
S 8 KR 539/04

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Freistaat Sachsen
Sozialgericht	Sozialgericht Leipzig
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	8
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	Bei Zweifeln an einer Krankenhausrechnung in rechnerischer und sachlicher Hinsicht ist die Krankenkasse zur Einschaltung des MDK rechtlich verpflichtet. Die bloße Konsultation eines (eigenen) Beratungsarztes zur Wahrnehmung des den Krankenkassen eingeräumten eigenständigen Überprüfungsrechtes genügt nicht.
Normenkette	§ 54 Abs 5 SGG § 39 SGB V § 2 Abs 2 SGB V § 109 SGB V § 275 Abs 1 Nr 1 SGB V

1. Instanz

Aktenzeichen	S 8 KR 539/04
Datum	26.01.2006

2. Instanz

Aktenzeichen	-
Datum	-

3. Instanz

Datum	-
-------	---

I. Die Beklagte wird verurteilt, der Klāgerin f¼r die stationāre Behandlung des Patienten â (Aufnahme-Nr.: â 1.428,43 Euro nebst 2 % Zinsen Åber dem Basiszins der Europāischen Zentralbank ab dem 29.06.2004 zu zahlen.

II. Die Beklagte hat die notwendigen auāergerichtlichen Kosten der Klāgerin zu erstatten und trāgt die Gerichtskosten.

III. Der Streitwert wird auf 1.428,43 Euro festgesetzt.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Kosten für eine stationäre Behandlung.

Der bei der Beklagten versicherte Herr R. erlitt eine Fraktur des linken Außenknöchels. Nach Einweisung durch die Allgemeinmedizinerin Dr. in das Krankenhaus der Klägerin wurde er dort am 01.06.2004 zur Metallentfernung am linken Außenknöchel stationär unter der Aufnahmediagnose Z 47.0 aufgenommen. Noch am selben Tag beantragte die Klägerin die Kostenübernahme. Am 05.06.2004 wurde der Versicherte entlassen.

Am 05.06.2004 stellte die Klägerin die Kosten für die Behandlung der Beklagten in Höhe von 1.428,43 Euro in Rechnung. Der Beklagten war eine Frist zur Zahlung bis 29.06.2004 eingeantwortet. Per Ausdruck der elektronischen Datenverarbeitung erteilte die Beklagte am 08.06.2004 die Kostenübernahme. Der bei der Beklagten beschäftigte Assistenzarzt für Chirurgie begründete am 24.06.2004 die Erforderlichkeit einer stationären Behandlung u.a. mit einer notwendigen Wundkontrolle. Die Operation sei in Spinalanästhesie erfolgt. Es hätte eine Drainage der Wunde erfolgen müssen. Der Beratungsarzt der Beklagten, Dr. B., verwies demgegenüber darauf, dass für eine Metallmaterialentfernung mit Platte und Schrauben eine Abrechnung der Leistung nach EBM (einheitlicher Bewertungsmaßstab) 2362 entspräche. Diese Leistung werde als nicht vorrangige ambulante Operation klassifiziert und ambulant abgerechnet. Die Maßnahme wäre durchaus ambulant durchführbar gewesen.

Unter dem 19.07.2004 lehnte die Beklagte die Kostenübernahme ab, weil eine ambulante Operation und Abrechenbarkeit nach EBM-Nr. 2362 möglich gewesen wäre.

Die Klägerin hat deswegen am 06.09.2004 Klage zum Sozialgericht Leipzig erhoben. Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) habe kein Gutachten zur Frage der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit erstellt. Da die Kostenübernahmeerklärung der

Beklagten die Wirkung eines deklaratorischen Schuldanerkenntnisses habe, sei sie mit Einwendungen ausgeschlossen, die sie bei Abgabe gekannt oder mit denen sie hätte rechnen müssen. Die Aufnahmediagnose sei ihr bekannt gewesen.

