

L 4 KR 30/03

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung

4
1. Instanz
SG Neuruppin (BRB)
Aktenzeichen
S 9 KR 133/01

Datum
14.05.2003
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 4 KR 30/03

Datum
03.11.2004
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Neuruppin vom 14. Mai 2003 wird zurückgewiesen. Die Beklagte hat der Klägerin die notwendigen außer-gerichtlichen Kosten auch des Berufungsverfahrens zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten darum, ob die Beklagte verpflichtet ist, an die Klägerin 4 415,08 EUR zuzüglich Zinsen für stationäre Behandlungskosten vom 08. Januar bis 25. Januar 2001 zu zahlen.

Die seinerzeit bei der BKK B. (im Folgenden ebenfalls Beklagte genannt), die sich zum 01. Januar 2004 mit der BKK H. zur C.-BKK vereinigt hat (Bescheid des Bundesversicherungsamtes vom 12. Dezember 2003), Versicherte M. M. (geboren am ... 1911) befand sich vom 21. Dezember 2000 bis zum 08. Januar 2001 zu einer akuten Krankenhausbehandlung im Krankenhaus K., nachdem sie bereits vom 31. Juni bis 11. September 2000 wegen einer Coxarthrose stationär behandelt worden war.

Nachdem die Versicherte am 08. Januar 2001 in die Geriatriische Abteilung der Klägerin verlegt worden war, beantragte diese am 11. Januar 2001 bei der Beklagten die Kostenübernahme für eine voraussichtliche Behandlungsdauer bis zum 30. Januar 2001, die sie mit dem "Vorhandensein orthopädischer Gelenkimplantate" begründete.

Mit Schreiben vom 10. Januar 2001 forderte die Beklagten einen Arztbericht an; die Beklagte wies darauf hin, dass ihrer Auffassung nach der Medizinische Dienst der Krankenversicherung im Land Brandenburg - MDK - einzuschalten wäre. In einem Schreiben vom 15. Februar 2001 begründete die Klägerin die weitere Krankenhausbehandlung, indem sie den "bisherigen Verlauf" darstellte.

Die Beklagte schaltete auch in der Folge den MDK nicht ein. Die Rechnung der Klägerin über 8 635,15 DM vom 12. Oktober 2001 wies die Beklagte mit Schreiben vom 19. Oktober 2001 zurück.

Die Klägerin hat am 21. Dezember 2001 Klage beim Sozialgericht Neuruppin erhoben und diese damit begründet, die Notwendigkeit einer stationären Behandlung sei von ihr dargelegt worden und die Beklagte habe hiergegen keine Einwendungen vorgebracht, die geeignet sein könnten, ihrem Anspruch entgegenzustehen.

Die Klägerin hat erstinstanzlich beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin die stationären Behandlungskosten für die Zeit vom 08. Januar 2001 bis 25. Januar 2001 in Höhe von 4 415,08 EUR zuzüglich Zinsen in Höhe von 2 % über dem Basiszinssatz der Deutschen Bundesbank ab Rechtshängigkeit der Klage zu zahlen.

Die Beklagte hat erstinstanzlich beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie hat die Auffassung vertreten, die Klägerin habe die Voraussetzungen einer Krankenhausbehandlung nicht ausreichend dargelegt, so dass die Einschaltung des MDK nicht notwendig gewesen sei.

Mit Urteil vom 14. Mai 2003 hat das Sozialgericht die Beklagte antragsgemäß verurteilt und zur Begründung unter anderem ausgeführt:

Rechtsgrundlage des geltend gemachten Vergütungsanspruchs ist [§ 109 Abs. 3 SGB VI](#) i. V. m. dem Krankenhausbehandlungsvertrag.

Die Zahlungsverpflichtung der Krankenkasse entsteht unabhängig von einer Kostenzusage unmittelbar mit Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten. Das zugelassene Krankenhaus und dessen Ärzte entscheiden mit Wirkung für die Krankenkasse über die Krankenhausaufnahme des Versicherten sowie die erforderlichen Behandlungsmaßnahmen. 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 Beschwerden nicht die Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung begründeten, also eine Fehlentscheidung getroffen wurde (BSG SozR 3-2500 § 3 Nr. 4; BSG Urteil vom 17. Mai 2000 - [B 3 KR 33/99 R](#)).

Nach der Aufnahme ist die Krankenkasse allerdings berechtigt, die Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit zu überprüfen. Falls sie Zweifel an der Erforderlichkeit hat, hat sie die Möglichkeit, den MDK zur Klärung einzuschalten ([§ 276 Abs. 4 SGB VI](#)).

