

L 4 KN 40/04 KR

Land
Sachsen-Anhalt
Sozialgericht
LSG Sachsen-Anhalt
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
4
1. Instanz
SG Halle (Saale) (SAN)
Aktenzeichen
S 8 KN 275/02 KR
Datum
26.04.2004
2. Instanz
LSG Sachsen-Anhalt
Aktenzeichen
L 4 KN 40/04 KR
Datum
13.08.2009
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie

Urteil

Leitsätze

Prozessuale Mitwirkungspflicht eines Krankenhausträgers

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil vom 26.04.2004 wird zurückgewiesen. Die Klägerin trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens. Die Revision wird nicht zugelassen. Der Streitwert wird auf 949,35 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Streitig ist ein Anspruch auf Zahlung von Krankenhausbehandlungskosten.

Die Klägerin betreibt das Kreiskrankenhaus S.-U. in N ... Die bei der Beklagten versicherte 1930 geborene Sch. (nachfolgend: Versicherte) wurde in der Zeit vom 8. bis 17. Oktober 2002 wegen Angina pectoris in diesem Krankenhaus stationär behandelt. Sie war von ihrem Hausarzt zur vollstationären Behandlung eingewiesen worden. Im Kostenübernahmeantrag wurde die Aufnahme als Notfall mit der Einweisungsdiagnose I 11.0 (hypertensives Herzversagen), I 25.0 (arteriosklerotische Herzkreislaufkrankheit), I 70.9 (generalisierte und nicht näher bezeichnete Arteriosklerose), sowie E 66.0 (Adipositas) aufgeführt. Als voraussichtliches Entlassungsdatum war der 22. Oktober 2002 angegeben. Daraufhin teilte die Beklagte mit Schreiben vom 15. Oktober 2002 mit, die voraussichtliche Behandlungsdauer erscheine im Zusammenhang mit der angegebenen Aufnahmediagnose nicht plausibel, so dass die Kosten der medizinisch notwendigen vollstationären Krankenhausbehandlung zunächst für den Zeitraum vom 8. bis 12. Oktober 2002 übernommen würden. Nach einer angemessenen Abklärungszeit solle der Behandlungsfall noch einmal überprüft werden, bevor abschließend über die Kostenzusage entschieden werde. Die Entlassung der Versicherten erfolgte am 17. Oktober 2002 nach regulärer Beendigung der Behandlung. In der Entlassungsanzeige waren neben der Entlassungshauptdiagnose I 20.0 (instabile Angina pectoris) nochmals die im Kostenübernahmeantrag aufgeführten Diagnosen sowie die Diagnose M 47.85 (sonstige Spondylose: Thorakolumbalbereich) angegeben.

Mit Datum vom 18. Oktober 2002 stellte die Klägerin der Beklagten für den stationären Aufenthalt der Versicherten insgesamt 1.619,13 EUR in Rechnung. Die Beklagte teilte der Klägerin mit Schreiben vom 5. November 2002 mit, der gesamte Rechnungsbetrag sei unter Vorbehalt angewiesen worden. Die Rückforderung werde für den Fall vorbehalten, dass sich bei einer medizinischen Überprüfung die Voraussetzungen des Vergütungsanspruchs nicht bestätigen sollten. Es werde um die Übersendung einer aussagekräftigen medizinischen Begründung zur Behandlungsdauer, insbesondere für die Zeit ab dem 12. Oktober 2002 gebeten.

Mit weiterem Schreiben vom 6. Dezember 2002 teilte die Beklagte der Klägerin mit, dass auf ihre Anfrage nach einer aussagekräftigen medizinischen Begründung zur Behandlungsdauer bisher kein Eingang zu verzeichnen sei. Es sei daher davon auszugehen, dass die Voraussetzungen des Vergütungsanspruches nicht nachgewiesen seien. Von der nächsten Rechnung werde ein Differenzbetrag in Höhe von 949,35 EUR einbehalten. Der Behandlungsfall sei für die Zeit vom 8. bis 12. Oktober 2002 in Höhe von 669,78 EUR vergütet worden.

Am 27. Dezember 2002 hat die Klägerin beim Sozialgericht Halle Klage mit dem Begehren der Zahlung weiterer 949,35 EUR nebst 4% Zinsen erhoben. Sie hat ausgeführt, Kostenübernahmeerklärungen seien von den Krankenkassen grundsätzlich unbefristet zu erteilen. Eine Befristung nach Plausibilitätskontrolle der Aufnahmeanzeige sei grundsätzlich nur denkbar, wenn eine offenbare Diskrepanz zwischen Aufnahmediagnose und Verweildauer oder eine ungewöhnlich lange Verweildauer bei Standardbehandlung vorliege. Die Beklagte habe jedoch keine Gründe vorgetragen, die danach eine Befristung rechtfertigen könnten und sei bereits deshalb zur Zahlung zu verurteilen. Die Klägerin hat die Epikrise beigefügt.

Die Beklagte hat am 5. Februar 2003 erstmals den Sozialmedizinischen Dienst (SMD) zur Stellungnahme beauftragt. Dieser teilte mit, eine

abschließende Beurteilung sei anhand der vorliegenden Unterlagen nicht möglich, da Einsicht in die Epikrise und die Patientenkurve zur sachgerechten Entscheidung notwendig sei.

Das Sozialgericht Halle hat die Klage mit Urteil vom 26. April 2004 abgewiesen, da der Anspruch auf Bezahlung der eingeklagten Rechnung durch Erfüllung erloschen sei. Eine Zahlung auf die gekürzte Sammelrechnung sei nicht eingeklagt worden.

Gegen das ihr am 17. Mai 2004 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 18. Mai 2004 Berufung eingelegt. Sie macht geltend: Durch die unter Vorbehalt erfolgte Zahlung sei keine Erfüllung der Forderung eingetreten. Die ursprüngliche Forderung bestehe fort, da sie nie erloschen sei. Ferner hat sie die Sammelrechnung vom 17. Dezember 2002 mit der Belegnummer 46772038 vorgelegt, von der die Beklagte den streitigen Betrag einbehalten hat. Die Klägerin hat darüber hinaus ausgeführt, eine Befristung der Kostenübernahmeerklärung sei nach der verbindlichen Datenübermittlungsvereinbarung nach [§ 301 SGB V](#) zwischen der Deutschen Krankenhausgesellschaft und den Spitzenverbänden der Krankenkassen zulässig, wenn eine Befristungsmöglichkeit zwischen den Vertragsparteien nach [§ 112 SGB V](#) vereinbart worden sei. Da eine solche Vereinbarung in Sachsen-Anhalt nicht existiere, seien Kostenübernahmeerklärungen unbefristet zu erteilen. Für die Klägerin habe daher keine Veranlassung bestanden, die Notwendigkeit der Dauer des Aufenthaltes der Versicherten näher zu begründen. Die Beklagte sei außerdem mit Einwendungen gegen das Vorliegen der medizinischen Notwendigkeit nach [§ 242 BGB](#) wegen Verletzung des Prüfverfahrens ausgeschlossen. Sie habe den SMD nicht umgehend, sondern erst nach Klageerhebung eingeschaltet. Auf Grund der stetigen Verschlechterung der Beweismöglichkeiten der Klägerin sei daher eine treuwidrige Verzögerung im Sinne der Rechtsprechung des BSGs (BSG) zu konstatieren. Die Beklagte habe weder innerhalb der in der Pflegesatzvereinbarung vereinbarten Zahlungsfrist von 15 Tagen noch danach ihre Zweifel an der Rechnung der Klägerin substantiiert darlegen können. Dennoch habe sie den Rechnungsbetrag rechtsmissbräuchlich zurück gebucht. Bei medizinischen Zweifelsfragen sei die Krankenkasse nach [§ 275 SGB V](#) zwingend zur Beauftragung des MDK bzw. SMD verpflichtet. Die Beklagte habe jedoch nicht auf die Abforderung von Sozialdaten durch den SMD zur Herstellung einer qualifizierten und aussagefähigen Stellungnahme hingewirkt.