Die Klägerin beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin für die stationäre Behandlung des Patienten R. (Aufnahme-Nr.:) 1.428,43 Euro nebst 2 % Zinsen über dem Basiszinssatz der Europäischen Zentralbank ab dem 29.06.2004 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Trotz Fälligkeit sei sie zur Überprüfung der Rechnung berechtigt gewesen. Es gäbe keinen Landesvertrag nach [Â§ 112 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch \(SGB V\)](#) mit der Klägerin. Sie sei daher nicht verpflichtet, den MDK einzuschalten. Ihre Kostenübernahmeerklärung stelle kein Schuldanerkenntnis dar. Die Prüfung der medizinischen Notwendigkeit obliege damit dem Gericht.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Akteninhalt, eine Gerichtsakte sowie die Patientenunterlagen der Klägerin, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind, verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Das Gericht konnte auch in Abwesenheit der Bevollmächtigten der Klägerin entscheiden, weil diese mit der Ladung vom 19.12.2005 auf diese Möglichkeit hingewiesen worden sind ([Â§ 110 Abs. 1 Satz 2 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#)).

Die Klage ist als echte Leistungsklage statthaft ([Â§ 54 Abs. 5 SGG](#)), da die Beteiligten in einem Gleichordnungsverhältnis stehen (wie hier: BSG E 86, 166 (167 f.)). Die Klage ist damit auch ohne Durchführung eines Vorverfahrens und ohne Einhaltung einer Klagefrist zulässig.

Die Klage ist auch begründet. Gemäß [Â§ 39 Abs. 1 Satz 1 bis 3 SGB V](#) wird die Krankenhausbehandlung vollstationär, teilstationär, vor- und nachstationär (Â§ 115a) sowie ambulant (Â§ 115b) erbracht. Versicherte haben Anspruch auf vollstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus (Â§ 108), wenn die Aufnahme durch Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann. Die Krankenhausbehandlung umfasst im Rahmen des Versorgungsauftrags des Krankenhauses alle Leistungen, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung der Versicherten im Krankenhaus notwendig sind.

Nach [Â§ 2 Abs. 2 SGB V](#) erhalten die Versicherten die Leistungen als Sach- und Dienstleistungen, soweit dieses oder das Neunte Buch nichts Abweichendes vorsehen. Nach Satz 3 der Bestimmung schließen die Krankenkassen über die Erbringung der Sach- und Dienstleistungen nach den Vorschriften des Vierten Kapitels Verträge mit den Leistungserbringern. Der Behandlungspflicht der zugelassenen Krankenhäuser im Sinne des [Â§ 109 Abs. 4 Satz 2 SGB V](#) steht damit ein Vergütungsanspruch gegenüber, der auf der Grundlage der gesetzlichen Ermächtigung in Â§ 16 f Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) nach Maßgabe der Bundespflegesatzverordnung (BPfV) in der Pflegesatzvereinbarung zwischen Krankenhausträgern und Krankenkasse festgelegt wird (BSG, Urteil vom 23.07.2002, Az: [B 3 KR 64/01 R](#)). Mit dem Erbringen der stationären Krankenhausbehandlung durch die Klägerin als zugelassenem Leistungserbringer wird der Sachleistungsanspruch des Versicherten realisiert (vgl. [Â§ 2 Abs. 2 SGB V](#)). Zugleich wird damit konkludent über dessen konkreten Leistungsanspruch entschieden. Solange die Krankenkasse gegenüber dem Versicherten schweigt,

muss diese die Entscheidung gegen sich gelten lassen. Nachträgliche Einwendungen gegen ihre Leistungspflicht kann sie, ausgenommen im Falle des Missbrauchs durch den Versicherten, nur im Verhältnis zum Leistungserbringer geltend machen (BSG, in: Breithaupt 1997, 16). Ihre gegenüber dem Leistungserbringer geltend gemachten Einwände, wonach die stationäre Behandlung ihres Versicherten medizinisch nicht notwendig gewesen sei, erweisen sich vorliegend jedoch nicht als berechtigt.

