B 3 KR 54/01 R

Land
Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht
Bundessozialgericht
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
3
1. Instanz
SG Berlin (BRB)
Aktenzeichen
-
Datum
06.09.2000
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
-
Datum
20.06.2001
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 3 KR 54/01 R
Datum
13.12.2001
Kategorie
Urteil
Die Revision der Beklagten gegen das Urteil des Landessozialgerichts Berlin vom 20. Juni 2001 wird zurückgewiesen. Die Beklagte hat der Klägerin auch die Kosten des Revisionsverfahrens zu erstatten.

Gründe:

I

Die Beteiligten streiten über restliche Krankenhausbehandlungskosten, nachdem die beklagte Betriebskrankenkasse wegen von ihr statistisch festgestellter überlanger Verweildauern in Berliner Krankenhäusern dazu übergegangen war, Kostenübernahmeerklärungen regelmäßig zu befristen und Behandlungen nur bis zum Fristablauf zu bezahlen.

Die im Jahre 1941 geborene Versicherte R. L., die bei der Beklagten krankenversichert ist, wurde am 13. April 2000 aufgrund einer Überweisung der Poliklinik für Mund-Kiefer-Gesichts-Chirurgie im Krankenhaus der Klägerin wegen einer bösartigen Neubildung des Gaumens aufgenommen. Mit der bei der Beklagten am 25. April 2000 eingegangenen Aufnahmeanzeige vom 19. April 2000 teilte die Klägerin der Beklagten die Aufnahme der Versicherten, den Aufnahmegrund und die Aufnahmediagnose mit und beantragte die Übernahme der Kosten der stationären Behandlung. Mit Kostenübernahmeschein vom 27. April 2000, der am 28. April 2000 bei der Klägerin eingegangen ist, befristete die Beklagte die Kostenübernahme ohne nähere Erklärung rückwirkend bis zum 14. April 2000. Die stationäre Behandlung der Versicherten bestand in einer Chemotherapie und endete am 12. Mai 2000.

Ohne eine Verlängerung der Frist beantragt zu haben, übersandte die Klägerin der Beklagten die Rechnung vom 18. Mai 2000 über die Kosten für die gesamte Behandlungszeit in Höhe von 28.925,47 DM. Hiervon bezahlte die Beklagte die Kosten nach tagesgleichen Pflegesätzen bis zum 14. April 2000 in Höhe von 1.994,86 DM. Sie wies die Klägerin im Juni 2000 darauf hin, daß eine Übernahme der Behandlungskosten über den Befristungszeitraum hinaus nur möglich sei, wenn die medizinische Notwendigkeit einer weiteren stationären Behandlung nachgewiesen werde.

Der auf Zahlung des Restbetrags von 26.930,61 DM nebst Zinsen gerichteten Klage hat das Sozialgericht (SG) Berlin stattgegeben (Urteil vom 6. September 2000). Die Berufung der Beklagten wurde vom Landessozialgericht (LSG) zurückgewiesen (Urteil vom 20. Juni 2001). Das LSG hat zur Begründung im wesentlichen ausgeführt, der Zahlungsanspruch der Klägerin sei nicht auf den Zeitraum begrenzt, für den die Beklagte eine Kostenübernahme erklärt habe. Maßgebend sei allein, ob die Krankenhausbehandlung für den in Rechnung gestellten Zeitraum erforderlich gewesen sei; die Kostenübernahmeerklärung habe dagegen keine konstitutive Wirkung. Die Beklagte könne - als zahlungspflichtige Krankenkasse (KK) - gegen die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung im Einzelfall Einwendungen vorbringen und den Zahlungsanspruch des Krankenhauses damit zu Fall bringen. Hierbei müsse sie sich jedoch an die Regelungen des Berliner Rahmenvertrags zur Überprüfung der Erforderlichkeit der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit halten. Generelle Kürzungen aufgrund statistischer Erhebungen überlanger Verweildauern seien unzulässig. Die von der Beklagten herangezogenen Statistiken könnten lediglich den Anstoß für eine Wirtschaftlichkeitsprüfung des betroffenen Krankenhauses bieten. Es sei nicht Sache der Sozialgerichte, die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung im Einzelfall festzustellen. Nur wenn die Beteiligten die vertraglichen Pflichten zur medizinischen Aufklärung erfüllt hätten und der Sachverhalt nach Überprüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) zwischen diesem und den behandelnden Krankenhausärzten streitig bleibe oder sich dem Gericht Zweifel an der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit des Versicherten aufgrund der vorliegenden medizinischen Unterlagen geradezu aufdrängen, sei das Gericht zur weiteren Aufklärung des Sachverhalts durch Einholung eines Sachverständigengutachtens verpflichtet. Es könne nicht außer Betracht bleiben, daß durch medizinische Überprüfungsmaßnahmen nicht unerhebliche Kosten entstünden, die bei einer Verlagerung der

