

L 4 KR 76/05

Land
Sachsen-Anhalt
Sozialgericht
LSG Sachsen-Anhalt
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
4
1. Instanz
SG Halle (Saale) (SAN)
Aktenzeichen
S 8 KN 51/03 KR
Datum
17.12.2003
2. Instanz
LSG Sachsen-Anhalt
Aktenzeichen
L 4 KR 76/05
Datum
19.11.2009
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

Keine Erstattung von Krankenhausbehandlungskosten bei unterlassener Mitwirkung des Krankenhaus-Trägers 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 400,12 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Umstritten sind weitere Kosten einer stationären Krankenhausbehandlung in Höhe von 400,12 EUR.

Die Klägerin ist Trägerin des Kreiskrankenhauses S.-U., das in den Krankenhausplan des Landes Sachsen-Anhalt aufgenommen ist. Die im Februar 1936 geborene und bei der Beklagten versicherte H. befand sich dort vom 19. September 2002 bis 5. Oktober 2002 aufgrund der Einweisung der Fachärztin für Allgemeinmedizin Dr. H. wegen einer Coxarthrose (links) zur stationären Behandlung. Am 23. September 2002 ging bei der Beklagten ein Kostenübernahmeantrag des Krankenhauses ein. Am 25. September 2002 teilte die Beklagte dem Krankenhaus mit, die voraussichtliche Behandlungsdauer im Zusammenhang mit der angegebenen Aufnahmediagnose erscheine unplausibel und werde nach einer angemessenen Abklärungszeit noch überprüft. Für den Zeitraum vom 19. September 2002 bis 22. September 2002 würden die Kosten der medizinisch notwendigen vollstationären Krankenhausbehandlung übernommen.

Am 8. Oktober 2002 erhielt die Beklagte die Anzeige über die Entlassung der Versicherten. Diese enthielt neben der Entlassungshauptdiagnose einer sonstigen primären Coxarthrose (M16.1 L) als weitere Angaben: essentielle Hypertonie, Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr, Vorhofflattern und Vorhofflimmern, Mitralklappenstenose, Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk, Totalendoprothese: nicht zementiert,

Die Klägerin verlangte von der Beklagten mit Rechnung vom 7. Oktober 2002 insgesamt 7.882,22 EUR. Diese Rechnung setzte sich u. a. aus der Fallpauschale 17.061 F Coxarthrose (19. September bis 1. Oktober 2002) sowie aus Basis- und Abteilungspflegesätzen (2. Oktober bis 4. Oktober 2002) zusammen.

Mit Schreiben vom 18. Oktober 2002 gab die Beklagte an, den gesamten Rechnungsbetrag unter Vorbehalt angewiesen zu haben. Nach Würdigung der Unterlagen erscheine ihr die Behandlungsdauer im Zusammenhang mit der Diagnose nicht nachvollziehbar. Sie bitte daher um eine medizinische Begründung bis zum 15. November 2002 und werde, sollte bis zu diesem Zeitpunkt kein Eingang zu verzeichnen sein, davon ausgehen, dass die Voraussetzungen des Vergütungsanspruches nicht nachgewiesen sind. Der Differenzbetrag werde dann an einer der nächsten Rechnungen einbehalten. Am 8. Januar 2003 erinnerte die Beklagte an die noch fehlende medizinische Begründung und kündigte erneut die Verrechnung in Höhe eines Differenzbetrages von 400,12 EUR mit einer nachfolgenden unstreitigen Rechnung an. Der Behandlungsfall vom 19. September 2002 bis 30. September 2002 werde daher nur mit 7.482,10 EUR vergütet. In der Zahlungsanweisung mit der Belegnummer 46834070 vom 21. Januar 2003 nahm die Beklagte schließlich den Abzug in Höhe von 400,12 EUR vor.

Mit der am 21. Februar 2003 beim Sozialgericht Halle erhobenen Klage hat die Klägerin die Verurteilung der Beklagten zur Zahlung in Höhe von 400,12 EUR begehrt. Sie hat geltend gemacht, die Beklagte hätte die Kostenübernahmeerklärung unbefristet erteilen müssen. Auch habe sie keine Gründe vorgetragen, die eine Befristung hätten rechtfertigen können.

