägerin darauf hin, dass die Zahlung unter dem Vorbehalt der Überprüfung erfolge. Zugleich erteilte sie dem MDK einen Auftrag zur Begehung. Nachdem der MDK die Klägerin erfolglos um Übersendung einer Kopie des Entlassungsberichtes, insbesondere um konkrete Angaben zu den diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen gebeten hatte, teilte er der Beklagten unter dem 13. November 2003 mit, eine Beurteilung sei aufgrund der vorliegenden Unterlagen nicht möglich. Da laut Beratung vom 07. November 2003 Begehungen zur Informationsbeschaffung für die Beklagte nicht gewünscht würden, werde der Vorgang zurückgesandt.

Der ebenfalls bei der Beklagten krankenversicherte HG befand sich aufgrund der von einem Arzt der Klägerin ausgestellten Unabweisbarkeitsbescheinigung vom 11. Oktober 2003 in dem von der Klägerin betriebenen Krankenhaus vom 11. bis 16. Oktober 2003 in stationärer Behandlung. Die Klägerin stellte am 16. Oktober 2003 den Antrag auf Kostenübernahme vom 13. Oktober 2003 unter Angabe der Aufnahme(haupt)diagnose (L 20.0 instabile Angina pectoris) und einer voraussichtlichen Behandlungsdauer bis zum 17. Oktober 2003.

Unter dem 20. Oktober 2003 machte die Beklagte gegenüber der Klägerin wörtlich übereinstimmend dieselben Ausführungen wie in ihrem o. g. Schreiben vom 23. Juli 2003, wobei nunmehr lediglich als Aufnahmediagnose "(L 20.0 instabile Angina pectoris)" und als Datum der "17.10.2003" genannt wurden.

Die Klägerin übersandte daraufhin den Kurzbericht vom 27. Oktober 2003, mit dem im Wesentlichen auf die Aufnahme- bzw. Entlassungsanzeige und die Rechnung hingewiesen wurde, die Entlassungsanzeige vom 23. Oktober 2003 und die Endabrechnung vom 24. Oktober 2003 über 5.398,32 Euro.

Daraufhin erteilte die Beklagte dem MDK einen Auftrag zur Begehung und teilte der Klägerin unter dem 31. Oktober 2003 mit, dass sie das Überprüfungsverfahren eingeleitet habe. Nachdem der MDK die Klägerin erfolglos um Übersendung einer Kopie des Entlassungsberichts, insbesondere um konkrete Angaben zu den diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen gebeten hatte, teilte er der Beklagten mit, dass eine Beurteilung nicht möglich sei.

Die Klägerin hat am 02. August 2004 beim Sozialgericht Berlin Klage erhoben und vorgetragen:

Mangels Rückzahlungsansprüche seien die Aufrechnungen unwirksam. Die Vergütungsansprüche aus den Endrechnungen vom 28. Juli 2003 und 24. Oktober 2003 seien fällig gewesen, denn Fälligkeit trete vom 14. Tag der Rechnungsstellung an ein. Die Einleitung des Prüfverfahrens berühre die Fälligkeit nicht. Unabhängig davon, dass der Vertrag zur Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung vom 01. November 1994 (KÜV) die Übersendung eines Entlassungsberichtes nicht vorsehe, habe die Klägerin seine Übermittlung nicht endgültig verweigert. Die Entlassungsberichte würden, wie seit Jahren praktiziert, nach Aufforderung durch den MDK in verschlossenem Umschlag unmittelbar an die Beklagte mit der Bitte um Weiterleitung an den MDK gesandt. Dies erfolge deswegen, weil der MDK das Verfahren nicht weiter betreibe, wenn nicht innerhalb der gesetzten Frist der Entlassungsbericht eingehe. Diese Frist sei jedoch wegen des hohen Arbeitsanfalles bei der Klägerin nicht einzuhalten. Die Beklagte habe offenbar die übermittelten Entlassungsberichte nicht weitergeleitet. Die Beklagte habe zudem keine medizinischen Einwendungen erhoben und auch keinen medizinisch nachvollziehbaren Grund für die Anforderung des Kurzberichtes genannt. Jedenfalls vereitele eine einmalig verspätete Übermittlung des Entlassungsberichtes keine zeitnahe Durchführung des Überprüfungsverfahrens.

Die Klägerin hat erstinstanzlich beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin 5.721,67 Euro nebst 2 Prozent Zinsen über dem jeweils gültigen Basiszinssatz seit dem 14. Mai 2004 zu zahlen.

Die Beklagte ist der Ansicht gewesen, die Vergütungsforderung sei nicht fällig geworden, da die Klägerin am vereinbarten Prüfungsverfahren nicht mitgewirkt habe. Sie selbst habe alles Erforderliche getan. Die Entlassungsberichte in den Behandlungsfällen G und H lägen nicht vor. Richtiger Adressat dieser Entlassungsberichte sei zudem der MDK.

Nach entsprechender Anhörung hat das Sozialgericht mit Gerichtsbescheid vom 10. Oktober 2005 die Beklagte antragsgemäß verurteilt: Die Beklagte habe das Verfahren nach dem KÜV nicht eingehalten. § 2 Abs. 1 KÜV sehe vor, dass die Krankenkasse bei Zweifeln an der Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung vom Krankenhaus einen Kurzbericht anfordere, der der Krankenkasse innerhalb von einer Woche nach Zugang der Anforderung zuzusenden sei. Für den Fall, dass dies nicht ausreiche, um die Zweifel der Kasse auszuräumen, sei eine Prüfung durch den MDK im Zusammenwirken mit dem behandelnden Krankenhausarzt vorgesehen; auch dies solle in der Regel während des stationären Aufenthalts erfolgen (§ 2 Abs. 4 KÜV). Der MDK müsse Bedenken hinsichtlich der Notwendigkeit des Krankenhausaufenthalts zunächst mit dem Krankenhausarzt erörtern und das Ergebnis in einer Stellungnahme festhalten. Das vereinbarte Kontrollverfahren gelte auch für nachträgliche Überprüfungen (§ 2 Abs. 8 KÜV). Entgegen der Ansicht der Beklagten sei die vom MDK erfolgte Anforderung der Entlassungsberichte keine Handlung, die nach dem KÜV gefordert sei, auch wenn diese Anforderung sinnvoll sein könne. Es hätte nach der Weigerung der Klägerin, den Entlassungsbericht zu übersenden, an der Beklagten gelegen, in die Erörterungen mit dem Krankenhausarzt einzutreten. Dies habe die Beklagte nicht getan, so dass sie zur Zahlung der streitigen Beträge verpflichtet sei, ohne dass eine gerichtliche Nachholung der Überprüfung durch einen medizinischen Sachverständigen angezeigt sei (Hinweis auf Urteil des Bundessozialgerichts - BSG - vom 13. Dezember 2001 - [B 3 KR 11/01 R](#)).

