

L 4 KR 91/11

Land
Sachsen-Anhalt
Sozialgericht
LSG Sachsen-Anhalt
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
4
1. Instanz
SG Magdeburg (SAN)
Aktenzeichen
S 17 KR 256/09
Datum
01.09.2011
2. Instanz
LSG Sachsen-Anhalt
Aktenzeichen
L 4 KR 91/11
Datum
05.07.2012
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 1 KR 98/12 B
Datum
25.07.2013
Kategorie
Urteil
Die Berufung wird zurückgewiesen.

Die Beklagte hat auch die Kosten des Berufungsverfahrens zu tragen.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Der Streitwert wird auf 2.909,36 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Streitig ist ein Vergütungsanspruch für eine teilstationäre Krankenhausbehandlung in Höhe von insgesamt 2.909,36 EUR.

Die Klägerin ist Trägerin des Fachkrankenhauses für Psychiatrie, Psychotherapie, Neurologie und psychosomatische Medizin in J. (im Folgenden: Krankenhaus), das in den Krankenhausplan des Landes Sachsen-Anhalt aufgenommen ist. Der bei der Beklagten versicherte E. (im Folgenden: der Versicherte) wurde am 8. Juni 2009 mit folgender Aufnahmediagnose

Sonstige akute vorübergehende psychotische Störung,

auf Einweisung eines Internisten (Hausarzt) in die Tagesklinik des Krankenhauses teilstationär aufgenommen. Die Klägerin übermittelte zeitnah Daten nach [§ 301](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V). Als voraussichtliches Behandlungsende war der 18. Juli 2009 bezeichnet. Tatsächlich ist der Versicherte bereits am 1. Juli 2009 als arbeitsunfähig entlassen worden. Die Aufnahmeanzeige umfasste die Stammdaten des Patienten (Versicherungs-Nr., Vor- und Nachname, Geburtsdatum, Geschlecht, Institutionskennzeichen des Krankenhauses, Detaildaten über die Aufnahme einschließlich der Angaben des einweisenden Arztes mittels dessen Arztnummer sowie die Aufnahmediagnose). Der Versicherte wurde teilstationär auf der Station für Allgemeine Psychiatrie/Tagesklinik behandelt.

Mit Schreiben vom 12. Juni 2009 bestätigte die Beklagte die Aufnahme ihres Versicherten. Wörtlich führte sie u. a. aus:

"Die Krankenhausbehandlung kann nur dann zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden, wenn nach Art oder Schwere der Krankheit die medizinische Versorgung gemeinsam mit der pflegerischen Betreuung nur mit den Mitteln eines Krankenhauses möglich ist, d.h. wenn ambulante vertragsärztliche Versorgung, ggf. ergänzt durch häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V oder Maßnahmen der stationären oder ambulanten Rehabilitation nach [§ 40 SGB V](#), für eine bedarfsgerechte Behandlung nach allgemein anerkanntem Stand der medizinischen Erkenntnissen nicht ausreichen.

Bezüglich der Krankenhausbehandlung unseres o.g. Versicherten möchten wir auf der Basis der geltenden gesetzlichen ([§§ 39, 275, 276 SGB V](#)) Regelungen und der diese konkretisierenden Rechtsprechung (S 11 KR 55/05, [B 1 KR 32/04 R](#), [B 3 KR 9/03 R](#), [GS 1/06](#)) die Notwendigkeit überprüfen.

Überprüfungsgrund ist, dass in diesem Fall aufgrund der angegebenen Diagnose und der uns übermittelten Daten nach [§ 301 SGB V](#) nach Art und Schwere der Erkrankung eine ambulante Behandlung/stationäre Rehabilitation ausreichend scheint und deshalb zur Zeit nicht ausgeschlossen werden kann, dass eine Überprüfung durch den MDK notwendig wird. Daher kann auf dieser Basis zunächst keine

Kostenübernahmeerklärung ausgestellt werden.

Wir bitten deshalb, uns die benötigten Informationen zur medizinischen Begründung der Notwendigkeit der Behandlung mit den besonderen Mitteln eines Krankenhauses bis zum 26.06.09 zu übermitteln, damit wir auf dieser Basis entweder eine Kostenübernahmeerklärung ausstellen, oder – falls erforderlich – eine MDK-Überprüfung einleiten können.

Wir bitten Sie, für die medizinische Begründung das angehängte Formular zu verwenden. Alternativ können Sie die Begründung auch formlos an uns senden."

In einem Schreiben vom 16. Juni 2009 teilte das Krankenhaus mit, dass der Versicherte bis voraussichtlich 18. Juli 2009 medizinisch notwendig behandelt werden müsse. Sollte die Beklagte gegen diese Entscheidung Einwände haben, stehe es ihr frei, den Sachverhalt durch den MDK überprüfen zu lassen.

