

L 4 KN 30/04 KR

Land
Sachsen-Anhalt
Sozialgericht
LSG Sachsen-Anhalt
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
4
1. Instanz
SG Halle (Saale) (SAN)
Aktenzeichen
S 8 KN 44/03 KR
Datum
26.04.2004
2. Instanz
LSG Sachsen-Anhalt
Aktenzeichen
L 4 KN 30/04 KR
Datum
21.12.2010
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Die Berufung wird zurückgewiesen.

Die Klägerin hat auch die Kosten des Berufungsverfahrens zu tragen.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Der Streitwert wird auf 1.578,- EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Nach Erledigung der Hauptsache sind noch die Zinsen für die Vergütung einer vollstationären Krankenhausbehandlung zwischen den Beteiligten streitig.

Die Klägerin betreibt das Kreiskrankenhaus Saale-Unstrut in N., das in den Krankenhausplan des Landes Sachsen-Anhalt aufgenommen ist. Die 1929 geborene und bei der Beklagten Versicherte E. K. (im Folgenden: die Versicherte) befand sich nach ärztlicher Verordnung mit der Einweisungsdiagnose M54.5 vom 4. bis 20. September 2002 zur stationären Behandlung in diesem Krankenhaus.

Im Kostenübernahmeantrag vom 6. September 2002, bei der Beklagten am 10. September 2002 eingegangen, werden die Aufnahmediagnosen M54.5 (Kreuzschmerz), E14.40 (nicht näher bezeichneter Diabetes Mellitus mit neurologischen Komplikationen), I10 (essentielle primäre Hypertonie), I49.9 (kardiale Arrhythmie, nicht näher bezeichnet), E04.0 (nichttoxische diffuse Struma) aufgeführt. Als vorläufiges Entlassungsdatum gab das Krankenhaus den 18. September 2002 an. Mit Schreiben vom 11. September 2002 teilte die Beklagte mit, die voraussichtliche Behandlungsdauer erscheine im Zusammenhang mit den angegebenen Aufnahmediagnosen nicht plausibel. Daher solle der Behandlungsfall vor einer abschließenden Klärung der Kostenzusage noch einmal überprüft werden. Zunächst würden die Kosten für den Zeitraum vom 4. bis 8. September 2002 übernommen. In der Entlassungsanzeige vom 23. September 2002 wiederholte das Krankenhaus die Diagnosen, wobei es M54.5 als Hauptdiagnose angab. Die Rechnung vom 20. September 2002 belief sich auf 2.104,30 EUR.

Mit Schreiben vom 23. Oktober 2002 teilte die Beklagte mit, den gesamten Rechnungsbetrag unter Vorbehalt angewiesen zu haben und sich die Rückforderung vorzubehalten. Zugleich kündigte sie eine medizinische Überprüfung an. Hierzu bat sie um die Übersendung einer aussagekräftigen medizinischen Begründung zur Behandlungsdauer, insbesondere über den 8. September 2002 hinaus. Nachdem die Klägerin darauf nicht bis zum 8. Januar 2003 reagiert hatte, erklärte die Beklagte mit Schreiben vom selben Tag, sie werde den Differenzbetrag in Höhe von 1.578,- EUR von der nächsten Rechnung einbehalten. Sie habe den Behandlungsfall für die Zeit vom 4. bis 7. September 2002 in Höhe von 526,30 EUR vergütet.

Die Klägerin hat am 21. Februar 2003 beim Sozialgericht Halle Klage auf Zahlung des Restbetrages in Höhe von 1.578,- EUR erhoben. Zur Begründung hat sie ausgeführt, die Beklagte habe keine Gründe für eine Befristung der Kostenübernahmeerklärung vorgetragen. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts sei sie daher zur Zahlung zu verurteilen. Außerdem habe sie den MDK nicht zeitnah mit der Prüfung der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit beauftragt. Die Beklagte dürfe von der Klägerin keine medizinische Begründung verlangen. Der Zahlungsanspruch sei daher fällig. Zurückbehaltungsrechte bestünden nicht, weshalb die von der Beklagten durchgeführte Aufrechnung unzulässig und die Klägerin nicht verpflichtet sei, einen Entlassungsbericht mit datumsbezogenen Angaben über Therapie und Verlauf anzufertigen.