medizinischen Aufklärung auf die Sozialgerichte diesen aufgebürdet würden. Im Hinblick auf das Verhalten der Beklagten sei es auch nicht geboten, den Beteiligten eine Nachholung des vertraglichen Prüfungsverfahrens aufzugeben. Angesichts der vorliegenden Unterlagen habe das Gericht keinen Zweifel an der Notwendigkeit der stationären Behandlung der Versicherten und der Behandlungsdauer. Für eine weitere Ermittlung von Amts wegen böten sie keinen Anlaß.

Mit der hiergegen gerichteten Revision rügt die Beklagte unter Bezugnahme auf § 39 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) iVm §§ 106, 109 und 112 SGB V eine Verletzung des Gebots der Wirtschaftlichkeit in der gesetzlichen Krankenversicherung. Die KK sei nach den Berliner Krankenhausverträgen berechtigt, die Kostenübernahme auch rückwirkend zu befristen. Ob eine kürzere Krankenhausbehandlung bei einem Patienten, der inzwischen entlassen sei, zu dem gleichen Erfolg geführt hätte, lasse sich nachträglich kaum noch feststellen. Aufgrund von umfangreichen statistischen Erhebungen mit einer Toleranzgrenze von 10 % und nach einer Vorwarnung sämtlicher Berliner Krankenhäuser habe sie, die Beklagte, notgedrungen zum Mittel der befristeten Kostenübernahmeerklärung gegriffen. Das Krankenhaus der Klägerin weise eine um 21 % überhöhte Verweildauer auf. Damit sei es Sache des Krankenhauses, die Notwendigkeit einer weiteren Behandlung jeweils zu begründen. Die Beklagte rügt als Verfahrensfehler, das LSG habe zu Unrecht eine weitere Sachaufklärung abgelehnt. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts komme es, soweit eine Kostenzusage der KK nicht vorliege, allein auf die medizinische Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung an. Das LSG habe sich mit der Bejahung dieser Notwendigkeit medizinische Sachkunde angemaßt.

Die Beklagte beantragt,
das Urteil des LSG Berlin vom 20. Juni 2001 sowie das Urteil des SG Berlin vom 6. September 2000 abzuändern und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,
die Revision zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend.

II

Die Revision der Beklagten ist nicht begründet.

1. Der Senat hat mit Urteil vom 17. Mai 2000 - B 3 KR 33/99 R - (BSGE 86, 166, 167 = SozR 3-2500 § 112 Nr 1) entschieden, daß die auf Zahlung der Behandlungskosten eines Versicherten gerichtete Klage eines Krankenhauses gegen eine KK als (echte) Leistungsklage nach § 54 Abs 5 Sozialgerichtsgesetz (SGG) zulässig ist; denn es geht um einen sog Parteienstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt (zur Entstehung des Vertragsverhältnisses insbesondere bei sog Plankrankenhäusern vgl auch BSG SozR 3-2500 § 39 Nr 4).