In einem Schreiben vom 26. Juni 2009 verlangte die Beklagte vom Krankenhaus erneut eine medizinische Begründung für die Notwendigkeit der stationären Behandlung. Dem widersprach das Krankenhaus unter dem 7. Juli 2009 und hielt die Behandlung bis zum 1. Juli 2009 für erforderlich. Mit Schreiben vom 10. Juli erinnerte die Beklagte nochmals an die erbetene medizinische Begründung samt Unterlagen und kündigte an, den Rechnungsbetrag im Weigerungsfall nicht begleichen zu wollen. Daraufhin machte das Krankenhaus mit Schriftsatz vom 15. Juli 2009 geltend, die Behandlung sei bis zum 1. Juli 2009 notwendig gewesen. Dies könne durch den MDK überprüft werden.

Mit Rechnung vom 16. Juli 2009 machte das Krankenhaus gegenüber der Beklagten eine Forderung in Höhe von 2.909,36 EUR geltend und vertrat die Ansicht, inzwischen mit anwaltlicher Hilfe, die Beklagte weiche von der bisher üblichen Verwaltungspraxis grundlos ab, obwohl sie die notwendigen Datensätze erhalten habe. Ihr weitergehendes Verlangen gehe über die gesetzlich erforderliche Begründung hinaus.

Am 25. September 2009 hat die Klägerin Klage beim Sozialgericht Magdeburg (SG) erhoben und die Zahlung von insgesamt 2.909,36 EUR nebst Zinsen begehrt. Ergänzend hat sie vorgetragen: Die Beklagte mache ein imaginäres Zurückbehaltungsrecht geltend, weil sie meine, ohne gesetzliche Grundlage weitere medizinische Begründungen vom Krankenhaus verlangen zu können. Offensichtlich versuche sie dabei zu Lasten der Klägerin den [§ 275 Abs. 1 c SGB V](#) zu umgehen. Zwischenzeitlich habe diese rechtswidrige Praxis der Beklagten zu Zahlungsrückständen von ca. 200.000,- EUR geführt. Der Zinsanspruch beruhe auf § 7 der Budget- und Entgeltvereinbarung für das Jahr 2008. Nach Überschreiten des Fälligkeitstermins stehe der Klägerin auch ohne eine gesonderte Mahnung ein Verzugszins in Höhe von fünf Prozent zu.

Die Beklagte hat demgegenüber geltend gemacht: Ihr stehe ein Zurückbehaltungsrecht zu. In begründeten Einzelfällen dürfe sie die Kostenübernahmeerklärung befristen und damit die Auflage an das Krankenhaus verbinden, die über die Befristung hinausgehende Krankenhausbehandlung zu begründen. Die Zahlung sei zu verweigern, wenn das Krankenhaus der Begründungspflicht nicht nachkomme. In manchen Fällen werde keine Kostenübernahmeerklärung abgegeben, sondern sogleich medizinische Begründung verlangt. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) im Beschluss des Großen Senats vom 25. September 2007 – [GS 1/06](#) sei den Krankenkassen und nachfolgend auch den Sozialgerichten das Recht eingeräumt worden, den medizinischen Sachverhalt der Krankenhausbehandlung auf seine Erforderlichkeit zu prüfen, ohne dass den behandelnden Krankenhausärzten eine sog. Einschätzungsprärogative zukomme. Hier habe das Krankenhaus nicht die bei einem Verlängerungsantrag erforderlichen Unterlagen übersandt. Es bedürfe daher für den Kostenübernahmeantrag einer ergänzenden medizinischen Begründung, die dann vom MDK überprüft werden könne. Zu dieser qualifizierten Begründung sei die Klägerin nach [§ 301 SGB V](#) verpflichtet. Nach der Rechtsprechung des BSG werde den Krankenkassen eine uneingeschränkte Überprüfungsmöglichkeit zugebilligt, die es rechtfertige, auch über die in [§ 301 SGB V](#) normierten Angaben, weitere Begründungen vom Krankenhaus zu verlangen. Im Übrigen könne die Krankenkasse auch nach [§ 301 Abs. 1 Nr. 3 SGB V](#) eine medizinische Begründung verlangen. Das Krankenhaus habe es hier versäumt, die entscheidungserheblichen Angaben zu übermitteln und damit gravierend gegen seine Mitwirkungspflichten verstoßen. Die Beklagte sei daher berechtigt, die Bezahlung der Krankenhausabrechnungen zu verweigern.