Mit Schreiben vom 2. Juli 2003 hat die Beklagte den SMD mit der Prüfung beauftragt, ob für den Zeitraum vom 2. bis 5. Oktober 2002 die stationäre Behandlung der Versicherten medizinisch notwendig gewesen sei. Der Facharzt für Allgemeinmedizin N. (SMD) führte daraufhin

unter dem 2. Juli 2003 aus: Ohne medizinische Unterlagen sei eine Bewertung nicht möglich. Es müsse vom Krankenhaus nochmals eine Epikrise angefordert werden. Mit Schreiben vom 10. Juli 2003 forderte die Beklagte unter Hinweis auf diese Stellungnahme vom Krankenhaus den Entlassungsbericht sowie eine Epikrise an. In ihrer Klageerwiderung hat sie vorgetragen, sie habe die Operationsleistung mit der Fallpauschale 17.061 vollständig vergütet. Hinsichtlich des Anspruchs auf Vergütung weiterer tagesgleicher Pflegesätze fehle es an einem entsprechenden Vortrag der Klägerin.

Nach Einsicht in die Verwaltungsakte der Beklagten (Rücksendung an das Sozialgericht am 8. März 2004) hat die Klägerin unter Hinweise auf Rechtsprechung des BSG (Urteil vom 13. Dezember 2001 – [B 3 KR 11/01 R](#), zitiert nach juris) vorgetragen: Nach Auswertung der Verwaltungsakte stehe fest, dass sich die Beklagte über das gesetzlich vorgeschriebene Prüfverfahren hinweggesetzt habe. Nach Treu und Glauben sei sie daher zukünftig mit Einwendungen ausgeschlossen.

Mit Urteil vom 7. Oktober 2004 hat das Sozialgericht Halle den Antrag, die Beklagte zu verurteilen, an sie für die stationäre Behandlung der Patientin H. weitere 400,12 EUR nebst 4 % Zinsen ab dem 8. Januar 2003 zu zahlen, abgewiesen und im wesentlichen ausgeführt: Es könne offen bleiben, ob die Klägerin jemals Inhaberin des eingeklagten Anspruchs gewesen sei, da dieser Anspruch in jedem Fall durch Erfüllung erloschen sei. Ein Schuldverhältnis erlösche gemäß [§ 362 BGB](#) grundsätzlich dann, wenn die geschuldete Leistung an den Gläubiger bewirkt sei. Die Klägerin müsse daher eine neue Klage aufgrund der möglicherweise zu Unrecht gekürzten Sammelrechnung erheben. Die Auslegung des Klageantrages auf eine dem Gericht noch unbekannt Forderung sei nicht möglich. Das Sozialgericht hat in dem Urteil die Berufung nicht zugelassen.

Die Klägerin hat gegen das ihr am 20. Oktober 2004 zugestellte Urteil am 17. November 2004 Beschwerde gegen die Nichtzulassung der Berufung eingelegt. Entgegen der Auffassung des Sozialgerichts sei keine Erfüllung des Anspruchs eingetreten. Das Landessozialgericht Sachsen-Anhalt hat mit Beschluss vom 17. November 2005 die Berufung zugelassen.

Die Klägerin hat in der Sache zunächst ausgeführt: Weitere gerichtliche Sachverhaltsermittlungen seien wegen des rechtsmissbräuchlichen Verhaltens der Beklagten nicht vorzunehmen. Erstmals nach Eingang der Klageschrift habe die Beklagte den Vorgang dem SMD vorgelegt. Nach einem derart langen Zeitraum sei eine weitere Sachverhaltsprüfung nicht mehr sachgerecht. Durch die Verschleppung des Prüfungsverfahrens und das Fehlen von substantiierten Einwendungen sei der Anspruch der Klägerin berechtigt.

Der Berichterstatter hat der Klägerin mit Schreiben vom 1. Juni 2007, 10. Oktober 2007, 2. Januar 2008, 9. Mai 2008 (mit Belehrung nach [§ 106 a](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG)) sowie am 1. April 2009 mit nochmaliger Belehrung nach [§ 106 a SGG](#) aufgegeben, die Patientenakte zu übersenden.