Die Beklagte hat den SMD mit Schreiben vom 11. März 2003 um eine Stellungnahme zur medizinischen Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung gebeten. Dieser hat mit Datum vom gleichen Tag ausgeführt, wegen fehlender Krankenhausberichte keine sozialmedizinische Stellungnahme abgeben zu können. Unter Bezugnahme auf diese Ausführungen hat die Beklagte mitgeteilt, die Klägerin sei nach [§ 276 Abs. 2 SGB V](#) verpflichtet, an der medizinischen Überprüfung des Sachverhaltes durch den SMD mitzuwirken. Mit Schreiben vom 6. November 2003, das die Beklagte zu den Akten gereicht hat, hat der SMD nochmals mitgeteilt, eine Würdigung der Angaben zu dem streitigen Behandlungsfall sei nicht möglich. Benötigt werde insbesondere der Entlassungsbericht mit datumsbezogenen Angaben über Therapie und Verlauf.

Das Sozialgericht Halle hat die Klage mit Urteil vom 26. April 2004 abgewiesen und zur Begründung im Wesentlichen ausgeführt, die eingeklagte Forderung sei durch Erfüllung erloschen, da die Beklagte die Forderung bereits beglichen habe. Eine Forderung aus der gekürzten Sammelrechnung sei trotz eines entsprechenden Hinweises nicht eingeklagt worden.

Gegen das ihr am 12. Mai 2004 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 13. Mai 2004 Berufung eingelegt. Sie hat an ihrer Auffassung festgehalten, die Forderung sei nicht durch Erfüllung erloschen und sie sei zur Vorlage der Patientenakte nicht verpflichtet. Nach Hinweis des Gerichts hat sie den Zahlungsanspruch umgestellt und auf die Sammelrechnung vom 16.12.2003 gestützt, gegenüber der die Beklagte die Aufrechnung vorgenommen hatte.

Die Aufforderung des Berichterstatters vom 25. März 2008 die Patientenakte bis zum 30. April 2008 zu übersenden, hat die Klägerin mit dem Hinweis beantwortet, hier sei kein ordnungsgemäßes Prüfverfahren mit substantiierter Begutachtung durch den MDK durchgeführt worden. Mit Schreiben vom 21. Juli 2008 hat der Berichterstatter der Klägerin nochmals unter Hinweis auf die Rechtsprechung des Großen Senats des Bundessozialgerichts eine Frist zur Übersendung der Patientenakte bis zum 1. September 2008 gesetzt und schließlich ein weiteres Mal mit Schreiben vom 2. April 2009 eine Frist zur Übersendung der Unterlagen bis zum 20. Mai 2009 unter Hinweis auf [§ 106a Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) gesetzt.

Die Klägerin hat, nachdem die Patientenunterlagen zwischenzeitlich nicht auffindbar waren, diese schließlich dennoch am 25. September 2009 zu den Akten gereicht. Sie sind am 1. Dezember 2009 beim SMD zugeleitet worden, der am 15. Dezember 2009 eingeschätzt hat, dass die gesamte Verweildauer aus medizinischer Sicht erforderlich gewesen sei. Die Beklagte hat daraufhin den gesamten Rechnungsbetrag am 5. Januar 2010 ohne Zinsanspruch anerkannt. Nach Zahlung des streitigen Betrages am 16. Dezember 2009

beantragt die Klägerin nach ihrem schriftlichen Vorbringen,

die Beklagte zu verurteilen, an sie für die stationäre Behandlung der Versicherten E. K. Zinsen in Höhe von 4 % aus einem Betrag in Höhe von 1.578,- EUR für den Zeitraum vom 16.12.2003 bis 16.12.2009 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält sich nicht für zahlungspflichtig, da nach ihrer Ansicht der jahrelange Rechtsstreit hätte vermieden werden können, wenn die Klägerin die zur sozialmedizinischen Überprüfung des Behandlungsfalls notwendigen Unterlagen rechtzeitig zur Verfügung gestellt hätte.

Die Pflegesatzvereinbarung der Beteiligten für das Jahr 2002 enthält in § 9 folgende Zahlungsregelung: "Der Rechnungsbetrag ist spätestens am 21. Kalendertag nach Eingang der Rechnung zu überweisen. Die Fälligkeit tritt am 28. Kalendertag unter Berücksichtigung eines Post- und Banklaufweges von 7 Tagen ab Rechnungsdatum ein. Nach Mahnung können bei Überschreitungen des Fälligkeitstermins Verzugszinsen in Höhe von 4 % p.a. erhoben werden. Die Rechnungen sind kontinuierlich und vollständig mit den Daten nach [§ 301 SGB V](#) zu legen."

Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt (vgl. Schreiben vom 26. Januar und 12. Februar 2010).

Die Gerichtsakte und die Verwaltungsakte der Beklagten sowie die Patientenakte haben vorgelegen und waren Gegenstand der Entscheidungsfindung. Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Sachvortrags der Beteiligten wird auf den Inhalt dieser Akten ergänzend verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Mit dem Einverständnis der Beteiligten konnte der Senat nach [§§ 153 Abs. 1, 124 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) ohne mündliche Verhandlung entscheiden.

Die Berufung der Klägerin ist nach [§§ 143, 144 Abs. 1 S. 2 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 für die Zeit vom 16. Dezember 2003 bis 16. Dezember 2009 steht ihr nicht zu. Deshalb kann es der Senat offen lassen, ob sich dieser Zinsanspruch aus der Pflegesatzvereinbarung und/oder als Prozesszinsanspruch aus einer entsprechenden Anwendung des [§ 291 Bürgerliches Gesetzbuch \(BGB\)](#) ergibt. Das BSG hat in seiner jüngsten Rechtsprechung für

die nach [§§ 108, 109 SGB V](#) zugelassenen Leistungserbringer einen Anspruch auf Zahlung von Prozesszinsen aufgrund der durch [§ 61 Satz 2](#) Zehntes Buch Sozialgesetzbuch - Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz (SGB X) ermöglichten analogen Anwendung von [§ 291 BGB](#) vom Grundsatz her bejaht (vgl. BSG, Urteil vom 23. März 2006 - [B 3 KR 6/05 R](#) - [SozR 4-7610 § 291 Nr. 3](#); anders noch: BSG, Urteil vom 11. März 1987 - [8 RK 43/85](#) - [SozR 1300 § 61 Nr. 1](#); beide zitiert nach juris).

Die zunächst unterbliebene Mahnung wird hier durch die Klageerhebung am 21. Februar 2003 ersetzt, so dass der ab 16. Dezember 2003 geltend gemachte Verzugszinsanspruch dem Grunde nach entstehen konnte. Die Beklagte war jedoch zu diesem Zeitpunkt nicht mit der Zahlung des Vergütungsanspruchs aus der Sammelrechnung in Höhe von 1.578,- EUR in Verzug, da diese Forderung der Klägerin insoweit durch Aufrechnung erloschen war. Die Beklagte war zur Aufrechnung in dieser Höhe berechtigt, weil sie den sich aus dem Krankenhausaufenthalt der Versicherten ergebenden Vergütungsanspruch zunächst in Höhe von 1.578,- EUR ohne Rechtsgrund beglichen und daher einen entsprechenden Erstattungsanspruch hatte (hierzu 1.). Dieser Erstattungsanspruch gründet sich auf eine Verletzung von Mitwirkungspflichten der Klägerin im Prüfverfahren, die jedenfalls während des streitigen Zinszeitraums ein Leistungsverweigerungsrecht begründet (hierzu 2.). Ein solches Leistungsverweigerungsrecht war nicht durch eine vorbehaltlose Kostenzusage oder durch eine sonstige Vereinbarung oder gesetzliche Vorschrift ausgeschlossen (hierzu 3.).

1. Als die Beklagte die Aufrechnung ihres Erstattungsanspruchs mit dem Vergütungsanspruch der Klägerin aus der Sammelrechnung erklärte, stand ihr der Erstattungsanspruch als fällige Gegenforderung zu, da sie den Krankenhausaufenthalt der Versicherten in Höhe von 1.578,- EUR ohne Rechtsgrund vergütet hatte. Dies lässt sich dogmatisch aus dem Rechtsgedanken der [§§ 66 Abs. 1 Satz 1, 67 Sozialgesetzbuch Erstes Buch - Allgemeiner Teil - \(SGB I\)](#) (dazu unter a)) oder aus den Grundsätzen von Treu und Glauben herleiten (dazu unter b)).

