L 4 KN 33/04 KR

Land
Sachsen-Anhalt
Sozialgericht
LSG Sachsen-Anhalt
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
4
1. Instanz
SG Halle (Saale) (SAN)
Aktenzeichen
S 8 KN 264/02
Datum
31.03.2004
2. Instanz
LSG Sachsen-Anhalt
Aktenzeichen
L 4 KN 33/04 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 779,32 Euro festgesetzt.

Tatbestand:

Nachdem die Beklagte den bisher streitigen Anspruch auf Zahlung weiterer Behandlungskosten in Höhe von 779,32 Euro im Berufungsverfahren anerkannt hat, streiten die Beteiligten in der Hauptsache noch über den geltend gemachten Zinsanspruch.

Die Klägerin betreibt das C.-v.-B. Klinikum M. (im Folgenden: Krankenhaus). In der Zeit vom 7. Februar 2001 bis Montag, den 26. Februar 2001 wurde der 1926 geborene bei der Beklagten krankenversicherte Patient F. S. (im Folgenden: Versicherter) in diesem Krankenhaus stationär behandelt. Die Krankenhausbehandlung war von der behandelnden Hausärztin, Dipl.-Med. B., wegen Bauchschmerzen mit anhaltendem Erbrechen verordnet worden. In der Aufnahmeanzeige des Krankenhauses ist als Aufnahmediagnose "K56.5" (Intestinale Adhäsionen (Briden) mit Ileus) mit einer voraussichtlichen Verweildauer bis zum 15. Februar 2001 angegeben. Am 19. Februar 2001 erteilte die Beklagte der Klägerin eine Kostenzusage für die Kosten der medizinisch notwendigen vollstationären Krankenhausbehandlung für den Zeitraum ab 7. Februar 2001. Die Zusage gelte für die von Ärzten als medizinisch notwendig angesehene Verweildauer. Die Beklagte behielt sich ausdrücklich eine zwischenzeitliche Prüfung über die weitere Notwendigkeit der stationären Behandlung vor.

Auf die Rechnung der Klägerin vom 9. März 2001 in Höhe von 9.653,33 DM zahlte die Beklagte einen Betrag in Höhe von 8.129,12 DM. Mit Schreiben vom 14. März 2001 teilte sie der Klägerin mit, die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung lasse sich für die Zeit ab 23. Februar 2001 nicht nachvollziehen. Es werde daher um Übersendung einer detaillierten medizinischen Begründung sowie entsprechender aussagekräftiger Auszüge aus den Krankenunterlagen einschließlich Entlassungs- und OP-Bericht gebeten. Nach Eingang von Epikrise und OP-Bericht bei der Beklagten am 25. April 2001 teilte der Sozialmedizinischen Dienst (SMD) auf die mit dem Vermerk "Montagsentlassung!" versehene Bitte der Beklagten um Rechnungsprüfung noch am selben Tag mit: Die Operation sei am 13. Februar 2001 erfolgt, bei unkompliziertem postoperativem Verlauf sei die Entlassung am 10. postoperativen Tag (23. Februar 2001) möglich gewesen. Die Beklagte leitete dies mit Schreiben vom 26. April 2001 an die Klägerin weiter.

Am 1. November 2002 forderte die Klägerin die Beklagte zur unverzüglichen Zahlung auf; andernfalls werde Klage erhoben. Der daraufhin von der Beklagten erneut eingeschaltete SMD führte in seiner Stellungnahme vom 15. November 2002 aus, die Notwendigkeit des stationären Aufenthaltes vom 23. bis 26. Februar 2001 sei anhand der Epikrise nicht ersichtlich. Nach der Verlaufsbeschreibung hätten sich Wundheilung und Kostaufbau komplikationslos gestaltet. Mit Schreiben vom 19. November 2002 bat der SMD die Klägerin mitzuteilen, wann die Fäden entfernt worden seien. Diese Frage wurde von der Klägerin nicht beantwortet.