Die Beteiligten haben im Jahr 2010 in Parallelverfahren unter den Aktenzeichen AR 10/10 M bis AR 14/10 M ein Mediationsverfahren beim Landessozialgericht Sachsen-Anhalt geführt. Mit Schreiben vom 3. März 2011 hat die Klägerin gegenüber dem SG in diesem Verfahren das Mediationsverfahren für gescheitert erklärt und auf das terminierte Berufungsverfahren [L 4 KR 66/09](#) hingewiesen. Hierauf hat die Beklagte erklärt: Im Mediationsverfahren sei zwischen den Beteiligten auch für dieses Verfahren eine Einigung über die Hauptforderung erzielt worden. Die Beklagte habe gezahlt, wenn sie nach Prüfung der Vorgänge zu einer Zahlungspflicht gelangt sei. Bezüglich der Nebenforderungen (Zinsen, Kosten) sei keine Einigung erzielt worden. Darüber hätten sich die Beteiligten außerhalb des Mediationsverfahrens einigen wollen. Nun sei das Mediationsverfahren nicht so verlaufen, wie es sich die Beteiligten gedacht haben. Während die Klägerin vom Scheitern der Mediation ausgehe, sehe dies die Beklagte anders. Dies könne verfahrensrechtlich noch bedeutsam sein.

In der mündlichen Verhandlung des SG vom 1. September 2011 hat die Beklagte folgenden Beweisantrag gestellt:

"Zum Beweis der nachfolgenden Tatsache bezieht sich die Beklagte auf das Zeugnis

1. der Frau Rechtsanwältin S., anwesend bei Gericht,
2. der Frau B., anwesend bei Gericht,
3. des Rechtsbeistandes S., anwesend bei Gericht

zu dem Beweisthema: Während der Mediationssitzung vereinbarten die Parteien, dass die Beklagte die Fälle über die heute zu Gericht verhandelt wird, überprüft. Für den Fall, dass sich eine Kostenübernahme rechtfertige, solle Zahlung unverzüglich erfolgen. Über die Verteilung der Kosten und Zinsen trafen die Parteien keine Vereinbarung. Die Zahlung erfolgte unverzüglich."

Nach Unterbrechung und erneutem Aufruf der Sitzung hat das SG in einem Beschluss den Beweisantrag zurückgewiesen und dies damit begründet, dass es auf die Vernehmung der benannten Zeugen nicht ankomme, da die beantragte Beweisfrage als wahr unterstellt werden könne.

Im Protokoll vom 1. September 2011 findet sich zudem die Formulierung:

"Die Parteien sind sich darüber einig, dass in folgenden Verfahren bislang auch die Hauptforderungen nicht bezahlt wurden: [S 17 KR 256/09](#).

Laut diktiert und genehmigt."

Das SG hat die Beklagte mit Urteil vom 1. September 2011 antragsgemäß verurteilt, an die Klägerin Behandlungskosten in Höhe von 2.909,36 EUR für den Krankenhausaufenthalt des Versicherten E. in der Zeit vom 8. Juni 2009 bis 1. Juli 2009 nebst Zinsen in Höhe von fünf Prozentpunkten seit dem 10. August 2009 zu zahlen. Zur Begründung hat es im Wesentlichen ausgeführt: Zu Unrecht gehe die Beklagte von einem unbeendeten Mediationsverfahren aus. Dagegen spreche bereits, dass das hier zu entscheidende Verfahren zu keinem Zeitpunkt offiziell zur Mediation abgegeben oder unterbrochen worden sei. Vielmehr sei der streitige Sachverhalt in der Mediation lediglich "am Rande" mitverhandelt worden. Das SG schließe sich rechtlich der Auffassung des Landessozialgerichts Sachsen-Anhalt in abgeschlossenen Parallelverfahren der Beteiligten ([L 4 KR 66/09](#), [L 4 KR 68/09](#)) an. Der Zinsanspruch ergebe sich aus § 7 der Budget- und Entgeltvereinbarung für 2008.

Die Beklagte hat gegen das ihr am 20. September 2011 zugestellte Urteil am 27. September 2011 Berufung beim Landessozialgericht Sachsen-Anhalt eingelegt und auf ihr bisheriges Vorbringen verwiesen. Ergänzend hat sie ausgeführt: Das angegriffene Urteil verstoße bereits gegen das Verbot der Vorwegnahme der Beweiswürdigung. So fehle eine Begründung für die Ablehnung des Beweisantrages in den Urteilsgründen. Die Schlussfolgerung, durch die Zahlung der Hauptforderung sei die Beklagte verpflichtet, auch die Zinsen und Kosten zu zahlen, entbehre jeder rechtlichen Grundlage. Auch sei der Klägerin arglistiges Verhalten vorzuwerfen. Im vorliegenden Fall habe die Klägerin das Geld "kassiert" und danach die Zinsen und Kosten beansprucht. Hätte die Beklagte gewusst, wie sich die Klägerin verhalte, hätte sie keinerlei Zahlungen erbracht. Die Vorinstanz habe zudem den mutmaßlichen Willen der Parteien fehlerhaft ausgelegt. Auf die Ausführungen zu den Urteilen des Landessozialgerichts Sachsen-Anhalt in Parallelverfahren komme es daher nicht an, da bereits ein Verfahrenshindernis bestehe. Das SG sei aufgrund des anhängigen Mediationsverfahrens gehindert gewesen, in der Sache zu entscheiden. Zwischen den Parteien bestehe daher im Kern der Streit über die Frage der Rechtmäßigkeit des Abbruchs der Mediationsverhandlung. Zudem habe der Mediator eine fehlerhafte Protokollierung vorgenommen.

