

## L 4 KN 29/04 KR

Land  
Sachsen-Anhalt  
Sozialgericht  
LSG Sachsen-Anhalt  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung  
4  
1. Instanz  
SG Halle (Saale) (SAN)  
Aktenzeichen  
S 8 KN 41/03 KR  
Datum  
31.03.2004  
2. Instanz  
LSG Sachsen-Anhalt  
Aktenzeichen  
L 4 KN 29/04 KR  
Datum  
19.11.2009  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen

-  
Datum

-  
Kategorie  
Urteil  
Leitsätze

Kein Zinsanspruch bei mangelnder Mitwirkung an der Sachaufklärung

Die Berufung wird zurückgewiesen. Die Klägerin hat auch die Kosten des Berufungsverfahrens zu tragen. Die Revision wird nicht zugelassen. Der Streitwert wird auf 850,45 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Umstritten sind die Zinsen für die Vergütung einer vollstationären Krankenhausbehandlung.

Die Klägerin betreibt seit 3. August 2004 als Rechtsnachfolgerin des Landkreises B.-landkreis das Kreiskrankenhauses N., das in den Krankenhausplan des Landes Sachsen-Anhalt aufgenommen ist. Die 1927 geborene und bei der Beklagten versicherte G. (im Folgenden: die Versicherte) befand sich aufgrund einer Verordnung des Facharztes für Innere Medizin Dipl.-Med. B. vom 2. September 2002 bis 27. September 2002 wegen eines Bypassverschlusses links, eines Bluthochdrucks und eines Diabetes mellitus in diesem Krankenhaus zur stationären Behandlung.

Am 5. September 2002 ging bei der Beklagten ein Kostenübernahmeantrag des Krankenhauses für die stationäre Behandlung der Versicherten bis zur vorgesehenen Entlassung am 23. September 2002 ein. Daraufhin erteilte die Beklagte eine befristete Kostenzusage bis zum 6. September 2002 und kündigte wegen unplausibel langer Behandlungsdauer die Überprüfung des Behandlungsfalls an. Ferner bat sie um eine medizinische Begründung für die weitere vollstationäre Behandlung nach dem 6. September 2002 und fügte dem Schreiben einen mit der Erläuterung bei, nach Eingang der übermittelten Angaben eine Stellungnahme des Sozialmedizinischen Dienstes (SMD) anzufordern und anschließend über die weitere Kostenübernahme zu entscheiden.

Mit der Entlassungsanzeige vom 30. September 2002 teilte das Krankenhaus folgende Diagnosen mit: Arteriosklerose der Extremitätenarterien mit intermittierendem Hinken Vorhandensein von sonstigen kardialen oder vaskulären Implantaten Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus Essentielle Hypertonie Chronische ischämische Herzkrankheit.

In der Verlängerungsanzeige des Krankenhauses vom 23. September 2002 (Eingang bei der Beklagten am 8. Oktober 200) waren zu den bisherigen Maßnahmen folgende Angaben enthalten: "Lysetherapie intraarteriell vom 2.9. - 5.9.02 (mit Actilyse). Antikoagulation zunächst mit Heparin i.v. bis 4.9.02 (1000 IE Heparin/hi.v.), dann sog. Verdacht auf heparininduzierte Thrombozytopenie (bis HIT-Test negativ - Antikoagulation vom 4.9.02 - 9.9.02 mit Revasc 2 x 1 Ampulle)." Derzeitige Diagnosen seien: "Re-Verschluß des femoropoplitealen PTFE-Bypasses mit kompletter Ischämie des linken Beins, Thrombophilie mit rezidivierender Gerinselformung (Vd. auf APC-Resistenz heterozygot), insulinpflichtiger Diabetes mellitus, hypertensive Herzkrankheit, KHK, arterielle Hypertonie latente Hyperthyreose." latente Hyperthyreose (Überfunktion der Schilddrüse)".

Die Zwischenrechnung des Krankenhauses vom 30. September 2002 über den Behandlungszeitraum vom 2. bis 5. September 2002 in Höhe von 680,66 EUR wurde von der Beklagten beglichen.

Am 9. Oktober 2002 forderte die Beklagte vom SMD mit Hinweis auf die Verlängerung der Kostenzusage eine Stellungnahme zur medizinischen Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung der Versicherten. Hierzu teilte der SMD (Frau D. K.) am 11. Oktober 2002 mit, die Kostenverlängerung sei nicht zu befürworten; sie erbitte die Epikrise. Mit Formularschreiben vom selben Tag und Erinnerungsschreiben vom 11. November 2002 forderte die Ärztin beim Krankenhaus den Entlassungsbericht mit datumsbezogenen Angaben über Therapie und

Verlauf an. Das Krankenhaus reagierte darauf nicht.

Am 2. Dezember 2002 erhielt die Beklagte die Schlussrechnung für die Behandlung der Versicherten in Höhe von 3.544,89 EUR. Mit Schreiben vom 16. Dezember 2002 erinnerte sie an die fehlende aussagekräftige medizinische Begründung und lehnte die Vergütung des Behandlungsfalles für den Zeitraum vom 6. bis 27. September 2002 ab.

Mit der am 21. Februar 2003 beim Sozialgericht Halle erhobenen Klage hat die Klägerin die Verurteilung der Beklagten zur Zahlung von zunächst 3.544,89 EUR nebst 4% Zinsen begehrt. Zur Begründung hat sie vorgetragen: Die Beklagte treffe nach der Pflegesatzvereinbarung die unbedingte Pflicht, die fällige Rechnung zu zahlen, wie das Bundessozialgericht mit Urteil vom 28. Mai 2003 ([B 3 KR 10/02 R](#)) entschieden habe. Dagegen sei die Klägerin gegenüber dem SMD nicht verpflichtet, einen speziellen Entlassungsbericht mit besonderen vom SMD gewünschten Daten zu fertigen. Der SMD hätte die Krankenakte der Versicherten selbst auswerten müssen. Eine nachträgliche medizinische Begutachtung des Behandlungsfalles sei schon aus zeitlichen Gründen ausgeschlossen, was zu Lasten der Beklagten gehe müsse. Die Klägerin hat zum Verfahren den Entlassungsbericht vom 20. Januar 2003 über stationäre Aufenthalte der Versicherten vom 30. Juli 2002 bis 9. August 2002 und 2. September 2002 bis 27. September 2002 vorgelegt. In dem Bericht sind folgende Diagnosen enthalten: Bypassverschluss eines femoropoplitealen P 1-Bypasses links mit inkompletter Ischämie bei einer 1998 eingebrachten Bypassanlage, Bypass-Re-Verschluss mit kompletter Ischämie des linken Beins am 2. September 2002, Thrombophilie mit rezidivierender Gerinnselbildung (Verdacht auf APC-Resistenz/ heterozygoter Faktor V Leidenmangel), Insulinpflichtiger Diabetes mellitus, Arterieller Hypertonus mit hypertensiver Herzkrankheit Chronisch ischämische Herzkrankheit mit Belastungsdyspnoe, Latente Hyperthyreose bei Struma nodosa.

Bei der Darstellung der Therapie findet sich u.a. folgende Aufstellung: 31.07.2002 – Interarterielle Bypasslyse mit 20 mg Actilyse bis 01.08.2002 03.09.2002 – Intraarterielle Lyse mit insgesamt 50 mg Actilyse bis 05.09.2002 03.09.2002 – Rheologische Infusionsserie mit Prostavasin bis 26.09.2002 " In der Verlaufsbeschreibung wird über eine erneute Bedrohung des linken Beins berichtet, die zu einer rheologischen Infusionsserie mit Prostavasin bis zum 20. September 2002 geführt habe. Nach Abschluss dieser Infusionsserie seien Belastungstests der Gehstrecke vorgenommen worden.