Am 10. Dezember 2002 hat die Klägerin Zahlungsklage beim Sozialgericht Halle erhoben und geltend gemacht, nach § 9 der Pflegesatzvereinbarung sei der Rechnungsbetrag spätestens 15 Arbeitstage nach Eingang der Rechnung fällig, so dass die Beklagte bereits aus diesem Grunde antragsgemäß zu verurteilen sei. Die Beklagte habe den SMD nicht bis zur Fälligkeit des Zahlungsanspruchs mit der Prüfung der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit beauftragt. Daher sei sie nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) mit ihren Einwendungen ausgeschlossen und antragsgemäß zu verurteilen. Außerdem habe sie bis zum Entlassungstag keine substantiierten Einwendungen gegen die Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit des Patienten erhoben. Die Klägerin sei nach der Rechtsprechung auch nicht verpflichtet, dem Herausgabeverlangen der Beklagten von Krankenunterlagen an sich selbst nachzukommen.

Am 14. Februar 2003 hat der SMD auf Bitten der Beklagten in einer weiteren Stellungnahme ausgeführt: Bei der Durchsicht aller Unterlagen habe sich kein neuer medizinischer Sachverhalt ergeben. Eine Entlassung des Versicherten hätte aus medizinischer Sicht am 23. Februar 2001 erfolgen können.

Das Sozialgericht hat die Klage mit Urteil vom 31. März 2004 abgewiesen und in den Entscheidungsgründen im Wesentlichen ausgeführt, dass die Klägerin keinen Anspruch auf Zahlung weiterer Krankenhausbehandlungskosten habe. Ein Anspruch entstehe grundsätzlich nicht aus einer Kostenzusage, da dieser keine konstitutive Bedeutung für eine Zahlungspflicht zukomme. Er ergebe sich auch nicht aus § 9 der Pflegesatzvereinbarung, da die Rechnung nach § 301 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (SGB V) nicht ordnungsgemäß erstellt worden sei. Die Klägerin sei ihrer Verpflichtung zur Mitteilung aller durchgeführten Operationen und sonstigen Prozeduren nicht nachgekommen, da sie trotz ausdrücklicher Nachfrage nicht mitgeteilt habe, wann die Fäden gezogen worden seien. Auch habe sie trotz Überschreitung der selbst prognostizierten Dauer der Krankenhausbehandlung und eines darauf bezogenen Begründungsverlangens der Beklagten keine medizinische Begründung dafür mitgeteilt.

Gegen das ihr am 12. Mai 2004 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 13. Mai 2004 Berufung eingelegt. Sie macht geltend: Nach der Rechtsprechung des BSG dürften die Krankenkassen die Bezahlung von Krankenhausrechnungen nicht mit der Begründung verzögern, es müsse zunächst die Richtigkeit der Abrechnung oder die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung überprüft werden. Auch sei die Klägerin nicht verpflichtet, eine detaillierte medizinische Begründung für den Zeitraum ab dem 23. Februar 2001 zu geben. Nach § 301 Abs. 1 SGB V beziehe sich die Übermittlung einer medizinischen Begründung lediglich auf Verlängerungsanzeigen, die bei befristeten Kostenübernahmeerklärungen zu übermitteln seien. Vorliegend habe jedoch eine unbefristete Kostenübernahmeerklärung vorgelegen, so dass eine Verlängerungsanzeige nicht nötig gewesen sei. Eine solche Begründung hätte sich dann auch auf den Zeitraum ab 15. Februar 2001 und nicht ab 23. Februar 2001 beziehen müssen. Dazu hätte es des Anforderungssatzes Medizinische Begründung (ANFM) gemäß der Anlage zur Datenübermittlungsvereinbarung bedurft. Die Klägerin habe jedoch zu keinem Zeitpunkt einen solchen Datensatz erhalten. Die Beklagte habe also keine medizinische Begründung zu einer Verlängerungsanzeige nach befristeter Kostenübernahmeerklärung erbeten. Aufgrund der unbefristet erteilten Kostenübernahmeerklärung habe sie den Nachweis der medizinischen Unvertretbarkeit der Behandlung bis zum Entlassungstag zu führen. Sie habe aber weder vorgerichtlich noch im gerichtlichen Verfahren substantiierte Einwendungen gegen den fälligen Zahlungsanspruch erhoben. Sie habe auch nicht behauptet, die Behandlung des Patienten bis zum Entlassungstag sei medizinisch unvertretbar gewesen, geschweige denn den erforderlichen Nachweis dafür erbracht. Mit dem Verlangen der Herausgabe datengeschützter Patientenunterlagen an sich selbst habe sie außerdem das gesetzlich vorgeschriebene Prüfverfahren gröblichst verletzt. Ferner habe auch der SMD die für eine qualifizierte Begutachtung erforderlichen Krankenunterlagen zu keinem Zeitpunkt abgefordert.

