

B 3 KR 23/05 R

Land
Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht
Bundessozialgericht
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
3
1. Instanz
SG für das Saarland (SAA)
Aktenzeichen
S 1 KR 401/01
Datum
28.10.2002
2. Instanz
LSG für das Saarland
Aktenzeichen
L 2 KR 30/02
Datum
19.01.2005
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 3 KR 23/05 R
Datum
28.09.2006
Kategorie
Urteil
Leitsätze

1. Zur Auslegung von Vorschriften in Landesverträgen, die das Verfahren zur Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer einer Krankenhausbehandlung regeln.
2. Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung ist als Körperschaft des öffentlichen Rechts mit eigenem Pflichtenkreis weder Organ noch Vertreter oder Erfüllungsgehilfe der Krankenkassen, die deshalb für dessen Fehler nicht haftbar sind.
Auf die Revision der Beklagten wird das Urteil des Landessozialgerichts für das Saarland vom 19. Januar 2005 - [L 2 KR 30/02](#) - aufgehoben. Der Rechtsstreit wird zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das Landessozialgericht zurückverwiesen.

Gründe:

I

1

Die klagende Stiftung ist Trägerin der S. -Klinik "K. Diakonie" (nachfolgend: Krankenhaus), in der ein Versicherter der beklagten Krankenkasse (R. N.) in der Zeit vom 4. Juli bis 23. August 2000 wegen eines ischämisch bedingten Fußsyndroms links mit ausgeprägter Weichteilinfektion vollstationär behandelt worden ist. Die Beklagte sagte die Kostenübernahme für diese stationäre Behandlung - wie vom Krankenhaus beantragt - zunächst bis zum 24. Juli, sodann bis zum 3. August und anschließend noch bis zum 16. August 2000 zu. Mit Schreiben vom 10. August 2000, bei der Beklagten eingegangen am 14. August 2000, beantragte das Krankenhaus eine Verlängerung der Kostenzusage, weil weitere Therapien und Diagnostik erforderlich seien und die Behandlung voraussichtlich in zehn Tagen abgeschlossen werde. Die Beklagte schaltete daraufhin ohne vorherige Anforderung eines Kurzberichts des Krankenhauses den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) mit der Bitte um Prüfung ein, ob die Begründung des Krankenhauses ausreiche, um eine weitere Kostenzusage zu erteilen, und bis wann weitere Krankenhausbehandlung befürwortet werde. Der MDK wandte sich mit Schreiben vom 17. August 2000 an das Krankenhaus und bat um Übersendung eines medizinischen Berichts sowie um Angabe, wann die Angiographie und die Prostavasinbehandlung erfolgt seien. Am 27. November 2000 gab der MDK den Gutachtenauftrag unerledigt an die Beklagte zurück, weil das Krankenhaus die erbetenen medizinischen Unterlagen nicht übersandt habe. Unter dem 30. November 2000 teilte die Beklagte dem Krankenhaus mit, eine Kostenübernahme über den 16. August 2000 hinaus sei im Hinblick auf die unterbliebene Übersendung der Krankenunterlagen an den MDK nicht möglich.

2

In einem späteren Gutachten nach Aktenlage vom 14. Februar 2001 stellte der MDK nach Auswertung des Krankenhausentlassungsberichts, einer Stellungnahme zum Verlauf der stationären Behandlung und der Pflegedokumentation fest, dass eine Kostenübernahme für längstens 44 stationäre Behandlungstage gerechtfertigt sei; bei konsequentem Prozedere mit frühzeitiger Durchführung einer Angiographie mit anschließender Dilatation der Stenosierungen wäre es zu einer Verkürzung des stationären Aufenthalts gekommen. Unter Bezugnahme hierauf teilte die Beklagte dem Krankenhaus erneut mit, dass Kosten über den 16. August 2000 hinaus nicht übernommen würden (Schreiben vom 21. Februar 2001). Hiergegen wandte sich das Krankenhaus mit "Widerspruch" vom 23. Juli 2001 und begründete die längere Verweildauer des Versicherten bis zum 23. August 2000 mit der Schwere der Erkrankung und dem zunächst befürchteten Risiko eines Frühverschlusses im Unterschenkelbereich, der sich jedoch glücklicherweise nicht eingestellt habe. Erst nach einer hochgradigen Verschlechterung des Fußsyndroms habe man sich am 10. August 2000 zur Angiographie und der hochrisikobehafteten Dilatation diverser Stenosen entschlossen. Die Tatsache, dass sich die befürchteten Komplikationen im Ergebnis nicht einstellen würden, habe im Voraus nicht

sicher festgestellt werden können. Nach erneuter Einschaltung des MDK teilte die Beklagte dem Krankenhaus am 24. September 2001 nochmals mit, dass eine über den 16. August 2000 hinausgehende Kostenübernahme nicht möglich sei. Das Krankenhaus erteilte der Beklagten für den Gesamtzeitraum der Behandlung (4. Juli bis 23. August 2000) eine Rechnung über insgesamt 21.461,50 DM, die bei dieser am 31. Oktober 2001 einging und eine Zahlungsfrist bis zum 13. November 2001 enthielt; hierauf zahlte die Beklagte am 14. November 2001 den Betrag von 18.857,56 DM.