2. Rechtsgrundlage des hier geltend gemachten Vergütungsanspruches, dessen Höhe rechnerisch nicht angegriffen wird, ist § 109 Abs 4 S 3 SGB V iVm dem am 1. Januar 1994 in Kraft getretenen Vertrag über die Allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung vom 1. November 1994 idF der Ergänzungsvereinbarung vom 22. Dezember 1997 (nachfolgend: Krankenhausbehandlungsvertrag - KBV) sowie dem Vertrag zur Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung zwischen der Berliner Krankenhausgesellschaft eV und den Landesverbänden der KKn (nachfolgend: Krankenhausüberprüfungsvertrag - KÜV). Die Beteiligten sind jeweils Mitglieder dieser Verbände. Beide Verträge, in denen ua Voraussetzungen und Modalitäten der Zahlungspflicht der KKn geregelt sind, sind auf der Grundlage von § 112 Abs 2 SGB V geschlossen worden, der zur Sicherstellung der gesetzesentsprechenden Krankenhausbehandlung den Abschluß von Rahmenverträgen auf Landesebene vorsieht. Die Zahlungsverpflichtung der KK entsteht, wie der Senat ebenfalls bereits im Urteil vom 17. Mai 2000 (aaO) entschieden hat, unabhängig von einer Kostenzusage der KK unmittelbar mit Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten. Die KK ist bei einem zugelassenen Krankenhaus iS des § 108 SGB V als Korrelat zu dessen Behandlungspflicht auch ohne zusätzliche vertragliche Vereinbarung verpflichtet, die normativ festgelegten Entgelte zu zahlen (so auch BSGE 78, 154 = SozR 3-2500 § 39 Nr 3), sofern die Versorgung im Krankenhaus erforderlich ist. Über die Erforderlichkeit der Krankenhausbehandlung entscheidet zunächst der Krankenhausarzt. Eine Zahlungspflicht der KK für die stationäre Versorgung eines Versicherten entfällt nur dann, wenn sich die Entscheidung des Krankenhausarztes nach seinen jeweiligen Erkenntnismöglichkeiten als nicht vertretbar herausstellt.

Die Kostenübernahmeerklärung hat für den Zahlungsanspruch des Krankenhauses dagegen keine konstitutive Bedeutung in dem Sinne, daß davon die Zahlungspflicht der KK abhängt. Das LSG hat zu Recht deutlich gemacht, daß der Streit der Beteiligten über die Frage, ob die Beklagte nach den Rahmenverträgen berechtigt war, Kostenübernahmeerklärungen zu befristen, auf den Zahlungsanspruch der Klägerin keinen Einfluß hat. Die Kostenübernahmeerklärung hat lediglich eine beweisrechtliche Funktion, falls sie abgegeben wird und den Behandlungszeitraum abdeckt. Das war hier nicht der Fall. Insoweit ist es auch unerheblich, wenn die KK die Kostenübernahmeerklärung dem Krankenhaus erst zuleitet, nachdem der befristete Zeitraum bereits abgelaufen ist, wie dies hier und auch in den meisten anderen Streitverfahren der Beteiligten, die in der Revisionsinstanz anhängig sind, der Fall ist, oder wenn - wie zB im Parallelverfahren B 3 KR 11/01 R (vgl Urteils des Senats vom 13. Dezember 2001, zur Veröffentlichung vorgesehen) - der nach dem Zugang der Kostenübernahmeerklärung bis zum Ablauf der Befristung verbleibende Zeitraum so knapp bemessen ist, daß für ein Verlängerungsverfahren, wie im Krankenhausbehandlungsvertrag vereinbart (dort § 6 Nr 6 bis 8), kein Raum bleibt. In jedem Fall kommt es auf die objektive Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung für die von einer Kostenübernahmeerklärung nicht abgedeckte Zeitspanne an. Soweit die Beklagte die Kostenübernahme - wie hier - auf einen Zeitraum befristet hat, der bei Zugang der Erklärung im Krankenhaus bereits abgelaufen war, verfehlte sie allerdings den eigentlichen Sinn der Kostenübernahmeerklärung, Klarheit für die weitere Behandlung zu schaffen. In der Erklärung ist in diesen Fällen lediglich die deklaratorische Anerkennung ihrer Leistungspflicht für die Behandlung in dem abgelaufenen "befristeten" Zeitraum zu sehen, die weitere Einwendungen gegen die Zahlungspflicht insoweit endgültig ausschließt.