Die dafür gegebenenfalls erforderliche Einsichtnahme in die Behandlungsunterlagen der Versicherten können die Krankenkassen allerdings nicht verlangen. Sie sind insofern auf ein Tätigwerden des MDK angewiesen. Nach [§ 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1](#) und 8 SGB V sind die Krankenkassen zwar befugt, Sozialdaten für Zwecke der Krankenversicherung zu erheben, soweit dies für die Beteiligung des MDK erforderlich ist. Bei wem Sozialdaten erhoben werden dürfen, bestimmt die Vorschrift allerdings nicht. Dies richtet sich vielmehr nach [§ 67 a SGB X](#), da nach [§ 37 Abs. 2 SGB I](#) i. V. m. [§ 35 Abs. 2 SGB I](#) die Erhebung von Sozialdaten durch die Krankenkasse nur unter den Voraussetzungen des 2. Kapitels des SGB X zulässig ist. Nach [§ 67 a Abs. 2 Satz 2 Nr. 2a SGB X](#) dürfen Sozialdaten ohne Mitwirkung der Betroffenen bei anderen als die in [§ 35 SGB I](#) bzw. § 69 Abs. 2 SGB X genannten Stellen oder Personen, mithin auch bei Krankenhäusern, nur erhoben werden, wenn eine Rechtsvorschrift die Erhebung bei ihnen zulässt oder die Übermittlung an die erhebende Stelle ausdrücklich vorschreibt. Als eine solche Vorschrift kommt nur [§ 100 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB X](#) in Betracht. Danach sind die Krankenhäuser verpflichtet, im Einzelfall den Krankenkassen auf Verlangen Auskunft zu erteilen, soweit es für die Durchführung ihrer Aufgaben nach dem SGB III erforderlich und gesetzlich zugelassen ist. [§ 301 SGB V](#) zählt abschließend auf, welche Angaben den Krankenkassen bei einer Krankenhausbehandlung ihrer Versicherten zu übermitteln sind. Dazu gehören insbesondere Stammdaten des Versicherten, Detailangaben über Aufnahme, Verlegung, Art der Behandlung und Entlassung einschließlich der Angaben des einweisenden Arztes mit Einweisungsdiagnose, Aufnahmediagnose und die medizinische Begründung für die Verlängerung der Verweildauer (BSG Urteil vom 23. Juli 2002, Az.: B 3 KR 64/02 R).

Diese Angaben sind von der Klägerin gemacht worden.

Zwar hat die Beklagte zu Recht vorgetragen, dass sich aus der Aufnahmediagnose "Vorhandensein von orthopädischen Gelenkimplantaten" keine Notwendigkeit über eine Krankenhausbehandlung ergibt. Dem ist jedoch entgegen zu halten, dass die Beklagte mit dem Verlängerungsantrag vom 15. Februar 2001 eine umfangreiche medizinische Begründung für die Behandlungsbedürftigkeit nachgewiesen hat. Weitere Unterlagen mussten der Beklagten nicht zur Verfügung gestellt werden. Darüber hinaus kommt insbesondere eine Übermittlung von Behandlungsunterlagen nicht in Betracht. Denn der Begriff "Auskunft" gemäß [§ 100 SGB X](#) ist bereits seinem Worte nach etwas anderes als "die Herausgabe von Unterlagen". Dies zeigt vor allem auch die Regelung des [§ 276 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#), wonach die Krankenkassen verpflichtet sind, dem MDK für die Beratung und Begutachtung erforderliche Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen.

Die Einsichtnahme der Krankenkasse selbst in die Behandlungsunterlagen der Versicherten ist aber auch nicht zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach dem SGB V zwingend erforderlich. Auch für die Beteiligung des MDK müssen die Krankenkassen nicht selbst Einsicht nehmen. Vielmehr reicht es aus, gemäß [§ 275 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#) bei Zweifeln an der sachlich rechnerischen Richtigkeit einer Krankenhausabrechnung eine gutachterliche Stellungnahme des MDK einzuholen. Dieser ist gemäß [§ 276 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) ausdrücklich ermächtigt, die erforderlichen Sozialdaten bei den Krankenhäusern anzufordern. Der MDK hat das Ergebnis seiner Begutachtung den Krankenkassen mitzuteilen (vgl. BSG, a. a. O.).

Hier weigert sich die Beklagte trotz mehrmaligem Hinweis der Klägerin, den MDK zwecks Stellungnahme einzuschalten. Dies stellt eine Verletzung ihrer vertraglichen Mitwirkungspflicht dar.

Die Beklagte ist allerdings nicht gehindert, (nachträglich bekannt gewordene) Einwendungen gegen die Notwendigkeit der medizinischen Behandlung im Einzelfall vorzubringen und den Zahlungsanspruch des Krankenhauses damit zu Fall zu bringen (BSG [SozR 3-2500 § 39 Nr. 1](#) Nr. 3 und 4; Urteil vom 17. Mai 2000 - [B 3 KR 33/99 R](#)).