Dies hat die Klägerin am 23. Juli 2009 endgültig abgelehnt und beantragt, zur Frage der Erforderlichkeit von Amtsermittlungen ein Zwischenurteil zu erlassen. Nach ihrer Ansicht seien weitere gerichtliche Ermittlungen unnötig, da es an einem entsprechenden Vortrag der Beklagten fehle. Im Übrigen sei diese wegen rechtsmissbräuchlichen Verhaltens mit möglichen Einwendungen ohnehin ausgeschlossen. Denn sie habe lediglich mit bloßen Falldauerstatistiken zur stationären Krankenhausbehandlung die Vergütung der Klägerin verweigert. Es fehle damit an einem konkret am Einzelfall vorzutragenden Sachverhalt. Auch nach der Entscheidung des Großen Senats des BSG vom 25. September 2007 ([GS 1/06](#)) bleibe es beim unveränderten Grundsatz, dass keine gerichtliche Nachforschungspflicht bestehe, wenn der Sachverhalt keine konkreten Tatsachen für das Bestehen besonderer Umstände des Einzelfalls biete. Es bedürfe daher eines von der Beklagten in Auftrag zu gebenden qualifizierten sozialmedizinischen Gutachtens, um ihre Auffassung zu stützen. Sie sei daher – wie bei der gebotenen sozialgerichtlichen Amtsermittlung – verpflichtet gewesen, die vorhandenen Möglichkeiten zur Überprüfung des Sachverhaltes zu nutzen. Dies habe sie nicht getan. Außerdem bedürfe es jetzt keiner Überprüfung der medizinischen Notwendigkeit der stationären Behandlung mehr, weil der Beklagten gravierende Verletzungen des Prüfverfahrens vorzuwerfen seien. Die Rückbuchung der Forderung sei ohne substantiierte Einwendungen gegen die Rechnung erfolgt. Die Beklagte habe auch in gravierender Weise gegen das Beschleunigungsverbot des Prüfverfahrens verstoßen. Sie habe entgegen der gesetzlichen Verpflichtung nach [§ 275 SGB V](#) den SMD erst nach Einleitung des Klageverfahrens beauftragt und damit eine treuwidrige Verzögerung im Sinne der BSG-Rechtsprechung begangen. Aus den Bearbeitungsmasken der Verwaltungsakte ergebe sich auch keine Begründung. Dies lasse den Rückschluss zu, dass die vorgelegte Krankenhausabrechnung allein aufgrund der Liegezeiten gekürzt worden sei und eine Beauftragung des SMD in angemessener Zeit auch nicht beabsichtigt gewesen sei. Die Einwände der Beklagten beschränkten sich auf statistische Werte und seien rechtsmissbräuchlich. Das Überschreiten einer bestimmten Liegezeit sei im Überprüfungssystem der Beklagten als codierter Kürzungsgrund verankert und damit automatisiert. Das Begründungsbegehren der Beklagten verstoße gegen [§ 301 SGB V](#), da wiederholt eine medizinische Begründung für Zeiträume verlangt worden sei, die innerhalb der angegebenen voraussichtlichen Verweildauern gelegen hätten. Die Rechtsprechung des 3. Senats des BSG verlange in unveränderter Rechtsprechung (Urteil vom 20. November 2008 – [B 3 KN 1/08 KR R](#), zitiert nach juris), dass innerhalb angemessener Frist substantiierte und der Höhe nach bezifferte Einwendungen gegen die Abrechnung geltend gemacht werden müssen. Durch ihr verzögerliches Verhalten habe die Beklagte ein langwieriges gerichtliches Verfahren veranlasst und eine sich stetig verschlechternde Beweislage zu Lasten der Klägerin herbeigeführt. Auch im gerichtlichen Verfahren habe die Beklagte keine substantiierten Einwendungen vorgetragen und berufe sich nun – trotz ihres rechtsmissbräuchlichen Verhaltens – auf die Notwendigkeit der gerichtlichen Amtsermittlung.