Gegen den ihrem Prozessbevollmächtigten am 31. Oktober 2005 zugestellten Gerichtsbescheid richtet sich die am 30. November 2005 eingelegte Berufung der Beklagten.

Sie ist der Auffassung, § 2 Abs. 4 KÜV werde fehlerhaft angewandt. [§ 112 Abs. 2 Nr. 2 SGB V](#) bezwecke sicherzustellen, dass die Krankenhausbehandlung den Vorschriften des SGB V entspreche. Zu diesen Vorschriften gehörten [§ 275 Abs. 1 Nr. 1](#) und [§ 276 Abs. 4 SGB V](#). Der KÜV könne hiervon nichts Abweichendes regeln. Somit könne der Klage nicht bereits deswegen stattgegeben werden, weil die im KÜV vorgesehene Erörterung mit dem Krankenhausarzt nicht erfolgt und stattdessen der Entlassungsbericht angefordert worden sei, denn der

MDK sei nach [§ 276 SGB V](#) dazu gerade berechtigt gewesen. Das Sozialgericht hätte somit feststellen müssen, dass sich der MDK nicht gesetzeskonform verhalten habe. Da ihm jedoch hinsichtlich der Prüfung ein Ermessen zukomme, könne ihm dieser Vorwurf nicht gemacht werden. Demgemäß sei die Klägerin nicht berechtigt gewesen, den MDK unter Verzicht auf Vorlage des Entlassungsberichtes zu zwingen, eine Krankenhausbegehung vorzunehmen. Im Übrigen habe die Klägerin in zahlreichen anderen beim Sozialgericht Berlin anhängig gewesen Verfahren ihre Verpflichtung zur Vorlage des Entlassungsberichtes akzeptiert und diesen im Klageverfahren vorgelegt gehabt. In der mündlichen Verhandlung hat die Beklagte erklärt, sie habe den MDK gebeten, grundsätzlich keine "Begehungen" im Krankenhaus durchzuführen, wenn ein Entlassungsbericht vom jeweiligen Krankenhaus nicht übersandt werde.

Die Beklagte beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Berlin vom 10. Oktober 2005 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie meint, bei der Vorschrift des [§ 276 Abs. 2 Satz 1](#) zweiter Halbsatz SGB V handele es sich ausschließlich um eine Datenschutzregelung. [§ 275 Abs. 1 bis 3 SGB V](#) regle nicht die Prüfung der medizinischen Notwendigkeit eines Krankenhausaufenthaltes, weil [§ 112 SGB V](#) demgegenüber die speziellere Vorschrift darstelle. Hieraus folge, dass die Landesverträge auch und gerade der Vorschrift des [§ 276 Abs. 2 SGB V](#) vorgingen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes sowie des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der Gerichtsakten und der beigezogenen Verwaltungsakte der Beklagten, der Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist, verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung ist unbegründet.

Das Sozialgericht hat die Beklagte zu Recht verurteilt, an die Klägerin 5.721,67 Euro nebst 2 Prozent Zinsen über dem jeweils gültigen Basiszinssatz seit dem 14. Mai 2004 zu zahlen. Dieser Zahlungsanspruch ist nicht durch die von der Beklagten erklärten Aufrechnungen erloschen, denn der Beklagten stehen keine Ansprüche auf Rückzahlung der auf die Endrechnungen vom 28. Juli 2003 und 24. Oktober 2003 gezahlten Vergütungen zu. Es kann hierbei dahinstehen, ob die Dauer der Krankenhausbehandlung der Versicherten Jö Hvom 16. bis 17. Juli 2003 und HG vom 11. bis 16. Oktober 2003 notwendig war. Da die Beklagte das Überprüfungsverfahren nach dem KÜV nicht eingehalten hat, ist sie nach dem Grundsatz von Treu und Glauben gehindert, den Einwand der fehlenden Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit geltend zu machen.

Rechtsgrundlage des geltend gemachten Vergütungsanspruches ist [§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) in Verbindung mit der Pflegesatzvereinbarung der Beteiligten für das Jahr 2004 und hinsichtlich der Zahlungsmodalitäten im Einzelnen insbesondere § 12 Vertrag über Allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung vom 01. November 1994 in der Fassung der Ergänzungsvereinbarung vom 22. Dezember 1997 für das Land Berlin (ABK-Vertrag).

Nach [§ 109 Abs. 4 Satz 2 SGB V](#) ist das zugelassene Krankenhaus im Rahmen seines Versorgungsauftrages zur Krankenhausbehandlung ([§ 39 SGB V](#)) der Versicherten verpflichtet. Die Krankenkassen sind verpflichtet, unter der Beachtung der Vorschriften des SGB V mit dem Krankenhausträger Pflegesatzvereinbarungen nach Maßgabe des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG), des Krankenhausentgeltgesetzes und der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) zu führen. Dabei wird die Vergütungspflicht der Krankenkasse als selbstverständlich vorausgesetzt. Allerdings besteht ein Anspruch auf Vergütung einer stationären Behandlung nur, soweit sie medizinisch notwendig war. Der Zahlungsanspruch des Krankenhauses korrespondiert deshalb mit dem Anspruch des Versicherten auf Krankenhausbehandlung. Die Zahlungsverpflichtung der Krankenkasse entsteht daher - unabhängig von einer Kostenzusage - unmittelbar mit der insoweit notwendigen Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten, sofern die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für die Gewährung von Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung vorliegen (BSG, Urteil vom 12. Mai 2005 - [B 3 KR 30/04 R](#); Urteil vom 13. Mai 2004 - [B 3 KR 18/03 R](#), abgedruckt in [SozR 4-2500 § 39 Nr. 2](#) = [BSGE 92, 300](#); Urteil vom 17. Mai 2000 - [B 3 KR 33/99 R](#), abgedruckt in [SozR 3-2500 § 112 Nr. 1](#) = [BSGE 86, 166](#)).