Am 23. Juli 2003 hat die Beklagte Akteneinsicht beantragt und um Übersendung der Krankenakte an den SMD in H. gebeten. Ferner hat sie dem Sozialgericht am 29. Oktober 2003 mitgeteilt, den Krankenhausentlassungsbericht nicht erhalten zu haben.

Am 10. November 2003 hat das Sozialgericht die Prozessbevollmächtigten der Klägerin auf das eigene Prozessverhalten in mehreren Parallelverfahren hingewiesen, wo die Weiterleitung von medizinischen Unterlagen wegen der gesetzlichen Schweigepflicht und der Bestimmungen des Datenschutzes für rechtswidrig erklärt worden seien. Daraufhin haben es die Prozessbevollmächtigten der Klägerin abgelehnt, die vorliegende Epikrise direkt an den SMD zu versenden und hierzu die Rechtsansicht vertreten, die Klägerin sei nicht verpflichtet, einen Entlassungsbericht zu erstellen. Da eine qualifizierte Begutachtung nun von der Beklagten seit mehr als einem Jahr verzögert worden sei, könne das Sozialgericht ohne weitere Feststellungen zu Gunsten der Klägerin entscheiden.

Im Januar 2004 hat das Sozialgericht Halle den Entlassungsbericht an den SMD versandt. Der SMD hat diesen ausgewertet und am 26. Februar 2004 folgende Stellungnahme abgegeben: Die Versicherte habe nach Bypassverschluss und kompletter Ischämie des linken Beines mit einer Infusionsserie bis zum 20. September 2002 behandelt werden müssen. Wegen der bekannten Risikofaktoren sei bis zu diesem Zeitpunkt eine stationäre Überwachung geboten gewesen. Nach Abschluss der Infusionsbehandlung sei eine Gehstreckentestung erfolgt. Unter Berücksichtigung einer angemessenen Kontrollzeit und der im Entlassungsbericht dokumentierten Befundverbesserungen hätte sie am 23. September 2002 entlassen werden können.

Am 9. März 2004 hat die Beklagte die Forderung in Höhe von 2.694,44 EUR anerkannt und in Höhe dieses Betrages die Zahlung angewiesen (Zahlungseingang bei der Klägerin am 10. März 2004). Darüber hinaus hat sie geltend gemacht, die Behandlungszeit vom 24. September 2002 bis 27. September 2002 sei in Höhe von 850,45 EUR nach Ansicht des SMD noch nicht hinreichend belegt.

Mit Urteil vom 26. April 2004 hat das Sozialgericht Halle den Antrag der Klägerin, die Beklagte zu verurteilen, an sie 850,45 EUR nebst 4 % Zinsen seit dem 30.12.2002 zu zahlen, abgewiesen und in den

Entscheidungsgründe:

n im Wesentlichen ausgeführt: Weder aus der Kostenzusage noch aus § 9 der Pflegesatzvereinbarung ergebe sich ein Zahlungsanspruch der Klägerin. Es sei bereits zweifelhaft, ob die Rechnung der Klägerin wegen unzureichender Angaben gemäß [§ 301 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung \(SGB V\)](#) fällig gewesen sei. Jedenfalls habe es die Klägerin versäumt, eine entsprechende medizinische Begründung für die Behandlungszeit nach dem 6. September 2002 abzugeben.

Nach Zustellung des Urteils am 12. Mai 2004 hat die Klägerin rechtzeitig am 13. Mai 2004 Berufung beim Landessozialgericht Sachsen-Anhalt eingelegt und geltend gemacht: Sie habe sämtliche Daten im Sinne des [§ 301 SGB V](#) auf der Rechnung und der Entlassungsanzeige angegeben und damit den Vorgaben der Datenübermittlungsvereinbarung entsprochen. Die Vorinstanz habe die Darlegungs- und Beweislast grundlegend verkannt. In der Sache seien keine weiteren Sachverhaltsermittlungen mehr durchzuführen, da es die Beklagte vorgehend und auch im Laufe des Gerichtsverfahrens versäumt habe, substantiierte Einwendungen gegen die Abrechnung zu erheben. Unter Protest gegen die Darlegungs- und Beweislast hat die Klägerin eine ergänzende Stellungnahme von Chefarzt Dr. L. ohne weiteren Tatsachenvortrag vorgelegt (Eingang: 16. Juni 2005). Dieser hat ausgeführt: Die Versicherte habe bei kompliziertem Krankheitsverlauf zur Vermeidung einer Oberschenkelamputation seit dem 8. September 2002 bis zum Abend des 26. September 2002 täglich zwei, d.h. insgesamt 42 Infusionen erhalten. Die Intensität der Behandlung bestätige die medizinische Erforderlichkeit der stationären Behandlung bis zu diesem Zeitpunkt.

Dieses Schreiben ist an die Beklagte mit gerichtlicher Verfügung vom 20. Juni 2005 versandt worden. Auf Nachfrage des Berichterstatters hat sie am 3. November 2009 den Zugang dieses Schreibens im Jahr 2005 verneint.

Der Berichterstatter hat die Beteiligten mit Schreiben vom 24. April 2008 auf den Beschluss des Großen Senats des Bundessozialgerichtes

(BSG) vom 25. September 2007 ([GS 1/06](#)) hingewiesen und von der Klägerin die Übersendung der Patientenakte verlangt. Mit Schreiben vom 26. Mai 2008 hat der Berichterstatter die Klägerin nochmals erfolglos – unter ausdrücklichem Hinweis und Belehrung nach [§ 106 a](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) – zur Übersendung der Patientenakte aufgefordert. Die Klägerin hat dies zunächst abgelehnt und an ihrer Rechtsauffassung festgehalten. Ihrer Ansicht nach sei die Beklagte ohne weitere Feststellungen zu verurteilen. Diese habe es zum Fälligkeitstermin versäumt, substantiierte Einwendungen zu erheben und habe auch nach Erhalt der Epikrise lediglich Pauschalbehauptungen aufgestellt. Einer weiteren gerichtlichen Sachverhaltsaufklärung bedürfe es daher nicht. Im Übrigen habe die Klägerin die stationäre Behandlungsbedürftigkeit auch durch die ergänzende Stellungnahme von Dr. L. schlüssig begründet (Schriftsatz vom 6. Juni 2008; Eingang bei Gericht 11. Juni 2008; Versendevermerk: 13. Juni 2008)

Mit Verfügung vom 31. März 2009 hat der Berichterstatter die Klägerin nochmals unter Belehrung nach [§ 106 a SGG](#) bis zum 20. Mai 2009 aufgefordert, die Patientenakte zur Gerichtsakte zu reichen, die dann am 18. Mai 2009 bei Gericht und am 22. Juni 2009 im verschlossenen Umschlag bei der Beklagten eingegangen ist. Nachdem der SMD in einer Stellungnahme vom 6. Juli 2009 ausgeführt hatte, die Dauer des stationären Aufenthaltes sei wegen einer dauerhaften intravenösen Infusionsversorgung von insgesamt 42 Infusionen bis zum Vorabend der Entlassung berechtigt gewesen, hat die Beklagte für die Hauptforderung eine Kostenzusage abgegeben, die Zahlung von Zinsen und der Kosten des Verfahrens jedoch abgelehnt. Die Zahlung der Hauptforderung in Höhe von 850,45 EUR ist am 17. Juli 2009 bei der Klägerin eingegangen.