Die Klägerin beantragt,

1. das Urteil des Sozialgerichts Halle vom 7. Oktober 2004 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin auf deren Rechnung mit der Rechnungsnummer 46834070 vom 21. Januar 2003 einen weiteren Betrag in Höhe von 400,12 EUR nebst 4 % Zinsen ab dem 21. Januar 2003 zu zahlen, 2. festzustellen, dass die Beklagte das gesetzlich vorgeschriebene Prüfverfahren gröblichst verletzt hat und somit mit Einwendungen gegen den Zahlungsanspruch der Klägerin nach Treu und Glauben ausgeschlossen ist und 3. festzustellen, dass die Beklagte keine substantiierten Einwände gegen die objektive medizinische Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung und die streitgegenständliche Rechnung der Klägerin erhoben hat und somit ein Streit, der das Sozialgericht zu weiterer Amtsermittlung verpflichtet, nicht vorliegt.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen und die Feststellungsanträge abweisen.

Sie hält die Entscheidung der Vorinstanz für zutreffend.

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:

Der Senat hat die nach den [§§ 143, 144 Abs. 1 Nr. 1 SGG](#) unzulässige Berufung auf die Nichtzulassungsbeschwerde der Klägerin zugelassen ([§ 145 Abs. 1 und 4 SGG](#)).

Die Berufung ist jedoch unbegründet. Das Sozialgericht hat im Ergebnis zu Recht die Klage abgewiesen. Der Klägerin stand für die Zeit vom 2. bis 5. Oktober 2002 kein Anspruch auf Kostenerstattung für die stationäre Krankenhausbehandlung der Versicherten zu. Die Beklagte hat wegen des zu Unrecht überwiesenen Betrages von 400,12 EUR einen Erstattungsanspruch in gleicher Höhe, mit dem sie rechtmäßig die Aufrechnung gegen einen unstreitigen Vergütungsanspruch der Klägerin aus späteren Behandlungsfällen erklärt hat.

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 400,12 EUR konkret beziffert (zur Notwendigkeit der Bezifferung einer Vergütungsklage vgl. [BSGE 92, 300 = SozR 4-2500 § 39 Nr. 2](#), jeweils RdNr. 6). Die mit Schreiben vom 16. Mai 2007 von der Klägerin erklärte Klageänderung dahin, dass die mit Sammelrechnung Nr. 46834070 vom 21. Januar 2003 geltend gemachte Hauptforderung in Höhe von weiteren 400,12 EUR zu erfüllen ist, ist gemäß [§ 99 SGG](#) als sachdienlich anzusehen. Daher steht im Streit, ob der Beklagten gegenüber der Klageforderung ein Rückzahlungsanspruch in gleicher Höhe zusteht, mit dem sie aufrechnen durfte. Diese Frage ist zu bejahen.

1b) Bei dem Antrag der Klägerin, zur Frage der Erforderlichkeit von Amtsermittlungen durch Zwischenurteil zu entscheiden, handelt es sich nicht um ein 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, da sie nicht der Beschleunigung des Verfahrens dienen, sondern eine unerwünschte Verlängerung des Verfahrens bewirken würde.

1c) Die beiden Feststellungsanträge der Klägerin sind unzulässig, da es an einem Feststellungsinteresse der Klägerin fehlt. Die mit den Feststellungsanträgen verknüpften Fragen, ob die Beklagte das dreistufige Prüfungsverfahren so erheblich verletzt hat, dass der Zahlungsanspruch nach Treu und Glauben ausgeschlossen ist oder das Gericht mangels hinreichend substantiierter Einwendungen der Beklagten keine weiteren Ermittlungen von Amts wegen vorzunehmen hat, müssen vom Senat bereits im Rahmen der vorrangigen und von der Klägerin erhobenen Leistungsklage ohnehin umfassend zur Bewertung der materiellen Rechtslage geprüft werden. Ein weitergehendes Feststellungsinteresse zur den Fragen des dreistufigen Prüfungsverfahrens oder den Grenzen der Amtsermittlung im vorliegenden Fall vermag der Senat nicht zu erkennen.