Die Verordnung durch den Vertragsarzt allein reicht indes zur Begründung einer Zahlungspflicht der Krankenkasse noch nicht aus. Frau Dr. L. hatte vorliegend eine Einweisung des Versicherten in das Krankenhaus der Klägerin verordnet. Wenngleich die Verordnung durch einen Vertragsarzt, ausgenommen Notfälle, Voraussetzung für die von der Krankenkasse geschuldete Krankenhausbehandlung ist, ist die Therapiefreiheit des Krankenhausarztes dadurch grundsätzlich nicht eingeschränkt. Vielmehr bleibt es dem Krankenhausarzt überlassen, über Art und Erforderlichkeit der Krankenhausbehandlung selbst zu entscheiden (BSG, Urteil vom 17.05.2000, Az: [B 3 KR 33/99 R](#)). Hierbei hat das Krankenhaus eigenverantwortlich zu prüfen, ob eine Krankenhausbehandlung notwendig ist. Dies geht insbesondere aus [Â§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) hervor. Es darf sich insoweit nicht auf die Beurteilung des Vertragsarztes verlassen, weil die Therapiefreiheit des Krankenhausarztes grundsätzlich, auch nicht durch Verordnung des Vertragsarztes, eingeschränkt ist (wie hier: BSG, Urteil vom 17.05.2000, Az: [B 3 KR 33/99 R](#)). Dies bedeutet, dass sich die erforderliche Behandlung nach der Art der Erkrankung mit Aussicht auf Erfolg nur in einem Krankenhaus mit dessen besonderen Mitteln durchführen lässt. Im Unterschied zur ambulanten Behandlung ist der Patient bei stationärer Versorgung physisch und organisatorisch in das spezifische Versorgungssystem eines Krankenhauses eingegliedert (wie hier: Wagner, soziale Krankenversicherung/Pflegeversicherung Â§ 39 Rdnr. 4 EL 33). Ähnlich wie bei der Prüfung der Erforderlichkeit von Rehabilitationsleistungen gilt damit auch insoweit ein "gestuftes System". Für die stationäre Behandlung ist entscheidend, dass sich eine Behandlung mit den spezifischen Mitteln des Krankenhauses als erforderlich

erweist, eine ambulante oder teilstationäre Behandlung dürfte mithin zum Erreichen des Behandlungszieles allein nicht ausreichen. Ob die Krankenhausbehandlung tatsächlich erforderlich ist, entscheidet deshalb zunächst der verantwortliche Krankenhausarzt. Der stationäre Aufenthalt des Versicherten war hier nach Auffassung der Klägerin medizinisch geboten.

Nach [Â§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) in Verbindung mit der Pflegesatzvereinbarung ist die Krankenkasse jedoch nur verpflichtet, die vereinbarten Entgelte zu zahlen, wenn die Versorgung im Krankenhaus erforderlich ist (vgl. [Â§ 39 SGB V](#)). Als Teil der Krankenbehandlung im Sinne des [Â§ 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) muss sie notwendig sein, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Für den Fall, dass kostengünstigere Behandlungsformen, wie hier: eine ambulante Behandlung, ausgereicht hätten, hätte ein Anspruch auf stationäre Krankenhausbehandlung

nicht bestanden. Nur dann, wenn sich die Entscheidung des Krankenhausarztes nach seinen jeweiligen Erkenntnismöglichkeiten als nicht vertretbar herausstellt, entfällt die Zahlungspflicht der Krankenkasse für die stationäre Versorgung eines Versicherten (BSG, Urteil vom 13.12.2001, a.a.O.).