Die Klägerin beantragt, das Urteil des Sozialgerichts Halle vom 31. März 2004 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, an sie 4 % Zinsen aus 850,45 EUR ab dem 30. Dezember 2002 bis zum 16. Juli 2009 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das erstinstanzliche Urteil für zutreffend. Der SMD habe zeitnah die Überprüfung der Schlussrechnung vorgenommen und nach Auswertung des erst im Klageverfahren vorgelegten Entlassungsberichtes qualifizierte Einwendungen erhoben. Die Anforderung von Krankenunterlagen durch den SMD sei an keine Frist gebunden. Hier habe der SMD von der Klägerin zunächst keinerlei Befundunterlagen erhalten. Davon abgesehen sei der SMD auch schon vor der Schlussrechnung beauftragt worden.

Der Senat hat die Pflegesatzvereinbarung für das Jahr 2002 zur Akte genommen, in der sich in § 9 folgende Zahlungsregelung findet:

Der Rechnungsbetrag ist 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. Nach Mahnung können bei Überschreitungen des Fälligkeitstermins Verzugszinsen in Höhe von 4 % p.a. erhoben werden. Die Rechnungen sind kontinuierlich und vollständig mit den Daten nach [§ 301 SGB V](#) zu legen."

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die Patientenakte sowie die Verwaltungsunterlagen der Beklagten und die Gerichtsakten beider Rechtszüge verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung der Klägerin ist nach [§§ 143, 144 Abs. 1 S. 2](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) statthaft. Sie ist auch form- und fristgerecht eingelegt worden ([§ 151 SGG](#)) und damit zulässig.

Die Berufung ist jedoch unbegründet. Die Klage ist als Leistungsklage nach [§ 54 Abs. 5 SGG](#) zulässig, weil es sich um einen Parteienstreit im Gleichordnungsverhältnis handelt, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt. 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.).

Die Prozessklärungen der Beteiligten zur Hauptforderung in Höhe von 850,45 EUR sind wegen der Kostenzusage der Beklagten vom 14. Juli 2009 sowie ihrer nachfolgenden Zahlung als Teilanerkennnis in Höhe der (restlichen) Hauptforderung zu werten, das von der Klägerin auch angenommen worden ist.

Für den geltend gemachten Zeitraum vom 30. Dezember 2002 bis einschließlich 16. Juli 2009 steht der Klägerin kein Zinsanspruch zu. Deshalb kann es der Senat offenlassen, ob sich dieser Zinsanspruch aus der Pflegesatzvereinbarung und/oder als Prozesszinsanspruch aus einer entsprechenden Anwendung des [§ 291](#) Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) ergibt. Das BSG hat in seiner jüngsten Rechtsprechung für die nach [§§ 108, 109 SGB V](#) zugelassenen Leistungserbringer einen Anspruch auf Zahlung von Prozesszinsen aufgrund der durch [§ 61 Satz 2](#) Zehntes Buch Sozialgesetzbuch - Sozialverfahren und Sozialdatenschutz (SGB X) ermöglichten analogen Anwendung von [§ 291 BGB](#) vom Grundsatz her bejaht (vgl. BSG, Urteil vom 23. März 2006 – [B 3 KR 6/05 R](#) - [SozR 4-7610 § 291 Nr. 3](#); anders noch: BSG, Urteil vom 11. März 1987 – [8 RK 43/85](#) - [SozR 1300 § 61 Nr. 1](#); beide zitiert nach juris).

Soweit die Klägerin 4 % Zinsen schon ab dem 30. Dezember 2002 begehrt, fehlt es bereits an einer dafür notwendigen Mahnung. Die Fälligkeit der Forderung ergibt sich aus § 9 Abs. 1 der Pflegesatzvereinbarung. Hiernach war die Beklagte verpflichtet, spätestens 15 Arbeitstage nach Eingang der Rechnung zu zahlen. Diese nach der Rechnung vom 2. Dezember 2002 nach fünfzehn Werktagen entstehende Fälligkeit ist jedoch nicht mit dem von der Klägerin geltend gemachten Verzugszinsanspruch gleichzusetzen. Der Zinsanspruch bestimmt sich vielmehr nach § 9 Abs. 2 der Pflegesatzvereinbarung. Hiernach setzt der Verzugszinsanspruch von 4 % jeweils eine Mahnung der Klägerin voraus. Eine derartige Mahnung hat sie zunächst nicht erhoben. Erst mit ihrer Klageerhebung am 21. Februar 2003, die regelmäßig eine Mahnung ersetzen kann, konnte daher ein Verzugszinsanspruch dem Grunde nach entstehen.

Zu diesem Zeitpunkt war die Beklagte jedoch nicht mit der Zahlung des Vergütungsanspruchs in Verzug. Ihr stand gegen die fällige Hauptforderung ein umfassendes Leistungsverweigerungsrecht zu, das die Verzugslage wieder aufgehoben hat (hierzu 1.). Dieses Gegenrecht gründet sich auf eine Verletzung von Mitwirkungspflichten der Klägerin im Prüfverfahren (hierzu 2.), das jedenfalls nicht vor

dem 16. Juli 2009 endete (hierzu 3.). Ein solches Leistungsverweigerungsrecht war nicht durch eine vorbehaltlose Kostenzusage oder durch eine sonstige Vereinbarung oder gesetzliche Vorschrift ausgeschlossen (hierzu 4.).

1. Die Beklagte konnte dem Vergütungsanspruch des Krankenhauses und auch dem damit verbundenen Zinsanspruch ein Gegenrecht wegen der Verletzung von Mitwirkungspflichten von Seiten der Klägerin entgegenhalten.

Diese Mitwirkungspflichtverletzung lässt sich dogmatisch aus dem Rechtsgedanken des [§§ 66 Abs. 1 Satz 1, § 67](#) Sozialgesetzbuch Erstes Buch – Allgemeiner Teil – (SGB I) (dazu unter a)), einem Zurückbehaltungsrecht der Beklagten analog [§ 273](#) Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) (dazu unter b)) oder auch aus den Grundsätzen von Treu und Glauben herleiten (dazu unter c))

a) Das BSG hat bereits mehrfach entschieden, dass eine mangelnde Mitwirkung des Krankenhauses an der Aufklärung der Notwendigkeit der stationären Behandlung, z. B. durch die Weigerung, entscheidende medizinische Unterlagen vorzulegen, zu einer Beschränkung der Amtsermittlungspflicht im gerichtlichen Verfahren führen kann. Dies hat zur Folge, dass der Vergütungsanspruch ohne weitere Erforschung des Sachverhalts von Amts wegen als nicht erwiesen anzusehen ist (vgl. nur BSG, Urt. v. 16. Dezember 2008 – [B 1 KN 2/08 KR R](#); [B 1 KN 3/08 KR R](#); Urt. v. 20. November 2008 – [B 3 KN 1/08 KR R](#); [B 3 KN 4/08 KR R](#); Urt. v. 22. April 2009 – [B 3 KR 24/07 R](#) m.w.N., jeweils zitiert nach juris). Dieser Gedanke lässt sich auch auf das Verwaltungsverfahren übertragen. Bei einer Verletzung der Mitwirkungspflicht durch die Klägerin durfte die Beklagte den Vergütungsanspruch ohne weitere Erforschung des Sachverhaltes als nicht erwiesen ansehen und die Zahlung verweigern.