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

Das BSG hat dieses Leistungsverweigerungsrecht in seiner Entscheidung vom 22. April 2009 (Az.: [B 3 KR 24/07 R](#), Rz. 30, zitiert nach juris) dogmatisch an den in [§ 66 Abs. 1 Satz 1 SGB I](#) normierten allgemeinen Rechtsgedanken geknüpft, wonach bei der Verletzung von Mitwirkungspflichten und dadurch bedingter erheblicher Erschwerung der Sachverhaltsaufklärung die begehrte Leistung ohne weitere Ermittlungen versagt werden kann, soweit ihre Voraussetzungen nicht nachgewiesen sind. Dieser Rechtsgedanke, der sich auf die Sozialleistungsträger bezieht, ist nach der zutreffenden Ansicht des BSG auf die gerichtliche Amtsermittlung übertragbar und daher auch auf die Angelegenheiten der Krankenkassen in Krankenhausabrechnungsstreitigkeiten anzuwenden. Nach der inzwischen ständigen Rechtsprechung des BSG wird der Vergütungsanspruch des Krankenhauses bei einer endgültigen Mitwirkungspflichtverletzung als nicht erwiesen angesehen und daraus auf ein endgültiges Leistungsverweigerungsrecht geschlossen. Einer dennoch erfolgten Zahlung fehlt dann der Rechtsgrund, so dass diese zurückgefordert oder - wie hier - einer fälligen Zahlungsforderung des Krankenhauses im Wege der Aufrechnung entgegengehalten werden kann. Das BSG hat ausdrücklich ausgeführt, dass die Krankenkasse bei einem Mitwirkungsverstoß des Krankenhauses nicht nur berechtigt ist, die Zahlung zu verweigern, sondern - falls sie aufgrund einer besonderen Fälligkeitsabrede unter Vorbehalt bereits bezahlt hat - auch zur Aufrechnung ihres Erstattungsanspruchs gegen spätere Zahlungsansprüche des Krankenhauses berechtigt ist (vgl. BSG, Urt. v. 20. November 2008 - [B 3 KN 4/08 KR R](#); Urt. v. 16. Dezember 2008 - [B 1 KN 1/07 KR R](#), [B 1 KN 2/08 KR R](#), beide zitiert nach juris).

Diese Verfahrensweise ist in Sozialrechtsverhältnissen auch vorgesehen, wie sich aus [§§ 66, 67 SGB I](#) ergibt, wonach die Behörde unter gewissen Voraussetzungen auf die Nachholung der Mitwirkung hinwirken muss und die Leistung ganz oder teilweise nachträglich erbringen kann, wenn die Mitwirkung nachgeholt wird und die Leistungsvoraussetzungen vorliegen. Es ist nicht ersichtlich, aus welchen Gründen eine solche Verfahrensweise auf der Ebene der öffentlich-rechtlichen Gleichordnung nicht ebenso statthaft und zweckmäßig sein soll.

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

Bei der Verletzung von Mitwirkungspflichten in einer Weise, die der Krankenkasse die gesetzlich vorgesehene Überprüfung der medizinischen Notwendigkeit der erbrachten Leistung unmöglich macht oder wesentlich erschwert, kann unter Anwendung dieser Grundsätze eine Zahlung nicht verlangt werden.

2. Die Klägerin hat ihre schon im vorgerichtlichen Verfahren bestehende Mitwirkungspflicht verletzt, indem sie es zu Unrecht abgelehnt hat, auf die Bitte der Beklagten die Dauer der stationären Behandlung näher zu begründen, damit eine sachgemäße Prüfung durchgeführt werden kann.

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.

a) 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 Auskunftspflicht der Klägerin ergibt sich nach der Rechtsprechung des BSG (Urteil vom 22. April 2009 – [B 3 KR 24/07 R](#), zitiert nach juris) grundsätzlich aus [§ 100 Abs. 1 Satz 3](#) Zehntes Buch Sozialgesetzbuch – Verwaltungsverfahren – (SGB X) und hier speziell aus [§ 301 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V](#).

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

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

Nach der Rechtsprechung des BSG (Urteil vom 22. April 2009 – [B 3 KR 24/07 R](#), Rz. 18, zitiert nach juris) ist ein Prüfverfahren nach [§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) (hier anwendbar ebenfalls in der insoweit unveränderten Fassung vom 22.12.1999, [BGBl. I 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.