Die Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung des Versicherten S B im Zeitraum vom 29. Januar bis 31. März 2004 ist zwischen den Beteiligten ebenso wenig streitig, wie die sachliche und rechnerische Richtigkeit der Rechnungen vom 27. April 2004 über 5.917,79 Euro und 422,68 Euro. Die Beklagte zahlte daher auf diese Rechnungen, allerdings lediglich Beträge von 519,47 Euro und 99,33 Euro, so dass noch eine Restforderung von 5.721,67 Euro offen ist.

Diese Forderung ist fällig und wie geltend gemacht zu verzinsen. Nach Beendigung der Krankenhausbehandlung wird der zuständigen Krankenkasse in der Regel innerhalb von 30 Tagen eine Schlussrechnung übersandt (§ 12 Nr. 1 ABK-Vertrag). Nach § 12 Nr. 4 Satz 1 ABK-Vertrag bezahlt die zuständige Krankenkasse die Rechnungen innerhalb von 14 Kalendertagen nach Rechnungseingang. Beanstandungen rechnerischer oder sachlicher Art können auch nach Bezahlung der Rechnung geltend gemacht und die Differenzbeträge verrechnet werden (§ 12 Nr. 4 Satz 3 ABK-Vertrag). Erfolgt die Zahlung nicht fristgemäß, kann das Krankenhaus nach § 12 Nr. 5 ABK-Vertrag ab Fälligkeitstag ohne vorherige Mahnung Zinsen in Höhe von 2 Prozent über dem Diskontsatz der Deutschen Bundesbank berechnen.

Nach den Schreiben der Beklagten vom 14. Mai 2004 über die Erklärung der Aufrechnung gingen bei ihr die Rechnungen vom 27. April 2004 am 29. April 2004 ein, so dass der Vergütungsanspruch jedenfalls am 14. Mai 2004 fällig war. Die Restforderung ist somit ab diesem Zeitpunkt in Höhe von 2 Prozent zu verzinsen. § 12 Nr. 5 ABK-Vertrag ist hierbei dahingehend auszulegen, dass an die Stelle des Diskontsatzes nunmehr der Basiszinssatz, der den Diskontsatz zum 01. Mai 2000 abgelöst hat (vgl. [§§ 288 Abs. 1, 247](#) Bürgerliches Gesetzbuch - BGB -, [Art. 229](#) § 1 Abs. 1 Satz 2, § 7 Abs. 1 Einführungsgesetz zum BGB - BGBBG; vgl. auch Palandt-Heinrichs, Bürgerliches Gesetzbuch, 63. Auflage, § 288 Rdnr. 1), tritt.

Der Vergütungsanspruch in Höhe von 5.721,67 Euro ist nicht durch die Aufrechnungserklärungen der Beklagten vom 14. Mai 2004 erloschen.

Die Vorschriften des BGB über die Aufrechnung finden Anwendung. Nach [§ 69 Satz 2 SGB V](#) werden die Rechtsbeziehungen der Krankenkassen und ihrer Verbände zu den Krankenhäusern und ihren Verbänden zwar abschließend in diesem (vierten) Kapitel, in den [§§ 63, 64 SGB V](#) und in dem Krankenhausfinanzierungsgesetz, dem Krankenhausentgeltgesetz sowie den hiernach erlassenen Rechtsverordnungen geregelt. Für die Rechtsbeziehungen gelten jedoch im Übrigen nach [§ 69 Satz 3 SGB V](#) die Vorschriften des BGB entsprechend, soweit sie mit den Vorgaben des [§ 70 SGB V](#) und den übrigen Aufgaben und Pflichten der Beteiligten nach diesem Kapitel vereinbar sind. Eine Unvereinbarkeit der Regelungen des BGB über die Aufrechnung mit Vorschriften des SGB V ist nicht festzustellen.

Schulden zwei Personen einander Leistungen, die ihrem Gegenstand nach gleichartig sind, so kann jeder Teil seine Forderung gegen die Forderung des anderen Teils aufrechnen, sobald er die ihm gebührende Leistung fordern und die ihm obliegende Leistung bewirken kann ([§ 387 BGB](#)). Die Aufrechnung erfolgt nach [§ 388 Satz 1 BGB](#) durch Erklärung gegenüber dem anderen Teil. Die Aufrechnung bewirkt nach [§ 389 BGB](#), dass die Forderungen, soweit sie sich decken, als in dem Zeitpunkt erloschen gelten, in welchem sie zur Aufrechnung geeignet einander gegenübergetreten sind.

Die von der Beklagten erklärten Aufrechnungen haben das Erlöschen des von der Klägerin geltend gemachten Vergütungsanspruches deswegen nicht bewirkt, weil die Klägerin nicht die Rückzahlung des Betrages von 323,35 Euro aus der Endrechnung vom 28. Juli 2003 und des Betrages von 5.398,32 Euro aus der Endrechnung vom 24. Oktober 2003 schuldet.

Nach [§ 812 Abs. 1 Satz 1](#) erste Alternative und Satz 2 erste Alternative BGB, der nach [§ 69 Satz 3 SGB V](#) entsprechend gilt, denn seine Anwendung ist ebenfalls nicht mit den Regelungen des SGB V unvereinbar, bestimmt: Wer durch die Leistung eines anderen etwas ohne rechtlichen Grund erlangt, ist ihm zur Herausgabe verpflichtet. Diese Verpflichtung besteht auch dann, wenn der rechtliche Grund später wegfällt.

Die Klägerin hat die Beträge von 323,35 Euro und 5.398,32 Euro nicht ohne Rechtsgrund erlangt. Der Rechtsgrund zum Behaltendürfen ist auch nicht nachträglich weggefallen.

Rechtsgrundlage der insoweit geltend gemachten Vergütungsansprüche ist [§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) i. V. m. der Pflegesatzvereinbarung der Beteiligten für das Jahr 2003 und hinsichtlich der Zahlungsmodalitäten im Einzelnen insbesondere [§ 12 ABK-Vertrag](#).

Wie bereits ausgeführt, bezahlt nach [§ 12 Nr. 4 Satz 1 ABK-Vertrag](#) die zuständige Krankenkasse die Rechnungen innerhalb von 14 Kalendertagen nach Rechnungseingang.