Das BSG hat dieses Leistungsverweigerungsrecht in seiner Entscheidung vom 22. April 2009 (Az.: [B 3 KR 24/07 R](#), Rz. 30, zitiert nach juris) dogmatisch an den in [§ 66 Abs. 1 Satz 1 SGB I](#) normierten allgemeinen Rechtsgedanken geknüpft, wonach bei der Verletzung von Mitwirkungspflichten und dadurch bedingter erheblicher Erschwerung der Sachverhaltsaufklärung die begehrte Leistung ohne weitere Ermittlungen versagt werden kann, soweit ihre Voraussetzungen nicht nachgewiesen sind. Dieser Rechtsgedanke, der sich auf die Sozialleistungsträger bezieht, ist nach der zutreffenden Ansicht des BSG auf die gerichtliche Amtsermittlung übertragbar und daher auch auf die Angelegenheiten der Krankenkassen in Krankenausabrechnungstreitigkeiten anzuwenden. Da das BSG nach seiner inzwischen ständigen Rechtsprechung aus einer (endgültigen) Mitwirkungspflichtverletzung des Krankenhauses auf ein (endgültiges) Leistungsverweigerungsrecht schließt, indem es den Vergütungsanspruch als nicht erwiesen ansieht, kann aus einer vorübergehenden Mitwirkungspflichtverletzung des Krankenhauses auf ein vorübergehendes Leistungsverweigerungsrecht geschlossen werden, das erst endet, wenn aufgrund der nachgeholtten Mitwirkungshandlung eine endgültige Entscheidung über die Zahlungsverpflichtung getroffen werden kann.

b) Das gleiche Ergebnis lässt sich auch mit dem auch im öffentlichen Recht und im Sozialrecht anwendbaren zivilrechtlichen Rechtsgedanken des Zurückbehaltungsrechts nach [§ 273 BGB](#) bzw. des Gläubigerverzugs nach [§§ 293 ff. BGB](#) rechtfertigen. Hiernach ist ein Schuldnerverzug oder ein Anspruch auf Prozesszinsen bei einem geltend gemachten Zurückbehaltungsrecht ausgeschlossen (Heinrichs in Palandt, 65. Aufl., 2006, § 286 Rz. 13, § 291 Rz. 5, § 273 Rz. 20) bzw. jegliche Verzinsung ausdrücklich ausgeschlossen (vgl. [§ 301 BGB](#)). Die Anwendung des Rechtsgedankens des zivilrechtlichen Zurückbehaltungsrechts steht in Übereinstimmung mit der Rechtsprechung des BSG, nach der die Krankenkasse bei einem Mitwirkungsverstoß des Krankenhauses nicht nur berechtigt ist, die Zahlung zu verweigern, sondern – falls sie aufgrund einer besonderen Fälligkeitsabrede unter Vorbehalt bereits bezahlt hat – auch zur Aufrechnung ihres Erstattungsanspruchs gegen spätere Zahlungsansprüche des Krankenhauses berechtigt ist (vgl. BSG, Urt. v. 20. November 2008 – [B 3 KN 4/08 KR R](#); Urt. v. 16. Dezember 2008 – [B 1 KN 1/07 KR R](#), [B 1 KN 2/08 KR R](#), beide zitiert nach juris).

Bei der Aufrechnung und dem Zurückbehaltungsrecht handelt es sich um einander weitgehend entsprechende Rechtsinstitute. Die Aufrechnung setzt im Unterschied zum Zurückbehaltungsrecht lediglich gleichartige Ansprüche voraus (vgl. Heinrichs in Palandt, a.a.O., § 273 Rz. 3, 6). Es ist deshalb folgerichtig der Krankenkasse nicht nur die Aufrechnung mit einer aus der Mitwirkungspflichtverletzung entstehenden Erstattungsforderung zu erlauben, sondern ihr als "milderes Mittel" bei einem Mitwirkungsverstoß auch die (vorübergehende) Zurückbehaltung der streitigen Zahlung selbst oder der Zahlung einer nachfolgenden Rechnung analog [§ 273 BGB](#) zu ermöglichen, bis aufgrund der nachgeholtten Mitwirkungshandlung eine Entscheidung über den Zahlungsanspruch (ohne schuldhaftes Verzögerung seitens der Beklagten) getroffen werden kann. Die vorübergehende Zurückbehaltung einer Zahlung als Reaktion auf eine Verletzung einer Mitwirkungspflicht ist gegenüber der endgültigen Zahlungsverweigerung bzw. Aufrechnung wegen Nichterweislichkeit des Anspruchs das vorrangige Mittel, das dem Krankenhaus unter Billigkeitsgesichtspunkten die Nachholung der Mitwirkungshandlung ermöglicht. Diese Verfahrensweise ist in Sozialrechtsverhältnissen auch vorgesehen, wie sich aus [§§ 66, 67 SGB I](#) ergibt, wonach die Behörde unter gewissen Voraussetzungen auf die Nachholung der Mitwirkung hinwirken muss und die Leistung ganz oder teilweise nachträglich erbringen kann, wenn die Mitwirkung nachgeholt wird und die Leistungsvoraussetzungen vorliegen. Es ist nicht ersichtlich, aus welchen Gründen eine solche Verfahrensweise auf der Ebene der öffentlichrechtlichen Gleichordnung nicht ebenso statthaft und zweckmäßig sein soll.

c) Dieses Ergebnis ist auch mit der Anwendung des allgemeinen Grundsatzes von Treu und Glauben zu rechtfertigen. Es bestehen keine Bedenken, diesen Grundsatz auch im Sozialrecht jedenfalls auf die dauerhaften rechtlichen und wirtschaftlichen Beziehungen zwischen Leistungserbringer und Krankenkasse anzuwenden. Die Partner sind nicht nur auf Dauer, sondern vor allem auch in einer Vielzahl von Fällen auf eine vertrauensvolle und professionelle Zusammenarbeit angewiesen, mit der die Erfüllung der besonders wichtigen gesetzlichen Aufgabe der stationären Krankenhausbehandlung für gesetzlich krankenversicherte Menschen sichergestellt werden kann. In Anbetracht der Größe dieser Aufgabe und der notwendigen intensiven Zusammenarbeit im Rahmen der gesetzlichen und vertraglichen Regelungen bestehen weitgehende gegenseitige Rücksichtnahmepflichten der Beteiligten. Es kann in Anbetracht dieser Vertrags- und Rechtsbeziehungen erwartet werden, dass die Beteiligten jeweils die wechselseitigen Interessenlagen berücksichtigen (vgl. BSG, Urteil vom 8. September 2009 – [B 1 KR 11/09 R](#), zitiert nach juris) und es nicht zu einseitigen Bevorzugungen oder Benachteiligungen kommt.