Der Klägerin sei keine Verletzung ihrer Mitwirkungspflicht vorzuwerfen. Nach [§ 301 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V](#) müsse sie die Dauer der Krankenhausbehandlung gegenüber der Beklagten nur dann medizinisch begründen, wenn die in der Aufnahmeanzeige angegebene voraussichtliche Verweildauer überschritten werde. Dies sei nicht der Fall gewesen. Das wiederholte rechtswidrige Verlangen einer Begründung stelle einen Verstoß gegen Treu und Glauben sowie nach der Rechtsprechung des BSG eine sog. atypische Missbrauchsconstellation dar, die zum Einwendungsausschluss führe. Wie sich aus dem Ausdruck des EDV-basierten Überprüfungsvorgangs der Beklagten ergebe, beanstande sie die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlungsdauer regelmäßig allein auf Grund der Liegezeit, ohne im Einzelfall den medizinischen Hintergrund zu kennen. Das Überschreiten einer bestimmten Liegezeit sei als kodierter Kürzungsgrund im Überprüfungssystem der Beklagten verankert, so dass diese Vorgehensweise nicht auf den Einzelfall beschränkt sei, sondern systematisch erfolge. Diese Vorgehensweise sei rechtsmissbräuchlich und werde vom BSG ausdrücklich als gravierender Verstoß gegen die Regeln des Prüfverfahrens gewertet. Eine Diagnose gebe keine Auskunft über die medizinische Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung im Einzelfall, so dass das Vorliegen Voraussetzungen des [§ 275 SGB V](#) zur Einleitung des Prüfverfahrens nicht ersichtlich sei. Da die Beklagte den Nachweis medizinischer Unvertretbarkeit der stationären Behandlung aufgrund einer ex-ante-Betrachtung nicht geführt habe und offensichtlich die Einholung eines substantiierten Gutachtens des SMD vorgerichtlich nicht für notwendig erachtet habe, bestünden gegen die Dauer der stationären Behandlung weiterhin keine begründeten Bedenken. Das Anfordern von Unterlagen nach Klageerhebung durch den SMD könne keine Wirkung auf die Begründetheit der Klage haben; eine Einbeziehung der Patientenakte während des gerichtlichen Verfahrens müsse unterbleiben. Für das Gericht bestehe keine Amtsermittlungspflicht, da es nicht nach Tatsachen forschen müsse, für deren Bestehen die Umstände des Einzelfalls keine Anhaltspunkte hergäben. Der Umfang der Amtsermittlungspflicht bestimme sich nach dem Vortrag der Parteien. Die Beklagte habe durch ihr Verhalten die Aufnahme des Prüfverfahrens verzögert und die Klägerin zu Unrecht zur Erstellung patientenbezogener Daten aufgefordert. Damit verlagere die Beklagte die Rechnungsprüfung systematisch in ein langwieriges sozialgerichtliches Verfahren, obwohl die Prüfung der Erforderlichkeit der stationären Krankenhausbehandlung kraft Gesetzes in originärer Zuständigkeit der Krankenkasse und des MDK bzw. SMD stehe. Diese Grundsätze seien durch die Entscheidung des Großen Senats des BSG vom 25. September 2007 nicht modifiziert worden. Dieser habe nicht über die hier streitigen Rechtsfragen der geltenden Zahlungs-, Verzugs- und Fristenregelungen und deren Auslegung und Anwendung entschieden. Deshalb habe auch der dritte Senat des BSG seine Rechtsprechung mit Urteil vom 20. November 2008 aufrecht erhalten.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Halle vom 26. April 2004 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, an sie auf die Rechnung mit der Belegnummer 46772038 vom 17. Dezember 2002 einen weiteren Betrag in Höhe von 949,35 EUR nebst 4% Zinsen ab dem 27. Dezember 2002 zu zahlen, hilfsweise die Revision zuzulassen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie bezieht sich auf die Urteilsbegründung der 1. Instanz und hält eine Klageänderung, mit der die aufgerechnete Forderung zum Streitgegenstand gemacht werde, für nicht sachdienlich. Sie erteile hierzu keine Zustimmung. Im Hinblick auf die Einweisungsdiagnose sei nach Einschätzung des SMD ein zehntägiger stationärer Krankenhausaufenthalt nicht nachvollziehbar. Der SMD habe daher um Übersendung der Epikrise und der Krankenkurve gebeten. Darüber hinaus sei mit Schriftsatz vom 25. April 2003 Akteneinsicht beantragt und um Übersendung der Krankenakte an den SMD gebeten worden. Die Klägerin habe aber keine weiteren Befundunterlagen vorgelegt, so dass die Klage schon mangels Mitwirkung an der medizinischen Überprüfung des Behandlungsfalls unbegründet sei. Das BSG habe in einer Entscheidung vom 13. Dezember 2001 betont, dass das Überprüfungsverfahren von gegenseitigen Mitwirkungspflichten geprägt sei. Daraus folge der Verlust des Vergütungsanspruchs des Krankenhauses, wenn die erforderlichen Mitwirkungshandlungen verweigert würden. Die Anforderung von Krankenunterlagen sei an keine Frist gebunden, sofern dies landesvertraglich nicht geregelt sei. Das BSG habe die Auffassung vertreten, dass sogar drei Jahre nach Beendigung der stationären Krankenhausbehandlung das Prüfverfahren unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes noch nachgeholt werden könne (Urteil vom 28.05.2003 - [B 3 KR 10/02 R](#)). Das Prüfverfahren beim SMD sei bereits vor Klageerhebung eingeleitet worden. Zur sachgerechten Beurteilung der Behandlungsdauer halte der SMD die Einsichtnahme in die Epikrise sowie in die Patientenkurve für erforderlich.