Nach mehrfacher gerichtlicher Aufforderung hat die Klägerin die Patientenakte am 18. Mai 2009 übersandt. Auf Wunsch der Beklagten hat der Senat die Patientenakte direkt an den SMD zur Stellungnahme gesandt, wo sie am 22. Juni 2009 eingegangen ist. In seiner Stellungnahme vom 31. Juli 2009 kam dieser zu der Auffassung, der stationäre Aufenthalt des Versicherten sei während des gesamten Zeitraums medizinisch gerechtfertigt gewesen. Unter Berücksichtigung der Krankheitsvorgeschichte, des reduzierten Allgemein- und Ernährungszustandes mit erheblicher Schwäche und einer verzögerten postoperativen Mobilisierung sowie Problemen beim Kostaufbau und der Darmentleerung sei die Entfernung der Wundklammern in zwei Sitzungen, zuletzt am 24. Februar 2001 und damit auch die postoperative Verweildauer bis 26. Februar 2001 gerechtfertigt. Die Beklagte hat daraufhin mit Schriftsatz vom 19. August 2009 ein von der Klägerin insoweit angenommenes entsprechendes Anerkenntnis erteilt, welches sich ausdrücklich nicht auf die noch offene Zinsforderung und die Kosten des Rechtsstreits erstreckt hat.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Halle vom 31. März 2004 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, an sie 4 Prozent Zinsen aus 779,32 Euro für die Zeit vom 30. März 2001 bis 13. August 2009 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hat vorgetragen, die verspätete Zahlung des streitigen Betrages habe die Klägerin ausschließlich selbst verursacht, da sie sich jahrelang beharrlich geweigert habe, die für die sozialmedizinische Prüfung erforderlichen Informationen und Unterlagen zur Verfügung zu stellen. Sie sei von der Beklagten bereits einen Tag nach Eingang der Rechnung zur Übersendung einer medizinischen Begründung sowie entsprechender aussagekräftiger Auszüge aus den Krankenunterlagen, einschließlich Entlassungs- und OP-Bericht, zum Zweck der Weiterleitung an den SMD aufgefordert worden. Mit Schreiben vom 19. November 2002 habe sich der SMD mit der Frage nach dem Zeitpunkt der Entfernung der Fäden an die Klägerin gewandt. Diese habe dem SMD jedoch – außer der Epikrise – keine weiteren Unterlagen oder Informationen zukommen lassen. Wäre die Klägerin vorgerichtlich ihren Mitwirkungspflichten hinreichend nachgekommen, hätte die Zahlung schon im Jahre 2001/2002 veranlasst und der Rechtsstreit vermieden werden können.

Für den weiteren Sach- und Streitstand wird auf die Gerichtsakte sowie auf die Verwaltungsakte der Beklagten und die Patientenakte der Klägerin verwiesen, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind.

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.).

Der jetzt noch von der Klägerin geltend gemachte Zinsanspruch steht ihr jedoch nicht zu, weil jedenfalls in der Zeit vom 30. März 2001 bis 13. August 2009 einem möglichen Zinsanspruch aus der Pflegesatzvereinbarung wie auch einem Anspruch auf Prozesszinsen (vgl. hierzu BSG, Urt. v. 23. März 2006 – B 3 KR 6/05 R – SozR 4-7610 § 291 Nr. 3; anders noch BSG, Urt. v. 11. März 1987 – 8 RK 43/85 – SozR 1300 § 61 Nr. 1) die Mitwirkungspflichtverletzung der Klägerin entgegensteht.

Ein Anspruch auf Prozesszinsen konnte hier frühestens mit der Erhebung der Klage am 10. Dezember 2002 entstehen. Nach § 9 der zwischen den Beteiligten geschlossenen Pflegesatzvereinbarung 2001 ist der Rechnungsbetrag spätestens 15 Arbeitstage nach Eingang der Rechnung fällig. Die Rechnungen sind kontinuierlich und vollständig mit den Daten nach § 301 SGB V zu legen. Nach Mahnung können bei Überschreitung des Fälligkeitstermins Verzugszinsen in Höhe von 4 % p.a. erhoben werden.