Diese auch unter dem Gesichtspunkt von Treu und Glauben bestehenden Rücksichtnahmepflichten hat die Klägerin im Laufe des Verfahrens mehrfach verletzt. So hat sie auf die Aufforderungen der Beklagten und des SMD erst nach wiederholter Aufforderung des Senats vom 31. März 2009 reagiert und bis dahin eine aktive Mitwirkung am Prüfverfahren vermissen lassen. Auch hat sie ihren Vertragspartner im Prüfverfahren nicht zeitnah auf (angebliche) Verletzungen des Prüfverfahrens hingewiesen und ihm so die Möglichkeit genommen, frühzeitig auf diese Bedenken zu reagieren. Eine solche Verweigerung der Mitwirkung und das Verschweigen der Motive sind treuwidrig und mit dem Gebot der gegenseitigen Rücksichtnahme unvereinbar. Selbst wenn, wovon der Senat in diesem Fall nicht ausgeht, die in [§§ 275, 276 SGB V](#)

geregelte Aufgabenwahrnehmung durch die Beklagte teilweise fehlerhaft gewesen sein sollte, hätte es dem Grundsatz von Treu und Glauben geradezu idealtypisch entsprochen, diese Fehler zu benennen und gemeinsam nach einem Ausweg aus dem mutmaßlichen Interessenkonflikt zu suchen. Stattdessen hat sich die Klägerin hinter ihrer vermeintlich besseren Rechtsposition verschanzt und die Beklagte über einen langen Zeitraum ins Leere laufen lassen. Erst im laufenden Gerichtsverfahren erster Instanz hat die Klägerin den Entlassungsbericht vom 20. Januar 2003 übersandt und sich im Übrigen erstmals auf angebliche Verfahrensverstöße der Beklagten im Prüfverfahren berufen. Die Auswertung des Entlassungsberichtes hat zu dem ersten Teilanerkennnis der Beklagten geführt, woraus deutlich wird, dass die Beklagte ohne diese und weitere Unterlagen nicht in der Lage war, die Notwendigkeit der stationären Krankenhausbehandlung für den streitigen Zeitraum zu überprüfen. Die Patientenakte gelangte trotz des frühzeitigen Antrages der Beklagten vom 23. Juli 2003 und ungeachtet der zahlreichen gerichtlichen Aufforderungen erst am 18. Mai 2009 zur Gerichtsakte. Diese fortgesetzte Verweigerung einer inhaltlichen (medizinischen) Auseinandersetzung und das lange Zurückhalten wesentlicher Unterlagen hat das auch nach Klageerhebung grundsätzlich noch mögliche Prüfverfahren entscheidend verzögert. Dadurch hat die Klägerin gegen die besonderen Rücksichtnahmepflichten in einem Dauerschuldverhältnis in schwerwiegender Weise verstoßen. Auch dieser Verstoß schließt den Schuldnerverzug aus.

2. Die Klägerin hat ihre schon im vorgerichtlichen Verfahren bestehende Mitwirkungspflicht verletzt, indem sie es zu Unrecht abgelehnt hat, auf die Bitte der Beklagten die Dauer der stationären Behandlung näher zu begründen, damit eine sachgemäße Prüfung durchgeführt werden kann (im Folgenden: a). Auch im gerichtlichen Verfahren ist die Klägerin ihren Mitwirkungspflichten zunächst nicht ausreichend nachgekommen und hat dieses rechtswidrige Verhalten erst im Mai 2009 mit Übersendung der Patientenakte an das Gericht aufgegeben (im Folgenden: b).

a) Die Beteiligten hatten bei der Durchführung des Prüfverfahrens wechselseitig bestimmte gesetzliche Pflichten einzuhalten. Während die Beklagte die gesetzlichen Vorgaben des Prüfverfahrens eingehalten hat, hat die Klägerin ihre Pflichten mehrfach und in erheblicher Weise verletzt.

Das Krankenhaus hat grundsätzlich im Rahmen der wechselseitigen Leistungsbeziehungen zur Krankenkasse diejenigen Angaben zu machen und Unterlagen beizubringen, die zur Beurteilung der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit im Einzelfall erforderlich sind. Die Auskunftspflichtung der Klägerin ergibt sich nach der Rechtsprechung des BSG (Urteil vom 22. April 2009 – [B 3 KR 24/07 R](#), zitiert nach juris) grundsätzlich aus [§ 100 Abs. 1 Satz 3](#) Zehntes Buch Sozialgesetzbuch – Verwaltungsverfahren – (SGB X) und hier speziell aus [§ 301 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V](#).

Nach [§ 100 Abs. 1 S. 3 SGB X](#) ist das Krankenhaus verpflichtet, dem Leistungsträger "im Einzelfall auf Verlangen Auskunft zu erteilen, soweit es für die Durchführung von dessen Aufgaben nach diesem Gesetzbuch erforderlich" ist und entweder der Betroffene eingewilligt hat ([§ 100 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB X](#)) oder dies gesetzlich zugelassen ist ([§ 100 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB X](#)); ausgenommen hiervon sind nach [§ 100 Abs. 2 SGB X](#) nur Angaben, die den Arzt oder ihm nahe stehende Personen der Gefahr aussetzen würden, wegen einer Straftat oder einer Ordnungswidrigkeit verfolgt zu werden. Nach den zwingenden gesetzlichen Auskunftspflichten aus [§ 284 Abs. 1 Nr. 4](#) und 7 SGB V (in der Fassung vom 12.12.1996, [BGBl. I S. 1859](#), die vom 1. Januar 1997 bis 31. Dezember 2001 gültig war) war die Erhebung von Sozialdaten im Versorgungszeitraum für die Zwecke der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zugelassen, soweit sie nach Maßgabe der Prüfaufträge von Krankenkasse und SMD u. a. für die "Prüfung der Leistungspflicht und die Gewährung von Leistungen an Versicherte (§§ 2 und 11)" und für die "Beteiligung des Medizinischen Dienstes (§ 275)" erforderlich waren. Die Vorschrift ist auch im Folgenden insoweit im Wesentlichen unverändert geblieben.

Gesetzlich im Sinne von [§ 100 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB X](#) zugelassen und damit für den Krankenhausträger zwingend sind die Angaben nach [§ 301 Abs. 1 SGB V](#) (in der insoweit unveränderten Fassung vom 22.12.1999, [BGBl. I S. 2626](#)). Danach besteht die Pflicht, der Krankenkasse bei Krankenhausbehandlung u. a. den Grund der Aufnahme sowie die Einweisungsdiagnose, die Aufnahmediagnose, die voraussichtliche Dauer der Krankenhausbehandlung sowie, falls diese überschritten wird, auf Verlangen der Krankenkasse die medizinische Begründung zu übermitteln ([§ 301 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V](#)). Hiermit ist aus datenschutzrechtlichen Gründen abschließend und enumerativ aufgelistet, welche Angaben der Krankenkasse bei einer Krankenhausbehandlung ihrer Versicherten auf jeden Fall zu übermitteln sind (vgl. [BT-Drucks. 12/3608, S. 124](#)). In dieser Vorschrift werden die Mindestangaben bezeichnet, die die Krankenkasse insbesondere zur ordnungsgemäßen Abrechnung und zur Überprüfung der Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung benötigt (vgl. [BT-Drucks. 12/3608, S. 124](#)). Genügt die Anzeige schon diesen (Mindest-)Anforderungen nicht, fehlt es bereits an der Fälligkeit der Vergütungsforderung (BSG [SozR 4-2500 § 109 Nr. 1 Rz. 12](#)).

Nach der Rechtsprechung des BSG (Urteil vom 22. April 2009 – [B 3 KR 24/07 R](#), Rz. 18, zitiert nach juris) ist ein Prüfverfahren nach [§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) (hier anwendbar ebenfalls in der insoweit unveränderten Fassung vom 22.12.1999, [BGBl. I 2626](#)) erst auf einer zweiten Stufe der Sachverhaltserhebung einzuleiten, wenn sich die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung oder weitere Abrechnungsvoraussetzungen den - medizinisch in der Regel nicht besonders ausgebildeten - Mitarbeitern der Krankenkasse aufgrund der Angaben nach [§ 301 SGB V](#) nicht selbst erschließen.