3

Mit der am 27. November 2001 erhobenen Klage hat die Klägerin die noch offenen Behandlungskosten mit der Begründung geltend gemacht, die Fortsetzung der stationären Behandlung des Versicherten sei über den 16. August 2000 hinaus bis zu dessen Entlassung am 23. August 2000 notwendig gewesen. Das Sozialgericht (SG) hat die Beklagte ohne Beweisaufnahme über die Notwendigkeit der weiteren Krankenhausbehandlung zur Zahlung des Differenzbetrages von 2.603,94 DM (= 1.331,37 EUR) nebst Zinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz ab 14. November 2001 verurteilt (Gerichtsbescheid vom 28. Oktober 2002). Das Landessozialgericht (LSG) hat die Berufung der Beklagten zurückgewiesen (Urteil vom 19. Januar 2005): Der Beklagten seien erhebliche Verstöße gegen das in dem Landesvertrag nach [§ 112 Abs 2 Nr 2](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) vereinbarte Verfahren zur Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung vorzuwerfen; deshalb sei sie mit ihren Einwendungen gegen den Vergütungsanspruch der Klägerin endgültig ausgeschlossen. Die Beklagte selbst habe ohne erkennbaren Grund vor Beauftragung des MDK keine Stellungnahme des Krankenhauses eingeholt. Zudem habe der MDK nicht nachvollziehbar davon abgesehen, die landesvertraglich grundsätzlich vorgesehene Überprüfung im Krankenhaus durchzuführen, solange sich der Versicherte dort noch in stationärer Behandlung befunden habe, sondern lediglich medizinische Unterlagen angefordert. Im Übrigen sehe § 2 Abs 6 des Landesvertrages vor, dass die Ärzte des MDK etwaige Bedenken gegen die Notwendigkeit, Art oder Dauer der Krankenhausbehandlung mit dem leitenden Abteilungsarzt des Krankenhauses erörtern sollen; hiervon dürfe nur in Ausnahmefällen abgewichen werden. Eine solche mündliche Erörterung sei vorliegend ebenfalls ohne ersichtlichen Grund unterblieben. Dieses vertragswidrige Verhalten des MDK müsse sich die Beklagte zurechnen lassen.

4

Mit der vom erkennenden Senat zugelassenen Revision rügt die Beklagte die Verletzung materiellen Rechts ([§ 2 Abs 4](#), [§ 12 Abs 1](#), [§ 39 Abs 1](#), [§ 70 Abs 1 Satz 2](#), [§ 109 Abs 4 Satz 3](#) und [§ 112 Abs 1 SGB V](#)). Sie hält die Auslegung des Landesvertrages durch das LSG für verfehlt. Dort seien weder die Einholung einer Stellungnahme des Krankenhauses vor Beauftragung des MDK noch die Überprüfung des Falles durch den MDK im Krankenhaus zwingend vorgeschrieben und hier wegen der in dem Verlängerungsantrag ohnehin enthaltenen medizinischen Begründung auch überflüssig gewesen. Zudem lasse der Begriff der "Erörterung" auch einen schriftlichen Meinungsaustausch zu. Im Übrigen könne ein etwaiges Verschulden des MDK nicht ihr - der Beklagten - zugerechnet werden, denn der MDK sei eine eigenständige und rechtlich selbstständige Körperschaft des öffentlichen Rechts. Schließlich seien die Verstöße auch nicht so schwerwiegend, weil das vertragliche Überprüfungsverfahren rechtzeitig eingeleitet worden sei, sodass das Krankenhaus mit Einwendungen habe rechnen müssen. Das LSG hätte daher nicht ohne weitere Sachaufklärung entscheiden dürfen.

5

Die Beklagte beantragt sinngemäß, das Urteil des LSG für das Saarland vom 19. Januar 2005 - [L 2 KR 30/02](#) - und den Gerichtsbescheid des SG für das Saarland vom 28. Oktober 2002 zu ändern und die Klage abzuweisen;

6

hilfsweise, den Rechtsstreit zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das LSG zurückzuverweisen.

7

Die Klägerin beantragt, die Revision zurückzuweisen.

8

Sie verteidigt das angefochtene Urteil als zutreffend, da die Vertragsverstöße festgestellt seien. Die Auslegung des Landesvertrages durch das LSG sei bindend, weil sie nicht gegen Bundesrecht verstoße.

9

Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung durch Urteil ohne mündliche Verhandlung nach [§ 165](#), [§ 153 Abs 1](#), [§ 124 Abs 2](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) einverstanden erklärt.

II

10

Auf die Revision der Beklagten war das Urteil des LSG aufzuheben und der Rechtsstreit zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das LSG zurückzuverweisen ([§ 170 Abs 2 Satz 2 SGG](#)). Zu Unrecht ist das LSG davon ausgegangen, der Beklagten sei ein erheblicher Verstoß gegen das vereinbarte Verfahren zur Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung vorzuwerfen, der zum Ausschluss ihrer Einwendungen analog [§ 242](#) Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) geführt habe. Der Rechtsstreit durfte nicht ohne Klärung der Streitfrage entschieden werden, ob die Krankenhausbehandlung über den 16. August 2000 hinaus notwendig gewesen ist. Die dazu notwendigen Feststellungen hat das LSG im erneuten Berufungsverfahren nachzuholen.