[§ 12 ABK-Vertrag](#) beinhaltet "Zahlungsregelungen", wie dies seine Überschrift ausweist. Damit wird zum einen die Fälligkeit der Zahlung, also der Zeitpunkt, von dem ab der Gläubiger die Leistung verlangen kann ([§ 271 BGB](#)), geregelt. Fälligkeit tritt danach innerhalb von 14 Kalendertagen nach Rechnungseingang ein. Zum anderen wird mit [§ 12 Nr. 4 Satz 3 ABK-Vertrag](#) sichergestellt, dass mit der zügigen Bezahlung des geforderten Betrages nicht zugleich auch die Anerkennung der Richtigkeit der Rechnung verbunden ist. Die Zahlung bewirkt zwar, dass die Forderung im Sinne des [§ 362 Abs. 1 BGB](#) erlischt. Sie ist jedoch Leistung unter Vorbehalt mit der Folge, dass die Wirkung des [§ 814 BGB](#), wonach das zum Zwecke der Erfüllung einer Verbindlichkeit Geleistete nicht zurückgefordert werden kann, wenn der Leistende gewusst hat, dass er zur Leistung nicht verpflichtet war, ausgeschlossen wird (vgl. dazu Palandt-Heinrichs, BGB, a.a.O., [§ 362 Rdnr. 11](#)). Eines ausdrücklichen Hinweises, dass die Zahlung unter Vorbehalt erfolgt, wie dies die Beklagte mit Schreiben vom 05. August 2003 wohl vorsorglich tat, bedarf es daher nicht. Bei Bezahlung der Rechnung der Krankenkasse bereits bekannte, den Zahlungsanspruch ganz oder teilweise ausschließende Sachverhalte kann sie daher ohne Rechtsverlust noch nachträglich einwenden.

Der Wortlaut des [§ 12 Nr. 4 Satz 3 ABK-Vertrag](#) erlaubt es der Krankenkasse grundsätzlich auch, solche Beanstandungen schon vor Bezahlung der Rechnung geltend zu machen. Dies folgt aus dem Wort "auch", das eine solche Auslegung in Anwendung allgemeiner Rechtsgrundsätze zulässt. Eine unbedingte Zahlungsverpflichtung, die das BSG im Urteil vom 28. Mai 2003 - [B 3 KR 10/02 R](#) für den dort entschiedenen Sachverhalt angenommen hat, ist vorliegend wegen des Wortes "auch" nicht gegeben. Auf eine nicht bestehende Forderung muss nicht geleistet werden; Erfüllung einer solchen Forderung kann nicht verlangt werden. Besteht zwischen den Beteiligten Einigkeit darüber, dass eine Forderung nicht besteht, ist diese Rechtsfolge auch in tatsächlicher Hinsicht unproblematisch. Sind hingegen die Beteiligten unterschiedlicher Auffassung, folgt daraus, dass der eine nicht zahlt und der andere die Durchsetzung ggf. auf prozessualen Wege begehrt. Besteht die Forderung, so führt die Zahlungsverweigerung dazu, dass der Gläubiger Erfüllung der Forderung nicht zeitnah erlangt. Dieses Ergebnis kann jedoch durch Vereinbarung der Beteiligten dadurch ausgeschlossen werden, dass die Zahlung unabhängig von materiell-rechtlichen Einwendungen zunächst erfolgt und der Zahlungspflichtige auf den Weg der Rückforderung verwiesen wird, ohne dass damit zugleich die allgemeinen Beweislastregeln umgekehrt würden. Das heißt der auf Rückzahlung in Anspruch genommene Beteiligte bleibt weiterhin für das Bestehen der Forderung beweiselastet.

[§ 12 Nr. 4 Satz 3 ABK-Vertrag](#) schließt allerdings schlichte Beanstandungen sachlicher Art vor Bezahlung der Rechnung im Einzelfall aus. Mit solchen Beanstandungen kann der Zahlungsverpflichtung nicht einredeweise begegnet werden. Dies folgt durch Auslegung unter Berücksichtigung der Stellung des Krankenhausarztes, des [§ 6 Nr. 10 ABK-Vertrag](#) und des KÜV.

Wie aus [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) ersichtlich wird ("Prüfung durch das Krankenhaus"), bestimmt sich die Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung aus der vorausschauenden Sicht (ex ante) des Krankenhausarztes unter Zugrundelegung der im jeweiligen Entscheidungszeitpunkt bekannten oder erkennbaren Umstände. Wie bei der ambulanten Behandlung dem Vertragsarzt, so kommt im Bereich des Krankenhauses dem Krankenhausarzt eine "Schlüsselstellung" zu. 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 grundsätzlich an diese Entscheidung gebunden. Dies gilt auch mit Blick auf 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 (bzw. deren Dauer) begründeten, also eine Fehlentscheidung getroffen hat (BSG, Urteil vom 21. August 1996, [3 RK 2/96](#), abgedruckt in [SozR 3-2500 § 39 Nr. 4](#); BSG, Urteil vom 17. Mai 2000 - [B 3 KR 33/99 R](#), abgedruckt in [SozR 3-2500 § 112 Nr. 1](#)).