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

Rechtsgrundlage für das Prüfverfahren ist nach der zitierten Rechtsprechung des BSG (Urteil vom 22. April 2009, [a.a.O.](#)) [§ 276 Abs. 2 Satz 1 Halbsatz 2 SGB V](#) (in der Fassung vom 13.06.1994, [BGBl. I S. 1229](#), in Kraft vom 1. Januar 1995 bis zum 31. Dezember 2003). Danach galt: "Haben die Krankenkassen nach § 275 Abs. 1 bis 3 eine gutachtliche Stellungnahme oder Prüfung durch den Medizinischen Dienst veranlasst, sind die Leistungserbringer verpflichtet, Sozialdaten auf Anforderung des Medizinischen Dienstes unmittelbar an diesen zu übermitteln, soweit dies für die gutachtliche Stellungnahme und Prüfung erforderlich ist." Auf dieser Grundlage ist der MDK bzw. der SMD ermächtigt, die erforderlichen Sozialdaten bei den Krankenhäusern anzufordern (vgl. BSG, Urteil vom 23. Juli 2002 – [B 3 KR 64/01 R](#), zitiert nach juris = [BSGE 90, 1](#) = [SozR 3-2500 § 112 Nr. 3](#)), und das Krankenhaus ist zu deren Vorlage verpflichtet, soweit auch mit medizinischer Expertise nur durch die Angaben gemäß [§ 301 SGB V](#) eine zuverlässige Beurteilung der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit oder anderer Fragen der Abrechnung nicht möglich ist.

Die Ausgestaltung des Abrechnungsverfahrens nach den [§§ 301, 275](#) und [§ 276 SGB V](#) i. V. mit der Pflegesatzvereinbarung zielt darauf ab, unter den Bedingungen der Massenabrechnung von Krankenhausaufenthalten eine für Krankenhäuser, Krankenkassen und SMD gleichermaßen tragfähige wie nach den Kriterien des [§ 39 SGB V](#) inhaltlich zutreffende Überprüfung von Krankenhausabrechnungen sicherzustellen. Sie legen den Beteiligten besondere gegenseitige Obhutspflichten auf. Demgemäß hat das Krankenhaus bereits bei der Erklärung nach [§ 301 SGB V](#) dafür Sorge zu tragen, dass der Krankenkasse nach Möglichkeit ohne Einleitung eines Prüfverfahrens nach [§§ 275, 276 SGB V](#) alle entscheidungserheblichen Angaben zur Verfügung stehen. Andernfalls hat es dem SMD zur Vermeidung weiterer Sanktionen alle für dessen Prüfung erforderlichen Krankenbehandlungsunterlagen zur Verfügung zu stellen. Das enthebt das Krankenhaus zwar nicht von der Prüfung, ob die Weitergabe im Sinne von [§ 276 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) erforderlich und damit zulässig ist. Jedoch verstößt es schwerwiegend gegen seine gesetzlichen Pflichten, wenn es die Weitergabe angeforderter Unterlagen ohne substantiierten Hinweis auf bereits vorliegende, eine zuverlässige Beurteilung ermöglichende Unterlagen nur formelhaft ablehnt oder sie grundlos verweigert (vgl. BSG, Urteil vom 22. April 2009, [a.a.O.](#)).

b) Soweit sich der Vergütungsanspruch der Klägerin aus der stationären Behandlung der Versicherten in der Zeit vom 18. bis 20. September 2002 ergab, war dieser mangels ausreichender Datenübermittlung von der Klägerin an die Beklagte während des gesamten streitigen Zinszeitraums gar nicht fällig geworden. Denn für die Zeit der stationären Behandlung der Versicherten ab 18. September 2002 hatte die Klägerin bereits die nach [§ 301 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V](#) erforderlichen Angaben nicht vollständig gemacht. Nach dieser Vorschrift hat das Krankenhaus u. a. bei Überschreiten der voraussichtlichen Krankenhausbehandlung auf Verlangen der Krankenkasse eine medizinische Begründung zu übermitteln. Nachdem die Krankenhausbehandlung tatsächlich bis zum 20. September 2002 gedauert hat, während im

Kostenübernahmeantrag als voraussichtliches Entlassungsdatum der 18. September 2002 angegeben war, hatte die Klägerin für die Überschreitung dieses Termins eine medizinische Begründung an die Beklagte zu übermitteln. Ein entsprechendes Verlangen hatte die Beklagte im Schreiben vom 11. September 2002 deutlich zum Ausdruck gebracht.