Entsprechend dieser Zahlungsabrede hat die Beklagte zunächst einen Teilbetrag in Höhe von 8.129,12 DM innerhalb von 15 Tagen auf die Rechnung vom 9. März 2001 gezahlt. Hinsichtlich der zunächst offen gebliebenen Restforderung in Höhe von 1.524,21 DM (= 779,32 EUR) ist eine Mahnung erstmals mit Schreiben vom 1. November 2002 erfolgt, so dass ein auf der Pflegesatzvereinbarung beruhender Verzugszinsanspruch in Höhe von 4 % p.a. frühestens ab dem Zugang dieses Schreibens entstanden sein könnte.

Die Beklagte ist jedoch auch mit dem Zugang dieses Schreibens Anfang November 2002 nicht mit der Zahlung von 779,32 EUR in Verzug geraten. Ihr stand seit dieser Zeit und in dieser Höhe ein auch den Prozesszinsanspruch ausschließendes Leistungsverweigerungsrecht (hierzu 1.) aufgrund einer Mitwirkungspflichtverletzung der Klägerin (hierzu 2.) zu, das jedenfalls nicht vor dem 13. August 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 Zinsanspruch ein Leistungsverweigerungsrecht entgegenhalten.

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, entsprechende medizinische Unterlagen vorzulegen, zu einer Beschränkung der Amtsermittlungspflicht im gerichtlichen Verfahren mit der Folge führen kann, 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). Dies gilt wegen der Prüfungsbefugnisse und –pflichten der Krankenkasse auch im vorgerichtlichen Verfahren, so dass bei einer entsprechenden Verletzung der Mitwirkungspflicht durch die Klägerin auch die Beklagte den Vergütungsanspruch ohne weitere Erforschung des Sachverhaltes als nicht erwiesen ansehen und die Zahlung verweigern darf bzw. – wenn diese bereits erfolgt ist – den entsprechenden Betrag im Wege der Aufrechnung von einer der nächsten Rechnungen einbehalten darf.

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 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (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 Krankenhausabrechnungsstreitigkeiten 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 der Krankenkasse geschlossen werden, das erst endet, wenn aufgrund der nachgeholten Mitwirkungshandlung eine endgültige Entscheidung über die Zahlungsverpflichtung getroffen werden kann. Dies entspricht dem auch im öffentlichen Recht und im Sozialrecht anwendbaren zivilrechtlichen Rechtsgedanken des Zurückbehaltungsrechts nach § 273 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB), das ebenfalls den Schuldnerverzug und den Anspruch auf Prozesszinsen ausschließt (Heinrichs in Palandt, 65. Aufl., 2006, § 286 Rz. 13, § 291 Rz. 5, § 273 Rz. 20). 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 – ihren Erstattungsanspruch auch gegen spätere Zahlungsansprüche des Krankenhauses aufrechnen kann (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, 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, § 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 des Krankenhauses auch die (vorübergehende) Zurückbehaltung der streitigen Zahlung selbst oder der Zahlung einer nachfolgenden Rechnung analog § 273 BGB zu ermöglichen, bis aufgrund der nachgeholten Mitwirkungshandlung eine Entscheidung über den Zahlungsanspruch (ohne schuldhafte Verzögerung) getroffen werden kann. Die vorübergehende Zurückbehaltung einer Zahlung aufgrund eines Mitwirkungsverstoßes ist gegenüber der endgültigen Zahlungsverweigerung bzw. Aufrechnung wegen ihrer Nichterweislichkeit das vorrangige Mittel, das dem Krankenhaus unter Billigkeitsgesichtspunkten die Nachholung der Mitwirkungshandlung erlaubt. Diese Verfahrensweise ist in Sozialrechtsverhältnissen auch vorgesehen, wie sich aus §§ 66, 67 SGB I ergibt, wonach die Behörde unter bestimmten Voraussetzungen auf die Nachholung der Mitwirkung hinwirken muss und die Leistung ganz oder teilweise nachträglich erbringen kann, wenn die Mitwirkungshandlung nachgeholt wird und die Leistungsvoraussetzungen vorliegen. Es ist nicht ersichtlich, aus welchen Gründen eine solche Verfahrensweise auf der Ebene der öffentlich-rechtlichen Gleichordnung nicht ebenso statthaft und zweckmäßig sein soll.