Das Fehlen einer Kostenübernahmeerklärung in bezug auf die hier streitige Behandlungszeit hat aber nicht zur Folge, daß die Klägerin entsprechend dem allgemeinen Beweisgrundsatz, daß derjenige, der ein Recht beansprucht, die entsprechenden Voraussetzungen beweisen muß, das Vorliegen weiterer Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit nachweisen muß und die Gerichte gehalten sind, die entsprechenden Tatsachen zu ermitteln. Diese Folgen träten nur dann ein, wenn die Beklagte das Verfahren eingehalten hätte, das in den nach § 112 Abs 2 SGB V abgeschlossenen Rahmenverträgen hierfür vereinbart worden ist, oder wenn die Klägerin durch ihr Verhalten die

Durchführung des vereinbarten Verfahrens unmöglich gemacht oder zumindest erheblich erschwert hätte. Für eine derartige Annahme sind keine Anhaltspunkte zu erkennen, und auch die Beklagte beruft sich nicht darauf, die Klägerin habe eine vertragsgemäße Behandlung ihrer Einwände unmöglich gemacht. Insbesondere ist dies auch nicht dem Hinweis der Beklagten zu entnehmen, die Klägerin habe die Aufnahmeanzeige um neun Tage verspätet eingereicht. Es ist nicht erkennbar, daß die Beklagte bei unverzüglicher Zuleitung der Aufnahmeanzeige hinsichtlich der auf zwei Tage befristeten Kostenübernahmeerklärung eine andere Entscheidung getroffen oder sich im weiteren Verfahren anders als geschehen verhalten hätte.

Die Beklagte berühmt sich vielmehr des Rechts, die fehlende Erforderlichkeit der Krankenhausbehandlung im Einzelfall wegen allgemeiner statistischer Auffälligkeiten geltend machen zu können. Aus der Tatsache, daß die Verweildauern bei der Klägerin den Durchschnitt der Berliner Krankenhäuser bzw den bundesweiten Durchschnitt erheblich überstiegen, ergebe sich die Unwirtschaftlichkeit der Behandlungsweise der Klägerin. Für ein derartiges Vorgehen liefern weder das Gesetz noch die maßgebenden Rahmenverträge eine Grundlage. Die Regelungen des Vertragsarztrechts zur Überwachung der Wirtschaftlichkeit in der vertragsärztlichen Versorgung (§ 106 SGB V) enthalten keine allgemeinen Grundsätze, die auch im Bereich der stationären Versorgung eine Honorarkürzung auf der Grundlage von statistischen Auffälligkeiten zuließen. Zudem hat die Beklagte weder deutlich gemacht, von welchen statistischen Grundlagen sie im einzelnen ausgeht, noch, daß sie tatsächlich im Einzelfall die Rechnung nach statistisch errechneten Maßstäben, zB prozentual, kürzt. Für die Anerkennung einer Behandlungsdauer von nur zwei Tagen hat sie vorprozessual und in den Tatsacheninstanzen überhaupt keine Begründung abgegeben. Da es sich nicht um eine sog Standardoperation handelte, für die es allgemeine Erfahrungswerte über die erforderliche Behandlungsdauer geben könnte, ist die Rechnungskürzung auf keine Weise nachvollziehbar. Sie ist in dieser Form kein taugliches Mittel, einer allgemein vermuteten Unwirtschaftlichkeit im Krankenhaus zu begegnen.