Soweit das BSG die aufgezeigten Rechtsfolgen aus der dargestellten Stellung des Krankenhausarztes aus den Grundsätzen über den Anscheinsbeweis hergeleitet hat, erscheint dies allerdings rechtlich nicht überzeugend (so neuerdings auch BSG, Urteil vom 12. Mai 2005, [B 3 KR 30/04 R](#)). Grundsätzlich kommt ein Anscheinsbeweis nur dann in Betracht, wenn im Einzelfall ein typischer Geschehensablauf vorliegt, der nach der allgemeinen Lebenserfahrung ohne eine weitere nahe liegende Erklärung auf eine bestimmte Ursache oder Folge hinweist und so sehr das Gepräge des gewöhnlichen und üblichen trägt, dass die besonderen individuellen Umstände in ihrer Bedeutung zurücktreten. Er scheidet demgegenüber aus, wenn es um die Feststellung eines individuellen menschlichen Willensentschlusses geht (vgl. Bundesgerichtshof - BGH - Urteil vom 05. März 2002 - [VI ZR 398/00](#) in [NJW 2002, 1643](#) bis 1646 m.w.N.). Im Hinblick auf diese Rechtsprechung des BGH erscheint zweifelhaft, ob nach der allgemeinen Lebenserfahrung davon ausgegangen werden kann, dass aus der Entscheidung eines Krankenhausarztes, einen Versicherten stationär zu behandeln, auf die Notwendigkeit einer solchen Behandlung geschlossen werden kann. Zum einen dürfte der individuelle Gesundheitszustand des Versicherten dafür ausschlaggebend sein, so dass gerade nicht ersichtlich ist, dass die besonderen individuellen Umstände in ihrer Bedeutung zurücktreten. Zum anderen setzt die Aufnahme des Versicherten zur Krankenhausbehandlung einen individuellen menschlichen Willensentschluss voraus, der der Annahme einer Typizität eines bestimmten generellen Verhaltens entgegenstehen dürfte. Diese Überlegungen zum Anscheinsbeweis stellen die Rechtsprechung des BSG im Ergebnis allerdings nicht in Frage. Nach [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) hat das zugelassene Krankenhaus nämlich eigenverantwortlich über die Erforderlichkeit der Krankenhausbehandlung zu entscheiden. Die Krankenkasse ist damit an die medizinische Erkenntnis des ordnungsgemäß handelnden ärztlichen Leistungserbringers gebunden (vgl. BSG, Urteil vom 23. Oktober 1996 - [4 RK 2/96](#) in [SozR 3-2500 § 13 Nr. 12](#)). Wenn das Gesetz eine Krankenhausbehandlung nicht von einer vorherigen Genehmigung der Krankenkasse abhängig macht, sondern eine Prüfung des Krankenhausarztes ausreichen lässt, bringt es damit zum Ausdruck, dass die Entscheidung des Krankenhausarztes grundsätzlich maßgebend ist. Dabei unterstellt es, dass der jeweilige Krankenhausarzt ordnungsgemäß, also nach den Regeln der ärztlichen Kunst, entscheidet. Diese dem [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) zugrunde liegende und damit gesetzliche Vermutensregel rechtfertigt es, die vom BSG aufgezeigten Rechtsfolgen eintreten zu lassen.

§ 6 Nr. 10 ABK-Vertrag sieht vor, dass eine Ablehnung der Kostenübernahmeerklärung bzw. des Verlängerungsantrages aus medizinischen Gründen eine gutachterliche Stellungnahme des MDK erfordert. Im Übrigen verweist diese Vorschrift auf den KÜV.

Nach § 1 KÜV dient dieser Vertrag dazu, die Notwendigkeit und Dauer der Krankenbehandlung überprüfen zu können und das Verfahren hierfür zu regeln. Die Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung sind nach § 1 Abs. 3 KÜV medizinisch zu beurteilende Fragen, die nur mit Bezug auf einen einzelnen Behandlungsfall beurteilt werden können.

Diese Regelungen machen deutlich, dass die Krankenkasse grundsätzlich gehalten ist, wenn sie die Notwendigkeit und Dauer der stationären Behandlung des Versicherten in Zweifel zieht, den MDK einzuschalten. Damit soll sichergestellt werden, dass Beanstandungen sachlicher Art medizinisch fundiert sind. Die Notwendigkeit und Dauer der stationären Behandlung erfordert medizinischen Sachverstand, den die Krankenkasse regelmäßig nicht hat. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass entsprechend dem Grundgedanken des [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung bereits durch den Krankenhausarzt, also mit medizinischem Sachverstand, beurteilt wurde. Wenn die Krankenkasse diese Beurteilung in Zweifel zieht, folgt daraus noch nicht das Recht, die Zahlung zu verweigern, bis ihre Zweifel ausgeräumt sind. Soweit § 12 Nr. 4 Satz 3 ABK-Vertrag von Beanstandungen sachlicher Art spricht, sind darunter qualifizierte Beanstandungen, regelmäßig nach Einschaltung des MDK zu verstehen.

Um die Zahlungspflicht bei Fälligkeit nach § 12 Nr. 4 Satz 1 ABK-Vertrag abzuwenden, reicht es mithin nicht aus, ein solches Prüfungsverfahren erst nach Fälligkeit einzuleiten (vgl. auch BSG, Urteil vom 13. Dezember 2001 - [B 3 KR 11/01 R](#)).

Die Beklagte leitete allerdings sowohl im Fall des Versicherten J H als auch im Fall des Versicherten HG innerhalb von 14 Kalendertagen nach Rechnungseingang das im KÜV vorgesehene Prüfungsverfahren ein. Vor Eingang der Endrechnung vom 28. Juli 2003 bei der Beklagten am 31. Juli 2003 hatte diese bereits am 30. Juli 2003 die Klägerin mit Schreiben vom 23. Juli 2003 um Übermittlung eines Kurzberichtes gebeten. Das entsprechende Schreiben der Beklagten vom 20. Oktober 2003 ging der Klägerin bereits am 23. Oktober 2003 zu, also schon vor Erstellung der Endrechnung vom 24. Oktober 2003.

Die Beklagte hat die Rechtsfrage aufgeworfen, ob die Fälligkeit durch die (rechtzeitige) Einleitung des Prüfungsverfahrens nach dem KÜV berührt wird. Diese Rechtsfrage ist zu verneinen. Weder § 12 Nr. 4 Satz 1 ABK-Vertrag noch eine andere Regelung dieses Vertrages oder des KÜV bieten einen Anhaltspunkt dafür, die mit dem 14. Kalendertag nach Rechnungseingang vereinbarte Fälligkeit könnte durch (Rechts-)Handlungen der Beklagten hinausgeschoben werden. Es könnte allenfalls erörtert werden, ob die rechtzeitige Einleitung des Prüfungsverfahrens dem fälligen Vergütungsanspruch als aufschiebende (dilatorische) Einrede bis zum Abschluss des Prüfungsverfahrens entgegengehalten werden kann. Vor Abschluss des Prüfungsverfahrens mit einer gutachterlichen Stellungnahme des MDK kann die Krankenkasse regelmäßig keine qualifizierten Beanstandungen sachlicher Art geltend machen. Vorliegend kann diese Rechtsfrage jedoch offen bleiben, denn die Beklagte erhob gegen die Endrechnungen vom 28. Juli 2003 und 24. Oktober 2003 keine solche Einrede; sie zahlte vielmehr auf diese Rechnungen.

Wegen der Geltendmachung qualifizierter Beanstandungen sachlicher Art ist die Beklagte damit auf das nachträgliche Überprüfungsverfahren beschränkt, wie sich aus § 12 Nr. 4 Satz 3, § 6 Nr. 10 Satz 2 ABK-Vertrag in Verbindung mit dem KÜV ergibt.