Solange aber die Mitwirkungspflichtverletzung andauert, würde es dem Verbot des widersprüchlichen Verhaltens (Verbot des "venire contra factum proprium") und damit dem Grundsatz von Treu und Glauben widersprechen, wenn einem Gläubiger aus einer Verzögerung, die allein auf seiner eigenen Mitwirkungspflichtverletzung beruht, ein Zinsanspruch erwachsen könnte. 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. Schon wegen dieser notwendigen und in der Praxis auch ständig geübten engen Zusammenarbeit hätte sich die Klägerin auch in diesem Einzelfall zur aktiven Mitwirkung veranlasst sehen müssen. Deshalb ist es als treuwidrig anzusehen, wenn das Krankenhaus den Bitten der Krankenkasse auf erläuternde medizinische Begründungen zum Behandlungsfall oder nach Aktenübersendung ohne Angabe einer sachlichen Begründung nicht nachkommt, sondern stattdessen Zahlungsklage erhebt. Angesichts der beschriebenen langfristigen Vertragsbeziehungen mit umfangreichen Kooperations- und Rücksichtnahmepflichten kann bei unterschiedlichen Auffassungen zu den jeweiligen Mitwirkungspflichten zunächst ein informeller Besprechungs- und Klärungsversuch zwischen den Beteiligten erwartet werden.

2. Die Klägerin hat es unter Verkennung ihrer Pflicht zur Mitwirkung an der Überprüfung der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit zu Unrecht abgelehnt, die Dauer der stationären Behandlung auf das entsprechende Verlangen des SMD zu begründen. Damit hat sie eine sachgemäße Prüfung bereits im vorgerichtlichen Verfahren verhindert. Schon unmittelbar nach Erhalt der Rechnung vom 9. März 2001 hatte die Beklagte die Klägerin mit Schreiben vom 14. März 2001 um die Übersendung einer medizinischen Begründung sowie entsprechender aussagekräftiger Auszüge aus den Krankenunterlagen, einschließlich Entlassungs- und OP-Bericht gebeten, weil sich die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung ab 23. Februar 2001 nicht nachvollziehen lasse. Die daraufhin von der Klägerin übersandte Epikrise und der OP-Bericht enthielten keine ausreichenden Informationen, die Rückschlüsse auf die Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit ab 23. Februar 2001 hätten ermöglichen können. Denn in der Epikrise wird von einem komplikationslosen postoperativen Verlauf mit primärer Wundheilung, einem gut tolerierten nachfolgendem Kostaufbau und einer Entlassung bei Wohlbefinden berichtet. Es war daher auch für die Klägerin offensichtlich, dass sie mit der Weitergabe dieser medizinischen Unterlagen der Bitte der Beklagten nach ergänzender Begründung nicht nachkommen konnte. Dies wird auch durch die beiden folgenden Stellungnahmen des SMD vom 25. April 2001 und 15. November 2002 bestätigt. Auf das Mahnschreiben der Klägerin vom 1. November 2002 hat der SMD außerdem die Klägerin nochmals mit Schreiben vom 19. November 2002 konkret gebeten, die Frage nach der Entfernung der Fäden zu beantworten. Auch diese Nachfrage hat die Klägerin unbeantwortet gelassen.

Die Nichterfüllung des berechtigten Verlangens nach einer medizinischen Begründung innerhalb einer angemessenen Frist stellt eine erhebliche Pflichtverletzung der Klägerin dar. 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 Auskunftsverpflichtung der Klägerin ergibt sich nach der Rechtsprechung des BSG (Urt. v. 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 S. 1 Nr. 2 SGB X) oder dies gesetzlich zugelassen ist (§ 100 Abs. 1 S. 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 S. 1 Nr. 4 und 7 SGB V (in der Fassung vom 12.12.1996, BGBl. I 1859, die vom 01. 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 S. 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 S. 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 (Urt. v. 22. April 2009, a.a.O., Rz. 18) ist ein Prüfverfahren nach § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V (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.