11

1. Die Klage ist als Leistungsklage nach [§ 54 Abs 5 SGG](#) zulässig, weil es sich um einen Parteienstreit im Gleichordnungsverhältnis handelt, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt ([BSGE 86, 166 = SozR 3-2500 § 112 Nr 1](#); stRspr). Ein Vorverfahren war mithin nicht durchzuführen und die Einhaltung einer Klagefrist nicht geboten ([BSG SozR 3-2500 § 39 Nr 4](#) und [BSGE 86, 166 = SozR 3-2500 § 112 Nr 1](#); stRspr). Die Tatsache, dass das Schreiben des Krankenhauses vom 23. Juli 2001 mit "Widerspruch" bezeichnet worden ist, ändert nichts hieran; es wurde kein verfahrensrechtlicher Widerspruch iS von [§ 83 SGG](#) erhoben, sondern eine zum Gutachten des MDK vom 14. Februar 2001 abweichende medizinische Auffassung dargestellt.

12

2. Rechtsgrundlage des geltend gemachten restlichen Vergütungsanspruchs der Klägerin, dessen Höhe rechnerisch nicht angegriffen wird, ist [§ 109 Abs 4 Satz 3 SGB V](#) iVm der Pflegesatzvereinbarung der Beteiligten für das Jahr 2000, dem am 10. Dezember 1996 in Kraft getretenen Vertrag nach [§ 112 Abs 2 Satz 1 Nr 1 SGB V](#) über die "Allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung" (nachfolgend: Krankenhausbehandlungsvertrag - KBV) und dem Vertrag nach [§ 112 Abs 2 Satz 1 Nr 2 SGB V](#) zur "Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung" (nachfolgend: Krankenhausüberprüfungsvertrag - KÜV), die von der Saarländischen Krankenhausgesellschaft eV, deren Mitglied die Klägerin ist, und der Beklagten sowie sechs weiteren Landesverbänden der Krankenkassen abgeschlossen worden sind. Die Zahlungsverpflichtung der gesetzlichen Krankenkassen für eine notwendige Krankenhausbehandlung entsteht unabhängig von einer Kostenzusage unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten. Die Krankenkasse ist bei einem zugelassenen Krankenhaus ([§ 108 SGB V](#)) als Korrelat zu dessen Behandlungspflicht auch ohne zusätzliche vertragliche Vereinbarung verpflichtet, die normativ festgelegten Entgelte zu zahlen, sofern die Versorgung im Krankenhaus erforderlich ist ([BSGE 86, 166 = SozR 3-2500 § 112 Nr 1](#) und [BSGE 89, 104 = SozR 3-2500 § 112 Nr 2](#); stRspr). Die Kostenübernahmeerklärung hat für den Zahlungsanspruch des Krankenhauses keine konstitutive Bedeutung in dem Sinne, dass davon die Zahlungspflicht der Krankenkasse abhängt. Sie hat lediglich eine beweisrechtliche Funktion, falls sie abgegeben wird und den streitigen Behandlungszeitraum abdeckt ([BSGE 89, 104 = SozR 3-2500 § 112 Nr 2](#); stRspr), was hier nicht der Fall war. Dementsprechend bestimmt [§ 5 Abs 1 Satz 4 KBV](#), dass der Vergütungsanspruch des Krankenhauses in Fällen medizinisch erforderlicher Krankenhausbehandlung unabhängig vom Vorliegen einer Kostenübernahmeerklärung entsteht. Über die Erforderlichkeit der Krankenhausbehandlung entscheidet nach [§ 39 Abs 1 Satz 2 SGB V](#) zunächst der Krankenhausarzt, wobei dessen Entscheidung nach objektiven Kriterien durch die Krankenkasse zu überprüfen ist, die den Leistungsantrag des Versicherten bei Erfüllung aller Anspruchsvoraussetzungen zu genehmigen hat. Eine Zahlungspflicht der Krankenkasse für die stationäre Versorgung eines Versicherten entfällt danach nur dann, wenn sich die Entscheidung des Krankenhausarztes nach den ihm subjektiv bekannten und den objektiv erkennbaren Gegebenheiten unter Berücksichtigung der medizinischen Standards als nicht vertretbar herausstellt, wobei eine vorausschauende Sicht zum Zeitpunkt der Entscheidungsfindung maßgebend ist ([BSGE 89, 104 = SozR 3-2500 § 112 Nr 2](#); stRspr).

a) Das Fehlen einer Kostenübernahmeerklärung bezüglich der streitigen Behandlungszeit hat hier zur Folge, dass die Klägerin entsprechend dem allgemeinen Beweisgrundsatz, dass derjenige, der ein Recht beansprucht, die entsprechenden Voraussetzungen beweisen muss, das Vorliegen weiterer Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit im Sinne der dargestellten objektiven Vertretbarkeit der Entscheidung des Krankenhausarztes nachweisen muss und das LSG gehalten ist, die entsprechenden Tatsachen durch ein Sachverständigengutachten zu ermitteln. Die Beklagte hat unter Hinweis auf die Feststellungen und Einschätzungen des MDK in dessen Gutachten vom 14. Februar und 19. September 2001 die Fortdauer der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit des Versicherten über den 16. August 2000 hinaus substantiiert bestritten und die Auffassung vertreten, dass der Versicherte trotz der vom Krankenhaus geschilderten Schwere der Erkrankung sowie der zunächst befürchteten Komplikationen schon am 16. August 2000 aus der stationären Behandlung hätte entlassen werden können. Die Zahlungspflicht der Beklagten hängt von der Klärung der noch streitigen Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit ([§ 39 SGB V](#)) vom 17. bis 23. August 2000 ab, weil die Beklagte entgegen der Rechtsauffassung der Vorinstanzen nicht mit der Geltendmachung ihrer Einwendungen ausgeschlossen ist und sie auch nicht auf eine Klärung der Streitfrage in einem gesonderten Klageverfahren nach vorheriger Zahlung der Behandlungskosten verwiesen werden kann.