Die Beklagte kann auch nicht mit dem - im Revisionsverfahren erstmals vorgetragenen - Einwand gehört werden, die Befristung sei hier auch einzelfallbezogen erfolgt. Es sei nicht von vornherein erkennbar gewesen, ob die gesamte Behandlung der Versicherten stationär habe erfolgen müssen. Deshalb sei die Kostenübernahme auf die Zeit der Aufnahmeuntersuchung und die Entscheidung über die durchzuführende Therapie beschränkt worden. Dieser Zweck ergebe sich ohne weiteres aus der Befristung der Kostenübernahme auf nur zwei Tage, auch wenn der Grund der Befristung nicht ausdrücklich erwähnt worden sei. Die Klägerin sei ihrer Obliegenheit, die Notwendigkeit der stationären Durchführung der Chemotherapie zu belegen, nicht nachgekommen. Zweifel an dieser Notwendigkeit seien angebracht, weil eine Chemotherapie grundsätzlich auch ambulant erfolgen könne.

Diesem Einwand vermag der Senat nicht zu folgen. Eine einzelfallbezogene Prüfung und Begründung der Befristung kann der Kostenübernahmeerklärung vom 27. April 2000 nicht entnommen werden. Mit der Erteilung der Kostenübernahmeerklärung hat die Beklagte für alle Beteiligten ersichtlich die Notwendigkeit der vollstationären Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit der bereits mit feststehender Diagnose aus anderer Krankenhausbehandlung überwiesenen Versicherten - wenn auch nur für zwei Tage - anerkannt. Nachträgliche Einwendungen gegen die stationäre Aufnahme und die ursprüngliche Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit selbst sind damit - wie ausgeführt - ausgeschlossen. Bei grundsätzlichen Zweifeln an der Notwendigkeit stationärer Behandlung hätte die Beklagte vielmehr die Kostenübernahmeerklärung von vornherein verweigern müssen. Ist stationäre Behandlung nach Art der Erkrankung oder der Therapie nicht notwendig, kann sie auch nicht für zwei Tage anerkannt werden. Die Notwendigkeit einer Aufnahmeuntersuchung durch das Krankenhaus rechtfertigt die Anerkennung einer stationären Behandlungsbedürftigkeit nicht (vgl § 3 KBV und § 2 KÜV). Ein solcher Grund für die Befristung war damit nicht nachvollziehbar. Es geht damit auch im vorliegenden Fall nur um die Frage, ob die Beklagte mit ihrem Argument, die Notwendigkeit der weiteren stationären Behandlung der Versicherten nach Fristablauf sei nicht belegt, gehört werden kann, obwohl sie auch hier die Befristung vorprozessual und in den Tatsacheninstanzen nur mit allgemeinen statistischen Auffälligkeiten begründet hat, die zu Zweifeln an der Notwendigkeit der Verweildauern berechtigten, sie auf eine auf den konkreten Einzelfall bezogene Begründung für die Befristung also verzichtet hat.

Der Gesetzgeber hat zur allgemeinen Überprüfung der Wirtschaftlichkeit der Krankenhausbehandlung ein anderes Verfahren vorgesehen, worauf das LSG bereits zutreffend hingewiesen hat. Nach § 113 Abs 1 SGB V können die Landesverbände der KKn nur gemeinsam mit den Ersatzkassen und den privaten Krankenversicherungsunternehmen die Wirtschaftlichkeit der Krankenhausbehandlung eines zugelassenen Krankenhauses durch einvernehmlich mit dem Krankenhausträger bestellte Prüfer untersuchen lassen. Bei fehlender Einigung über die Person des Prüfers kann die Landesschiedsstelle die Auswahl treffen. Hierbei festgestellte Unwirtschaftlichkeiten sind bei der nachfolgenden Pflegesatzfestsetzung zu berücksichtigen, können also zu einer Verringerung des Budgets führen; sie können in besonderen Fällen auch zur Kündigung des Versorgungsvertrags nach § 110 SGB V berechtigen (§ 113 Abs 3 SGB V).