Die Beklagte hat ein Protokoll der Mediationssitzung des Landessozialgerichts Sachsen-Anhalt in den Verfahren AR 10/10 M bis AR 14/10 M vom 25. Oktober 2010 zur Akte gereicht. Hiernach haben sich die Beteiligten am 25. Oktober 2010 in der Zeit von 13:00 Uhr bis 16:15 Uhr auf folgenden Modus verständigt:

"1. Der Mediator wird den Beteiligten umgehend drei in Betracht kommende mögliche Sachverständige zur Auswahl vorschlagen. Die Beteiligten einigen sich auf eine dieser Personen als Gutachter. Der Gutachter soll in den aufgeführten Verfahren jeweils folgende Fragen beantworten und den Beteiligten hierzu jeweils einen Vorschlag unterbreiten:

- War die Aufnahme zur vollstationären/teilstationären Behandlung medizinisch notwendig?

- War die Verweildauer medizinisch gerechtfertigt?

Die Beteiligten verpflichten sich, sich dem Spruch des Gutachters zu unterwerfen.

2. die Beteiligten werden zu gegebener Zeit für die beim Sozialgericht Magdeburg bzw. beim Landessozialgericht Sachsen Anhalt anhängigen Rechtsstreite prozessbeendende Erklärungen abgeben und diese dem Mediator zuleiten.

- Laut diktiert, vorgespielt und genehmigt - "

Darüber hinaus hat die Beklagte ein Schreiben des gerichtlichen Mediators des Landessozialgerichts Sachsen-Anhalt vom 16. Februar 2011 (AR 14/10 M) vorgelegt. Darin führte der Mediator aus: Die Ladung in anderen parallelen Streitverfahren beim LSG lasse sich damit erklären, dass lediglich vier Berufungen und das Beschwerdeverfahren des vierten Senats Gegenstand der Mediation geworden seien. Die anderen Verfahren seien lediglich wegen Sachzusammenhangs mit einbezogen worden. Da die Gegenseite das Scheitern der Mediation mitgeteilt habe, werde sie hiermit abgebrochen.

Mit Verfügung vom 30. Mai 2012 hat der Vorsitzende des Senats nach telefonischer Abstimmung mit den Beteiligten Termin zur mündlichen Verhandlung auf den 5. Juli 2012 bestimmt. Am 4. Juni 2012 hat der Prozessbevollmächtigte der Beklagten Terminprobleme mitgeteilt. Unerwartet habe sich herausgestellt, dass die zuständige Abteilungsleiterin der Beklagten – Frau B. – in der Zeit vom 26. Juni bis 13. Juli 2012 im Urlaub sei. Da auf deren Fachkenntnis nicht verzichtet werden könne, werde die Verlegung des Termins erbeten. Dies hat der Vorsitzende des Senats mit Schreiben vom 5. Juni 2012 abgelehnt und zur Begründung ausgeführt: Die Beklagte sei durch die Anwaltskanzlei S. ausreichend im Termin vertreten, ohne dass es einer Teilnahme von Frau B. bedürfe. Überdies dürfte es für die Beklagte kein Problem darstellen, eine ohnehin vorhandene Vertreterin von Frau B. in den Termin zu schicken und sich mit den Besonderheiten des Verfahrens rechtzeitig vertraut zu machen. Da der Senat im selben Monat einen weiteren Sitzungstermin habe und sich die Schulferien anschließen, sei eine Terminsverlegung ohne zwingenden Grund nicht vertretbar. Es bleibe daher beim Termin vom 5. Juli 2012.

Am 20. Juni 2012 hat der Prozessbevollmächtigte der Beklagten hierzu geltend gemacht: Es sei nach jahrelanger Erfahrung durchaus üblich, dass die Sozialgerichte "einen mit der Materie betrauten Sachbearbeiter" der Körperschaft zum Termin laden. Zwar sei die rechtliche Vertretung der Beklagten durch die Anwaltskanzlei auf der einen Seite sichergestellt. Auf der anderen Seite könne die Leiterin der zuständigen Abteilung Frau B. die Details des Sachverhalts effektiver darstellen, als dies durch die Anwaltskanzlei geleistet werden könne. Im Termin werde zur Sicherung einer ordnungsgemäßen Prozessführung der Beklagten daher ein Vertagungsantrag gestellt und im Übrigen

keine weitere Erklärung abgegeben.