b) Die Klägerin kann ihren Zahlungsanspruch nicht allein aus den Regelungen des KBV über die Zahlungsfristen ([§ 14](#)) herleiten und die Beklagte nicht auf einen separat geltend zu machenden öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch verweisen, der gegen Vergütungsanforderungen des Krankenhauses aus späteren Behandlungsfällen aufzurechnen wäre ([§§ 387 ff BGB](#) analog). Nach [§ 14 Abs 4 Satz 1 KBV](#) hat die Krankenkasse die Rechnung innerhalb von 14 Tagen nach Rechnungseingang zu begleichen, wobei der Rechnungsbetrag gemäß [§ 14 Abs 5 KBV](#) bei Nichtzahlung mit 2 Prozentpunkten über dem (damaligen) Diskontsatz der Deutschen Bundesbank ab dem Fälligkeitstag zu verzinsen ist, ohne dass es einer Mahnung bedarf. Dabei ist in [§ 14 Abs 3 KBV](#) ausdrücklich vorbehalten, dass Beanstandungen rechnerischer oder sachlicher Art auch nach Bezahlung der Rechnung geltend gemacht werden können. Regelungen dieser Art, die sich in vergleichbarer Form in vielen Landesverträgen zu [§ 112 Abs 2 Satz 1 Nr 1 SGB V](#) finden, hat der erkennende Senat immer dahingehend ausgelegt, dass die Fälligkeit des Vergütungsanspruchs 14 Tage nach Rechnungseingang unabhängig davon eintritt, ob ein Prüfungsverfahren zur Notwendigkeit und Dauer einer Krankenhausbehandlung noch eingeleitet werden soll bzw ein solches noch nicht abgeschlossen ist, und die Krankenkasse in solchen Fällen zur Zahlung verpflichtet ist, ohne dass das Ergebnis des Prüfungsverfahrens abzuwarten bleibt. Der Krankenkasse bleiben etwaige Einwendungen gegen Grund und Höhe der geltend gemachten Behandlungskosten trotz der Zahlung erhalten; der Rückforderungsanspruch und die Möglichkeit späterer Aufrechnung gegen unbestrittene Forderungen des Krankenhauses aus anderen Behandlungsfällen werden durch die Zahlung nicht ausgeschlossen ([BSG SozR 4-2500 § 109 Nr 1](#)). Dies hat zur Folge, dass in Fällen dieser Art auch eine gerichtliche Sachaufklärung ([§ 103 SGG](#)) zur Frage der Notwendigkeit und Dauer einer Krankenhausbehandlung entbehrlich ist, solange die Krankenkasse nicht entschieden und im Rechtsstreit vorgetragen hat, ob und ggf welche Einwendungen sie erheben will.

Anders sieht es hingegen aus, wenn - wie hier - ein Prüfungsverfahren bereits abgeschlossen ist und die Krankenkasse in substantiiert Form Einwendungen vorgetragen hat. In solchen Fällen ist vom Gericht zu ermitteln, ob der Krankenhausarzt die medizinische Notwendigkeit der stationären Behandlung des Versicherten mit Blick auf die erhobenen Einwendungen seinerzeit in vertretbarer Weise bejaht hat. Die Krankenkasse kann dann nicht auf eine allein von einer formell ordnungsgemäß erstellten Rechnung ([§ 301 SGB V](#)) abhängige Zahlungspflicht und auf einen späteren gesonderten Rechtsstreit über die Berechtigung zur Aufrechnung mit einem Rückforderungsanspruch verwiesen werden (vgl [BSG SozR 4-2500 § 112 Nr 3 RdNr 6 f](#)). Die Ansicht des SG, der Vergütungsanspruch der Klägerin sei trotz der Einwendungen der Beklagten ohne gerichtliche Beweisaufnahme bereits auf Grund der Fälligkeitsregelung des [§ 14 KBV](#) begründet, ist daher verfehlt; zu Recht ist das LSG dieser Ansicht nicht gefolgt.