Danach ist Folgendes vereinbart: 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 (siehe Anlage 1: Kurzbericht) beim Krankenhaus an. Die Krankenkasse teilt bei der Anforderung des Befundberichtes 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 KÜV).

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 für die weitere Überprüfung der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit. Die Krankenkasse übersendet hierzu dem Medizinischen Dienst den vom Krankenhaus vorgelegten Kurzbericht (§ 2 Abs. 2 KÜV).

Der Medizinische Dienst prüft auf der Grundlage des vorliegenden Kurzberichtes die Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung. Ergänzend hierzu kann ein Gespräch zwischen dem Arzt, der für den Medizinischen Dienst tätig ist, und dem beauftragten Arzt des Krankenhauses erfolgen unter Einschluss einer Übermittlung weiterer Informationen (z. B. Psychiatrie - Langliegeranfrage) durch den Krankenhausarzt (§ 2 Abs. 3 KÜV).

Soweit die Prüfung auf der Grundlage des Kurzberichtes sowie ggf. ergänzender Informationen durch den Arzt des Krankenhauses nicht zu einer Bestätigung der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung führen, erfolgt eine Prüfung durch den Medizinischen Dienst im Krankenhaus und in der Regel während der Zeit, in der sich der Patient in stationärer Krankenhausbehandlung befindet (§ 2 Abs. 4 KÜV).

Die Ärzte, die für den Medizinischen Dienst tätig sind, können nach vorheriger Absprache eines kurzfristigen Termins sowie Nennung des zu überprüfenden Behandlungsfalles das Krankenhaus zwischen 08.00 und 18.00 Uhr betreten, wenn dies zu einer gutachterlichen Stellungnahme über die Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung erforderlich ist. Der zur Überprüfung berechtigte Arzt legitimiert sich gegenüber dem Krankenhaus (§ 2 Abs. 5 KÜV).

Die Überprüfung erfolgt in Gegenwart eines vom Krankenhaus beauftragten Arztes, der mit dem einzelnen Behandlungsfall vertraut ist. Der Arzt, der für den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung tätig ist, kann die Krankenunterlagen im Krankenhaus einsehen und - soweit erforderlich - den Patienten untersuchen. Das Krankenhaus stellt die Voraussetzungen hierfür sicher (§ 2 Abs. 6 KÜV).

Bestehen aus Sicht des Arztes des Medizinischen Dienstes 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 Medizinischen Dienst eine Durchschrift seiner gutachtlichen Stellungnahme (§ 2 Abs. 7 KÜV).

Für die 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 die Absätze 1 bis 7 entsprechend (§ 2 Abs. 8 KÜV).

Bezogen auf diesen KÜV hat das BSG im Urteil vom 13. Dezember 2001 - [B 3 KR 11/01 R](#) ausgeführt: Eine Beweisführung der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit allein durch das Krankenhaus ist durch den KÜV ausgeschlossen. Ohne eigene Mitwirkung und vor allem ohne Einbeziehung des MDK kann die Krankenkasse einen solchen Nachweis durch das Krankenhaus nicht verlangen. Die Weigerung eines Vertragspartners, die vertraglich vereinbarte Form der Überprüfung einzuhalten, führt zwar nicht zum sofortigen Verlust der Rechtsposition, solange eine Nachholung möglich ist. Die Überprüfung kann aber nur nachgeholt werden, solange sich der andere Vertragspartner hierauf einstellen kann und muss. Das im KÜV vereinbarte Verfahren ist auf zeitnahe Durchführung ausgerichtet. Es soll nicht ein Gutachter nachträglich allein auf schriftliche Dokumentationen angewiesen sein, sondern vor allem die anschauliche Beurteilung des laufenden Falles oder die frische Erinnerung des behandelnden Krankenhausarztes im Zusammenwirken mit dem Vertreter des MDK nutzbar sein. Dies ist der beste Weg, aufgekommene Zweifel möglichst rasch und unbürokratisch auszuräumen. Ein solches Verfahren kann im Betrieb einer Großklinik nicht noch lange Zeit nach Abschluss des jeweiligen Behandlungsfalls nachgeholt werden, weil die anschauliche Erinnerung, insbesondere des behandelnden Arztes, nachlässt. Das verschlechtert die Beweislage des Krankenhauses und erhöht seinen Aufwand. Die Einleitung des Verfahrens unter Einschaltung des MDK ist deshalb spätestens dann notwendig, wenn die Krankenkasse nach Vorlage der Rechnung und dem Fälligwerden der geforderten Vergütung Zweifel an der Behandlungsnotwendigkeit hat. Unterlässt sie dies, so ist sie nach Treu und Glauben mit solchen Einwendungen endgültig ausgeschlossen, die bis dahin geltend gemacht werden konnten. Damit kann der Verzicht der Krankenkasse darauf, das vertraglich vorgesehene Überprüfungsverfahren durchzuführen, auch nicht dazu führen, dass später das Gericht das Verfahren aussetzt und das vereinbarte Überprüfungsverfahren nachholen lässt. Die Beweislage ist dann durch den Zeitablauf für das Krankenhaus noch ungünstiger geworden. Die Nachholung des vertraglichen Überprüfungsverfahrens ist selbst dann für das Krankenhaus unzumutbar geworden, wenn nunmehr substantiierte Einwendungen im Einzelfall geltend gemacht würden.

Qualifizierte Beanstandungen sachlicher Art hat die Beklagte bisher nicht vorgetragen. Dazu ist sie angesichts der Mitteilungen des MDK vom 13. November 2003 und 09. Januar 2004, wonach auf der Grundlage der Kurzberichte vom 30. Juli 2003 und 27. Oktober 2003 eine Beurteilung der Notwendigkeit der Behandlungsdauer nicht möglich ist, auch überhaupt nicht in der Lage. Angesichts des zwischenzeitlich eingetretenen Zeitablaufs zu den stationären Behandlungen vom 16. bis 17. Juli 2003 und vom 11. bis 16. Oktober 2003 kann jedenfalls nunmehr der mit dem KÜV verfolgte Zweck einer zeitnahen Überprüfung nicht mehr erreicht werden, so dass eine Nachholung ausscheidet. Dies hat nach der genannten Rechtsprechung des BSG einen Verlust der Rechtsposition, die ansonsten bestehen würde, zur Folge. Seitens der Krankenkasse bedeutet dies, dass sie mit dem Einwand einer überlangen Krankenhausbehandlung nicht mehr gehört werden kann. Seitens des Krankenhauses dürfte daraus folgen, dass die Notwendigkeit der Dauer der Krankenhausbehandlung nach den allgemeinen Beweisregeln bewiesen sein muss.