Die Beklagte hat in der mündlichen Verhandlung vom 5. Juli 2012 ihren Beweisantrag vor dem SG vom 1. September 2011 wiederholt. Ferner hat sie beantragt (Beweisantrag zu 2.), die hier anwesende Frau Rechtsanwältin S. zu folgendem Beweisthema zu vernehmen:

"Trifft es zu, dass bei Gelegenheit eines Gerichtstermins vor dem SG Magdeburg im September 2011 die Erklärung abgegeben wurden ist, die Vereinbarungen bei Gelegenheit der Mediation seien in erster Linie zum Zwecke der Sicherung der Liquidität des Krankenhauses abgegeben worden?"

Die Prozessbevollmächtigte der Klägerin hat hierzu erklärt:

"Zwischenzeitlich hatte die Klägerin offene Forderungen gegen die Beklagte von rund 700.000,00 EUR. Das beschreibt in der Tat ein Liquiditätsproblem, über das wir in dem von Herrn S. gemeinten Termin sicherlich auch gesprochen haben. Diese Liquiditätsfrage hatte seinerzeit auch unsere Bereitschaft gefördert, die Streitfälle möglichst schnell gütlich zu erledigen."

Hierauf hat die Beklagte den Beweisantrag zu 2. für erledigt erklärt.

Sodann hat die Beklagte beantragt, den Termin zu vertagen und zur Begründung ausgeführt: Die seit Beginn dieser streitigen Verfahren in dem Gerichtsverfahren stets anwesende Abteilungsleiterin Krankenhaus, Frau B., sei urlaubsbedingt verhindert. Nur sie sei in der Lage, den vorstehenden Sachverhalt, insbesondere die hier im Termin abgegebenen Erklärung der Prozessbevollmächtigten der Klägerin eines zeitweiligen Fehlbetrages von 700.000,00 EUR, auf seine Richtigkeit hin zu beurteilen.

Die Beklagte beantragt ferner,

das Urteil des Sozialgerichts Magdeburg vom 1. September

2011 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hat vorgetragen: Die Annahme eines Verfahrenshindernisses sei unzutreffend. Für die Mediation sei es grundlegend, dass beide Parteien ein Mediationsverfahren auch wollten. In dem hiesigen Verfahren habe die Klägerin jedoch das Scheitern der Mediation erklärt und die Fortsetzung des gerichtlichen Verfahrens verlangt. Der Vorwurf eines arglistigen Verhaltens sei nicht nachvollziehbar. Zwischen den Beteiligten sei nicht vereinbart worden, dass mit Zahlung innerhalb des Mediationsverfahrens die darüber hinaus angefallenen Zinsen und Kosten wegfallen sollten. Das Mediationsverfahren habe daher auf den Zinsanspruch und die Kostenfrage keinerlei Einfluss.

Mit Hinweis vom 17. Februar 2012 hat der Senat die Beklagte aufgefordert, zu erläutern, wie das vorliegende Verfahren Gegenstand des Mediationsverfahrens geworden sei. Die angeblich prozesshemmende Wirkung des Mediationsverfahrens am 1. September 2011 könne derzeit nicht nachvollzogen werden. Auch einen angeblich arglistigen Abbruch von Mediationsverhandlungen könne es wegen des Freiwilligkeitsprinzips nicht geben. Die Modusvereinbarung vom 25. Oktober 2010 lasse zudem eine abschließende Vergleichsregelung nicht erkennen. Der behauptete Arglisteinwand sei ebenfalls nicht nachvollziehbar, da nicht erkennbar sei, in welcher Weise die Klägerin mittels Täuschung oder Drohung gegenüber der Beklagten in vorwerfbarer Weise den Eindruck vermittelt habe, dass sie auf die hier streitige Forderung samt Zinsen und Kosten im Verlauf des Mediationsverfahrens endgültig verzichtet oder dies zumindest beabsichtigt habe. Auch zur behaupteten Zahlung habe die Beklagte weiter vorzutragen. Das dem Prozessbevollmächtigten der Beklagten am 23. Februar 2012 förmlich zugestellte Schreiben enthielt eine Fristsetzung von sechs Wochen sowie eine Belehrung nach [§ 106 a](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG).

Unter dem 5. April 2012 hat die Beklagte ergänzend geltend gemacht: Durch einen Protokollfehler des Mediators sei keine Einigung über die Gutachterkosten aufgenommen worden. Das vorliegende Verfahren sei zu dem Mediationsverfahren einbezogen worden, was durch den Mediator oder Frau B. von der Beklagten zeugenschaftlich bewiesen werden könne. Entgegen der Ansicht des Senats könne es ein arglistiges Verhalten im Mediationsverfahren geben. Innerhalb der Mediation habe man sich darauf verständigt, dass die Klägerin weitere Informationen übersende, eine erneute Prüfung statfinde und die Beklagte dort, wo sich die Behandlung als notwendig gezeigt habe, entsprechende Zahlungen leiste. Über die Kosten und Zinsen hätten die Beteiligten, "weshalb auch immer", keine Entscheidung getroffen. Nach Erhalt des Geldes habe die Klägerin die Mediation für gescheitert erklärt und das Verfahren fortgesetzt. Dies sei bei objektiver Betrachtungsweise arglistig. Die Arglist ergebe sich auch aus einer Erklärung der Prozessbevollmächtigten der Klägerin im August 2011 vor dem SG Magdeburg. Hiernach habe sie ihr Vorgehen mit Liquiditätsproblemen der Klägerin gerechtfertigt.