Für die Behandlungszeit bis zum 18. September 2002 hatte die Klägerin hat zwar zunächst die nach [§ 301 Abs. 1 SGB V](#) erforderlichen Angaben gemacht, aufgrund dieser Angaben hat sich aber den Mitarbeitern der Beklagten die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung insbesondere über den 8. September 2002 hinaus nicht erschlossen. Deshalb wollte die Beklagte das Prüfverfahren nach [§ 275 SGB V](#) einleiten. Dies hat sie der Klägerin in den Schreiben vom 11. September 2002 und vom 23. Oktober 2002 mitgeteilt. In dem früheren Schreiben hatte sie der Klägerin bereits mitgeteilt, die Behandlungsdauer erscheine im Zusammenhang mit den angegebenen Aufnahmediagnosen nicht plausibel. Von den in der Regel medizinisch nicht besonders ausgebildeten Mitarbeitern der Krankenkasse kann eine weitergehende Begründungspflicht zur Einschaltung des Medizinischen Dienstes in die Überprüfung nicht verlangt werden. Die Beklagte war daher zur Einleitung des Prüfverfahrens berechtigt und die Klägerin war in diesem Rahmen zur Mitwirkung verpflichtet.

c) Indem die Klägerin auf die Schreiben der Beklagten vom 30. September 2002 und vom 26. November 2002 nicht reagierte, sondern nach Absetzung des zunächst gezahlten Rechnungsbetrages von einer Sammelrechnung sogleich Klage erhob, hat sie ihre Mitwirkungspflichten verletzt. Die Beklagte hat bereits im Schreiben vom 30. September 2002 deutlich gemacht, dass eine Stellungnahme des SMD eingeholt werden solle und hierzu ein erläuternder Kurzbericht bzw. eine medizinische Begründung der weiteren Notwendigkeit der vollstationären Krankenhausbehandlung benötigt werde. Auch im Schreiben vom 26. November 2002 hat sie eine medizinische Überprüfung der Voraussetzungen des Vergütungsanspruchs angekündigt und hierzu um die Übersendung einer aussagekräftigen medizinischen Begründung zur Behandlungsdauer gebeten.

Die Verpflichtung der Leistungserbringer, die für die gutachtliche Stellungnahme und Prüfung erforderlichen Sozialdaten auf Anforderung des Medizinischen Dienstes unmittelbar an diesen zu übermitteln, ist in [§ 276 Abs. 2 Satz 1 Halbsatz 2 SGB V](#) ausdrücklich normiert. Es kann aber offen bleiben, ob die Klägerin aufgrund vertraglicher Nebenpflichten und/oder aus der Regelung des [§ 284 Abs. 1 Nr. 4](#) und 7 SGB V über die Mindestangaben nach [§ 301 SGB V](#) hinaus auch zur Übermittlung weiterer Unterlagen an die Beklagte selbst verpflichtet gewesen ist, oder ob ihr aus Datenschutzgesichtspunkten im Hinblick auf die ärztliche Schweigepflicht eine Übermittlung weiterer Daten an die Beklagte sogar untersagt war. Denn in Anbetracht der sich aus dem Grundsatz von Treu und Glauben ergebenden weitgehenden gegenseitigen Rücksichtnahmepflichten der Beteiligten durfte die Klägerin die Anforderungen seitens der Beklagten unter angemessener Berücksichtigung der beiderseitigen Interessen jedenfalls nicht einfach ignorieren. Sie hatte auch nach ihrer Rechtsauffassung mehrere Reaktionsmöglichkeiten. So hätte sie die Beklagte darauf hinweisen können, dass sie lediglich zur Übersendung von Unterlagen an den SMD bereit sei, sie hätte die Unterlagen auch in einem verschlossenen Umschlag an die Beklagte zur Weiterleitung an den SMD oder sogleich dorthin übersenden können. Gerade im Hinblick auf die Vielzahl der zwischen den Beteiligten abzurechnenden Fällen kann eine solche Absprache und Erläuterung des eigenen Verhaltens erwartet werden.

Dies kollidiert auch nicht mit ihren eigenen Interessen im Hinblick auf möglichst einfache Bedingungen für Massenabrechnungen, da sie die Auskünfte gegenüber dem SMD ohnehin hätte erteilen müssen. Dies musste sich der Klägerin auch unmittelbar aufdrängen. Aufgrund eigener medizinischer Kenntnisse war der Klägerin unmittelbar ersichtlich, dass die mitgeteilten Diagnosen auch unter Berücksichtigung des Alters der Versicherten keine hinreichenden Rückschlüsse auf die Notwendigkeit der gesamten Aufenthaltsdauer zuließen, wie sich aus der im Klageverfahren dann dennoch ohne weitere Unterlagen eingeholten Stellungnahme des SMD ergibt. Eine tragfähige Überprüfung der Krankenhausabrechnung war erst nach Übermittlung weiterer Informationen möglich. Hierzu hätte die Klägerin angemessen beitragen müssen.