2. Unstreitig stand der Klägerin im Januar 2003 aus der vorgelegten Sammelrechnung vom 17. Dezember 2002 mit der Belegnummer 46834070 ein Zahlungsanspruch gegen die Beklagte zu. Die Beklagte durfte aber von dieser Sammelrechnung 400,12 EUR 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 19. September bis 5. Oktober 2002 erstellten Rechnung der Klägerin vom 7. Oktober 2002 ergibt sich für den hier streitigen Teil, der die von der Beklagten endgültig beglichene Summe von 7.482,10 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 25. September 2002 ausdrücklich die weitere Überprüfung des Behandlungsfalls vor der endgültigen Entscheidung über die Kostenzusage angekündigt und zunächst für den Zeitraum vom 19. bis 22. September 2002 die Kostenübernahme erklärt. Die Zahlung der Vergütung für diesen Zeitraum hat sie 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 2. bis 5. 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. Es gab dafür auch keine vertragliche Vereinbarung zwischen den Beteiligten. Insbesondere ergibt sich ein solcher Anspruch auch 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 regelt die Vereinbarung lediglich bestimmte Modalitäten der Datenübertragung, begründet aber keine individuellen Ansprüche. Insbesondere 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 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 die Versicherte. 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 (BpflV) in der Pflegesatzvereinbarung zwischen Krankenkasse und Krankenhausträgern festgelegt wird (BSG, Urteil vom 23.07.2002 – [B 3 KR 64/01 R](#), zitiert nach juris). 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. 16.12.2008 – [B 1 KN 2/08 KR R](#); Urt. v. 20.11.2008 – [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 Krankenhausbehandlung, 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. 28.07.2008 – [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 2. 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 weil 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 in der Zeit vom 2. bis 5. Oktober 2002 noch eine 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 25.09.2007, – [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 25.09.2007, [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 25.09.2007, [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 25.09.2007, [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 Entlassungsanzeige ist allein nicht geeignet, die Erforderlichkeit

der weiteren Krankenhausbehandlung über den 1. 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 auf die zahlreichen Anfragen des Senats (Schreiben vom 1. Juni, 27. August und 10. Oktober 2007, vom 2. Januar und 9. Mai 2008 sowie vom 1. April 2009, jeweils mit eingehender Belehrung nach [§ 106 a SGG](#)) nicht reagiert und die vorhandene Patientenakte dem Gericht nicht zur Verfügung gestellt. Außerdem hat sie mit Ausnahme der Entlassungsanzeige keinerlei medizinische Unterlagen zum Behandlungsfall vorgelegt. Dieses Verhalten ist als endgültige Verweigerung anzusehen, die Patientenakte vorzulegen. Mit Schreiben vom 1. 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, wonach weitere Ermittlungen von Amts wegen aus Rechtsgründen nicht erforderlich seien.

Durch das Zurückhalten dieser Unterlagen hat die Klägerin ihre prozessualen Mitwirkungspflichten verletzt. Eine weitere Sachaufklärung von Amts wegen wäre ohne diese Unterlagen sowohl mit einem unverhältnismäßigen Aufwand verbunden als auch wenig erfolgversprechend gewesen. 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 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, Urteil vom 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 Urteil vom 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.

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 ausgeschlossen, weil ihr etwaige Einwendungen gegen Grund und Höhe der geltend gemachten Behandlungskosten trotz zwischenzeitlicher Zahlung erhalten bleiben (BSG, Urt. v. 20.11.2008 - [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. 16.12.2008 - [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 20.11.2008 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. nur Urteil vom 20.11.2008 - [B 3 KN 1/08 KR R](#), zitiert nach juris). Der Zahlungsanspruch gegen die Beklagte ist durch die endgültige Verweigerung der Klägerin, die Patientenakte zu übersenden und den medizinischen Sachverhalt weiter aufzuklären, nicht mehr überprüfbar. Dies führt zum Verlust des Zahlungsanspruchs.

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 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 sieben Tagen ab Rechnungsdatum ein. Die Vereinbarung enthält keine Regelung über das Prüfungsverfahren der Beteiligten, sondern beschränkt sich im Wortlaut ausschließlich auf die Frage des Zahlungstermins und der Fälligkeit. Dabei es ist offenkundig, dass bei Ablauf dieser kurzen Fristen 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 im streitigen 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. 1 c SGB V, der mit Wirkung vom 01.04.2007 (Art. 1 Nr. 185 des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 26.03.2007, [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 gesetzliche 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, ist ihr keine treuwidrige Verzögerung vorzuwerfen.