Bei der Einleitung des Prüfverfahrens nebst Anforderung von Unterlagen oder Auskünften haben Krankenkasse und/oder MDK/SMD allerdings besondere Begründungspflichten zu beachten. Der 3. Senat des BSG hat in seiner Entscheidung vom 22. April 2009 (Az.: [B 3 KR 24/07 R](#), zitiert nach juris) aus dem Rechtsgedanken des [§ 35 SGB X](#) eine Begründungspflicht des MDK bzw. SMD hergeleitet, wenn das Krankenhaus Behandlungsunterlagen zur Verfügung stellen soll. Denn das Krankenhaus ist im Verhältnis zu seinen Patienten auf der Grundlage des Behandlungsvertrages und zur Meidung strafrechtlicher Sanktionen nach [§ 203 Abs. 1 Nr. 1 StGB](#) verpflichtet, die Rechtmäßigkeit solcher Anforderungen zu prüfen.

Rechtsgrundlage für das Prüfverfahren ist nach der zitierten Rechtsprechung des BSG (Urteil vom 22. April 2009, [a.a.O.](#)) [§ 276 Abs. 2 Satz 1 Halbsatz 2 SGB V](#) (in der Fassung vom 13.06.1994, [BGBl. I S. 1229](#), in Kraft vom 1. Januar 1995 bis zum 31. Dezember 2003). Danach galt: "Haben die Krankenkassen nach § 275 Abs. 1 bis 3 eine gutachtliche Stellungnahme oder Prüfung durch den Medizinischen Dienst veranlasst, sind die Leistungserbringer verpflichtet, Sozialdaten auf Anforderung des Medizinischen Dienstes unmittelbar an diesen zu übermitteln, soweit dies für die gutachtliche Stellungnahme und Prüfung erforderlich ist." Auf dieser Grundlage ist der MDK bzw. der SMD ermächtigt, die erforderlichen Sozialdaten bei den Krankenhäusern anzufordern (vgl. BSG, Urteil vom 23. Juli 2002 – [B 3 KR 64/01 R](#), zitiert

nach juris = [BSGE 90, 1](#) = [SozR 3-2500 § 112 Nr. 3](#)), und das Krankenhaus ist zu deren Vorlage verpflichtet, soweit auch mit medizinischer Expertise nur durch die Angaben gemäß [§ 301 SGB V](#) eine zuverlässige Beurteilung der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit oder anderer Fragen der Abrechnung nicht möglich ist.

Die Ausgestaltung des Abrechnungsverfahrens nach den [§§ 301, 275](#) und [§ 276 SGB V](#) i. V. mit der Pflegesatzvereinbarung zielt darauf ab, unter den Bedingungen der Massenabrechnung von Krankenhausaufenthalten eine für Krankenhäuser, Krankenkassen und SMD gleichermaßen tragfähige wie nach den Kriterien des [§ 39 SGB V](#) inhaltlich zutreffende Überprüfung von Krankenhausabrechnungen sicherzustellen. Sie legen den Beteiligten besondere gegenseitige Obhutspflichten auf. Demgemäß hat das Krankenhaus bereits bei der Erklärung nach [§ 301 SGB V](#) dafür Sorge zu tragen, dass der Krankenkasse nach Möglichkeit ohne Einleitung eines Prüfverfahrens nach [§§ 275, 276 SGB V](#) alle entscheidungserheblichen Angaben zur Verfügung stehen. Andernfalls hat es dem SMD zur Vermeidung weiterer Sanktionen alle für dessen Prüfung erforderlichen Krankenbehandlungsunterlagen zur Verfügung zu stellen. Das enthebt das Krankenhaus zwar nicht von der Prüfung, ob die Weitergabe im Sinne von [§ 276 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) erforderlich und damit zulässig ist. Jedoch verstößt es schwerwiegend gegen seine gesetzlichen Pflichten, wenn es die Weitergabe angeforderter Unterlagen ohne substantiierten Hinweis auf bereits vorliegende, eine zuverlässige Beurteilung ermöglichende Unterlagen nur formelhaft ablehnt oder sie grundlos verweigert (vgl. BSG, Urteil vom 22. April 2009, [a.a.O.](#)). Die medizinischen Ausführungen der Klägerin in der Verlängerungsanzeige vom 23. September 2002 genügten daher zunächst den Mindestanforderungen einer Begründung im Sinne des [§ 301 SGB V](#) und verpflichteten die Beklagte, die Prüfung auf die nächste Stufe zu verlegen. Dem ist sie auch nachgekommen. Die Beklagte hat den SMD bereits im Oktober 2002 und damit zeitnah eingeschaltet. Dieser wandte sich dann unverzüglich mit zwei Schreiben vom 9. Oktober und 11. November 2002 an das Krankenhaus und bat um den Entlassungsbericht mit datumsbezogenen Angaben über Therapie und Verlauf der Behandlung der Versicherten. Darauf hat das Krankenhaus ohne Angabe von Gründen nicht reagiert. Auch auf das weitere Schreiben der Beklagten vom 16. Dezember 2002 mit der Bitte, eine aussagefähige medizinische Begründung vorzulegen, antwortete das Krankenhaus nicht und verhinderte so die Durchführung des Prüfverfahrens.

Die Beklagte hat mit Einschaltung des SMD, der auch gegenüber dem Krankenhaus aktiv geworden war, das Prüfverfahren im Sinne der Rechtsprechung des BSG (Urteil vom 22. April 2009, [a.a.O.](#)) nach [§ 275 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 SGB V](#) eingeleitet. Sie hat sich damit auf die zweite Stufe der Sachverhaltserhebung begeben und die Klägerin um konkrete Informationen zur Diagnostik und Therapie gebeten. Die Beklagte hat diese zweite Stufe der Sachverhaltsermittlung unter Einschaltung des SMD auch auf der Grundlage eines konkreten Anlasses eingeleitet, da die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung mit den Daten der Verlängerungsanzeige, die zwar stichwortartige medizinische Befund- und Behandlungshinweise enthält, in der aber die wesentliche Tatsache der rheologischen Infusionsserie über einen längeren Zeitraum nicht genannt ist, ohne ergänzende Angaben nicht prüfungsfähig gewesen ist. Die von der Klägerin zunächst vorgelegten Daten genügten daher nicht für eine abschließende medizinische Bewertung durch die Mitarbeiter der Beklagten.

b) Erst nach Klageerhebung hat die Klägerin die Epikrise vom 20. Januar 2003 in das gerichtliche Verfahren eingebracht und ist damit ihrer Begründungs- und Mitwirkungspflicht im Prüfverfahren – wenn auch verspätet – zumindest zum Teil nachgekommen. Nach dem Austausch von Rechtsansichten zwischen den Prozessbevollmächtigten der Klägerin und dem Vorsitzenden der Kammer erster Instanz zu Fragen des Datenschutzes ist die Epikrise schließlich mit gerichtlicher Verfügung vom 26. Januar 2004 an den SMD gelangt, der sie zeitnah am 26. Februar 2004 ausgewertet hat. Anschließend hat die Beklagte das erste Teilerkenntnis abgegeben und eine entsprechende Teilzahlung in Höhe von 2.694,44 EUR Anfang März 2004 vorgenommen.