Der Senat hat die Klägerin mit Schreiben vom 25. März 2008 unter Fristsetzung bis zum 30. April 2008 aufgefordert die Patientenakte zu übersenden und dabei darauf hingewiesen, dass die gerichtliche Aufklärung der stationären Behandlungsbedürftigkeit notwendig sei. Die Klägerin hat auf dieses Schreiben nicht reagiert. Erst am 11. August 2008 ging ein Schriftsatz der Klägerin ein, in welchem sie mitteilt, die medizinische Notwendigkeit ergebe sich, wie bereits in der Klagebegründung mitgeteilt, aus der Epikrise. Mit Schreiben vom 2. April 2009 hat der Senat der Klägerin nach dem Vorliegen weiterer Entscheidungen des BSG nochmals mitgeteilt, dass weitere Ermittlungen zur medizinischen Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung beabsichtigt seien und sie daher nochmals unter Hinweis auf [§ 106a Abs. 1](#) und 2 Nr. 2, Abs. 3 Sozialgerichtsgesetz mit entsprechender Belehrung und unter Fristsetzung bis zum 20. Mai 2009 zur Vorlage aller zur Verfügung stehender Unterlagen aufgefordert.

Die Gerichtsakte und die Verwaltungsakte der Beklagten haben vorgelegen und waren Gegenstand der mündlichen Verhandlung. Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhaltes und des Sachvortrages der Beteiligten wird auf den Inhalt der Gerichtsakte und der Verwaltungsakte ergänzend verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung ist nach den [§§ 143, 144 Abs. 1 Satz 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) in der vom 02.01.2002 bis 31.03.2008 geltenden Fassung statthaft, weil der Beschwerdewert von 500 EUR überschritten wird. Für den maßgeblichen Wert des Beschwerdegegenstandes ist für die bereits 2004 erhobene Berufung noch auf das alte Recht abzustellen. Sie ist auch form- und fristgerecht eingelegt worden ([§ 151 SGG](#)) und damit zulässig.

Die Berufung der Klägerin ist jedoch unbegründet.

1a) Die Sachurteilsvoraussetzungen sind erfüllt, denn die Klage ist als Leistungsklage nach [§ 54 Abs. 5 SGG](#) zulässig. Es handelt sich um einen sog. Beteiligtenstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt. Ein Vorverfahren war mithin nicht durchzuführen und die Einhaltung einer Klagefrist nicht geboten (BSG, Urt. v. 17. Mai 2000 – [B 3 KR 33/99 R](#); Urt. v. 10. April 2008 – [B 3 KR 19/05 R](#); Urt. v. 20. November 2008 – [B 3 KN 4/08 KR R](#); [B 3 KN 1/08 KR R](#); Urt. v. 16. Dezember 2008 – [B 1 KN 1/07 KR R](#); [B 1 KN 2/08 KR R](#); [B 1 KN 3/08 KR R](#) zitiert nach juris; stRspr.). Diese Grundsätze gelten auch dann, wenn es - wie hier - um Ansprüche aus einer Sammelrechnung geht, gegen die die Krankenkasse mit einem Erstattungsanspruch aus einem früheren Behandlungsfall aufgerechnet hat. Die Klägerin hat den Zahlungsanspruch auch mit 949,35 Euro konkret beziffert (zur Notwendigkeit der Bezifferung einer Vergütungsklage vgl. [BSGE 92, 300](#) = [SozR 4-2500 § 39 Nr. 2](#), jeweils RdNr. 6).

1b) Bei dem Antrag der Klägerin, zur Frage der Erforderlichkeit von Amtsermittlungen durch Zwischenurteil zu entscheiden, handelt es sich um kein eigenständiges Klagebegehren im Sinne der [§§ 54 ff. SGG](#), so dass es durch diesen Antrag nicht zu einer Klagenhäufung ([§ 56 SGG](#)) oder Klageänderung ([§ 99 SGG](#)) kommt. Über eine Entscheidung durch Zwischenurteil entscheidet das Gericht gemäß [§ 130 Abs. 2 SGG](#) nach Ermessen. Die Vorschrift erlaubt dem Gericht im Interesse der Verfahrensbeschleunigung einzelne Streitpunkte vorab zu entscheiden, wenn dies sachdienlich ist. Allerdings hält der Senat eine Vorabentscheidung durch Zwischenurteil hier nicht für sachdienlich (dazu 3 b) aa)), da sie nicht der Beschleunigung des Verfahrens dienen, sondern eine unerwünschte Verlängerung des Verfahrens bewirken würde.

2. Unstreitig stand der Klägerin im Dezember 2002 der sich aus der vorgelegten Sammelrechnung vom 17. Dezember 2002 mit der Belegnummer 46772038 ergebende Zahlungsanspruch gegen die Beklagte zu. Die Beklagte durfte aber von dieser Sammelrechnung 949,35 Euro zur Aufrechnung absetzen, da ihr in dieser Höhe ein öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch analog [§§ 387 ff. BGB](#) gegen die Klägerin zustand. Sie hatte zuvor einen Betrag mindestens in dieser Höhe ohne Rechtsgrund an die Klägerin gezahlt (vgl. dazu 3.) und sich dabei die Rückforderung für den Fall vorbehalten, dass sich die Voraussetzungen des Vergütungsanspruchs bei einer medizinischen Überprüfung nicht bestätigen sollten. Die von der Klägerin dagegen erhobenen Einwendungen greifen nicht durch (dazu 4.).

3. Ein Rechtsgrund für die Zahlung des Rechnungsbetrages aus der für den stationären Aufenthalt der Versicherten in der Zeit vom 8. bis 17. Oktober 2002 erstellten Rechnung der Klägerin vom 18. Oktober 2002 ergibt sich für den hier streitigen Teil, der die von der Beklagten endgültig beglichene Summe von 669,78 EUR übersteigt, weder aus einer Kostenzusage (vgl. dazu a) noch aus vertraglichen oder gesetzlichen Vorschriften (dazu b).

a) Eine vorbehaltlose Kostenzusage einer Krankenkasse über eine stationäre Aufnahme eines Versicherten führt nach der Rechtsprechung des BSG nicht zu einem eigenen Anspruch aus einem sog. konstitutiven Schuldanerkenntnis. Vielmehr werden damit nur bestimmte, den Vergütungsanspruch begründende Voraussetzungen mit der Folge bestätigt, dass die Krankenkasse mit bekannten oder zumindest erkennbaren Einwendungen ausgeschlossen ist. Außerdem kann in bestimmten Fällen eine Umkehr der Beweislast eintreten (dazu grundlegend: BSG, Urt. v. 17. März 2000 – [B 3 KR 33/99 R](#); Urt. v. 13. Dezember 2001 – [B 3 KR 11/01 R](#), sowie Urt. v. 20. November 2008, [a.a.O.](#)).