c) Der Beklagten sind auch sonst keine schwerwiegenden Verletzungen des Prüfungsverfahrens vorzuwerfen, die ggf. einen Einwendungsausschluss rechtfertigen könnten. Sie hat nicht rechtsmissbräuchlich gehandelt. Vielmehr hat die Klägerin ihre Mitwirkungspflichten im Prüfverfahren grundlegend verkannt und es gegenüber der Beklagten seit Oktober 2002 bis zum Schluss der mündlichen Verhandlung zu Unrecht abgelehnt, die Dauer der stationären Behandlung auf entsprechendes Verlangen weiter zu begründen. Damit hat sie eine sachgemäße Prüfung im Verwaltungsverfahren und auch im gerichtlichen Verfahren verhindert.

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 22.04.2009 - [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 Satz 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 01.01.1997 bis 31.12.2001 in Kraft 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](#) RdNr. 12).

Nach der Rechtsprechung des BSG (Urteil vom 22.04.2009 - [B 3 KR 24/07 R](#), RdNr. 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 S. 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.

Hierbei hat die Krankenkasse bzw. der MDK/SMD besondere Begründungspflichten zu beachten. Der 3. Senat des BSG hat in seiner Entscheidung vom 22.04.2009 (Az.: [B 3 KR 24/07 R](#), zitiert nach juris) aus dem Rechtsgedanken des § 35 SGB X hergeleitet, dass das Krankenhaus eine Begründung beanspruchen kann, wenn es dem MDK bzw. dem SMD Behandlungsunterlagen zur Verfügung stellen soll, da es selbst im Verhältnis zu seinem Patienten aus dem zu Grunde liegenden Behandlungsvertrag und zur Meidung strafrechtlicher Sanktionen nach § 203 Abs. 1 Nr. 1 StGB gehalten ist, die Berechtigung der Anforderung zu prüfen.

Rechtsgrundlage für das Prüfverfahren ist nach der Rechtsprechung des BSG (Urteil vom 22. April 2009, a.a.O.) [§ 276 Abs. 2 Satz 1 Halbsatz 2 SGB V](#) (hier anwendbar in der Fassung vom 13.06.1994, [BGBl. I S. 1229](#), in Kraft vom 01.01.1995 bis 31.12.2003 galt). 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. [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](#) in Verbindung 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 gravierend gegen seine Pflichten aus dem Gesetz, wenn es die Weitergabe angeforderter Unterlagen ohne substantiierten Hinweis auf bereits vorliegende, eine zuverlässige Beurteilung ermöglichende Unterlagen nur formelhaft ablehnt oder sie grundlos schlechthin verweigert (vgl. BSG, Urteil vom 22.04.2009, [a.a.O.](#)).

Die medizinischen Ausführungen der Ärzte der Klägerin in der Entlassanzeige vom 7. Oktober 2002 enthalten lediglich Diagnosen und lassen einen Rückschluss auf die tatsächliche Therapie und Diagnostik der Versicherten nach dem 1. Oktober 2002 nicht zu. Sie erfüllen damit zwar die Mindestanforderungen einer Begründung im Sinne des [§ 301 SGB V](#), sind jedoch für eine plausible Begründung der stationären Behandlung ab dem 1. Oktober 2002 ungeeignet. Dies zeigt auch die von der Beklagten nach Klageerhebung eingeholte medizinische Stellungnahme des Facharztes für Allgemeinmedizin N. (SMD) vom 2. Juli 2003. Hiernach war eine medizinische Bewertung der Notwendigkeit der stationären Krankenhausbehandlung ab dem 2. Oktober 2002 mangels entsprechender Unterlagen unmöglich. Dies war anhand der inhaltlich unergiebigem Entlassungsanzeige auch für jeden medizinischen Laien so offensichtlich, dass der Sachbearbeiter der Beklagten diese Selbstverständlichkeit nicht – wie es die Klägerin fordert – durch eine sofortige Einschaltung und Prüfung des SMD formal noch bestätigen lassen musste. Dass der Sachbearbeiter der Beklagten, offenbar gestützt durch ein entsprechendes EDV-Programm, bei einer Hüftgelenksendoprothese von einer durchschnittlichen Verweildauer entsprechend der Fallpauschale 17.061 ausgegangen war, ist als hinreichende Begründung anzusehen, ein Prüfverfahren einzuleiten, da die Behandlungsdauer im vorliegenden Fall die übliche Zeitdauer der Fallpauschale überschritten hatte und es hierfür einer Erklärung des Krankenhauses bedurfte. Weder auf das Schreiben vom 18. Oktober 2002 noch auf das Anschreiben der Beklagten vom 8. Januar 2003 erfolgte eine Reaktion des Krankenhauses, obwohl dies erkennen konnte und musste, dass die Beklagte ein Prüfverfahren unter Einschaltung des SMD – wie dies üblich ist – durchführen wollte.