13

3. Die Beklagte ist entgegen der Ansicht der Vorinstanzen und der Klägerin auch nicht an der Geltendmachung ihrer Einwendungen aus Rechtsgründen gehindert. Es gibt zwar Fälle, 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. Der erkennende Senat hat eine solche Konstellation bislang nur einmal angenommen (Urteil vom 13. Dezember 2001 - B 3 KR 11/01 R -, BSGE 89, 104 = SozR 3-2500 § 112 Nr 2 und weitere Urteile von demselben Tag - "Berliner Fälle"). 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 in dem einschlägigen KÜV vereinbarte Verfahren mit der dort festgelegten Einzelfallprüfung durchzuführen, was rein statistisch begründete Einwendungen nicht zuließ. Das vertraglich vereinbarte Überprüfungsverfahren, das auf eine - angesichts abnehmender Verweildauern allerdings vielfach nicht mögliche - Klärung der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit in der Regel noch während des stationären Aufenthalts des Versicherten angelegt, auf jeden Fall aber zügig und zeitnah durchzuführen ist (Beschleunigungsgebot), konnte nicht mehr nachgeholt werden, weil es unter Einschaltung des MDK spätestens nach Vorlage der Rechnung des Krankenhauses und dem Fälligwerden der geforderten Vergütung (§ 14 Abs 4 Satz 1, Abs 5 KBV: 14 Tage nach Rechnungseingang) eingeleitet werden muss (BSG, aaO). Diese Frist war in jenen Fällen bereits seit langer Zeit verstrichen, sodass sich die Krankenhäuser nicht mehr auf eine nachträgliche Überprüfung der Verweildauer einstellen mussten. Deshalb bedurfte es in jenen Fällen auch keiner gerichtlichen Sachaufklärung mehr zur Frage der Notwendigkeit und Dauer der jeweiligen Krankenhausbehandlung.

14

Im vorliegenden Fall hat die Beklagte die Frist für das Überprüfungsverfahren indes gewahrt. Zur Fristwahrung genügt es, wenn spätestens nach Vorlage der Rechnung und dem Fälligwerden der geforderten Vergütung die Anforderung einer Stellungnahme (Kurzbericht) des Krankenhauses durch die Krankenkasse (§ 2 Abs 1 Satz 1 KÜV) beim Krankenhaus eingeht oder, falls nach Ermessen auf die Anforderung eines Kurzberichts verzichtet wird ("kann" anfordern), wenn bis zu diesem Zeitpunkt der Überprüfungsauftrag der Krankenkasse beim MDK (§ 275 Abs 1 Nr 1 SGB V, § 2 Abs 1 Satz 4 KÜV) eingeht (vgl. Näheres zu dieser Wahlmöglichkeit unter 4a). Das Überprüfungsverfahren ist hier unmittelbar nach dem Zugang der Mitteilung des Krankenhauses über die Verlängerung der stationären Behandlung des Versicherten über den 16. August 2000 hinaus eingeleitet worden, denn die Beklagte hat den MDK noch am Tage des Zugangs der Verlängerungsanzeige (14. August 2000) mit der Prüfung der Notwendigkeit der weiteren Krankenhausbehandlung beauftragt, und überdies war das Überprüfungsverfahren weit vor dem Zugang der Kostenrechnung des Krankenhauses (31. Oktober 2001) abgeschlossen.

15

4. Auch sonstige Gründe für einen Einwendungsausschluss liegen hier nicht vor. Es fehlt insbesondere an einer erheblichen Vertragsverletzung der Beklagten im Vorfeld und bei der Durchführung des Überprüfungsverfahrens. Eine etwaige Pflichtverletzung des MDK müsste sich die Beklagte zudem nicht zurechnen lassen.

16

Maßgeblich für die Frage, ob die Beklagte im Rahmen des Überprüfungsverfahrens Pflichtverletzungen begangen hat, sind die Bestimmungen des KÜV. Bei der Auslegung der Vorschriften dieses Landesvertrages ist der Senat nicht den Beschränkungen des § 162 SGG unterworfen, wonach eine Revision nur darauf gestützt werden kann, dass das angefochtene Urteil auf der Verletzung einer Vorschrift des Bundesrechts oder einer sonstigen im Bezirk des Berufungsgerichts geltenden Vorschrift beruht, deren Geltungsbereich sich über den Bezirk des Berufungsgerichts hinaus erstreckt. Zwar gilt der KÜV nur im Saarland und damit nicht über den Zuständigkeitsbereich des LSG für das Saarland hinaus. Die Revisibilität der berufungsgerichtlichen Auslegung eines Landesvertrages ist aber auch dann gegeben, wenn inhaltlich gleiche Vorschriften in Bezirken verschiedener LSGe gelten (BSGE 1, 98, 100; 3, 77, 80 = SozR Nr 2 zu Art 14 GG; BSGE 13, 189, 191 = SozR Nr 156 zu § 162 SGG; BSGE 16, 227, 234 = SozR Nr 168 zu § 162 SGG) und die Übereinstimmung nicht nur zufällig, sondern bewusst und gewollt herbeigeführt worden ist (BSGE 13, 189, 191 = SozR Nr 156 zu § 162 SGG; BSGE 38, 21, 29 = SozR 2200 § 725 Nr 1; BSG SozR 3-5920 § 1 Nr 1; Meyer-Ladewig in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 8. Aufl 2005, § 162 RdNr 5a mwN). Das ist hier der Fall. Mit dem KÜV inhaltlich und in wesentlichen Teilen sogar "wörtlich" übereinstimmende Landesverträge gibt es zB in Baden-Württemberg, Berlin, Bremen, Hessen, Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein. Dass die Übereinstimmung nicht den gesamten Wortlaut der Verträge erfasst, ist unschädlich, weil es insoweit nur auf den Inhalt der einschlägigen Vorschriften ankommt (BSGE 13, 189, 191 = SozR Nr 156 zu § 162 SGG). Die Übereinstimmung ist auch bewusst und gewollt herbeigeführt worden; die Landesverträge beruhen auf der Umsetzung der Rahmenempfehlungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Spitzenverbände der Krankenkassen vom 27. November 1990.