Das LSG ist zu Recht davon ausgegangen, daß das Gesetz damit die generelle Prüfung und Kontrolle der Wirtschaftlichkeit eines zugelassenen Krankenhauses abschließend geregelt hat und daneben unwirtschaftliches Verhalten eines Krankenhauses von der KK allein nach Maßgabe der auf der Grundlage von § 112 Abs 2 SGB V geschlossenen Rahmenverträge geltend gemacht werden muß; das sind die Vereinbarungen der Vertragspartner des Berliner KÜV, die ein abgestuftes Verfahren unter frühzeitiger Einschaltung des MDK vorsehen und damit auch der gesetzlichen Verpflichtung der KKn Rechnung tragen, bei der Prüfung von Krankheitsverläufen eine gutachtliche Stellungnahme des MDK einzuholen (§§ 275 Abs 1 Nr 1, 276 Abs 4 SGB V).

Danach sind Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung medizinisch zu beurteilende Fragen (§ 1 Abs 3 KÜV), die im Regelfall noch während der stationären Behandlung zu überprüfen sind (§ 1 Abs 4 KÜV). Die KK muß bei Zweifeln an der Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung vom Krankenhaus einen Kurzbericht anfordern, der der KK innerhalb von einer Woche nach Zugang der Anforderung zuzusenden ist (§ 2 Abs 1 KÜV). Für den Fall, daß dies nicht ausreicht, um die Zweifel der Kasse auszuräumen, ist eine Prüfung durch den MDK im Zusammenwirken mit dem behandelnden Krankenhausarzt vorgesehen; auch dies soll in der Regel während des stationären Aufenthalts erfolgen (§ 2 Abs 4 KÜV), einschließlich einer erforderlich werdenden Untersuchung im Krankenhaus (§ 2 Abs 5 KÜV). Der MDK muß Bedenken hinsichtlich der Notwendigkeit des Krankenhausaufenthaltes zunächst mit dem Krankenhausarzt erörtern und das Ergebnis in einer Stellungnahme festhalten. Das vereinbarte Kontrollverfahren gilt auch für nachträgliche Überprüfungen (§ 2 Abs 8 KÜV).

Die KK hat hier bereits die Anforderung eines Kurzberichtes unterlassen. Das ist damit zu erklären, daß es ihr wegen ihrer grundsätzlichen Einstellung auf die Frage der Behandlungsnotwendigkeit und -dauer im Einzelfall nicht ankam. Das Krankenhaus hat es auch nicht anders verstanden. Selbst wenn man aber in der Befristung der Kostenübernahmeerklärung und dem dort bereits formularmäßig vorgedruckten allgemeinen Hinweis "Zur Beachtung bei Verlängerungsanträgen" konkludent eine Aufforderung zum Kurzbericht sähe, fehlte es jedenfalls

an der Angabe des Anlasses für die Überprüfung des Behandlungsfalls, wie dies § 2 Abs 1 Satz 2 KÜV fordert. Nur bei vertragsgemäßem Vorgehen der Beklagten wäre die Klägerin verpflichtet gewesen, der Beklagten einen Kurzbericht zukommen zu lassen, um diese in den Stand zu versetzen, den Umfang ihrer Leistungspflicht nachzuprüfen. Die Weigerung eines Krankenhauses, einer derartigen Aufforderung nachzukommen, hätte nach den vom erkennenden Senat im Urteil vom 17. Mai 2000 (aaO) angeführten Beweislastregeln zur Folge, daß das Krankenhaus seinen Vergütungsanspruch nicht durchsetzen könnte.