Die Beklagte hat keine vorbehaltlose Kostenzusage erteilt, sondern mit Schreiben vom 15. Oktober 2002 ausdrücklich die weitere Überprüfung des Behandlungsfalls vor der endgültigen Entscheidung über die Kostenzusage angekündigt sowie zunächst nur die Kosten für den Zeitraum vom 8. bis 12. Oktober 2002 übernommen. Die Zahlung der Vergütung für diesen Zeitraum hat die Beklagte nicht im Wege der Aufrechnung rückgängig gemacht, so dass diese nicht streitgegenständlich ist. Die streitige Klagesumme betrifft lediglich die stationäre Behandlung der Versicherten in der Zeit vom 13. bis 17. Oktober 2002. Für diesen Zeitraum hat die Beklagte keine Kostenübernahmeerklärung abgegeben.

Im Hinblick auf die ihr nicht plausibel erscheinende voraussichtliche Behandlungsdauer war sie auch nicht verpflichtet, die Kostenübernahme ohne weitere Prüfung vorbehaltlos zuzusagen (so im Ergebnis auch BSG, Urt. v. 20.11.2008 – [B 3 KN 1/08 KR R](#), RdNr. 12; sowie Urt. v. 16.12.2008 – [B 1 KN 2/08 KR R](#), RdNr. 15, zitiert nach juris). Gesetzliche Regelungen zur Erteilung einer Kostenzusage existieren nicht und es gab dafür auch keine vertragliche Vereinbarung zwischen den Beteiligten. Insbesondere ergibt sich ein solcher Anspruch entgegen der in der mündlichen Verhandlung geäußerten Auffassung des Klägers nicht aus der Datenübermittlungsvereinbarung der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft nach [§ 301 Abs. 1](#) und 3 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V). Diese Vereinbarung regelt gemäß [§ 301 Abs. 3 SGB V](#) das Verfahren zur

Teilnahme an einer Datenübermittlung zwischen den Krankenhäusern und den Krankenkassen. Die Vereinbarung dient dazu, das Nähere über Form und Inhalt der erforderlichen Vordrucke, die Zeitabstände für die Übermittlung und das Verfahren der Abrechnung auf maschinell verwertbaren Datenträgern unter Berücksichtigung der Festlegungen in den Verträgen nach [§ 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V](#) zu regeln (§ 1 der Datenübermittlungsvereinbarung). Damit hat die Vereinbarung eine ganz andere Zielsetzung. Zahlungsansprüche werden durch diese Vereinbarung weder begründet noch inhaltlich geregelt. In Bezug auf Kostenzusagen enthält die Vereinbarung lediglich Regelungen zu Vordrucken und zur maschinellen Datenübertragung. Hinsichtlich der inhaltlichen Ausgestaltung der Ansprüche wird ausdrücklich auf die Festlegungen in den Verträgen nach [§ 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V](#) verwiesen.

b) Rechtsgrundlage für die Zahlung des umstrittenen restlichen Vergütungsanspruchs ist [§ 109 Abs. 4 Satz 3](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V) i.V.m. der Pflegesatzvereinbarung der Beteiligten für das Jahr 2002. Die Zahlungsverpflichtung der gesetzlichen Krankenkasse entsteht unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten. Der Behandlungspflicht der zur Versorgung der Versicherten zugelassenen Krankenhäuser im Sinne des [§ 109 Abs. 4 Satz 2 SGB V](#) steht ein Vergütungsanspruch gegenüber, der auf der Grundlage der gesetzlichen Ermächtigung in den §§ 16, 17 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) nach Maßgabe der Bundespflegesatzverordnung (BPFV) in der Pflegesatzvereinbarung zwischen Krankenkasse und Krankenhausträgern festgelegt wird (BSG, Urteil vom 23. Juli 2002 – [B 3 KR 64/01 R](#)). Die Klägerin betreibt ein so genanntes Plankrankenhaus im Sinne des [§ 108 Nr. 2 SGB V](#), das in den Krankenhausplan des Landes Sachsen-Anhalt aufgenommen wurde und für das deshalb der Abschluss eines Versorgungsvertrages gemäß [§ 109 Abs. 1 Satz 2 Halbsatz 2 SGB V](#) fingiert wird. Ein Sicherstellungsvertrag zwischen den Beteiligten besteht nicht. Da es hieran fehlt, verbleibt als vertragliche Regelung nur die Pflegesatzvereinbarung (Vgl. BSG, Urt. v. 16. Dezember 2008 – [B 1 KN 2/08 KR R](#); Urt. v. 20. November 2008 – [B 3 KN 4/08 KR R](#), jeweils m. w. N.).

Der Zahlungsanspruch des Krankenhauses nach [§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) i.V.m. der Pflegesatzvereinbarung korrespondiert in aller Regel mit dem Anspruch des Versicherten auf Krankenhausbehandlung. Demgemäß müssen beim Versicherten bei der Aufnahme in das Krankenhaus grundsätzlich alle allgemeinen Voraussetzungen für die Inanspruchnahme von Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sowie speziell von Krankenhausbehandlung, insbesondere deren Erforderlichkeit vorliegen.

Nach [§ 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) haben Versicherte Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Hierzu gehört nach [§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 SGB V](#) auch Krankenhausbehandlung. Nach [§ 39 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) wird Krankenhausbehandlung vollstationär, teilstationär, vor- und nachstationär sowie ambulant erbracht. Versicherte haben Anspruch auf vollstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus, wenn die Aufnahme nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsergebnis nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann. Qualität und Wirksamkeit der Leistungen haben dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen ([§ 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#); vgl. BSG, Urt. v. 28.7.2008 – [B 1 KR 5/08 R](#), [SozR 4-2500 § 109 Nr. 6](#) RdNr. 48 ff.). 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, insbesondere ärztliche Behandlung, Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Unterkunft und Verpflegung.

Ein Vergütungsanspruch der Klägerin aus den vorstehend dargestellten Regelungen und Grundsätzen besteht für die Zeit ab 13. Oktober 2002 nicht, weil nicht erweislich ist, ob ab diesem Tag Krankenhausbehandlung noch durchgeführt worden ist und unter Beachtung des maßgeblichen Rechtsmaßstabs auch erforderlich war (dazu aa) und die Klägerin die Beweislast für die tatsächliche Erbringung und die Erforderlichkeit der Krankenhausbehandlung trägt (dazu bb).

aa) Der Senat kann durch die endgültige Weigerung der Klägerin, die bei ihr vorhandene Patientenakte dem Gericht zur Verfügung zu stellen, nicht feststellen, ob ab 13. Oktober 2002 noch Krankenhausbehandlung erbracht worden ist und ob die Versorgung im Krankenhaus im Sinne des [§ 39 SGB V](#) erforderlich war. Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit ist ein Krankheitszustand, dessen Behandlung den Einsatz der besonderen Mittel eines Krankenhauses erforderlich macht. Für diese Beurteilung kommt es auf die medizinischen Erfordernisse im Einzelfall an (vgl. hierzu BSG, Großer Senat, Beschluss vom 25.9.2007, – [GS 1/06](#)). Bei der Versicherten wäre aber möglicherweise eine ambulante Weiterbehandlung ohne die besonderen Mittel eines Krankenhauses ausreichend gewesen.