Da sich jedoch keiner der Beteiligten wegen [§ 112 Abs. 2 Satz 2 SGB V](#) einseitig dem Krankenhausvertrag entziehen darf, führt jede Vertragsverletzung nach Art der Rechtsfolgen bei einer Obliegenheitsverletzung im Zivilrecht entweder zu einer Einwendung gegen den Zahlungsanspruch oder dem Ausschluss der Einwendung gegen die Erforderlichkeit und Wirtschaftlichkeit der Krankenhausbehandlung jedenfalls so lange, bis ein vertragsgerechtes Überprüfungsverfahren durchgeführt wird. Zwar besteht zwischen den Beteiligten keine vertragliche Vereinbarung zu Krankenhausüberprüfungsverträgen. Dies kann nach Auffassung der Kammer allerdings nur zu Lasten der Beklagten gehen. Nur wenn die Beteiligten die vertraglichen Pflichten an der medizinischen Aufklärung erfüllt haben und der Sachverhalt nach Überprüfung durch den MDK zwischen diesem und den behandelnden Krankenhausärzten streitig bleibt oder sich dem Gericht Zweifel an der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit des Versicherten aufgrund der vorliegenden medizinischen Unterlagen geradezu aufrängen müssen, ist es zur weiteren Aufklärung des Sachverhaltes durch Einholung eines Sachverständigengutachtens verpflichtet. Verweigert aber einer der Beteiligten eine Mitwirkung an der Durchführung der Überprüfung, so muss das Gericht den Sachverhalt - abgesehen von den oben genannten Ausnahmefällen - nicht von Amts wegen aufklären. Anderenfalls würde das Gericht nicht nur die oben hervorgehobene Schlüsselstellung des Krankenhausarztes bei der Konkretisierung des Rahmenrechtes des Versicherten, die durch [§ 275](#) bis [277 SGB V](#) aufgrund der besonderen Sachkunde und Unabhängigkeit gesetzlich angeordnete Mitwirkung des MDK bei der Überprüfung medizinischer Entscheidungen der Leistungsträger, sondern vor allem die verbindliche Geltung der vertraglichen Vereinbarung nach [§ 112 Abs. 2 Satz 1](#) und 2 SGB V missachten und unterlaufen. Insbesondere die vom BSG - zu Recht - für erforderlich gehaltene Beurteilung der Fragen der

Krankenhausbedürftigkeit aus einer "ex-ante" würde bei einer Einschaltung eines gerichtlichen Sachverständigen erschwert oder unmöglich, obwohl bei vertragsgerechtem Verhalten eine solche Betrachtungsweise bei unverzüglicher Einschaltung des MDK ohne weiteres möglich gewesen wäre.

Wegen der Nichteinschaltung des MDK hat die Beklagte ihre vertraglichen Mitwirkungspflichten verletzt und muss sich dies entgegenhalten lassen, zumal die Beklagte sich bis jetzt weigert, den MDK anzurufen. Im Gegensatz dazu hat sich die Klägerin vertragsgetreu verhalten. Eine gerichtliche Aufklärung von Amts wegen käme deshalb nur noch in Betracht, wenn sich Zweifel an der Krankenhausbedürftigkeit gerade zu aufdrängen. Dies ist allerdings nicht der Fall. Sowohl im gerichtlichen Verfahren als auch in den Schriftsätzen im Vorfeld hat die Klägerin schlüssig dargelegt, warum aus ihrer Sicht eine stationäre Behandlung notwendig ist.

Der Zinsanspruch folgt aus § 18 des Vertrages für allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung.

Gegen das ihr am 23. Juni 2003 zugestellte Urteil richtet sich die am 14. Juli 2003 eingelegte Berufung der Beklagten, mit der sie vorträgt: Der Kostenübernahmeantrag sei mit Vorhandensein von orthopädischen Gelenkimplantaten begründet gewesen, so dass von Beginn an Zweifel an der Behandlungsbedürftigkeit bestanden hätten. Das angefochtene Urteil beruhe auf der Annahme, die Berufungsklägerin habe ihre vertraglich Mitwirkungspflicht verletzt, ohne dass das Sozialgericht ausführe, welcher Krankenhausvertrag von der Berufungsklägerin verletzt sein sollte. Ein Überprüfungsvertrag nach [§ 112 Abs. 2 Nr. 2](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch - SGB V - existiere im Land Brandenburg nicht. In § 3 Abs. 6 des Vertrages nach [§ 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V](#) werde auf [§ 276 Abs. 4 SGB V](#) verwiesen. Wegen der streitigen Frage der Behandlungsbedürftigkeit hätte das Sozialgericht weiter ermitteln müssen.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Neuruppin vom 14. Mai 2003 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend. Es sei zwar richtig, dass die Krankenkasse Einwendungen gegen die Notwendigkeit und Dauer der stationären Behandlung vorbringen und gegebenenfalls sogar den Zahlungsanspruch des Krankenhauses reduzieren oder negieren könne. Dies erfordere jedoch die vorherige Einschaltung des MDK. Da dies zeitnah zu erfolgen habe, komme dies jetzt nicht mehr in Betracht. Zu weiteren medizinischen Angaben wie bei einem Verlängerungsantrag sei die Klägerin nicht verpflichtet gewesen, da es sich um eine Erstaufnahme gehandelt habe.