Spätestens mit Einschaltung des SMD im Juli 2003 war, im Sinne der Rechtsprechung des BSG (Urteil vom 22.04.2009, [a.a.O.](#)), das Prüfverfahren nach [§ 275 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#) daher auch konkret eingeleitet. Die Beklagte hat sich damit auf die zweite Stufe der Sachverhaltserhebung begeben und die Klägerin um konkrete Informationen mittels weiterer medizinischer Unterlagen gebeten. Dies war auch notwendig. Schließlich genügten die von der Klägerin vorgelegten Daten nicht, um eine abschließende medizinische Bewertung durch die Mitarbeiter der Beklagten vornehmen zu können.

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, Ur. v. 23.07.2002 – [B 3 KR 64/01 R](#), Ur. 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 Ur. v. 20.11.2008 – [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.

Da der Beklagten an medizinischen Informationen zum Einzelfall nur die Aufnahme- und Entlassungsdiagnose vorgelegen hat, ist es nicht pflichtwidrig gewesen, die Plausibilitätskontrolle der Behandlungsdauer oberhalb der zeitlichen Vorgabe einer Fallpauschale 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 oder der Fallpauschale zu klassifizieren und danach die Entscheidung für eine Nachprüfung zu treffen. Eine Pflichtverletzung liegt in dieser Konstellation eher auf Seiten der Klägerin, die eine Vorlage von medizinischen Unterlagen, die eine solche Prüfung erst ermöglicht hätten, ohne jede Begründung sachwidrig verweigert hat. Das weitere Verhalten der Klägerin, der Beklagten dann im Klageverfahren vorzuwerfen, sie habe die Zahlungsverweigerung bzw. -rückforderung nicht einzelfallbezogen begründet, erscheint sogar als treuwidrig. Denn es steht fest, dass sie zur aktiven 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 veranlasst 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 die erbetenen Unterlagen auch 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 den SMD erst nach der Klageerhebung eingeschaltet. 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. 16.12.2008 - [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 keinerlei Begründung übersandt hatte, war eine Beauftragung des SMD ohnehin wenig sinnvoll, da noch keine Unterlagen vorhanden waren, die hätten ausgewertet werden können. Die Klägerin kann auch aus einem weiteren Grund nicht mit Erfolg rügen, dass die Beklagte im Schreiben vom 18. Oktober 2002 die Übersendung einer medizinischen Begründung an sich selbst verlangt hatte. Denn es wäre ohne Weiteres möglich gewesen, die erbetene Begründung oder auch die gesamten 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 im Regefall so vorgeht.

d) Nach allem ist eher der Klägerin ein rechtsmissbräuchliches Verhalten im Prüfverfahren vorgeworfen werden. Gerade im Verhältnis zwischen Krankenhaus und Krankenkasse bestehen dauerhafte rechtliche Beziehungen, die im Interesse der Versorgung der Versicherten mit medizinischen Leistungen eine fortlaufende professionelle und reibungslose Zusammenarbeit der Beteiligten voraussetzt. Wegen dieser Interessen- und Aufgabenkonstellation muss bei der Ausgestaltung der rechtlichen Beziehungen von den Beteiligten die Beachtung des Gebots der gegenseitigen Rücksichtnahme erwartet werden (vgl. BSG, Urteil vom 08.09.2009 - [B 1 KR 11/09 R](#), zitiert nach juris). Hierbei entspricht es einem allgemeinen Rechtsgedanken, die Rechtsfolgen eines Rechtsmissbrauchs regelmäßig nur dann eintreten zu lassen, wenn dem Inhaber der jeweiligen Rechtsposition keine eigene Pflichtverletzung oder ein widersprüchliches Verhalten vorgeworfen werden kann (vgl. Prütting/Wegen/Weinreich, BGB, 2. Auflage 2007, § 242 RdNr. 37 ff.).