Die Beklagte hat in den beiden vorliegenden Fällen das nach dem KÜV vorgesehene Verfahren vereitelt und damit zugleich verhindert, dass sie qualifizierte Beanstandungen sachlicher Art geltend machen kann.

Nach § 2 Abs. 1 Satz 1 KÜV kann die Krankenkasse das Überprüfungsverfahren "in einem Behandlungsfall" einleiten, wenn aus der "Sicht der Krankenkasse" u. a. Zweifel an der Dauer der Krankenhausbehandlung bestehen. Das BSG hat im Urteil vom 13. Dezember 2001 - [B 3 KR 11/01 R](#) der Krankenkasse insoweit eine Plausibilitätskontrolle zugestanden, wie etwa bei offenbaren Diskrepanzen zwischen Aufnahmediagnose und Verweildauer. Die Beklagte bezieht sich in ihren gleich lautenden Schreiben vom 23. Juli 2003 und 20. Oktober 2003 zwar auf diese Rechtsprechung, wenn sie auf eine Plausibilitätskontrolle und eine offenbare Diskrepanz zwischen der Aufnahmediagnose und der Verweildauer verweist. Ihrer Verwaltungsakte ist jedoch nirgends zu entnehmen, dass tatsächlich eine Plausibilitätskontrolle stattfand und weswegen eine offenbare Diskrepanz bestehen soll. Da das Überprüfungsverfahren nach § 2 Abs. 1 Satz 1 KÜV lediglich

einzelfallbezogen zulässig ist, ist eine pauschale Überprüfung, wie sie von der Beklagten vor dem Urteil des BSG vom 13. Dezember 2001 - [B 3 KR 11/01 R](#) praktiziert wurde, ausgeschlossen. Eine solche Einzelfallüberprüfung kann hierbei nicht dadurch unterlaufen werden, dass in zahlreichen Behandlungsfällen mittels gleich lautender Schreiben eine Plausibilitätskontrolle behauptet wird, die tatsächlich nicht durchgeführt wurde. Vorliegend kann dahinstehen, ob die Beklagte trotz nicht dokumentierter Plausibilitätskontrolle eine solche dennoch vornahm. Der von der Beklagten angeregten diesbezüglichen Sachverhaltsaufklärung bedarf es daher nicht. Es kann auch offen bleiben, ob sie mit dem Einwand, sie habe eine solche durchgeführt, überhaupt noch im gerichtlichen Verfahren gehört werden kann, wenn diese nicht aus ihren Akten ersichtlich wird. Die Beklagte hat, selbst wenn sie in den beiden Behandlungsfällen berechtigt gewesen wäre, das Überprüfungsverfahren "in einem Behandlungsfall" einzuleiten, dieses Verfahren jedenfalls vereitelt.

Die Beklagte forderte in den beiden Behandlungsfällen Kurzberichte entsprechend § 2 Abs. 1 Sätze 1 und 2 KÜV an. Hierfür genügte die Mitteilung des Anlasses, also die Angabe der Dauer der Erkrankung. Im Unterschied zum Schreiben vom 23. Juli 2003 wurde zwar im Schreiben vom 20. Oktober 2003 der Anlass der Anfrage nicht ausdrücklich angegeben; aus dem Inhalt dieses Schreibens ergibt sich jedoch, dass die voraussichtliche Verweildauer Grund für die Anforderung des Kurzberichtes war.

Die von der Klägerin gefertigten Kurzberichte vom 30. Juli 2003 und 27. Oktober 2003 verweisen zwar lediglich auf die Aufnahme- bzw. Entlassungsanzeige und die Endrechnung. Dies war jedoch ausreichend, denn die abgefragten Angaben waren diesen Unterlagen zu entnehmen bzw. infolge der zwischenzeitlich erfolgten vorzeitigen Entlassung nicht mehr von Bedeutung. Die Beklagte wies demzufolge die Kurzberichte auch nicht als ungenügend zurück, sondern beauftragte den MDK gemäß § 2 Abs. 2 KÜV mit der Überprüfung.

Dem Senat erschließt sich hierbei im Behandlungsfall des Versicherten JH allerdings nicht, weswegen das Prüfungsverfahren fortgeführt wurde, obwohl der Versicherte lediglich vom 16. bis 17. Juli 2003 stationär behandelt wurde, wieso also eine überlange Krankenhausbehandlung stattgefunden haben könnte.

Der MDK hat entgegen der Ansicht der Beklagten kein Ermessen hinsichtlich der Art und Weise der Prüfung. Er ist über [§ 112 Abs. 1 und Abs. 2 Nr. 2, § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) in das Verfahren der Prüfung eingebunden. Nach diesen Vorschriften schließen die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen gemeinsam mit der Landeskrankenhausesgesellschaft oder mit den Vereinigungen der Krankenhausträger im Land gemeinsam Verträge, um sicherzustellen, dass Art und Umfang der Krankenhausbehandlung den Anforderungen dieses Gesetzbuches entsprechen. Die Verträge regeln insbesondere die Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung. Die Krankenkassen sind in den gesetzlich bestimmten Fällen oder wenn es nach Art, Schwere, Dauer oder 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. Da das SGB V keine weiteren Regelungen dazu trifft, wie die Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung insbesondere durch den MDK zu erfolgen hat, bleiben die Einzelheiten den entsprechenden Verträgen, wie hier dem KÜV, vorbehalten. Dabei ist lediglich zu beachten, dass diese Verträge den MDK betreffend keine Vorschriften enthalten dürfen, die Vorschriften des SGB V widersprechen.