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 4 415,08 EUR zuzüglich Zinsen in Höhe von 2 v. H. über dem Basiszinssatz der Deutschen Bundesbank ab Rechtshängigkeit der Klage zu zahlen.

Der Senat folgt dem Sozialgericht aus den Gründen der angefochtenen Entscheidung und sieht insoweit von einer weiteren Darstellung der Entscheidungsgründe ab ([§ 153 Abs. 2 SGG](#)).

Die Beiladung der Versicherten ist nicht geboten gewesen (vgl. BSG [SozR 1500 § 75 Nr. 71](#) und [BSGE 61, 197](#), 199).

Entgegen der Ansicht der Beklagten bedarf es keiner weiteren Beweiserhebung, denn sie ist nicht berechtigt gewesen, Beanstandungen sachlicher Art gegen die Rechnung vom 12. Oktober 2001 geltend zu machen.

Zum einen hat sie die vertraglich vereinbarte Form der Überprüfung nicht eingehalten. § 18 Abs. 4 Satz 3 ABK-Vertrag steht dem nicht entgegen.

Nach Beendigung der Krankenhausbehandlung wird der zuständigen Krankenkasse in der Regel innerhalb von zwei Wochen eine Schlussrechnung übersandt (§ 18 Abs. 1 Satz 1 ABK-Vertrag). Nach § 18 Abs. 4 Satz 1 ABK-Vertrag bezahlt die zuständige Krankenkasse die Rechnung innerhalb von 14 Kalendertagen nach Rechnungseingang. Beanstandungen rechnerischer oder sachlicher Art können nach § 18 Abs. 4 Satz 3 ABK-Vertrag auch nach Bezahlung der Rechnung geltend gemacht und die Differenzbeträge verrechnet werden.

Es handelt sich bei diesen Vorschriften um "Zahlungsregelungen", wie dies § 18 ABK-Vertrag in seiner Überschrift ausweist. Damit wird zum einen die Fälligkeit der Zahlung, also der Zeitpunkt, von dem ab der Gläubiger die Leistung verlangen kann ([§ 271](#) Bürgerliches Gesetzbuch - BGB), geregelt. Fälligkeit tritt danach innerhalb von 14 Kalendertagen nach Rechnungseingang ein. Zum anderen wird mit dieser Vorschrift 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, Bürgerliches Gesetzbuch, 63. Auflage, § 362 Rdnr. 11). 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 § 18 Abs. 4 Satz 3 ABK-Vertrag erlaubt es der Krankenkasse jedoch grundsätzlich, Beanstandungen rechnerischer oder

sachlicher Art 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 Fälligkeit, 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 beweisbelastet.

§ 18 Abs. 4 Sätze 1 und 3 ABK-Vertrag schließen schlichte Beanstandungen sachlicher Art vor Bezahlung der Rechnung im Einzelfall aus. Dies folgt durch Auslegung unter Berücksichtigung der vom Sozialgericht zutreffend dargestellten Stellung des Krankenhausarztes und der insoweit maßgebenden Regelung des § 3 Abs. 6 ABK-Vertrag.

Nach § 3 Abs. 6 ABK-Vertrag findet vorbehaltlich eines Vertrages nach [§ 112 Abs. 2 Nr. 2 SGB V](#), den es im Land Brandenburg nicht gibt, [§ 276 Abs. 4 SGB V](#) Anwendung. Danach gilt: Wenn es im Einzelfall zu einer gutachterlichen Stellungnahme über die Notwendigkeit und Dauer der stationären Behandlung des Versicherten erforderlich ist, sind die Ärzte des Medizinischen Dienstes befugt, zwischen 8.00 Uhr und 18.00 Uhr die Räume der Krankenhäuser und Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen zu betreten, um dort die Krankenunterlagen einzusehen und, soweit erforderlich, den Versicherten untersuchen zu können.