Die Klägerin hat auf die Aufforderungen der Beklagten aus dem Jahr 2002/2003 und selbst nach Einschaltung des SMD im Juli 2003 nicht reagiert und jede aktive Mitwirkung am Prüfungsverfahren vermissen lassen. Auch hat sie ihren Vertragspartner nicht zeitnah auf von ihr vermeintlich festgestellte Pflichtverletzungen im Prüfungsverfahren hingewiesen und ihre Beweggründe, gegenüber der Beklagten nicht zu reagieren, verschwiegen. Der Beklagten war es daher zunächst nicht möglich, die von der Klägerin gerügten angeblichen Verfahrensverstöße im Prüfverfahren zu korrigieren. Selbst mit Einreichung der Klage übersandte die Klägerin keine medizinische Begründung, sondern berief sich rechtsirrig auf einen vermeintlichen Einwendungsausschluss der Beklagten. Auch im Verlaufe des gerichtlichen Verfahrens hat die Klägerin nichts unternommen, um sich mit inhaltlichen Fragen des streitigen Behandlungsfalls auseinanderzusetzen.

Die auf unzutreffender Rechtsansicht basierende Weigerung der Klägerin, am Verfahren aktiv und zielgerichtet mitzuwirken, hat das Prüfungsverfahren auch entscheidend verzögert und verstößt gegen die besonderen Rücksichtnahmepflichten im gegebenen Dauerschuldverhältnis. Es ist verfahrensrechtlich schwer nachzuvollziehen, weshalb sich die Klägerin hier beharrlich geweigert hat, auf Anfragen der Krankenkasse zu antworten. Spätestens im Juli 2003 war es für sie offensichtlich, dass die Beklagte den SMD mit der Prüfung des Behandlungsfalls für die Zeit vom 2. bis 5. Oktober 2002 beauftragt hat. Dennoch ist sie ihrer gesetzlichen Mitwirkungspflicht als Leistungserbringer nach [§ 276 Abs. 2 Satz 1 2. Halbsatz SGB V](#) in der hier maßgebenden Fassung des Gesetzes vom 13.06.1994 ([BGBl I S. 1229](#)) nicht nachkommen. Nach dieser Regelung müssen vom SMD angeforderten Sozialdaten vom Leistungserbringer unmittelbar an diesen übermittelt werden. Diese Vorschrift begründet damit eine aktive Mitwirkungspflicht des Leistungserbringers gegenüber dem SMD, das Prüfungsverfahren zielgerichtet zu fördern. Selbst wenn der SMD gegenüber der Klägerin nicht unmittelbar aufgetreten ist, rechtfertigt dies keine so hartnäckige Verweigerungshaltung der Klägerin. Denn schon mit der einfachen Übersendung der Behandlungsunterlagen an den SMD hätte sie ihrer gesetzlichen Mitwirkungspflicht genügen können. Diese Vorgehensweise hat sie zugunsten irriger Rechtsansichten versäumt und auch im Klageverfahren rein verfahrensrechtliche Standpunkte vertreten. Mit diesem Verhalten hat sie das Überprüfungsverfahren blockiert und ihre aktive Pflicht zu aktiver Mitwirkung gemäß [§ 276 Abs. 2 Satz 1 2. Halbsatz SGB V](#) verletzt. Der Senat brauchte nicht zu entscheiden, ob allein dieses Verhalten bereits zu einem Ausschluss eines Zahlungsanspruchs führen kann. Denn in jedem Fall sind diese Verletzungen der Mitwirkungspflichten so erheblich, dass allein auf Seiten der Klägerin ein fehlerhaftes Verhalten zu suchen ist.

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 mit den zitierten Entscheidungen des Großen Senats sowie des 3. Senats vom 20.11.2008 und des 1. Senats vom 16.12.2008 sowie die weiteren Folgeentscheidungen im Jahr 2009 (jeweils a.a.O.) hinreichend geklärt hat.

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

Rechtskraft

Aus

Login

SAN

Saved

2012-10-02