a) Die unterbliebene Anforderung eines Kurzberichts des Krankenhauses stellt keine Vertragsverletzung dar. Die Krankenkasse "kann" nach § 2 Abs 1 Satz 2 KÜV vor Beauftragung des MDK unter Angabe des Überprüfungsanlasses eine Stellungnahme des Krankenhauses anfordern. Damit sind die Krankenkassen in jedem Behandlungsfall berechtigt, eine Stellungnahme des Krankenhauses zur Notwendigkeit, Art und Dauer der Krankenhausbehandlung anzufordern, wenn sie dazu einen Anlass sehen; sie sind dazu aber nicht verpflichtet, sondern können gegebenenfalls auch unmittelbar den MDK mit der Überprüfung beauftragen. Dass es sich bei § 2 Abs 1 Satz 2 KÜV um eine ermessensabhängige Entscheidung der Krankenkasse handelt, wird deutlich aus § 2 Abs 1 Satz 4 KÜV, wonach die Beauftragung des MDK nicht davon abhängig gemacht wird, dass sich aus der Stellungnahme des Krankenhauses der Aufklärungsbedarf ergeben muss; der Aufklärungsbedarf kann sich auch aus anderen Umständen ergeben. Im vorliegenden Fall kommt hinzu, dass sich aus dem Verlängerungsantrag vom 10. August 2000 bereits eine konkrete medizinische Begründung des Krankenhauses für die Fortdauer der stationären Behandlung für voraussichtlich weitere 10 Tage ergab. Der Verzicht der Beklagten auf die Anforderung des Kurzberichts war somit nach dem KÜV zulässig und auch von der Sache her nachvollziehbar, weil dadurch die Einschaltung des MDK ohne Verzögerung erfolgen konnte.

b) Der Beklagten kann auch nicht vorgeworfen werden, gegen das dem KBV und dem KÜV immanente generelle Gebot der zügigen Abwicklung aller verwaltungsmäßigen Vorgänge (Beschleunigungsgebot) verstoßen zu haben. Denn sie hat auf den hier streitigen

Verlängerungsantrag vom 10. August 2000, der am 14. August 2000 bei ihr einging, noch an demselben Tag reagiert und den MDK schriftlich beauftragt. Hinzu kommt, dass das Krankenhaus selbst das allgemeine Beschleunigungsgebot, das gerade die Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer einer Krankenhausbehandlung in der Regel noch während des stationären Aufenthalts des Versicherten ermöglichen soll, verletzt hat, weil es die Anfrage des MDK vom 17. August 2000 nicht beantwortet und die angeforderten medizinischen Unterlagen nicht übersandt hat.

c) Der Beklagten ist ebenso wenig ein Verstoß gegen § 2 Abs 2 Satz 1 KÜV vorzuwerfen. Danach soll die Überprüfung durch den MDK im Krankenhaus stattfinden, solange sich der Versicherte noch in stationärer Behandlung befindet. Zu Unrecht geht das LSG davon aus, dass von einer Überprüfung im Krankenhaus nur in begründeten Ausnahmefällen abgesehen werden dürfe. Wie sich aus der Formulierung "sollte" ergibt, wird schon rein sprachlich kein derartiges Regel-Ausnahme-Verhältnis statuiert, sondern nur eine sinnvolle Alternative für den Fall aufgezeigt, dass es sich zB um einen länger dauernden Krankenhausaufenthalt handelt oder eine Begutachtung im Krankenhaus aus anderen Gründen geboten erscheint. Dies zeigt auch die Regelung des [§ 276 Abs 4 Satz 1 SGB V](#), wonach der MDK nur "im Einzelfall" und nur "soweit erforderlich" die Räume eines Krankenhauses betreten darf, um dort die Krankenunterlagen einzusehen und/oder den Versicherten zu untersuchen. Zudem wäre im vorliegenden Fall eine Untersuchung des Versicherten im Krankenhaus aus medizinischer Sicht nicht (mehr) praktikabel gewesen. Der MDK erhielt von dem hier maßgeblichen Verlängerungsantrag des Krankenhauses, der vom 10. August 2000 stammt und eine Beendigung des stationären Aufenthalts "voraussichtlich in 10 Tagen" in Aussicht stellte, erst am 17. August 2000 (Donnerstag) Kenntnis; eine Begutachtung hätte also frühestens (und ausschließlich - vgl [§ 276 Abs 4 Satz 1 SGB V](#)) am 18. August 2000 und damit unmittelbar vor der angekündigten Entlassung stattfinden können. Dies wäre aus medizinischer Sicht wenig sinnvoll gewesen, zumal nicht erkennbar war, dass sich der stationäre Aufenthalt des Versicherten noch bis zum 23. August 2000 hinziehen würde.