Die Beklagte ist daher gehalten, 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 Beurteilung von Notwendigkeit und Dauer der stationären Behandlung erfordert medizinischen Sachverstand, den die Beklagte regelmäßig nicht hat. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass entsprechend dem Grundgedanken des [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) für die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung zunächst die Beurteilung des Krankenhausarztes maßgebend ist. Sie ist prima facie der Beweis für die Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit des Versicherten. Wenn die Beklagte dessen Beurteilung in Zweifel zieht, folgt daraus noch nicht das Recht, die Zahlung zu verweigern, bis ihre Zweifel ausgeräumt sind. Soweit § 18 Abs. 4 Satz 3 ABK-Vertrag von Beanstandungen sachlicher Art spricht, sind darunter qualifizierte Beanstandungen, regelmäßig nach Einschaltung des MDK zu verstehen.

Ein Versorgungssystem wie die gesetzliche Krankenversicherung ist zwar nur funktionsfähig, solange es finanzierbar ist, wobei die Aufrechterhaltung des Systems gerade auch durch eine effektive Rechnungsprüfung erreicht wird. Dies gebietet, die Krankenkasse vor unberechtigten Forderungen von Krankenhausträgern zu schützen. Diesem Anliegen kann jedoch ohne Weiteres dadurch hinreichend Rechnung getragen werden, dass die Krankenkasse sich des Sachverstandes des MDK bedient. Zu beachten ist allerdings in gleichem Maße, dass die Funktionsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung auch davon abhängig ist, dass leistungsfähige Krankenhäuser vorhanden sind. Ein wirtschaftlicher Betrieb wird hierbei unter anderem auch dadurch sichergestellt, dass fällige Forderungen zügig erfüllt werden. Dies setzt insbesondere § 17 Abs. 1 Satz 3 Bundespflegesatzverordnung (BpflV) voraus, wonach eine zeitnahe Zahlung der Pflegesätze an das Krankenhaus zu gewährleisten ist.

Die Beklagte ist unstreitig nicht nach § 3 Abs. 6 ABK-Vertrag vorgegangen. Sie hat den MDK nicht um eine gutachterliche Stellungnahme über die Notwendigkeit der stationären Behandlung gebeten. Die Einleitung eines solchen Verfahrens wäre jedoch spätestens vor der Fälligkeit der geforderten Vergütung notwendig gewesen (vgl. auch BSG, Urteil vom 13. Dezember 2001, [B 3 KR 11/01 R](#) in [SozR 3-2500 § 112 Nr. 2](#)). Um die Zahlungspflicht nach § 18 Abs. 4 Satz 1 ABK-Vertrag abzuwenden, reicht es nicht aus, ein solches Verfahren nach Eintritt der Fälligkeit einzuleiten. Erst Recht kann es nicht während des gerichtlichen Verfahrens nachgeholt werden. Damit kann der Zweck der Regelung, die Krankenkasse frühzeitig zu veranlassen, medizinisch fundierte Beanstandungen sachlicher Art vorzubringen, nicht mehr erreicht werden. Ob die Regelung in § 18 Abs. 4 Satz 3 ABK-Vertrag, wonach Beanstandungen sachlicher Art "auch" nach Bezahlung der Rechnung geltend gemacht werden können, unter Berücksichtigung der oben genannten Ausführungen eine Auslegung dahingehend erfordert, dass solche Beanstandungen vor Bezahlung der Rechnung selbst für den Fall ausgeschlossen sein sollen, dass die Krankenkasse gemäß § 3 Abs. 6 ABK-Vertrag verfahren ist, aber eine gutachterliche Stellungnahme des MDK vor Fälligkeit nicht vorliegt, kann dahinstehen.

Der Beklagten steht nicht das Recht zu, Einsichtnahme in die Behandlungsunterlagen der Versicherten zu nehmen. Sie ist insoweit ausschließlich auf ein Tätigwerden des MDK angewiesen. [§ 301 SGB V](#) zählt aus datenschutzrechtlichen Gründen abschließend auf, welche Angaben den Krankenkassen bei einer Krankenhausbehandlung ihrer Versicherten zu übermitteln sind. Der MDK ist im Falle einer Abrechnungsprüfung nach [§ 276 Abs. 2 Satz 1 2. Halbsatz SGB V](#) ausdrücklich ermächtigt, die erforderlichen Sozialdaten bei den Krankenhäusern anzufordern, und nach [§ 277 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) verpflichtet, den Krankenkassen die notwendigen Informationen, das heißt das Ergebnis der Begutachtung und die erforderlichen Angaben über den Befund, mitzuteilen (BSG, Urteil vom 23. Juli 2002 - [B 3 KR 64/01 R](#) in [SozR 3-2500 § 112 Nr. 3](#)). Ob dies im Rahmen eines Vertrages nach [§ 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V](#) im Hinblick auf die genannte Rechtsprechung des BSG vereinbart werden könnte, kann dahinstehen. Eine solche Vereinbarung besteht nicht. Im Übrigen ist die Beklagte allein schon wegen der Regelung in § 3 Abs. 6 ABK-Vertrag gehalten, wegen der Überprüfung der Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung den dort beschriebenen Weg zu beschreiten. Dies schließt weitere Ansprüche insoweit aus.