Für eine Einschränkung der Kontrollbefugnisse der Krankenkasse und des Gerichts in der Weise, dass von der Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung schon deshalb auszugehen wäre, weil der Krankenhausarzt sie bejaht und weil seine Einschätzung fachlich vertretbar ist, bietet das Gesetz keine Grundlage (BSG, Großer Senat, Beschluss vom 25.9.2007, [a.a.O.](#), RdNr. 29). Die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung ist von den Gerichten auch dann umfassend zu überprüfen, wenn die Krankenkasse ihre Leistungspflicht nachträglich für einen zurückliegenden Zeitraum bestreitet. Eine Zurücknahme der gerichtlichen Kontroll- und Entscheidungsbefugnis unter Berufung auf einen Einschätzungsvorrang des verantwortlichen Krankenhausarztes ist weder vom Gesetz vorgesehen noch von der Sache her erforderlich und deshalb mit dem rechtsstaatlichen Gebot effektiven Rechtsschutzes nicht vereinbar (vgl. BSG, Großer Senat, Beschluss vom 25.9.2007, [a.a.O.](#), RdNr. 32). Die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung ist allerdings nicht rückschauend aus der späteren Sicht des Gutachters zu beurteilen, sondern nach den im Behandlungszeitpunkt dem Krankenhausarzt verfügbaren Kenntnissen und Informationen (vgl. BSG, Großer Senat, Beschluss vom 25.9.2007, [a.a.O.](#), RdNr. 33). Vor dem Hintergrund der Entscheidung des Großen Senats des BSG sind die Gerichte bei dieser rückschauenden Beurteilung gehalten, auf der Basis eines vollständig aufgeklärten Sachverhaltes die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung – in der Regel unter Beteiligung eines unabhängigen medizinischen Gutachters – zu beurteilen. Diese Grundsätze gelten auch dann, wenn die Krankenkasse ihre Leistungspflicht nachträglich für einen zurückliegenden Zeitraum bestreitet (BSG, Großer Senat, a.a.O.). Hierfür ist die Heranziehung aussagekräftiger medizinischer Unterlagen des Krankenhauses unerlässlich. Die übersandte Epikrise ist allein nicht geeignet, die Erforderlichkeit der weiteren Krankenhausbehandlung über den 12. Oktober 2002 hinaus abschließend zu beurteilen. Sie ist hinsichtlich des Krankheitszustandes der Versicherten bezogen auf die einzelnen hier streitigen Behandlungstage sowie bezüglich der im Einzelnen durchgeführten diagnostischen und/oder therapeutischen Maßnahmen des Krankenhauses nicht aussagefähig.

Nach [§ 103 Satz 1 SGG](#) erforscht das Gericht den Sachverhalt von Amts wegen; die Beteiligten sind dabei heranzuziehen. Zwar muss das Gericht auch bei Verletzung verfahrensrechtlicher Mitwirkungspflichten ermitteln, versäumen es jedoch Beteiligte, z. B. tatsächliche Umstände aus der eigenen Sphäre anzugeben, kann für das Gericht der Anlass entfallen, diesen Fragen weiter nachzugehen, weil sich die

Notwendigkeit weiterer Ermittlungen dann nicht aufdrängt (vgl. [BFHE 113, 540, 545](#)). Weigert sich ein Beteiligter, der aus einem bestimmten Sachverhalt ihm günstige Rechtsfolgen herleitet, trotz Aufforderung, dem Gericht nähere Angaben zu machen, obwohl er es könnte und ihm dies nicht unzumutbar ist, verletzt das Gericht seine Amtsermittlungspflicht nicht, wenn es keine weiteren Ermittlungen mehr anstellt (Leitherer in Meyer-Ladewig u.a., SGG, 9. Aufl. 2008, § 103 Rdnr. 17; BVerwG [NJW 1977, 163](#)). Je nach den Umständen des einzelnen Falles muss das Gericht in solchen Fällen den Versuch zur Sachaufklärung trotz fehlender Mitwirkung nur dann unternehmen, wenn die erforderlichen Ermittlungen nicht unverhältnismäßig sind (vgl. BSG [SozR 4-1500 § 128 Nr. 5](#) Rdnr. 15). Bei mangelnder Mitwirkung ist der Beteiligte allerdings grundsätzlich über die Folgen der Nichtbeachtung einer gerichtlichen Aufforderung zur Mitwirkung zu belehren, falls ihm diese Folgen nicht bereits konkret bekannt sind. Art und Umfang der Belehrung können sich danach unterscheiden, wie rechtskundig der Beteiligte vertreten ist. Er muss zumindest formlos darauf hingewiesen werden, dass das Gericht nachteilige Schlüsse aus seinem Verhalten ziehen will (Leitherer, a.a.O., Rdnr. 17a; BSG [SozR Nr. 55 zu § 103 SGG](#); [SozR 1500 § 103 Nr. 23](#) m.w.N. und 27; weitergehend - für das wiederholte Fernbleiben von angesetzten Untersuchungsterminen - BSG [SozR 1500 § 160 Nr. 34](#)).

Diesen Anforderungen ist hier Genüge getan. Die Klägerin hat innerhalb angemessener Frist nicht auf das Schreiben des Senats vom 25. März 2008 reagiert und später mitgeteilt, die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung ergebe sich bereits aus der Epikrise. Dieses Verhalten erlaubt den Schluss auf die endgültige Verweigerung der Übersendung der Patientenakte. Mit Schreiben vom 2. April 2009 hat der Senat die Klägerin schließlich ausdrücklich darauf hingewiesen, dass in der Weigerung, die angeforderten Unterlagen vorzulegen, eine unzureichende Mitwirkung gesehen werden könnte, durch die die gerichtliche Amtsermittlungspflicht beschränkt wird. Ferner hat er darauf hingewiesen, dass ein Verstoß gegen die gesetzte Frist nach der erfolgten Belehrung zum Prozessverlust führen könne. Der Klägerin war damit eine von ihr nicht genutzte weitere Gelegenheit zur Vorlage der notwendigen Unterlagen gegeben worden. Nach allem war sie sowohl über die Erforderlichkeit der Übersendung der vollständigen Unterlagen als auch über die Folgen der Nichtbeachtung dieser Aufforderung hinreichend belehrt worden. Dass sie ausreichend informiert war, ergibt sich auch aus ihrer (mittelbaren) Begründung für die Verweigerung der Aktenübersendung, nach der weitere Ermittlungen von Amts wegen aus Rechtsgründen nicht erforderlich seien.