Mit gerichtlichem Anschreiben vom 11. April 2012 hat der Berichterstatter die Beklagte wegen des allgemein gehaltenen Vortrages die Auflage erteilt, näher darzulegen, ob weitere medizinische Informationen im konkreten Fall an sie weitergeleitet worden seien und welches Ergebnis die medizinische Auswertung bei ihr erbracht habe. Überdies hat der Senat die Beklagte gefragt, ob eine konkrete Einzelfallprüfung durch den MDK beabsichtigt sei, wenn die Klägerin die noch nicht bei der Gerichtsakte befindliche Patientenakte übersenden sollte.

Hierzu hat die Beklagte am 25. April 2012 ausgeführt: Sie habe keine Einwände, den vorliegenden Fall dem MDK zur Auswertung vorzulegen, halte dies jedoch rechtlich für nicht notwendig. Schließlich habe sich die Klägerin nicht an das in der Mediation vereinbarte Verfahren gehalten, so dass die Notwendigkeit einer (erneuten) medizinischen Prüfung entfallen sei. Im Kern gehe es im Rechtsstreit darum, wie das arglistige Verhalten der Klägerin rechtlich zu bewerten sei.

Auf eine Senatsanfrage im Verfahren [L 4 KR 66/09](#) hat die Klägerin die zwischen den Beteiligten geltende Budget- und Entgeltvereinbarung (2008) vorgelegt, die nunmehr gerichtsbekannt ist. § 7 enthält dabei folgende Regelung:

"§ 7 Zahlungsregelungen

Der Rechnungsbetrag ist spätestens am 21. Kalendertag nach Eingang der Rechnung zu überweisen. Die Fälligkeit tritt am 24. Kalendertag unter Berücksichtigung eines Post- und Banklaufweges von 3 Tagen ab Rechnungsdatum ein. Bei Verzug werden Verzugszinsen in Höhe von 5 % p.a. erhoben, ohne dass es einer vorherigen Mahnung bedarf.

Die Rechnungen sind kontinuierlich und vollständig mit den Daten nach

[§ 301 SGB V](#) auf elektronischem Wege oder maschinell verwertbar auf Datenträger zu übermitteln."

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

Entscheidungsgründe:

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

I. Der Senat konnte verhandeln und entscheiden, obwohl die Beklagte vor dem Termin einen Verlegungsantrag und in der Sitzung vom 5. Juli 2012 einen Verlegungsantrag gestellt hat. Eine Absetzung des Termins war auch unter dem Gesichtspunkt der Wahrung rechtlichen Gehörs nach [Art. 103 Abs. 1](#) Grundgesetz (GG) nicht vorzunehmen. Es liegt kein erheblicher Grund im Sinne des [§ 227 Abs. 1](#) Zivilprozessordnung (ZPO) vor.

Gemäß [§ 202 SGG](#) i.V.m. [§ 227 Abs. 1 Satz 1 ZPO](#) kann aus erheblichen Gründen ein Termin aufgehoben oder verlegt sowie eine Verhandlung vertagt werden. Zu dem Begriff des erheblichen Grundes existiert eine umfassende Rechtsprechungskasuistik (vgl. Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 10. Auflage, 2012, § 110 Rdn. 5 ff). Da das Gesetz eine Terminsverlegung zur Wahrung der Prozesskonzentration und Beschleunigungsmaxime nur aus erheblichem Grund zulässt, darf auf der anderen Seite das rechtliche Gehör der Beteiligten nicht verkürzt werden. Dies wäre dann der Fall, wenn es einem Beteiligten durch die Ablehnung der Terminsverlegung unmöglich gemacht wird, sich sachgemäß und erschöpfend zu äußern (vgl. BSG, Beschluss vom 5. März 2004, [B 9 SB 40/03 B](#); Beschluss vom 25. Februar 2010, [B 11 AL 113/09 B](#), jeweils zitiert nach juris).