Auch wenn eine Krankenkasse ihren Obliegenheiten nicht nachgekommen ist, kann der Krankenhausträger Zahlung nur verlangen, wenn er sich selbst vertragsgemäß verhalten beziehungsweise eine Vertragsverletzung den mit der Regelung verbundenen Zweck nicht berührt hat.

Die Klägerin musste keine weitere Begründung für die Aufnahme der Versicherten geben.

Nach § 301 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 sind die nach [§ 108 SGB V](#) zugelassenen Krankenhäuser verpflichtet, den Krankenkassen bei Krankenhausbehandlung unter anderem die voraussichtliche Dauer der Krankenhausbehandlung sowie, falls diese überschritten wird, auf Verlangen der Krankenkasse die medizinische Begründung zu übermitteln. Eine solche Verlängerung liegt vor, wenn der bisherige

Aufenthalt fortgesetzt werden soll, ohne dass er zwischenzeitlich unterbrochen war. Eine Unterbrechung ist nach § 5 Abs. 2 ABK-Vertrag insoweit nur unbeachtlich, wenn zur Untersuchung oder Mitbehandlung des Patienten ein anderes Krankenhaus in Anspruch genommen wird und der Patient spätestens innerhalb von 24 Stunden in das erste Krankenhaus zurückkehrt. In einem solchen Fall liegt eine Verlegung, also eine Beendigung des Krankenhausaufenthaltes, nicht vor.

Die Versicherte wurde vom 21. Dezember 2000 bis 07. Januar 2001 im Krankenhaus K., das nicht zum Betrieb der Klägerin gehört, stationär behandelt, so dass die zum 08. Januar 2001 (Montag) vorgenommene Verlegung in die Geriatrie der Klägerin als erstmalige Aufnahme und nicht als Verlängerung anzusehen ist.

Nach § 8 Abs. 3 Satz 1 ABK-Vertrag fordert das Krankenhaus für Patienten, die bei der Aufnahme noch keine Kostenübernahmeerklärung vorweisen können, diese Erklärung unverzüglich, in der Regel innerhalb von drei Arbeitstagen, bei der zuständigen Krankenkasse an. Damit korrespondiert die Vorschrift des § 8 Abs. 4 Satz 1 ABK-Vertrag, wonach die Krankenkasse dem Krankenhaus unverzüglich, spätestens innerhalb von drei Arbeitstagen, mitteilt, ob sie die Kosten übernimmt oder aus welchen Gründen sie die Kostenübernahme ablehnt.

Dieser Verpflichtung ist die Klägerin, nicht aber die Beklagte nachgekommen. Die Klägerin hat am 11. Januar 2001 die Kostenübernahme beantragt und zur Begründung auf das Vorhandensein von Gelenkimplantaten bei der 1911 geborenen Versicherten verwiesen. Dass diese Implantate zuvor eingesetzt worden waren, war der Beklagten als deren Krankenkasse bekannt. Die endgültige Ablehnung der Kostenübernahme durch die Beklagte allerdings datiert erst vom 19. Juni 2001.

Eine Zahlungspflicht der Krankenkasse besteht gleichwohl nur, wenn eine formal ordnungsgemäße Abrechnung des Krankenhauses vorliegt. Dies stellt eine weitere Voraussetzung für den Eintritt der Fälligkeit dar. Wenn die Rechnung den Anforderungen des § 301 SGB V entspricht, ist diesem Erfordernis Genüge getan (BSG, Urteil vom 28. Mai 2003 - [B 3 KR 10/02 R](#), Urteil vom 23. Juli 2002 - [B 3 KR 64/01 R](#) in [SozR 3-2500 § 112 Nr. 3](#)).

Diese Rechnung der Klägerin vom 12. Oktober 2001 hat die Beklagte am 19. Oktober 2001 zurückgewiesen. Die Beklagten hat vor Fälligkeit keine substantiierten Tatsachen vorgetragen, die geeignet waren, den durch die Beurteilung des Krankenhausarztes gegebenen Anscheinsbeweis zu erschüttern. Da solche Tatsachen nicht rechtzeitig dargetan wurden, bedarf es keines Gegenbeweises dahingehend, dass der Krankenhausarzt vorausschauend (ex ante) hätte erkennen können, dass die bestehenden Gesundheitsstörungen nicht die Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung begründeten, de lege artis also eine Fehlentscheidung getroffen wurde (BSG, Urteil vom 17. Mai 2000 - [B 3 KR 33/99 R](#) in [SozR 3-2500 § 112 Nr. 1](#)).