Es kann dahingestellt bleiben, ob die Klägerin schon die Angaben nach § 301 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V nicht vollständig übermittelt hat und die Forderung schon aus diesem Grund während des streitigen Zeitraums nicht zur Zahlung fällig gewesen ist und ob die Beklagte ihr Begründungsverlangen nach § 301 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V in einer nach der Datenübermittlungsvereinbarung ggf. einzuhaltenden Form an die Klägerin übermittelt hat. Denn die Beklagte hat bereits nach Übermittlung der medizinischen Unterlagen im April 2001 – wie nach der Rechtsprechung des BSG (Urt. v. 22. April 2009, a.a.O.) vorgesehen – das Prüfverfahren nach § 275 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V unter Einschaltung des SMD eingeleitet und Anfang November 2002 nochmals aufgegriffen. Sie hat sich damit auf die zweite Stufe der Sachverhaltserhebung begeben und die Klägerin in diesem Rahmen gebeten mitzuteilen, wann die Fäden entfernt worden sind. Sie hat diese zweite Stufe der Sachverhaltsermittlung unter Einschaltung des SMD auch mit hinreichendem Anlass eingeleitet, weil ihre Mitarbeiter die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung ab dem 23. Februar 2001 anhand der vorliegenden Daten nicht nachvollziehen konnten.

Außerdem handelt es sich um einen Behandlungsfall mit Entlassung an einem Montag, was regelmäßig mit eingeschränktem Behandlungs- und Untersuchungsumfang am Wochenende verbunden ist.

Die Beklagte hat ihr Überprüfungsbegehren auch hinreichend begründet. Der 3. Senat des BSG hat in seiner Entscheidung vom 22. April 2009 (a.a.O.) 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. Dies gilt aber nur für Unterlagen und Daten, die über die ohnehin nach § 301 Abs. 1 SGB V gegenüber der Krankenkasse zu machenden Angaben hinausgehen. Mit dem Hinweis auf den nicht nachvollziehbaren stationären Aufenthalt ab 23. Februar 2001 und der Frage nach dem Zeitpunkt der Entfernung der Fäden ist dieser Begründungspflicht hinreichend Genüge getan. Schon aus der Tatsache, dass die Klägerin selbst die voraussichtliche Dauer der stationären Behandlung zunächst nur bis zum 15. Februar 2001 eingeschätzt hat, wird deutlich, dass sich auf der Grundlage allein der Diagnosen nicht die Notwendigkeit der gesamten Verweildauer nachvollziehen lässt. Eine darüber hinausgehende Begründung für die Anforderung weiterer Unterlagen kann jedenfalls in dieser Konstellation von der Beklagten nicht verlangt werden.

Aus diesem Grund 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 werden. Rechtsgrundlage hierfür ist nach der Rechtsprechung des BSG (Urt. v. 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). Danach gilt: "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 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 erlegen 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 S. 1 SGB V erforderlich und damit zulässig ist. Jedoch verstößt es schwerwiegend 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, Urt. v. 22. April 2009, a.a.O.).

Es musste sich hier der Klägerin aufdrängen, dass sich die Notwendigkeit der weiteren Krankenhausbehandlung nicht aus der übersandten Epikrise und dem OP-Bericht einschließlich der zur Aufnahme und Entlassung übermittelten Daten erschließen ließ. Obwohl in der Epikrise ein komplikationsloser postoperativer Verlauf mit komplikationslosem nachfolgendem Kostaufbau und Entlassung bei Wohlbefinden beschriebenen wird, hat die Auswertung der gesamten Krankenakte einen reduzierten Allgemein- und Ernährungszustand mit erheblicher Schwäche und verzögerter postoperativer Mobilisierung des Versicherten ergeben, außerdem Probleme beim Kostaufbau mit Übelkeit und Erbrechen sowie bei der Darmentleerung. Dieser medizinische Sachverhalt lässt sich aus den mit der Rechnung vorgelegten Daten ebenso wenig ableiten wie aus der zeitnah übersandten Epikrise und dem OP-Bericht. Erst die am 18. Mai 2009 übersandte Patientenakte offenbarte diesen Sachverhalt. Der SMD konnte deshalb die Notwendigkeit des gesamten stationären Aufenthaltes erst anhand dieser Informationen zutreffend beurteilen.