Durch die endgültige Weigerung der Vorlage dieser Unterlagen hat die Klägerin ihre prozessualen Mitwirkungspflichten verletzt. Eine weitere Sachaufklärung von Amts wegen wäre ohne diese Unterlagen mit einem unverhältnismäßigen Aufwand verbunden. Nach allgemeiner Erfahrung und unter Berücksichtigung der Ausführungen des SMD war davon auszugehen, dass die über die Versicherte verfügbaren vollständigen Krankenhausbehandlungsunterlagen auf einfachem Wege hätten Aufschluss über die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung im streitigen Zeitraum geben können. Demgegenüber war der übersandte Entlassungsbericht für eine Auswertung durch kostspielige Sachverständige unergiebig. Infolge des Zeitablaufs wäre auch die Vernehmung der Krankenhausärzte anstelle der Auswertung der Behandlungsunterlagen kein ernsthaft in Betracht zu ziehendes gleichwertiges Beweismittel (vgl. BSG, [Urt. v. 16.12.2008 - B 1 KN 2/08 KR R](#), Rdnr. 27, zitiert nach juris). Auch nach der Rechtsprechung des 3. Senats des BSG liegt eine mangelnde Mitwirkung des Krankenhauses und eine sich daraus ergebende Beschränkung der Amtsermittlungspflicht vor, wenn das Krankenhaus nicht bereit ist, die verfügbaren medizinischen und pflegerischen Unterlagen vorzulegen (so ausdrücklich [Urt. v. 20.11.2008 - B 3 KN 1/08 KR R](#), Rdnr. 35, zitiert nach juris). Dass die Klägerin die unterlassene Mitwirkung mit einer unzutreffenden Rechtsauffassung begründet hat, führt zu keinem anderen Ergebnis; weil derjenige, der nicht vorwerfbar eine unzutreffende Rechtsposition einnimmt, die sich daraus ergebenden nachteiligen Konsequenzen des in seiner Risikosphäre liegenden Handelns zu tragen hat, wenn sich seine Rechtsansicht als unzutreffend erweist.

Im Hinblick auf die zu vergleichbaren Sachverhalten in jüngster Zeit zur Frage des Umfangs notwendiger medizinischer Sachaufklärung durch die Tatsachengerichte ergangenen BSG-Urteile brauchte der Senat über die Erforderlichkeit der vollständigen Überprüfung der Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung nicht durch Zwischenurteil zu entscheiden. Eine solche Entscheidung wäre mit Rücksicht auf die Rechtsprechung des BSG nicht sachdienlich gewesen und hätte den Prozess nicht gefördert.

bb) Kann ein behaupteter Sachverhalt nicht nachgewiesen werden, so geht dies nach dem im sozialgerichtlichen Verfahren geltenden Grundsatz der objektiven Beweislast zu Lasten des Beteiligten, der aus diesem Sachverhalt Rechte herleitet. Nach diesem Grundsatz trägt zwar die Beklagte die materielle Beweislast für den Erstattungsanspruch, ist aber nicht mit Einwendungen aus dem ursprünglichen Abrechnungsstreit präkludiert, weil ihr etwaige Einwendungen gegen Grund und Höhe der geltend gemachten Behandlungskosten trotz zwischenzeitlicher Zahlung erhalten bleiben (BSG, [Urt. v. 20. November 2008 - B 3 KN 1/08 KR R](#) Rdnr. 16; [B 3 KN 4/08 KR R](#) Rdnr. 17, zitiert nach juris).

Die unter dem ausdrücklichen Vorbehalt der Rückforderung für den Fall erfolgte Zahlung, dass sich die medizinischen Voraussetzungen des Vergütungsanspruchs bei einer Überprüfung nicht bestätigen sollten, gereicht der Beklagten beweisrechtlich nicht zum Nachteil. [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) ordnet das Risiko der Erforderlichkeitsprüfung dem Krankenhaus zu, das daher auch die Nachteile der Nichterweislichkeit trägt (BSG, [Urt. v. 16. Dezember 2008 - B 1 KN 2/08 KR R](#) Rdnr. 28; [B 1 KN 3/08 KR R](#) Rdnr. 28, zitiert nach juris). Beruht die Nichterweislichkeit - wie hier - auf einer Verletzung der prozessualen Mitwirkungspflichten des Krankenhauses, darf dies der Krankenkasse schon deshalb nicht zum Nachteil gereichen, so dass die Beweislastverteilung zu Lasten der Klägerin hier unvermeidbar ist. Auch der 3. Senat des BSG hat in seinen Urteilen vom 20. November 2008 die Pflicht des Krankenhauses zur Mitwirkung an der Überprüfung der Erforderlichkeit der Krankenhausbehandlung des Versicherten betont und die Verletzung prozessualer Mitwirkungspflichten nur mangels hinreichender Belehrung verneint (vgl. BSG, [Urt. v. 20.11.2008 - B 3 KN 1/08 KR R](#)). Der Zahlungsanspruch gegen die Beklagte ist durch die endgültige Weigerung der Klägerin, die Patientenakte zu übersenden und den medizinischen Sachverhalt weiter aufzuklären, nicht mehr überprüfbar. Dies führt zur Klageabweisung, sofern nicht ausnahmsweise auf beweisrechtlicher Ebene ein Einwendungsausschluss der Beklagten in Betracht kommt, der eine gerichtliche Sachaufklärung überflüssig machen würde. Davon ist hier nicht auszugehen.

4. Das Vorbringen der Klägerin, die Beklagte sei mit Einwendungen gegen den Vergütungsanspruch ausgeschlossen, so dass weitere gerichtliche Ermittlungen nicht erforderlich seien, greift nicht durch.

a) Ein solcher Einwendungsausschluss ergibt sich zunächst nicht aus der Pflegesatzvereinbarung für das Jahr 2002. Nach § 9 der zwischen den Beteiligten geltenden Pflegesatzvereinbarung für das Jahr 2002 ist der Rechnungsbetrag spätestens am 21. Kalendertag nach Eingang der Rechnung zu überweisen. Die Fälligkeit tritt am 28. Kalendertag unter Berücksichtigung eines Post- und Banklaufweges von 7 Tagen ab Rechnungsdatum ein. Diese Vertragsregelung enthält keine Regelung über das Prüfungsverfahren der Beteiligten, sondern beschränkt sich im Wortlaut ausschließlich auf die Frage des Zahlungstermins und der Fälligkeit. Denn es ist offenkundig, dass bei Ablauf dieser Frist die von

der Krankenkasse durchzuführende Prüfung, ob die abgerechneten Leistungen tatsächlich erbracht worden sind und nach ihren jeweiligen Voraussetzungen sowie nach Art und Umfang notwendig waren ([§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#)), auch bei zügiger Bearbeitung meist noch nicht abgeschlossen sein kann. Die Regelung ist daher nicht so zu verstehen, dass die Prüfung der Erforderlichkeit innerhalb dieser Frist durchzuführen ist. Es bestehen auch keine Anhaltspunkte für die Auslegung, nach der das Prüfverfahren zumindest innerhalb dieser Frist von der Krankenkasse eingeleitet sein muss.