Die Beklagte bezieht sich alleine darauf, dass die Versicherte wegen der Folgen von Gelenkimplantaten behandelt wurde. Die Versicherte befand sich deswegen vom 21. Dezember 2000 bis 07. Januar 2001 im Krankenhaus Kyritz. Anschließend war sie vom 08. bis 25. Januar 2001 in der Geriatriischen Abteilung des von der Klägerin betriebenen Krankenhauses, was von der Beklagten als nicht notwendig angesehen wurde, ohne dass diese ersichtlich über nähere Befunde zum Gesundheitszustand der Versicherten verfügte. Es war ihr daher bereits objektiv unmöglich gewesen, substantiierte Tatsachen gerade im Einzelfall der Versicherten vorzutragen, wobei sich bereits aus den seitens der Klägerin als Grund für die Aufnahme mitgeteilten "Gelenkimplantaten" bei einer 89-jährigen Patientin die Notwendigkeit einer Krankenhausaufnahme etwa drei Wochen nach der Implantation erschließen dürfte. Die somit einzige Möglichkeit der Beklagten, entsprechende Tatsachen im Einzelfall substantiiert vortragen zu können, um den Anscheinsbeweis zu erschüttern, bestand in der Einschaltung des MDK. Darüber hinaus war der Beklagten bei Ablehnung der Bezahlung die medizinische Begründung der Behandlung der Versicherten in der Geriatrie der Beklagten vom 15. Februar 2001 bekannt. Darin wird im Einzelnen dargelegt, welche Therapien bei der 90-jährigen Klägerin nach der Gelenkimplantation durchgeführt worden waren und welche Erfolge diese Behandlung zeigte. Hiermit hat sich die Beklagte weder selbst noch durch die gebotene Einschätzung des MDK auseinandergesetzt.

Eine Beweiserhebung kommt in einem Verfahren, wie dem vorliegenden, in dem die Krankenkasse wegen Verletzung des § 3 Abs. 6 ABK-Vertrag Beanstandungen sachlicher Art nicht vor Bezahlung der Rechnung geltend machen kann, ausnahmsweise nur dann in Betracht, wenn das Krankenhaus der Krankenkasse vor Fälligkeit entgegen den oben genannten Vorschriften entweder die gesamten Patientenakte, einzelne ärztliche Berichte oder einen zusammenfassenden Bericht übersandte, aus denen sich konkrete Tatsachen dafür ergaben, dass eine Krankenhausbehandlung ganz oder teilweise medizinisch nicht notwendig gewesen sein könnte (BSG, Urteil vom 28. Mai 2003 - [B 3 KR 10/02 R](#); Urteil vom 17. Mai 2000 - [B 3 KR 33/99 R](#) in [SozR 3-2500 § 112 Nr. 1](#)).

Davon kann vorliegend nicht ausgegangen werden, denn es lagen bis zur Fälligkeit solche ärztlichen Unterlagen der Beklagten nicht vor.

Die Beklagte ist daher zur Zahlung von 4 415,08 EUR verpflichtet.

Der Zinsanspruch folgt aus § 18 Abs. 5 ABK-Vertrag. Danach kann das Krankenhaus, wenn die Zahlung nicht fristgemäß erfolgt, ab Fälligkeitstag ohne vorherige Mahnung Zinsen in Höhe von 2 v. H. über dem Diskontsatz der Deutschen Bank berechnen.

Diese Vorschrift ist 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 BGB, § 1 Abs. 1 Satz 2, § 7 Abs. 1](#) Einführungsgesetz zum BGB-EGBGB; vgl. auch Palandt-Heinrichs, a. a. O., § 288 Rdnr. 1), tritt.

Zum Zeitpunkt der Klageerhebung am 21. Dezember 2001 war Fälligkeit eingetreten.

Durch dieses Urteil ist die Beklagte nicht gehindert, Beanstandungen sachlicher Art nach Bezahlung der Rechnung geltend zu machen. Dies erlaubt § 18 Abs. 4 Satz 3 ABK-Vertrag, wie oben bereits ausgeführt, ausdrücklich. Sie kann daher die Klägerin auf Herausgabe des nach ihrer Ansicht ohne rechtlichen Grund erlangten Betrages von 4 415,08 EUR nebst Zinsen in Anspruch nehmen. In einem sich deswegen gegebenenfalls anschließenden Rechtsstreit wird sie damit jedoch nur erfolgreich sein können, wenn sie den oben aufgezeigten Weg geht, also den MDK um eine gutachterliche Stellungnahme ersucht, darauf aufbauend substantiierte Tatsachen im Einzelfall der Versicherten vorträgt und sich gegebenenfalls aus einer nachfolgenden Beweiserhebung ergibt, dass die Entscheidung des Krankenhausarztes über die Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung sich als falsch herausstellt, weil dieser vorausschauend hätte erkennen können, dass die

Gesundheitsstörungen nicht die Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung begründeten.