3. Das Leistungsverweigerungsrecht endete – trotz der Übersendung der Patientenakte am 18. Mai 2009 – nicht vor dem 13. August 2009, denn das Recht, die geschuldete Leistung zu verweigern, endet in den Fällen der vorliegenden Art nicht zeitgleich mit der Nachholung der Mitwirkungshandlung. Gerade im Hinblick auf die bereits dargestellten erhöhten wechselseitigen Mitwirkungspflichten der Beteiligten ist der Beklagten zunächst ein Prüfungsrecht der übersandten Unterlagen zuzugestehen, das sie nur unter Beteiligung des SMD ausüben kann. Schon aus der entsprechenden Heranziehung der Vorschrift des § 67 SGB I folgt, dass der Beklagten bei einer nachgeholten Mitwirkungshandlung zunächst noch eine angemessene Zeit zur Entscheidung über ihre Leistungspflicht einzuräumen ist. Auch unter Berücksichtigung des Grundsatzes von Treu und Glauben kann ihr bei einem einseitigen Verstoß des Krankenhauses gegen dessen Mitwirkungspflichten keine sofortige Leistungspflicht ohne Prüfungsmöglichkeit abverlangt werden. Dies gilt auch dann, wenn sich aus der Pflegesatzvereinbarung an sich eine Vorleistungspflicht der Krankenkasse ergibt (vgl. hierzu BSG, Urt. v. 30.06.2009 – B 1 KR 24/08 R, zitiert nach juris), weil die durch die Mitwirkungspflichtverletzung eingetretene Störung der Leistungsbeziehung erst beendet wird, wenn die Beklagte aufgrund der nachgeholten Mitwirkung eine endgültige Entscheidung über ihre Zahlungsverpflichtung ohne schuldhafte Verzögerung treffen konnte. Andernfalls würde die Krankenkasse für den Fall, dass sich nach Prüfung der eingereichten Unterlagen die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung nicht oder nicht vollständig ergibt, (ggf. erneut) auf einen Erstattungsanspruch gegen das sich vertragswidrig verhaltende Krankenhaus verwiesen. Zumindest bei der hier gegebenen Sachlage, bei der sich die vergebliche Anforderung der Unterlagen über annähernd acht Jahre hingezogen hat, wäre eine Vorleistungspflicht der Krankenkasse für die relativ kurze Zeit des Überprüfungsverfahrens unverhältnismäßig.

Nachdem die Patientenakte am 22. Juni 2009 beim SMD eingegangen war, hatte dieser seine Stellungnahme am 31. Juli 2009 erstellt. Mit der Abgabe des Anerkenntnisses am 19. August 2009 und einem Zahlungseingang bei der Klägerin am 13. August 2009 hat die Beklagte unverzüglich im Anschluss an die nachgeholte Mitwirkungshandlung die endgültige Entscheidung über die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung und die damit verbundene Vergütungspflicht getroffen, so dass ihr Leistungsverweigerungsrecht jedenfalls nicht vor dem 13. August 2009 endete.

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.). 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 nachgeholten Mitwirkungshandlung eine Entscheidung über den Zahlungsanspruch (ohne schuldhafte 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. Solange der einseitige Verstoß der Klägerin gegen ihre Mitwirkungspflichten angedauert hat und die Beklagte allein aus diesem Grund an der abschließenden Überprüfung der Notwendigkeit der stationären Behandlung gehindert war, kann ihr nicht 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 § 197 a SGG i. V. m. § 156 der Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO). Danach fallen der Klägerin die Prozesskosten zur Last, wenn die Beklagte durch ihr Verhalten keine Veranlassung zur Erhebung der Klage gegeben und den Anspruch sofort anerkannt hat. Da der Beklagten schon zur Zeit der Klageerhebung am 10. Dezember 2002 das Leistungsverweigerungsrecht zustand, hat sie durch ihr Verhalten keine Veranlassung zur Klageerhebung gegeben. Sofort nach Wegfall dieser Einrede hat sie den Anspruch anerkannt. Zu einem früheren Anerkenntnis war sie rechtlich nicht verpflichtet. Es handelt sich mithin um ein sofortiges Anerkenntnis, bei dem es sachgerecht ist, der Klägerin allein die Prozesskosten aufzuerlegen.

Gründe für eine Zulassung der Revision im Sinne von § 160 Abs. 2 SGG liegen nicht vor, da das BSG die zugrunde liegenden Rechtsfragen spätestens seit den zitierten Entscheidungen des Großen Senats sowie des 3. Senats vom 20. November 2008 und des 1. Senats vom 16. Dezember 2008 und durch die weiteren Folgeentscheidungen vom 22. April 2009 und vom 8. September 2009 umfassend 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