Die Parteien des KÜV sind erkennbar und zutreffend davon ausgegangen, daß für die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung - entsprechend dem Grundgedanken des § 39 Abs 1 Satz 2 SGB V - zunächst die Beurteilung des Krankenhausarztes maßgebend ist. Sie ist prima facie der Beweis für die Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit des Versicherten und damit auch für die Pflicht der KK, die anfallende Vergütung zu entrichten. Ihr liegt in der Regel die Beurteilung des ambulant behandelnden Arztes zugrunde, der eine ambulante Behandlung nicht mehr für ausreichend hält, und damit eine zweite ärztliche Meinung außerhalb des Krankenhauses. Dieser Anscheinsbeweis kann nicht dadurch erschüttert werden, daß generell auf zu lange Verweildauern verwiesen wird, sondern nur durch substantiierte Einwendungen im Einzelfall. Da es der Kasse, vor Einschaltung des MDK, in der Regel an medizinischem Sachverstand fehlt, kommt zunächst nur eine Plausibilitätskontrolle in Betracht, etwa bei offenbaren Diskrepanzen zwischen Aufnahmediagnose und Verweildauer, ungewöhnlich langer Verweildauer bei Standardbehandlungen oder bei einer stationären Aufnahme in Behandlungsfällen, die üblicherweise ambulant durchgeführt werden. Erst wenn die KK eine derart fehlende Plausibilität im konkreten Einzelfall geltend macht, ist das Krankenhaus zur Abgabe einer Stellungnahme, zB in Form eines Kurzberichts, verpflichtet. Vorliegend hat die Beklagte ihre Kostenübernahmeerklärung - wie ausgeführt - ohne jeden erkennbaren Bezug zur Aufnahmediagnose der Versicherten befristet. Für die Klägerin ergab sich hieraus keine Veranlassung, die Notwendigkeit des längeren Aufenthaltes der Versicherten näher zu begründen. Auch nach Erhalt der Rechnung hat die Beklagte keine substantiierten Einwendungen erhoben, die für das Krankenhaus Anlaß zu einer Stellungnahme hätten geben müssen. Sie hat sich in Verkennung der Gesetzes- und Vertragslage damit begnügt, die Klägerin pauschal aufzufordern, die Notwendigkeit der Behandlung zu begründen. Dem hätte die Klägerin nur dadurch nachkommen können, daß sie einen umfassenden Bericht über sämtliche diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen einschließlich der zugrundeliegenden medizinischen Erwägungen abgab. Ein solcher Aufwand ohne konkreten Anlaß würde einen großen Teil der ärztlichen Arbeitskraft beanspruchen, zumal wenn er routinemäßig verlangt würde, und letztlich die Krankenhäuser in ihrem eigentlichen Versorgungsauftrag beeinträchtigen. Gerade diese Folge wollen die vertraglichen Vereinbarungen mit ihrem abgestuften Verfahren bei Zweifeln an der Notwendigkeit einer Behandlung vermeiden. Die Einhaltung des vereinbarten Verfahrens, auch für nachträgliche Überprüfungen, ist nicht vom Krankenhaus vereitelt worden, sondern an der Beklagten gescheitert.

Die Beklagte hat auch im Revisionsverfahren nicht zu erkennen gegeben, auf welche Art und Weise eine dem KÜV entsprechende Überprüfung der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit in Tausenden von Fällen nachträglich hätte durchgeführt werden können. Die von ihr nach wie vor geforderte Beweisführung allein durch die Klägerin ist durch den KÜV gerade ausgeschlossen. Danach kann die Beklagte ohne eigene Mitwirkung und vor allem ohne Einbeziehung des MDK einen Nachweis der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit 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 eine 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, wie sie die Klägerin mit der Charité betreibt, 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 KK nach Vorlage der Rechnung und dem Fälligwerden der geforderten Vergütung (§ 12 Abs 4 KBV: 14 Kalendertage nach Rechnungseingang) 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 Beklagten darauf, das vertraglich vorgesehene Überprüfungsverfahren durchzuführen, auch nicht dazu führen, daß später das Gericht das Verfahren aussetzt und das vereinbarte Überprüfungsverfahren nachholen läßt (so aber Adelt, BKK 2001, 513, 518). 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, was hier - prozessual unzulässig (§ 163 SGG) - erst im Revisionsverfahren geschehen ist, indem die Beklagte die Notwendigkeit der stationären Durchführung der Chemotherapie ab dem dritten Behandlungstag (15. April 2000) bestritten hat. Das LSG hat daher zwar zu Recht davon abgesehen, die Nachholung eines solchen Überprüfungsverfahrens anzuregen, weil dort nach wie vor keine substantiierten Einwendungen von der Beklagten erhoben worden sind; dies gälte aber auch im anderen Fall.