Auch für den danach zunächst noch streitigen Restbetrag in Höhe von 850,45 EUR hat die Beklagte die weitere Anforderung von Unterlagen ausreichend begründet. Der Hinweis des SMD vom 26. Februar 2004, eine weitere Erklärung von der Klägerin nach Ende der vermeintlich nur bis 20. September 2002 andauernden Infusionsserie mit Prostavasin zu verlangen, ist als ausreichende Begründung auf der dritten Prüfungsstufe anzusehen. Schließlich enthält die Epikrise vom 20. Januar 2003 hinsichtlich der Infusionsserie mit Prostavasin einen inhaltlichen Widerspruch: Während der Therapieverlauf mit einer rheologischen Infusionsserie bis zum 26. September 2002 beschrieben wird (Seite 1), findet sich in der eigentlichen Darstellung der Therapieverläufe auf Seite 2 wörtlich der Satz, dass "die rheologische Infusionsserie mit Prostavasin (bis) zum 20. September 2002 fortgesetzt" wurde (vgl. Seite 2). Wegen dieser widersprüchlichen Angaben war eine weitergehende Erläuterung bzw. Klarstellung durch das Krankenhaus bzw. eine genaue Prüfung der gesamten Krankenunterlagen geboten. Mit den Daten der Verlängerungsanzeige hätte sich dieser Widerspruch nicht auflösen lassen, da sie keinen Hinweis auf eine Infusionsserie mit Prostavasin enthält. Deshalb war die Klägerin im Rahmen der dritten Stufe der Sachverhaltserhebung verpflichtet, dem SMD auch über die Anzeige nach [§ 301 SGB V](#) hinaus alle weiteren Angaben zu erteilen und Unterlagen vorzulegen, die im Einzelfall zur Beantwortung der Anfrage der Krankenkasse benötigt wurden. Das dem entsprechende Verlangen der Beklagten nach einer weitergehenden medizinischen Begründung war vor diesem Hintergrund daher nachvollziehbar, zur Klärung geeignet und deshalb auch sachlich geboten. Anstelle einer Mitwirkung an der Klärung der medizinischen Fragen oder wenigstens der Übersendung der Patientenunterlagen, hat sich die Klägerin über längere Zeit auf Rechtsausführungen beschränkt, die zur Sachverhaltsaufklärung im gerichtlichen Verfahren nichts beigetragen haben.

Auch die undatierte Stellungnahme von Chefarzt Dr. L., die am 16. Juni 2005 beim Senat eingegangen ist, hat die Verpflichtung der Klägerin zur eigenen Mitwirkung durch Vorlage einer medizinischen Begründung und Übersendung der Patientenunterlagen nicht entfallen lassen. Denn die Klägerin selbst war zur Mitwirkung und Übersendung der Unterlagen aufgefordert, sodass die Ausführungen des Arztes mit Rücksicht auf die lange Verfahrenszeit nicht geeignet waren, eine medizinische Begründung und die Vorlage der Patientenunterlagen zu ersetzen. Auch Dr. L. wird im Jahr 2005 nur anhand der Patientenunterlagen zu der Erklärung in der Lage gewesen sein, dass die Versicherte bis zum 26. September 2002 mit Infusionen behandelt worden war. Dann ist – annähernd drei Jahre nach der stationären Behandlung – eine Überprüfung ihrer Erforderlichkeit auch mit Hilfe der Patientenunterlagen vorzunehmen, was die Klägerin im Übrigen selbst im vorgerichtlichen Verfahren gefordert hat, obwohl sich der SMD damals mit weitführenden Hinweisen begnügt hätte.

Von diesen Ausführungen abgesehen hat die Beklagte die Stellungnahme von Dr. L. offenbar trotz der gerichtlichen Verfügung von Juni 2005 erst im Oktober 2009 erhalten. Zu diesem Zeitpunkt hatte sie den noch offenen Restbetrag der Hauptforderung in Höhe von 850,45 EUR bereits gezahlt. Die Tatsache, dass die Beklagte das Schreiben von Dr. L. nicht bereits im Jahr 2005 auswerten konnte, ist nicht zu ihren Lasten zu werten, da die Ursache für den fehlenden Zugang des Schreibens nicht festgestellt werden kann. Jedoch hätte auch ein Zugang des Schreibens im Juni 2005 nicht genügt (siehe oben), die von der Beklagten geforderte Einsicht in die Krankenunterlagen durch den SMD ersetzen, sodass auf dieser Grundlage weder ein Anerkenntnis noch ein zusprechendes Urteil absehbar waren.

Es waren offenbar auch die Prozessbevollmächtigten der Klägerin nicht mit allen medizinisch bedeutsamen Details des Falles vertraut, weil sie es sonst kaum versäumt hätten, auf die Tatsache der Infusionsserie mit Prostavasin bis zum 26. September 2002 frühzeitig hinzuweisen. Schließlich hat auch Chefarzt Dr. L. in seiner Stellungnahme keinen Anlass gesehen, die wohl versehentlich unrichtige Verlaufsbeschreibung in der Epikrise vom 20. Januar 2003 richtig zu stellen. Die Angesichts dieser Sachlage verbliebenen Unsicherheiten über den tatsächlichen Behandlungs- und Infusionsverlauf konnten nur durch die Auswertung der vollständigen Patientenakte abschließend geklärt werden. Dies war auch vor dem Hintergrund der hartnäckigen Weigerung der Klägerin, das Prüfverfahren zielgerichtet zu fördern, geboten. Dieser Pflicht ist die Klägerin erst nach eindringlichen Aufforderungen seitens des Senates im Juni/Juli 2009 nachgekommen. 3. Das Leistungsverweigerungsrecht endete – trotz der Übersendung der Patientenakte an die Beklagte am 22. Juni 2009 – nicht vor dem 16. Juli 2009, denn das Recht, die geschuldete Leistung zu verweigern kann in den Fällen der vorliegenden Art nicht zeitgleich mit der Nachholung der Mitwirkungshandlung automatisch enden. Gleiches gilt nach dem zügigen Prüfungs- und Zahlungsverhalten in Bezug auf die Teilforderung in Höhe von 2.694,44 EUR nach Erhalt des Arztbriefes vom 20. Januar 2003 in erster Instanz.

Denn die Beklagte hat auch bei diesem Verfahrensstand das normale Prüfungsrecht und die Befugnis zur Auswertung der übersandten medizinischen Unterlagen. Dieses Prüfungsrecht kann sie nur unter Beteiligung des SMD ausüben, wofür ihr eine angemessene Zeitspanne zuzubilligen ist. Bereits aus der analogen Heranziehung von [§ 67 SGB I](#) folgt, dass der Beklagten bei einer nachgeholtten Mitwirkungshandlung eine angemessene Zeit zur Entscheidung über ihre Leistungspflicht einzuräumen ist. Auch unter Berücksichtigung des Grundsatzes von Treu und Glauben kann der Beklagten bei dem festgestellten Verstoß des Krankenhauses gegen seine Mitwirkungspflichten keine sofortige Leistungspflicht auferlegt werden. Dies gilt auch, wenn sich aus der Pflegesatzvereinbarung eine Vorleistungspflicht der Krankenkasse ergibt (vgl. hierzu BSG, Urt. v. 30.06.2009 – [B 1 KR 24/08 R](#), zitiert nach juris). Denn die durch die Mitwirkungspflichtverletzung eingetretene Störung der Leistungsbeziehung ist erst beendet, wenn die Beklagte aufgrund der nachgeholtten Mitwirkung eine endgültige Entscheidung über ihre Zahlungsverpflichtung unverzüglich, d.h. ohne schuldhaftes Zögern, getroffen hat. Schließlich erschien es in Anbetracht der durch das Verhalten der Klägerin bedingten mehrjährigen Verfahrensdauer auch unverhältnismäßig, eine Leistungspflicht der Krankenkasse vor Auswertung der Unterlagen festzulegen. Dies gilt erst Recht in den Fällen, bei denen sich die Anforderung der medizinischen Unterlagen durch die Krankenkasse nicht nur lange vergeblich hingezogen hat, sondern in denen die Sachverhaltsaufklärung durch Mitwirkung der Klägerin in der Art einer "Salamitaktik" erfolgt ist. Insbesondere in diesen Fällen wäre eine Vorleistungspflicht der Krankenkasse für die relativ kurze Zeit des Überprüfungsverfahrens von wenigen Wochen unverhältnismäßig.