d) Die Beklagte hat entgegen der Auffassung des LSG auch nicht gegen § 2 Abs 6 KÜV verstoßen. Danach sollen die Ärzte der Medizinischen Dienste ihre Bedenken gegenüber dem Leitenden Abteilungsarzt des Krankenhauses oder dessen Stellvertreter darlegen und mit diesem "erörtern", wenn aus Sicht der Ärzte der Medizinischen Dienste Bedenken gegen die Notwendigkeit, Art oder Dauer der Krankenhausbehandlung bestehen. Das LSG hat dazu ausgeführt: "Auch in dieser Regelung kommt zum Ausdruck, dass nach dem Willen der Vertragsparteien die Prüfung unter Einbeziehung der behandelnden Krankenhausärzte erfolgen soll. Erörtern meint ein mündliches Gespräch; in diesem hat der Krankenhausarzt die Gelegenheit, Missverständnisse auszuräumen und die Besonderheiten des Falles herauszustellen. Dadurch kommt der fachlichen Erörterung ein herausgehobener Stellenwert im Prüfverfahren zu, da sie besonders dazu geeignet ist, Streitfragen zu klären und Rechtsstreite zu vermeiden. Dieses Fachgespräch soll stattfinden, wenn aus der Sicht der Ärzte des MDK Bedenken gegen die Notwendigkeit, Art und Dauer der Krankenhausbehandlung bestehen. Dies bedeutet, dass von der mündlichen Erörterung nur in Ausnahmefällen abgesehen werden kann, wenn sachliche Gründe dies rechtfertigen; diese sind zweckmäßigerweise in einem Vermerk darzulegen und festzuhalten, damit sie im Streitfall nachgeprüft werden können." Eine solche mündliche Erörterung sei hier unterblieben, ein sachlicher Grund hierfür nicht ersichtlich. Die Unterlassung der mündlichen Erörterung sei ein gravierender Vertragsverstoß, wobei sich die Beklagte das Verschulden des MDK zurechnen lassen müsse.

Der erkennende Senat hält diese enge Auslegung durch das LSG für nicht zutreffend. Der Begriff "erörtern" ist nicht nur auf die mündliche Besprechung eines Sachverhalts beschränkt, sondern lässt auch einen schriftlichen Meinungs austausch zu. Unter "erörtern" versteht man im allgemeinen Sprachgebrauch "ausführlich und oft ins Einzelne gehend über einen noch nicht geklärten Sachverhalt sprechen", "eine Frage diskutieren", "ein Problem wissenschaftlich abhandeln", "eine Fragestellung gründlich untersuchen". Die "Erörterung" ist dementsprechend gleichzusetzen mit "eingehende Diskussion", "Besprechung", "Abhandlung" und "Untersuchung" (vgl Duden, Das große Wörterbuch der deutschen Sprache, 3. Aufl 1999, Stichwort "erörtern/Erörterung"; ebenso Brockhaus/Wahrig, Deutsches Wörterbuch, 1981). Dies kann sowohl mündlich als auch schriftlich erfolgen. Außerdem bestimmt § 2 Abs 6 KÜV, dass die Erörterung der vom Krankenhaus geltend gemachten, von der Krankenkasse und dem MDK aber bezweifelten Notwendigkeit und Dauer einer bestimmten Krankenhausbehandlung zwischen den behandelnden Krankenhausärzten und den MDK-Ärzten erfolgen "soll", dh nicht stets erfolgen muss. Die persönliche Besprechung eines Falles ist in der Regel auch nur sinnvoll, wenn der Versicherte noch im Krankenhaus liegt, sich die Ärzte des MDK also einen unmittelbaren Eindruck von dem Patienten, seinem aktuellen Krankheitszustand und seiner medizinischen Behandlung verschaffen können. Wenn der Versicherte bereits wieder nach Hause entlassen worden ist oder die Entlassung unmittelbar bevorsteht, muss es dagegen dem MDK überlassen bleiben, ob er seine aus der Auswertung der Behandlungsunterlagen resultierenden Bedenken mündlich oder zumindest fernmündlich erörtert, ob er das Krankenhaus zu einer schriftlichen Stellungnahme auffordert oder ob er sogleich sein Gutachten erstellt. Hat der MDK ein für das Krankenhaus negatives Gutachten angefertigt, ohne seine Bedenken zuvor mit den Krankenhausärzten erörtert zu haben, muss allerdings die Krankenkasse dem Krankenhaus Gelegenheit zur Stellungnahme geben, bevor sie einen Erstattungsanspruch geltend macht und gegebenenfalls gegen unstreitige Vergütungsansprüche aufrechnet. Das ist hier geschehen.

17

5. Selbst bei Unterstellung einer Verletzung des § 2 Abs 2 Satz 1 oder Abs 6 KÜV oder einer sonstigen Vorschrift des KÜV durch MDK-Mitarbeiter handelte es sich indes nicht um einen Vertragsverstoß der Beklagten, sondern nur um einen solchen des MDK. Dessen Verschulden muss sich die Beklagte entgegen der Auffassung des LSG nicht zurechnen lassen.