Dazu bedurfte es keiner gesondert angefertigten medizinischen Begründung. Die Übersendung bereits vorhandener Unterlagen, aus denen sich die Notwendigkeit der stationären Behandlung über den 8. September 2002 hinaus ableiten ließ, wäre ausreichend gewesen. Wenn die Klägerin hieran trotz der langjährigen Zusammenarbeit mit der Beklagten und dem SMD Zweifel hatte, hätte auch insoweit eine Anfrage bei der Beklagten bzw. dem SMD ausgereicht.

Aufgrund der Untätigkeit der Klägerin auf ihre Anforderungen durfte die Beklagte von einer Beauftragung des SMD absehen, da bei dieser Sachlage eine sinnvolle medizinische Stellungnahme nicht zu erwarten war. Dies hat sich im Klageverfahren, als die Beklagte den SMD dann trotz der weiterhin fehlenden Unterlagen eingeschaltet hat, bestätigt.

d) Das Leistungsverweigerungsrecht endete – trotz der Übersendung der Patientenakte durch die Klägerin am 25. September 2009 und Weitersendung an den SMD am 1. Dezember 2009 – jedenfalls nicht vor dem 16. Dezember 2009, denn das Recht, die geschuldete Leistung zu verweigern kann in den Fällen der vorliegenden Art nicht zeitgleich mit der Nachholung der Mitwirkungshandlung automatisch enden. Die Beklagte hat auch bei diesem Verfahrensstand das normale Prüfungsrecht und die Befugnis zur Auswertung der übersandten medizinischen Unterlagen. Dieses Prüfungsrecht kann sie nur unter Beteiligung des SMD ausüben, wofür ihr eine angemessene Zeitspanne zuzubilligen ist. Bereits aus der analogen Heranziehung von [§ 67 SGB I](#) folgt, dass der Beklagten bei einer nachgeholten Mitwirkungshandlung eine angemessene Zeit zur Entscheidung über ihre Leistungspflicht einzuräumen ist. Auch unter Berücksichtigung des Grundsatzes von Treu und Glauben kann der Beklagten bei dem festgestellten Verstoß des Krankenhauses gegen seine Mitwirkungspflichten keine sofortige Leistungspflicht auferlegt werden. Dies gilt auch, wenn sich aus der Pflegesatzvereinbarung eine Vorleistungspflicht der Krankenkasse ergibt (vgl. hierzu BSG, Urt. v. 30. Juni 2009 – [B 1 KR 24/08 R](#), zitiert nach juris). Denn die durch die Mitwirkungspflichtverletzung eingetretene Störung der Leistungsbeziehung ist erst beendet, wenn die Beklagte aufgrund der nachgeholten Mitwirkung eine endgültige Entscheidung über ihre Zahlungsverpflichtung unverzüglich, d.h. ohne schuldhaftes Zögern, getroffen hat. Schließlich erschiene es in Anbetracht der durch das Verhalten der Klägerin bedingten mehrjährigen Verfahrensdauer auch unverhältnismäßig, eine Leistungspflicht der Krankenkasse vor Auswertung der Unterlagen festzulegen.

Nachdem die Patientenakte beim SMD am 1. Dezember 2009 eingegangen ist, hat die Beklagte unverzüglich das Prüfverfahren durchgeführt, so dass sie jedenfalls bis zum 16. Dezember 2009 nicht zur Zahlung von Zinsen verpflichtet ist.