Das LSG hat schließlich zu Recht davon abgesehen, die Notwendigkeit der Behandlungsdauer von Amts wegen selbst weiter aufzuklären. Soweit es dazu ausführt, daß es aufgrund der vorliegenden Unterlagen von dieser Notwendigkeit überzeugt sei, hat es allerdings die Grenzen der freien richterlichen Beweiswürdigung (§ 128 Abs 1 Satz 1 SGG) überschritten, weil zu dieser Beurteilung medizinische Sachkunde erforderlich ist und das Gericht nicht erkennen läßt, worauf sich seine Sachkunde gründet. Die insoweit zu Recht erhobene Verfahrensrüge der Beklagten greift aber nicht durch, weil sich der Verfahrensfehler auf die Entscheidung nicht ausgewirkt hat. Das LSG hat nämlich sein Absehen von einer weiteren Sachaufklärung zutreffend auch aus Rechtsgründen hergeleitet. Angesichts des Fehlens substantiierter Einwendungen der Beklagten in den Tatsacheninstanzen sprach für die Klägerin nach wie vor der durch den Krankenhausarzt begründete Anscheinsbeweis, der weitere Ermittlungen entbehrlich machte. Aber auch wenn substantiierte Einwendungen im gerichtlichen Verfahren der Tatsacheninstanzen nachgeschoben worden wären, bestünde keine Veranlassung, dem weiter gerichtlich nachzugehen. Denn auch dies geschähe zu einem Zeitpunkt, in dem sich die Beweislage zu Ungunsten des Krankenhauses aus von der Beklagten zu vertretenden Gründen verschlechtert hätte. Dies ist bereits der Beweisverlust, der zu Lasten der Beklagten geht, ohne daß noch ermittelt werden müßte, ob und in welchem Umfang konkrete Beweisverluste dafür verantwortlich sind, daß die Klägerin ihre grundsätzliche Beweisführungspflicht nicht mehr erfüllen kann.

Der Beklagten ist zuzugestehen, daß das vereinbarte Verfahren der Einzelfallprüfung nicht geeignet ist, die Wirtschaftlichkeit eines Krankenhauses umfassend überprüfen und insbesondere überdurchschnittlichen Verweildauern wirksam entgegentreten zu können. Die KKn können zudem zur Wahrung der Wirtschaftlichkeit der stationären Versorgung auch nicht ohne weiteres auf die Möglichkeit verwiesen werden, in Rahmenverträgen nach § 112 Abs 2 SGB V Prüfverfahren auf statistischer Grundlage mit den Landeskrankenhausgesellschaften bzw mit den Verbänden der Krankenhausträger abzuschließen. Da die ganz überwiegende Zahl aller Krankenhäuser allein aufgrund ihrer Stellung als sog Plankrankenhaus bzw - wie hier - als Universitätsklinik aufgrund fingierter Versorgungsverträge zur Versorgung der Versicherten zugelassen sind (§ 108 iVm § 109 Abs 1 Satz 2 SGB V) und auch eine Kündigung nicht ohne weiteres möglich ist, ist die Verhandlungsposition der KKn bzw die ihrer Verbände insoweit eher schwach. Die Möglichkeit, Vergleichsprüfungen durchzusetzen, dürfte daher kaum bestehen. Die Problematik besteht allerdings nur so lange, wie Krankenhausleistungen überwiegend auf der Basis tagesgleicher Pflegesätze vergütet werden. Sie verliert ihre Bedeutung, wenn die Vergütung durch Festpreise erfolgt, etwa in Form von Fallpauschalen, wie dies für den Bereich somatischer Erkrankungen gesetzlich (§ 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz idF des GKV - GRG 2000, vom 22. Dezember 1999, BGBl I 2626, zuletzt geändert durch Gesetz vom 27. April 2001, BGBl I 772) für die Zeit ab 2003 vorgesehen ist.

Die Kostenentscheidung folgt aus § 193 SGG.
Rechtskraft
Aus
Login
FSB
Saved
2003-08-26