Nachdem die Patientenakte am 22. Juni 2009 bei der Beklagten und nachfolgend beim SMD eingegangen ist, hat dieser bereits am 6. Juli 2009 eine Stellungnahme abgegeben. Die Beklagte hat dann auch unverzüglich, d. h. ohne schuldhaftes Zögern, die verbliebene Hauptforderung an die Klägerin ausgeglichen. Die Wirkungen des Leistungsverweigerungsrechts der Beklagten endeten damit jedenfalls unter Berücksichtigung angemessener Bearbeitungsfristen nicht vor dem 17. Juli 2009. Erst nach Ablauf solcher Fristen kann sie in Verzug geraten. In Anbetracht des von Übersendung der Akten am 22. Juni 2009 bis zur Zahlung am 17. Juli 2009 verstrichenen verhältnismäßig kurzen Zeitraums erübrigen sich Ausführungen zur Dauer der angemessenen Frist, die regelmäßig länger sein dürfte als 26 Tage. Der Senat lässt auch ausdrücklich offen, ob die Beklagte in Anbetracht der unzureichenden Mitwirkung der Klägerin überhaupt noch zur Zahlung von Verzugszinsen verpflichtet wäre.

4. Die Ausübung dieses Leistungsverweigerungsrechts war nicht durch eine vorbehaltlose Kostenzusage oder durch eine sonstige Vereinbarung oder gesetzliche Vorschrift ausgeschlossen.

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.](#), beide zitiert nach juris). Die Beklagte hat hier keine vorbehaltlose Kostenzusage erteilt, sondern sich mit Schreiben vom 19. Februar 2001 ausdrücklich die zwischenzeitliche Prüfung der weiteren Notwendigkeit der stationären Behandlung vorbehalten. Im Hinblick auf die ihr nicht plausibel erscheinende 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. Auch die Zahlungsregelungen des § 9 der Pflegesatzvereinbarung stehen der Ausübung dieses Leistungsverweigerungsrechts jedenfalls solange nicht entgegen, bis aufgrund der nachgeholtten Mitwirkungshandlung eine Entscheidung über den Zahlungsanspruch (ohne schuldhaftes Verzögerung seitens der Beklagten) getroffen werden kann. Auch wenn nach dieser Vereinbarung die Fälligkeit der Zahlungsforderung unabhängig von der Einleitung und dem Abschluss eines Prüfverfahrens nach [§§ 275, 276 SGB V](#) bezüglich der Erforderlichkeit der stationären Behandlung eintritt (vgl. hierzu BSG, Urt. v. 30.06.2009 – [B 1 KR 24/08 R](#) zitiert nach juris), kann schon wegen des Verbots widersprüchlichen Verhaltens ("venire contra factum proprium") aus einer Zahlungsverzögerung, die allein auf einer Mitwirkungspflichtverletzung des Gläubigers beruht, kein Zinsanspruch entstehen (vgl. z. B. [§ 301 BGB](#) bzw. Rspr. und Kommentarliteratur zu [§§ 273, 286 BGB](#)). Bei einer an dem Grundsatz von Treu und Glauben orientierten Auslegung dieser Regelung steht diese daher nicht der Ausübung dieses (zeitweisen) Leistungsverweigerungsrechts der Beklagten entgegen. Jedenfalls solange der einseitige Verstoß der Klägerin gegen ihre Mitwirkungspflichten andauert und die Beklagte allein aus diesem Grund an der abschließenden Überprüfung der Notwendigkeit der stationären Behandlung gehindert ist, kann der Beklagten unter keinen Umständen zugemutet werden, (ggf. erneut) in die Vorleistung zu treten und die Zahlung dann zurückzufordern bzw. aufzurechnen, wenn die abschließende Beurteilung des Leistungsfalls keine Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung ergeben hat. Für eine solche Auslegung bietet auch der Wortlaut der Fälligkeitsabrede nach § 9 der Pflegesatzvereinbarung keinen Anhaltspunkt.

5. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) i. V. m. [§ 156](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO). Der chronologische Ablauf des Verfahrens drängt zu der Annahme, dass die Beklagte bei frühzeitiger Wahrnehmung der Mitwirkungspflichten durch die Klägerin, sei es durch Übersendung der Krankenunterlage an den SMD oder Beantwortung der aufgeworfenen Fragen, eine zeitnahe Zahlung veranlasst hätte. Der Beklagten stand aus den oben genannten Gründen zunächst ein Leistungsverweigerungsrecht wegen schwerwiegender Mitwirkungspflichtverletzung der Klägerin zu. Nach Erhalt des Arztbriefes vom 20. Januar 2003 und nach Eingang der Patientenakte hat die Beklagte alsbald jeweilige Zahlungen geleistet und damit die Voraussetzungen eines sofortigen Anerkenntnisses im Sinne des [§ 156 VwGO](#)

bzw. § 93 Zivilprozessordnung herbeigeführt. Danach fallen der Klägerin die Prozesskosten dann zur Last, wenn die Beklagte durch ihr Verhalten keine Veranlassung zur Erhebung der Klage gegeben und den Anspruch sofort anerkannt hat. Nach der vorliegenden Fallgestaltung hat die Klägerin durch schwerwiegende Verletzungen im Verwaltungsverfahren und eine unzureichende Mitwirkung ihre Pflichten im Prüfverfahren der Beklagten verhindert und der Beklagten damit entsprechende Gegenrechte verschafft. Sieben Jahre später hat sie diese rechtswidrige Haltung mit vollständiger Übersendung der Krankenunterlage an den Senat im Juli 2009 aufgegeben. Die eigentliche Veranlassung zur Klage hat damit die Klägerin gesetzt. Hätte sie sich noch im Jahr 2002 am Prüfverfahren aktiv beteiligt oder im gerichtlichen Verfahren zumindest dem SMD umgehend die Patientenakte übersandt, wäre es zum Rechtsstreit aller Voraussicht nach entweder nicht gekommen oder es wäre zu einer vorzeitigen Prozessbeendigung bereits in erster Instanz gekommen.

Die Streitwertfestsetzung folgt aus [§ 63 Abs. 2](#), [§ 52 Abs. 1](#) und [§ 47 Abs. 1](#) Gerichtskostengesetz (GKG).

Die Revision war nicht zuzulassen, da es an den gesetzlichen Voraussetzungen ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)) hierfür fehlt. Das BSG hat 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 und durch die weiteren Folgeentscheidungen vom 22. April 2009 – [B 3 KR 24/07 R](#) sowie vom 8. September 2009 – [B 1 KR 11/09 R](#) umfassend geklärt.

Rechtskraft

Aus

Login

SAN

Saved

2012-10-02