Der Krankenkasse ist dafür ein eigenständiges Überprüfungsrecht eingeräumt. Zwar ergibt sich aus [Â§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#), dass die Krankenkassen lediglich in gesetzlich bestimmten Fällen oder wenn es nach Art, Schwere, Dauer oder Häufigkeit der Erkrankung oder nach dem Krankheitsverlauf erforderlich ist, die Verpflichtung trifft, zur Einleitung von Leistungen zur Teilhabe, insbesondere zur Koordinierung der Leistungen und Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger nach den Â§§ 10 bis 12 des Neunten Buches, im Benehmen mit dem behandelnden Arzt, eine gutachterliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) einzuholen. Gleichwohl ist die Krankenkasse trotz des engen Wortlautes der Bestimmung berechtigt, alle Leistungsarten des [Â§ 11 SGB V](#) zu überprüfen. Die Überprüfung der Leistungen erfasst hierbei alle im Zusammenhang mit der Leistungsgewährung relevanten medizinischen Fragen. Insbesondere ist neben den beispielhaft angesprochenen (medizinischen) Leistungsvoraussetzungen auch zu prüfen, unter welchen Gesichtspunkten welche Leistung dem Grunde und der Höhe nach angezeigt ist. Hierbei soll die gutachterliche Stellungnahme des MDK dazu beitragen, aus der breiten Palette der Ansprüche aus der gesetzlichen Krankenversicherung dem Versicherten die aus medizinischer Sicht optimale und zugleich wirtschaftlichste Leistung bereitzustellen (ebenso: Baier, in: Krauskopf, a.a.O., Â§ 275 Rdnr. 6 EL 47).

In erweiternder Auslegung des Gesetzeswortlautes des [Â§ 275 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#) ist damit den Krankenkassen das Recht zuzubilligen, eine Krankenhausabrechnung auch rechnerisch bzw. sachlich zu überprüfen, selbst wenn ihrem Wortlaut nach die Vorschrift lediglich die Überprüfung der Wirtschaftlichkeit der Leistungen beinhaltet. Denn die Abrechnungsüberprüfung wird vom Regelungsgehalt der Vorschrift mit umfasst, weil sie der dort geregelten Wirtschaftlichkeitsprüfung notwendigerweise vorgeschaltet ist (wie hier: BSG, Urteil vom 23.07.2002, Aktenzeichen: [B 3 KR 64/01 R](#)).

Dieses Prüfverfahren hat die Beklagte vorliegend verletzt: Die Beklagte hat nämlich darauf verzichtet, die aus ihrer Sicht gebotene medizinische Überprüfung durch den MDK vornehmen zu lassen. Die eingeholte Kurz-Stellungnahme ihres Beratungsarztes Dr. B. reicht hierfür nicht aus. Vielmehr ergibt sich bereits aus dem Wortlaut des [Â§ 275 Abs. 1 SGB V](#), dass die Krankenkasse bei Zweifeln an der Krankenhausrechnung in rechnerischer und sachlicher Hinsicht verpflichtet ist, den MDK mit der Prüfung der medizinischen Notwendigkeit zu betrauen. Denn der Gesetzgeber ist davon ausgegangen, dass die Krankenkasse in Zweifelsfällen nicht über den notwendigen medizinischen Sachverstand verfügt, um die medizinische Notwendigkeit einer Behandlung überprüfen zu können. Er ist davon ausgegangen, dass die erforderliche Prüfintensität nur durch den MDK gewährleistet ist, deren Ärzte bei der

Wahrnehmung ihrer medizinischen Aufgaben nur ihrem Ärztlichen Gewissen unterworfen sind ([Â§ 275 Abs. 5 Satz 1 SGB V](#)). Die notwendige Unabhängigkeit schien dem Gesetzgeber nur durch deren Ärzte und nicht durch vertraglich an die Krankenkassen gebundene Vertragsärzte gewährleistet zu sein. Dies liegt auch darin begründet, dass nach [Â§ 276 Abs. 4 SGB V](#) nur die Ärzte des Medizinischen Dienstes befugt sind, wenn es im Einzelfall zu einer gutachtlichen Stellungnahme über die Notwendigkeit und Dauer der stationären Behandlung des Versicherten erforderlich ist, zwischen 8:00 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. Der Sozialdatenschutz ist nur insoweit zugunsten der gesetzlichen Krankenkassen eingeschränkt. Nachdem der Beratungsarzt der Beklagten eine ambulante Unterbringung des Versicherten für ausreichend erachtet hatte, hätte es sich die Beklagte mithin angelegen sein müssen, den Vorgang dem MDK zur Überprüfung vorzulegen. Dies gilt unabhängig von etwaigen Verträgen nach [Â§ 112 SGB V](#), weil diese lediglich die Anforderungen an die Krankenhausbehandlung, nicht jedoch deren Notwendigkeit, regeln können. Da vorliegend von der gesetzlich zwingend vorgesehenen Einschaltung des MDK in Zweifelsfällen kein Gebrauch gemacht worden ist, ist die Beklagte bereits deswegen von Einwendungen gegen die sachliche und rechnerische Richtigkeit der Kostenrechnung ausgeschlossen.