Diese Grenze ist im vorliegenden Fall nicht erreicht, weil die Beklagte durch den sachbearbeitenden Rechtsbeistand S. ausreichend vertreten ist. Es ist deshalb nicht erkennbar, warum es der Beklagten nur eingeschränkt möglich sein soll, sich umfassend zur Sache einzulassen. Die Beklagte als Körperschaft des öffentlichen Rechts verfügt über genügend Personal und eine Vertretungsregelung in Abwesenheitsfällen. Dies schließt auch qualifizierte Mitarbeiter ein. Von daher ist nicht erkennbar, warum die Abteilungsleiterin für den Bereich Krankenhaus, Frau B., keinen befähigten Dritten mit der Wahrnehmung dieses Termins hätte beauftragen und detailliert instruieren können. Zumal sie ihren Urlaub erst am 26. Juni 2012 angetreten hatte. Auch der hier zu entscheidende Sachverhalt lässt keine andere Bewertung zu. Schließlich kommt es entgegen der Ansicht der Beklagten im Kern gerade nicht auf komplizierte Details eines verzweigten Sachverhalts an. Vielmehr geht es vorrangig um Rechtsfragen. Komplexe und schwierige Tatsachengrundlagen, die der Senat noch hätte ermitteln und zu denen sich allein eine mit Spezialwissen ausgestattete Behördenvertreterin hätte äußern müssen, sind hier nicht gegeben. Die vom Prozessbevollmächtigten der Beklagten aufgeworfene Detailfrage, in welcher Höhe Forderungsausstände der Klägerin gegenüber der Beklagten bestanden haben, ist für die rechtliche Beurteilung des vorliegenden Sachverhalts unerheblich. Gleiches gilt auch für den Vorwurf der Beklagten, sie sei durch arglistiges Verhalten der Klägerin in der Mediation geschädigt worden. Der Senat hat bereits mit Schreiben vom 17. Februar 2012 die unzureichenden Ausführungen der Beklagten in diesem Punkt gerügt, ohne dass die Beklagte Anlass gesehen hat, ihren Sachvortrag unter Mitwirkung von Frau B. in diesem Punkt nachzubessern. Im Übrigen war der Prozessvertreter der Beklagten bei diesen Mediationsverhandlungen selbst anwesend. Es kann daher unterstellt werden, dass er selbst in der Lage ist, eigene Wahrnehmungen in diesem Punkt vorzutragen. Die pauschale Behauptung von vermeintlichem Detailwissen der Abteilungsleiterin B. genügt daher nicht, um die Gefahr einer Verkürzung des rechtlichen Gehörs gegenüber dem Senat hinreichend glaubhaft zu machen.

Diese Bewertung steht im Übrigen auch im Einklang mit der BSG-Rechtsprechung zur besonderen Problematik von Terminverlegungsanträgen. Der vorliegende Fall unterscheidet sich deutlich von dem Sachverhalt eines terminlich verhinderten Rechtsanwaltes, der als alleiniger Sachbearbeiter in ein bestimmtes Verfahren besonders eingearbeitet war (vgl. BSG, Beschluss vom 13. November 2008, [B 13 R 303/07 B](#), zitiert nach juris). Schließlich war die Beklagte – wie aus zahlreichen Parallelverfahren gerichtsbekannt – auch in diesem Verfahren durch ihren ständigen und stets bestens informierten Rechtsbeistand vertreten.

II. Es bestehen keine prozessual bedeutsamen Einwände der Beklagten aus den Mediationsverfahren AR 10/10 M bis AR 14/10 M, die einer Entscheidung des Senats in dieser Sache entgegenstehen. Aus dem von der Beklagten vorgelegten Protokoll der Mediationssitzung vom 24. Oktober 2010 geht schon nicht hervor, dass das vorliegende Verfahren überhaupt Gegenstand dieser Mediationsverhandlungen geworden war. Aus der Gerichtsakte ist kein Ruhensbeschluss wegen der durchgeführten Mediation zu entnehmen. Das vorliegende Verfahren und das Mediationsverfahren sind daher verfahrensrechtlich als unabhängige Verfahren zu behandeln. Hierbei kann der Senat sogar als wahr unterstellen, dass die Beteiligten auch in dem Mediationsverfahren über den vorliegenden Streitgegenstand gesprochen haben. Dies ersetzt jedoch nicht die notwendigen Prozessklärungen der Beteiligten in diesem Verfahren, um zu einer rechtlich erheblichen Einbeziehung dieses Verfahrens in die Mediation zu gelangen.

Selbst wenn zu Gunsten der Beklagten von einer rechtlich erheblichen Einbeziehung dieses Rechtsstreits in das Mediationsverfahren ausgegangen würde, kann sie aus dem Mediationsverfahren keine erheblichen Rechte herleiten. Die Annahme, das Mediationsverfahren wirke immer noch fort, ist unzutreffend. Eine gerichtsinterne Mediation beruht auf der freiwilligen Entscheidung der Beteiligten, diese durchzuführen. Daher ist es den Parteien jederzeit erlaubt, die Mediation zu beenden und das streitige Verfahren fortzusetzen (Zöller, Zivilprozessordnung, 29. Auflage, 2012, § 278 Rdn. 33). Die Vereinbarung, eine Mediation durchzuführen, ist frei widerruflich und stellt damit klar, dass eine Verpflichtung zur Einigung gerade nicht besteht (vgl. Walz, Formularbuch, Außergerichtliche Streitbeilegung, 2006, S.