a) Die Voraussetzungen einer Verschuldenszurechnung analog [§ 278 BGB](#) liegen nicht vor. Die Krankenkassen sind nach [§ 275 Abs 1 Nr 1 SGB V](#) zwar verpflichtet, die Notwendigkeit und Dauer einer bevorstehenden, andauernden oder abgeschlossenen Krankenhausbehandlung durch den MDK begutachten zu lassen, wenn dies gemäß der Einschätzung der Krankenkasse nach Art, Schwere, Dauer oder Häufigkeit der Erkrankung oder nach dem Krankheitsverlauf erforderlich ist. Damit wird der MDK aber im Verhältnis zum Krankenhaus bzw dessen Träger nicht zum Organ, Vertreter oder Erfüllungsgehilfen der Krankenkassen. Es ist entscheidend, dass der MDK bei der ihm obliegenden Prüfung der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung nicht im Pflichtenkreis der Krankenkassen, sondern in einem eigenen Pflichtenkreis tätig wird ([BGHZ 123, 1](#), 14; Palandt/Heinrichs, BGB, 65. Aufl 2006, § 278 RdNr 7 und 12 ff mwN). Die Aufgaben des MDK und die ihm dabei zustehenden Rechte und Pflichten im Verhältnis zu den Krankenkassen, den Krankenhäusern, den anderen Leistungserbringern sowie den Versicherten sind in den [§§ 275, 276 und 277 SGB V](#) gesetzlich geregelt und dort als eigener Pflichtenkreis ausgestaltet. Der MDK ist zwar eine von den Krankenkassenverbänden im jeweiligen Land gemeinsam getragene Arbeitsgemeinschaft ([§ 278 Abs 1 Satz 1 SGB V](#)), die als rechtsfähige Körperschaft des öffentlichen Rechts verfasst ist ([§ 278 Abs 1 Satz 2 SGB V](#)). Organe des MDK sind der aus Vertretern der Kassen gewählte Verwaltungsrat und der Geschäftsführer ([§§ 279, 280 SGB V](#)). Die an der Arbeitsgemeinschaft als Mitglieder beteiligten Krankenkassenverbände einerseits und die Pflegekassen andererseits tragen auch die Kosten des MDK je zur

Hälfte ([§ 281 Abs 1 SGB V](#)), sind aber ansonsten - bis auf die Vertreterversammlung ([§ 279 Abs 2 SGB V](#)) - mit dem MDK als juristischer Person des öffentlichen Rechts nicht organisatorisch oder rechtlich verbunden. Insbesondere besteht kein allgemeines Aufsichtsrecht der Krankenkassen gegenüber dem MDK oder dessen Mitarbeitern. Der MDK unterliegt auch keinem Weisungsrecht der Krankenkassen im Einzelfall, was allein im Übrigen eine Stellung als Erfüllungshilfe ebenfalls nicht begründen würde ([BGHZ 62, 119, 124](#); [BGH NJW 1996, 451](#); Palandt/Heinrichs, aaO, RdNr 7). Der MDK untersteht vielmehr der Aufsicht der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörde des Landes, in dem er seinen Sitz hat ([§ 281 Abs 3 SGB V](#)). Die Krankenkassen bzw deren Verbände und der MDK unterliegen damit der Aufsicht derselben Verwaltungsbehörde des Landes (Hess in Kasseler Kommentar zum Sozialversicherungsrecht, Stand August 2001, [§ 281 SGB V](#) RdNr 4). Die Fachaufgaben des MDK werden von Ärzten und Angehörigen anderer Heilberufe wahrgenommen, wobei vorrangig Gutachter und Sachverständige zu beauftragen sind ([§ 279 Abs 5 SGB V](#)). Die Ärzte des MDK sind bei der Wahrnehmung ihrer medizinischen Aufgaben nur ihrem ärztlichen Gewissen unterworfen ([§ 275 Abs 5 Satz 1 SGB V](#)). Es fehlt somit an jeglichem Zurechnungsgrund dafür, etwaige Fehler des MDK bei der Aufgabenerledigung nach [§ 275 Abs 1 Nr 1 SGB V](#) den Krankenkassen anzulasten.

b) Offen bleiben kann die Frage, ob der MDK rechtlich verpflichtet war, bei der Begutachtung die Regelungen des § 2 Abs 2 Satz 1 und Abs 6 KÜV zu beachten; es fehlt jedenfalls an einer Verletzung dieser Vorschriften des KÜV (vgl oben 4 c und d). Eine Ermächtigung der Landesverbände der Krankenkassen bzw der Verbände der Ersatzkassen, mit der Landeskrankenhausgesellschaft in Verträgen nach [§ 112 Abs 2 Satz 1 Nr 2 SGB V](#) Regelungen wie im KÜV über die Art und Weise der Vorbereitung und Durchführung der Begutachtung durch den insoweit unabhängigen MDK zu vereinbaren, die über die in den [§§ 275 ff SGB V](#) vorgesehenen Rechte und Pflichten des MDK hinausgehen, erscheint zudem zweifelhaft, weil der MDK nach dem Gesetz an diesen Verträgen weder vorbereitend noch als Vertragspartner beteiligt ist und die Verträge nach [§ 112 Abs 2 Satz 2 SGB V](#) nur für die Krankenkassen und die zugelassenen Krankenhäuser im Land unmittelbar verbindlich sind; der MDK ist in dieser Vorschrift nicht erwähnt.

18

6. Die Kostenentscheidung für das Revisionsverfahren bleibt dem LSG vorbehalten.

Rechtskraft

Aus

Login

BRD

Saved

2007-06-06