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

Eine vorbehaltlose Kostenzusage einer Krankenkasse über eine stationäre Aufnahme eines Versicherten führt nach der Rechtsprechung des BSG nicht zu einem eigenen Anspruch aus einem sog. konstitutiven Schuldanerkenntnis. Vielmehr werden damit nur bestimmte, den Vergütungsanspruch begründende Voraussetzungen mit der Folge bestätigt, dass die Krankenkasse mit bekannten oder zumindest erkennbaren Einwendungen ausgeschlossen ist. Außerdem kann in bestimmten Fällen eine Umkehr der Beweislast eintreten (dazu grundlegend: BSG, Urt. v. 17. März 2000 – [B 3 KR 33/99 R](#); Urt. v. 13. Dezember 2001 – [B 3 KR 11/01 R](#), sowie Urt. v. 20. November 2008, [a.a.O.](#), beide zitiert nach juris). Die Beklagte hat hier keine vorbehaltlose Kostenzusage erteilt, sondern sich mit Schreiben vom 11. September ausdrücklich die zwischenzeitliche Prüfung der Notwendigkeit der stationären Behandlung insbesondere über den 8. September 2002 hinaus 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. November 2008 – [B 3 KN 1/08 KR R](#), RdNr. 12; sowie Urt. v. 16. Dezember 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 schuldhaftes Verzug 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. Juni 2009 – [B 1 KR 24/08 R](#) zitiert nach juris), kann schon wegen des Verbots widersprüchlichen Verhaltens ("venire contra factum proprium") aus einer Zahlungsverzögerung, die allein auf einer Mitwirkungspflichtverletzung des Gläubigers beruht, kein Zinsanspruch entstehen (vgl. z. B. [§ 301 BGB](#) bzw. Rspr. und Kommentarliteratur zu [§§ 273, 286 BGB](#)). Bei einer an dem Grundsatz von Treu und Glauben orientierten Auslegung dieser Regelung steht diese daher nicht der Ausübung dieses (zeitweisen) Leistungsverweigerungsrechts der Beklagten entgegen. Jedenfalls solange der einseitige Verstoß der Klägerin gegen ihre Mitwirkungspflichten andauert und die Beklagte allein aus diesem Grund an der abschließenden Überprüfung der Notwendigkeit der stationären Behandlung gehindert ist, kann der Beklagten unter keinen Umständen zugemutet werden, (ggf. erneut) in die Vorleistung zu treten und die Zahlung dann zurückzufordern bzw. aufzurechnen, wenn die abschließende Beurteilung des Leistungsfalls keine Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung ergeben hat. Für eine solche Auslegung bietet auch der Wortlaut der Fälligkeitsabrede nach § 9 der Pflegesatzvereinbarung keinen Anhaltspunkt.

4. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) i. V. m. [§ 156](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO). Der chronologische Ablauf des Verfahrens drängt zu der Annahme, dass die Beklagte bei frühzeitiger Wahrnehmung der Mitwirkungspflichten durch die Klägerin durch Übersendung entsprechender Krankenunterlagen an den SMD eine zeitnahe Zahlung veranlasst hätte. Der Beklagten stand aus den oben genannten Gründen zunächst ein Leistungsverweigerungsrecht wegen schwerwiegender Mitwirkungspflichtverletzung der Klägerin zu. Nachdem der Senat am 1. Dezember 2009 die Patientenakte an den SMD übersandt hatte, hat dieser unverzüglich eine Stellungnahme abgegeben, und die Beklagte hat den Vergütungsanspruch unverzüglich anerkannt. Dies entspricht einem sofortigen Anerkenntnis im Sinne des [§ 156 VwGO](#) bzw. § 93 Zivilprozessordnung (ZPO). Danach fallen der Klägerin die Prozesskosten dann zur Last, wenn die Beklagte durch ihr Verhalten keine Veranlassung zur Erhebung der Klage gegeben und den Anspruch sofort anerkannt hat. Nach der vorliegenden Fallgestaltung hat die Klägerin durch schwerwiegende Verletzungen im Verwaltungsverfahren und eine unzureichende Mitwirkung im Prüfverfahren der Beklagten entsprechende Gegenrechte verschafft. Die eigentliche Veranlassung zur Klage hat damit die Klägerin gesetzt. Hätte sie sich noch im Jahr 2002 am Prüfverfahren aktiv beteiligt oder im gerichtlichen Verfahren zumindest dem SMD umgehend die Patientenakte übersandt, wäre es zum Rechtsstreit aller Voraussicht nach entweder nicht gekommen oder es wäre zu einer vorzeitigen Prozessbeendigung bereits in erster Instanz gekommen.

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

Die Revision war nicht zuzulassen, da es an den gesetzlichen Voraussetzungen ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)) hierfür fehlt. Das BSG hat die zugrunde liegenden Rechtsfragen spätestens seit den zitierten Entscheidungen des Großen Senats sowie des 3. Senats vom 20. November 2008 und des 1. Senats vom 16. Dezember 2008 und durch die weiteren Folgeentscheidungen vom 22. April 2009 – [B 3 KR 24/07 R](#) sowie vom 8. September 2009 – [B 1 KR 11/09 R](#) umfassend geklärt.

Rechtskraft

Aus

Login

SAN

Saved

2012-09-24