Landesvertraglichen Vereinbarungen im Sinne von [§ 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1](#) und 2 SGB V über die allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung sowie die Überprüfung ihrer Notwendigkeit und Dauer gab es jedenfalls im betroffenen Zeitraum in Sachsen-Anhalt nicht. Damit ist auch die Rüge hinfällig, die Beklagte habe gegen ein landesvertraglich vereinbartes Beschleunigungsverbot verstoßen.

b) Die Beklagte hat auch nicht gegen ein generelles (ungeschriebenes) Beschleunigungsgebot verstoßen. [§ 275 Abs. 1c SGB V](#), der mit Wirkung vom 01.04.2007 (Art. 1 Nr. 185 des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 26.3.2007, [BGBl. I, S. 378](#)) eingeführt worden ist, normiert nunmehr ein Beschleunigungsgebot speziell für Überprüfungen in Krankenhäusern. Diese jetzt geltende sechswöchige Ausschlussfrist für die Einleitung einer Einzelfallprüfung galt im hier streitigen Zeitraum indes noch nicht. Allerdings sind Krankenhaus und Krankenkasse angesichts sich rasch verschlechternder Beweisverhältnisse und mit Rücksicht auf die langfristigen Rechtsbeziehungen nach Treu und Glauben auch ohne gesetzlich Fristen zu einer zeitnahen Bearbeitung ohne treuwidrige Verzögerungen gehalten (vgl. BSG, Urt. v. 20.11.2008 - [B 3 KN 1/08 KR R](#), RdNr. 15, zitiert nach juris). Da die beklagte Krankenkasse hier innerhalb von zweieinhalb Wochen nach Rechnungslegung die Zahlung unter Vorbehalt angewiesen und um eine aussagekräftige medizinische Begründung zur Behandlungsdauer gebeten hat, kann ihr keine treuwidrige Verzögerung vorgeworfen werden.

c) Der Beklagten sind auch sonst keine schwerwiegenden Verletzungen des Prüfungsverfahrens vorzuwerfen, die ggf. einen Einwendungsausschluss rechtfertigen könnten. Sie hat nicht rechtsmissbräuchlich gehandelt. Nach [§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) in der zum Behandlungszeitpunkt gültigen Fassung stand der Krankenkasse das Recht zu, eine Krankenhausabrechnung rechnerisch und sachlich zu kontrollieren. Seinem Wortlaut nach darf die Krankenkasse gemäß [§ 275 Abs. 1 Ziff.1 SGB V](#) bei der Erbringung von Leistungen die Voraussetzungen, die Art und den Umfang der Leistungen überprüfen. Mit dieser Vorschrift soll eine Wirtschaftlichkeitskontrolle der Leistungen ermöglicht werden, um festzustellen ob sich die Behandlung auf das medizinisch Ausreichende, Zweckmäßige und Notwendige beschränkt oder ob sie nach ihrem Umfang darüber hinausgeht (BSG, Urt. v. 23. Juli 2002 - [B 3 KR 64/01 R](#), Urt. v. 20.11.2008 - [B 3 KN 1/08 KR R](#), RdNr. 17, zitiert nach juris). Die Überprüfung der Dauer der Behandlung der Versicherten durch die Beklagte ist daher vom Wortlaut des [§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) gedeckt.

Zwar kann es nach der Rechtsprechung des 3. Senats des BSG Fälle geben, 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 (vgl. hierzu [BSGE 89, 104 = SozR 3-2500 § 112 Nr. 2](#) - "Berliner Fälle"; sowie Urt. v. 20. November 2008 - [B 3 KN 1/08 KR R](#) RdNr. 14; [B 3 KN 4/08 KR R](#) RdNr. 15, zitiert nach juris). Eine unzulässige Rechtsausübung hat das BSG z. B. in Fällen angenommen, in denen die Krankenkasse die Begleichung von Krankenhausrechnungen unter Verstoß gegen ein vertraglich vereinbartes Prüfungsverfahren routinemäßig und pauschal unter Hinweis auf das Überschreiten angeblicher Erfahrungswerte zur erforderlichen Verweildauer verweigert hatte. Diese Fälle sind aber mit dem vorliegenden Sachverhalt nicht vergleichbar.

Es fehlt bereits die vertragliche Vereinbarung eines Prüfungsverfahrens, gegen die die Beklagte verstoßen haben könnte. Außerdem hat sie bereits mit der unter Vorbehalt erteilten Kostenzusage vom 15. Oktober 2002 die Überprüfung des konkreten Behandlungsfalls angekündigt und die Klägerin mit Schreiben vom 5. November 2002 um eine aussagekräftige medizinische Begründung zur Behandlungsdauer gebeten. Da der Beklagten an medizinischen Informationen zum Einzelfall im Wesentlichen nur die Aufnahme- und Entlassungsdiagnose vorgelegen hat, ist es nicht pflichtwidrig, die Plausibilitätskontrolle der Behandlungsdauer vorläufig hierauf zu stützen. Es war auch nicht pflichtwidrig von der Beklagten, die Abrechnungen nach bestimmten Aufgreifkriterien wie z. B. der Entlassung an einem Montag oder Verweildauer in Bezug zur Diagnose zu klassifizieren und danach die Entscheidung für eine Nachprüfung zu treffen. Eine Pflichtverletzung liegt in dieser Konstellation eher auf Seiten der Klägerin, die die Vorlage von medizinischen Unterlagen, die eine solche Prüfung erst ermöglicht hätten, sachwidrig verweigert hat. Das weitere Verhalten der Klägerin, der Beklagten dann vorzuwerfen, sie habe die Zahlungsverweigerung bzw. -rückforderung nicht einzelfallbezogen begründet, erscheint sogar als treuwidrig. Denn es steht fest, dass sie zur Mitwirkung an der Überprüfung der Erforderlichkeit der Krankenhausbehandlung verpflichtet war.