Ein solches nachträgliches Überprüfungsverfahren bleibt in jedem Fall möglich (BSG, Urteil vom 28. Mai 2003 - [B 3 KR 10/02 R](#); Urteil vom 23. Juli 2002 - [B 3 KR 64/01 R](#) in [SozR 3-2500 § 112 Nr. 3](#)). Dem steht das Urteil des BSG vom 13. Dezember 2001 - [B 3 KR 11/01 R](#) in [SozR 3-2500 § 112 Nr. 2](#) nicht entgegen. Das BSG hat dort ausgeführt, dass die Weigerung eines Vertragspartners, die vertraglich vereinbarte Form der Überprüfung einzuhalten, zwar nicht zum sofortigen Verlust der Rechtsposition führe, solange eine Nachholung möglich sei. Die Überprüfung könne aber nur nachgeholt werden, solange sich der andere Vertragspartner hierauf einstellen könne und müsse. Das - im dort maßgebenden Vertrag zur Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung - vereinbarte Verfahren sei auf eine zeitnahe Durchführung ausgerichtet. Werde dieses Verfahren nicht eingehalten, könne dies nicht dazu führen, dass das Gericht das Verfahren aussetze und das Überprüfungsverfahren nachholen lasse. Die Beweislage sei dann durch den Zeitablauf für das Krankenhaus noch ungünstiger geworden. Die Nachholung des vereinbarten Überprüfungsverfahrens sei selbst dann für das Krankenhaus unzumutbar geworden, wenn nunmehr substantiierte Einwendungen im Einzelfall geltend gemacht würden. Diese Ausführungen des BSG könnten zwar darauf hindeuten, dass auch der Anspruch auf Rückzahlung der Vergütung ausgeschlossen ist. Das BSG hatte jedoch allein über den geltend gemachten Anspruch auf Zahlung und nicht über einen Anspruch auf Rückzahlung zu entscheiden. Wenn gleichwohl diesem Urteil mittelbar zu entnehmen sein sollte, dass die Krankenkasse vom Krankenträger Herausgabe einer ohne (materiell) rechtlichen Grund erlangten Vergütung nicht verlangen kann, muss dies jedenfalls auf Ausnahmesachverhalte beschränkt sein. Sieht die jeweilige Vereinbarung keine Ausschlussfrist für die Durchführung eines Überprüfungsverfahrens vor und ist der Krankenkasse auch keine Verletzung von für das Prüfungsverfahren maßgeblichen Regelungen vorzuwerfen, die eine nachträgliche Durchführung einer solchen Prüfung rechtsmissbräuchlich ([§ 242 BGB](#)) erscheinen lassen, ist ein solcher Herausgabeanspruch jedenfalls nicht ausgeschlossen (BSG, Urteil vom 28. Mai 2003 - [B 3 KR 10/02 R](#)).

Auf den vorliegenden Sachverhalt ist ein Vertrag nach [§ 112 Abs. 2 Nr. 2 SGB V](#) nicht anzuwenden. Für die Beteiligten findet über § 3 Abs. 6 ABK-Vertrag lediglich [§ 276 Abs. 4 SGB V](#) Anwendung. Mangels detaillierter Regelungen zum Überprüfungsverfahren bestehen keine Anhaltspunkte dafür, dass nachträgliche Überprüfungen ausgeschlossen sind und der Beklagten deswegen ein Herausgabeanspruch nicht zustehen könnte.

Die Berufung muss mithin erfolglos bleiben.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 Abs. 1, Abs. 4 Satz 2 SGG](#) i. V. m. [§ 116 Abs. 2 Nr. 1 Bundesrechtsanwaltsgebührenordnung \(BRAGO\)](#) jeweils in der Fassung bis zum 01. Januar 2002 (vgl. Art. 19 Art. 1 und 15 des Sechsten Gesetzes zur Änderung des Sozialgerichtsgesetzes vom 17. August 2001, [BGBl I 2001, 2144](#) - 6. SGG-Änderungsgesetz). Es handelt sich um ein Verfahren nach [§ 197 a Abs. 1 SGG](#) in der ab dem 02. Januar 2002 geltenden Fassung, das vor In-Kraft-Treten des 6. SGG-Änderungsgesetzes rechtshängig geworden ist (Art. 17 Abs. 1 Satz 2 6. SGG-Änderungsgesetz). Sie entspricht dem Ergebnis des Rechtsstreits.

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

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2005-11-11