Dem MDK steht bereits nach den [§§ 275 bis 277 SGB V](#) kein Ermessen zu, ob er zur Aufklärung des medizinischen Sachverhalts eine ihm eingeräumte Befugnis nutzt oder nicht. Es ist zwar zutreffend, dass das SGB V - von den genannten Vorschriften abgesehen - im Wesentlichen keine Vorgaben dazu enthält, wie der MDK seine Aufgaben erfüllt. Insoweit obliegt es grundsätzlich ihm zu entscheiden, wie er den medizinischen Sachverhalt aufklärt. Er hat damit ein Auswahlermessen zwischen mehreren möglichen Alternativen. Kann der MDK jedoch eine Beurteilung des medizinischen Sachverhaltes nach Ausschöpfung anderer Erkenntnisquellen nicht vornehmen, so hat er alle weiteren noch vorhandenen Erkenntnisquellen zu nutzen. Soweit nur noch eine weitere Erkenntnisquelle verbleibt, muss er von der ihm eingeräumten Befugnis Gebrauch machen. Er muss daher der Vorschrift des [§ 276 Abs. 4 SGB V](#) gemäß vorgehen, falls andere Möglichkeiten des Erkenntnisgewinns zur Beurteilung des medizinischen Sachverhalts nicht (mehr) bestehen.

§ 2 KÜV enthält keine Regelung, die in Widerspruch zu einer Regelung des SGB V steht.

Das SGB V verbietet grundsätzlich den Vertragspartnern des [§ 112 Abs. 2 Nr. 2 SGB V](#) nicht, bei der Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung sich auf bestimmte Erkenntnisquelle zu beschränken, soweit damit der Zweck des Gesetzes, sicherzustellen, dass Art und Umfang der Krankenhausbehandlung den Anforderungen des SGB V entsprechen, erreicht werden kann. Die Vertragspartner haben es damit in der Hand, auch die Vorgehensweise des MDK zu regeln. [§ 275 Abs. 5 SGB V](#), wonach die Ärzte des MDK bei der Wahrnehmung ihrer medizinischen Aufgaben nur ihrem ärztlichen Gewissen unterworfen sind, steht dem nicht entgegen. Diese Vorschrift erlaubt keine Einflussnahme auf Beurteilungen des MDK und möglicherweise, jedoch nur, soweit das SGB V nichts Abweichendes zulässt, auch auf die dabei anzuwendende Vorgehensweise. Dem MDK ist nach dem SGB V aber keine originäre Überprüfungsbefugnis eingeräumt. Er wird ausschließlich auf Veranlassung in der Regel der Krankenkasse und im Rahmen des SGB V bzw. der weiteren nach diesem Gesetz maßgebenden untergesetzlichen Vorschriften tätig. Dazu gehört auch ein Vertrag nach [§ 112 Abs. 2 Nr. 2 SGB V](#). Der MDK hat damit einen solchen Vertrag zu beachten.

Das vom MDK in den beiden Behandlungsfällen praktizierte Verfahren entspricht nicht § 2 Abs. 3 und 4 KÜV. Sofern der MDK keine Beurteilung auf der Grundlage des vorliegenden Kurzberichtes vornehmen kann, ist er ergänzend auf ein Gespräch mit dem beauftragten Arzt des Krankenhauses zur Erlangung weiterer Informationen beschränkt. Ob sich eine Verpflichtung, ein solches Gespräch zu führen, aus § 2 Abs. 3 KÜV ableiten lässt, kann dahinstehen. Kann jedoch die Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung auf der Grundlage des Kurzberichtes vom MDK nicht bestätigt werden, "erfolgt" eine Prüfung im Krankenhaus, und zwar nach § 2 Abs. 8 KÜV auch dann, wenn zwischenzeitlich die stationäre Behandlung beendet ist.

§ 2 Abs. 4 KÜV ist nach seinem Wortlaut zwingend, so dass, sofern die Krankenkasse an ihren Zweifeln festhält, sie diesen Weg beschreiten muss. Sie hat somit den MDK, wenn dieser seine Prüfung ohne eine inhaltliche Beurteilung abschließt und hierbei keine Ermittlungen im Krankenhaus vorgenommen hat, ausdrücklich unter Hinweis auf § 2 Abs. 4 KÜV dazu aufzufordern.

Die Beklagte hat dies nicht getan. Wie der Mitteilung des MDK vom 13. November 2003 zu entnehmen ist, hat die Beklagte im Behandlungsfall JH sogar ausdrücklich eine Begehung zur Informationsbeschaffung nicht gewünscht. Die Mitteilung des MDK vom 09. Januar

2004 im Behandlungsfall H G enthält zwar einen solchen ausdrücklichen Vermerk nicht. Die Formulierung in der Mitteilung des MDK vom 13. November 2003, "wonach Begehungen" laut Beratung vom 07. November 2003 nicht gewünscht werden, lässt allerdings bereits vermuten, dass die Beklagte generell den MDK gebeten hat, § 2 Abs. 4 KÜV nicht anzuwenden. Die Beklagte hat dies in der mündlichen Verhandlung auch für den Fall, dass das jeweilige Krankenhaus einen Entlassungsbericht dem MDK nicht übersendet, eingeräumt. Unabhängig davon war der Beklagten zumindest durch die Mitteilung des MDK vom 09. Januar 2004 bekannt, dass Ermittlungen im Krankenhaus der Klägerin nicht erfolgt waren. Gleichwohl unterließ sie es in Kenntnis des nicht aufgeklärten Sachverhaltes, den MDK aufzufordern, im Krankenhaus der Klägerin den Sachverhalt aufzuklären. Es ist weder ersichtlich noch von der Beklagten vorgetragen, dass sich der MDK dieser Maßnahme verweigert hätte. Es bedarf daher keiner Entscheidung dazu, welche Rechtsfolgen aus einer Weigerung des MDK resultieren.

Nach alledem vereitelte die Beklagte in den beiden Behandlungsfällen eine Aufklärung und die Durchführung des § 2 Abs. 4 KÜV. Sie geht mithin nach dem Urteil des BSG vom 13. Dezember 2001 - [B 3 KR 11/01 R](#) - ihrer Rechtsposition verlustig, Einwendungen gegen die Notwendigkeit der Dauer der Krankenhausbehandlung in den beiden Behandlungsfällen geltend zu machen. Die Berufung hat daher keinen Erfolg.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197 a Abs. 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) i. V. m. [§ 154 Abs. 2](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO) und entspricht dem Ergebnis des Rechtsstreits.

Die Revision ist nicht zuzulassen, da die Voraussetzungen hierfür ([§ 160 Abs. 2 Nrn. 1 und 2 SGG](#)) nicht vorliegen.

Die Festsetzung des Streitwertes folgt aus [§ 52 Abs. 1 und Abs. 3](#) Gerichtskostengesetz (GKG).

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2006-08-10