Nach [§ 276 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) sind die Krankenkassen verpflichtet, dem MDK/SMD die für die Beratung und Begutachtung erforderlichen Unterlagen vorzulegen. In Abs. 2 Satz 1 Halbsatz 2 SGB V der Regelung (i.d.F. des Art. 3 Nr. 7 des Gesetzes vom 13.06.1994, [BGBl. I, S. 1229](#)) ist bestimmt, dass dann, wenn die Krankenkassen nach [§ 275 Abs. 1 bis 3 SGB V](#) eine gutachtliche Stellungnahme oder Prüfung durch den MDK veranlassen haben, die Leistungserbringer verpflichtet sind, Sozialdaten auf Anforderung des MDK unmittelbar an diesen zu übermitteln, soweit dies für die gutachtliche Stellungnahme und Prüfung erforderlich ist (BSG, Urt. v. 20.11.2008 - [B 3 KN 1/08 KR R](#), RdNr. 19, zitiert nach juris). Danach war die Klägerin verpflichtet, der Beklagten/dem SMD die erbetenen Unterlagen zur Verfügung zu stellen.

Ihre Weigerung kann die Klägerin nicht auf den angeblichen Verstoß der Beklagten bei der Anforderung der Unterlagen stützen. Diese hat die Klägerin um die Übersendung einer medizinischen Begründung zur Behandlungsdauer an sich selbst gebeten und hat den SMD erst nach Klageerhebung eingeschaltet hat. Darin ist aber kein Rechtsverstoß zu sehen, denn [§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) schreibt den Krankenkassen keinen bestimmten Weg vor, in welcher Weise das gesetzliche Begutachtungsverfahren einzuleiten ist (BSG, Urt. v. 16. Dezember 2008 - [B 1 KN 2/08 KR R](#); [B 1 KN 3/08 KR R](#); Urt. v. 20.11.2008 - [B 3 KN 1/08 KR R](#) RdNr. 18, zitiert nach juris). Aus dem Vorgehen der Beklagten sind daher keine anspruchshindernden oder -vernichtenden Rechtsverstöße herzuleiten. Die Anforderung der medizinischen Unterlagen war erkennbar für eine einzelfallbezogene Überprüfung der Abrechnung erforderlich. Der für die Überprüfung vorgesehene SMD konnte - wie er auch bei seiner nach Klageerhebung erfolgten Beauftragung mitgeteilt hat - ohne diese Unterlagen nicht mit der Prüfung beginnen. Solange die Klägerin trotz Aufforderung durch die Beklagte noch keine Unterlagen übersandt hatte, war eine Beauftragung des SMD wenig sinnvoll. Die Klägerin kann auch nicht mit Erfolg rügen, dass die Beklagte im Schreiben vom 5. November 2002 die Übersendung der Unterlagen an sich selbst verlangt hatte. Denn es wäre ohne Weiteres möglich gewesen, die Unterlagen an die Beklagte im verschlossenen Umschlag zur Weiterleitung an den SMD zu schicken (vgl. [BSGE 98, 142 = SozR 4-2500 § 276 Nr. 1](#), jeweils RdNr 17). Es lag auf der Hand, dass die Beklagte

auch mit einem solchen Vorgehen einverstanden gewesen wäre, zumal sie üblicherweise ohnehin so vorgeht.

Unter Berücksichtigung der insbesondere bei langfristigen Vertragsbeziehungen bestehenden gegenseitigen Rücksichtnahmepflichten hätte die Klägerin ihre Bedenken gegen die konkrete Anforderung von Unterlagen der Beklagte auch mitteilen und eine Übersendung direkt an den SMD anbieten können. Dies gilt auch für den Fall ihrer fehlenden Bereitschaft, die Behandlungsdauer näher zu begründen. Auch dann wäre es in Betracht gekommen, anstelle einer eigenständigen Begründung die Patientenunterlagen bzw. die vollständige Patientenakte zur Auswertung durch den SMD zu übersenden. Die möglicherweise nicht ganz korrekte Vorgehensweise der Beklagten hat jedenfalls die Klägerin nicht von ihren Mitwirkungspflichten befreit. Erst recht lässt sich aus diesem Sachverhalt kein Einwendungsausschluss ableiten, der den weiteren Ermittlungen durch das Gericht entgegen gehalten werden könnte. Es entspricht einem allgemeinen Rechtsgedanken, die Rechtsfolgen eines Rechtsmissbrauchs regelmäßig nur dann anzunehmen, wenn dem Inhaber der jeweiligen Rechtsposition keine eigene Pflichtverletzungen oder ein widersprüchliches Verhalten vorgeworfen werden kann (vgl. Prütting/Wegen/Weinreich, BGB, 2. Auflage 2007, § 242 Rdn. 37 ff.).

Es ist auch nicht der Ansicht der Klägerin zu folgen, [§ 301 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V](#) regelt die Mitteilungspflichten eines Krankenhauses gegenüber der Krankenkasse in dem hier betroffenen Bereich der Überprüfung nach [§ 275 SGB V](#) enumerativ und abschließend, so dass sie zur Abgabe der erbetenen medizinischen Begründung der Behandlungsdauer nicht verpflichtet gewesen sei. Die genannte gesetzliche Regelung zielt darauf ab, ordnungsgemäße Krankenhausabrechnungen zu gewährleisten und die für die Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Krankenkassen erforderlichen Daten zur Verfügung zu stellen (vgl. Entwurf eines Gesetzes zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheitsstrukturgesetz), [BT-Drucks. 12/3608 S. 124](#) zu Nr. 141). Deshalb begrenzt die Norm den Datenverkehr auf das hierfür Unerlässliche, verbietet aber nicht die Anforderung und Übermittlung weiterer Daten, wie sie für die Feststellung der Erforderlichkeit von Krankenhausbehandlung benötigt werden. Welche Ermittlungsbefugnisse bei Überprüfungen, in denen die Krankenkasse zwingend den MDK/SMD einschalten muss, konkret bestehen, ergibt sich nicht aus [§ 301 Satz 1 Abs. 1 Nr. 3 SGB V](#), sondern speziell - je nach betroffenem Prüfverfahren - aus § 17c KHG oder, wie hier, aus [§§ 275, 276 SGB V](#) (vgl. hierzu BSG, Urt. v. 16. Dezember 2008 - [B 1 KN 2/08 KR R](#); [B 1 KN 3/08 KR R](#); sowie Urt. v. 20.11.2008 - [B 3 KN 1/08 KR R](#), RdNr. 21, zitiert nach juris).

5. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197 a SGG](#) i. V. m. [§ 154 Abs. 2](#) der Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).

Gründe für eine Zulassung der Revision im Sinne von [§ 160 Abs. 2 SGG](#) liegen nicht vor, da das BSG die zugrunde liegenden Rechtsfragen spätestens seit den zitierten Entscheidungen des Großen Senats sowie des 3. Senats vom 20. November 2008 und des 1. Senats vom 16. Dezember 2008 umfassend geklärt hat.

Die Streitwertfestsetzung folgt aus [§ 83 Abs. 2](#), [§ 52 Abs. 1](#) und [§ 47 Abs. 1](#) Gerichtskostengesetz (GKG).

Rechtskraft

Aus

Login

SAN

Saved

2012-10-02