Durch Erklärung vom 08.06.2004 erklärte sich die Beklagte ferner bereit, die Kosten für die Krankenhausbehandlung zu übernehmen. Zwar hat die Kostenübernahmeerklärung keine konstitutive Bedeutung, in dem Sinne, dass davon die Zahlungspflicht der Krankenkasse abhängt; sie hat indes eine beweisrechtliche Funktion, falls sie abgegeben wird und den Behandlungszeitraum abdeckt (BSG, Urteil vom 28.05.2003, Aktenzeichen: [B 3 KR 10/02 R](#)). Vorliegend erfolgte die Kostenübernahmeerklärung sogar zunächst "unbefristet". Mit der vorbehaltlosen Kostenübernahmeerklärung hat sie ihre Zahlungspflicht dem Grunde nach anerkannt, ohne dass der Erklärung konstitutive Bedeutung beizumessen wäre, weil diese Verpflichtung bereits mit Inanspruchnahme der Leistungen des Krankenhauses durch den Versicherten entsteht (so auch: BSG, Urteil vom 17.05.2000, Aktenzeichen: [B 3 KR 33/99 R](#)). Denn das Krankenhaus soll im Interesse einer zügigen Durchführung der Krankenhausbehandlung davon ausgehen können, dass die bei Abgabe der Kostenzusage feststellbaren Voraussetzungen der Eintrittspflicht der Krankenkasse vorliegen. Damit wird das Vorliegen bestimmter, den Vergütungsanspruch des Krankenhauses begründender, Tatbestandsvoraussetzungen vorab festgestellt. Nach der Rechtsprechung des Bundesobersten Gerichtshofs (BSG) soll die Kostenübernahmeerklärung den Wirkungen eines sogenannten "deklatorischen Schuldanerkenntnisses" im Zivilrecht entsprechen (abweichend: Eicher/Estelmann, DOK 1992, 134, 141). Daraus folgt, dass die Beklagte als Schuldnerin des Vergütungsanspruches des Krankenhauses mit solchen Einwendungen ausgeschlossen ist, die sie bei Abgabe kannte oder mit denen sie zumindest rechnen musste (Palandt-Sprau, BGB-Kommentar, 63. Auflage, Â§ 781 Rdnr. 4). Da der Beklagten bereits bei Aufnahme des Versicherten dessen stationäre Unterbringung angezeigt worden war, ist sie mit ihren späteren Einwendungen

hiergegen ausgeschlossen.

Der Zinsanspruch beruht auf Â§ 288 Abs. 1 in Verbindung mit Â§ 291 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) in Verbindung mit der Pflegesatzvereinbarung. Danach war die Beklagte zur Zahlung von 1.428,43 Euro zuzüglich 2 % Zinsen über dem Basiszinssatz der Europäischen Zentralbank ab dem 29.06.2004, dem Zeitpunkt der Fälligkeit, zu verurteilen. Laut Pflegesatzvereinbarung von 2001 VII sind 2 % über dem Basiszinssatz 14 Tage nach Rechnungslegung zu zahlen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [Â§ 193 SGG](#).

Da die Klägerin obsiegt hat, hat die Beklagte auch die Gerichtskosten nach Maßgabe des [Â§ 197a SGG](#) zu tragen.

Die Höhe des Streitwertes ergibt sich aus dem im Klageantrag bezifferten Geldleistungsbeitrag. Der Gegenstandswert richtet sich mithin nach dem Klagebegehren in Höhe der geltend gemachten Klageforderung von 1.428,43 Euro.

Erstellt am: 29.05.2006

Zuletzt verändert am: 23.12.2024