52). Durch die Erklärung der Klägerin vom 2. März 2011 sowie des Mediators vom 16. Februar 2011, das bestehende Mediationsverfahren endgültig abubrechen, bestand aus Sicht der Beklagten kein Anlass mehr, auf die Fortsetzung des Mediationsverfahrens zu vertrauen. Die ablehnende Haltung der Klägerin zum Mediationsverfahren wird auch in der weiteren Folge deutlich. So hat sie nach Anberaumung eines Erörterungstermins durch das SG mitgeteilt, aus ihrer Sicht sei eine Einigung erkennbar aussichtslos (Schreiben vom 6. Juli 2011). Dies hat dann auch zur Aufhebung des Erörterungstermins geführt. Die Annahme der Beklagten, sie könne sich fortwährend auf das Mediationsverfahren berufen, entbehrt vor diesem rechtlichen Hintergrund jeglicher Rechtsgrundlage. Spätestens mit Erhalt der Ladungsverfügung zur mündlichen Verhandlung für den 1. September 2011 musste sich der Beklagten die Fortsetzung des gerichtlichen Verfahrens aufdrängen. Das Mediationsverfahren ist damit, gerade auch nach förmlichem Abbruch durch den Mediator (Schreiben vom 16. Februar 2011) gegenstandslos geworden.

Auch aus der Vereinbarung in der Mediation vom 25. Oktober 2010 kann die Beklagte nichts für sich herleiten. Nach objektivem Empfängerhorizont handelte es sich bei dieser Vereinbarung lediglich um eine Verfahrensregelung der Beteiligten, wie die zahlreichen Verfahren zum Abschluss gebracht werden sollten. Die in der Mediation getroffene Vereinbarung enthält weder zur Hauptsache dieses Verfahrens noch zur Frage der Zins- und/ oder Kostenregelung eine abschließende Regelung. Denn die Beklagte hat selbst ausdrücklich ausgeführt, dass eine abschließende Vereinbarung über die Verteilung der Kosten und Zinsen nicht getroffen worden sei. Dieser Bewertung folgt auch die Klägerin. Bei einem übereinstimmenden Verständnis der Beteiligten über eine getroffene Vereinbarung ist eine hiervon abweichende Auslegung ohnehin nicht möglich (vgl. Palandt, BGB, 70. Auflage 2011, § 133 Rdn. 8).

Dem Beweisantrag der Beklagten war nicht nachzugehen, da er unerheblich und ungeeignet war. Zwar sind die Gerichte im Rahmen der Amtsermittlung verpflichtet von allen Ermittlungsmöglichkeiten, die vernünftigerweise zur Verfügung stehen, Gebrauch zu machen. Ein Beweisantrag kann jedoch abgelehnt werden, wenn es auf die ungeklärte Tatsache nicht ankommt, wenn diese Tatsache als wahr unterstellt werden kann, wenn das Beweismittel völlig ungeeignet oder unerreichbar ist, wenn die behauptete Tatsache oder ihr Fehlen bereits erwiesen oder wenn die Beweiserhebung wegen Offenkundigkeit überflüssig ist (vgl. BSG, Beschluss vom 6. Februar 2007, [B 8 KN 16/05 B](#) und Beschluss vom 5. April 2012, [B 10 LW 5/11 B](#), zitiert nach juris). Dieser Fall liegt hier vor.

Die von der Beklagten behauptete Vereinbarung, die während der Mediation zustande gekommen sein soll, lässt in ihrer Rechtsfolge bereits nicht erkennen, dass es der Klägerin deswegen verwehrt sein soll, die streitgegenständliche Forderung weiterhin gerichtlich geltend zu machen. Daher kann die Vereinbarung der Beteiligten als wahr unterstellt werden, ohne dass die Beklagte hieraus für sich erhebliche Rechte herleiten könnte. Überdies ist das Beweismittel auch als ungeeignet anzusehen. Weder die Vereinbarung selbst noch die konkrete Umsetzung dieser Absprache der Beteiligten konnte die Beklagte hinreichend konkretisieren. Bereits in der gerichtlichen Aufforderung vom 17. Februar 2012 hat der Senat die Beklagte aufgefordert, diese Vereinbarung nach Ort, Zeit und Umständen näher darzulegen. Dem kam die Beklagte nicht nach, sondern verblieb bei der Wiederholung allgemeiner Behauptungen zu angeblichen Verfahrensabläufen, die sich nicht auf einen konkreten Tatsachenkern zurückführen lassen und damit für den Senat nicht überprüfungsfähig sind. Dies gilt insbesondere für die wesentliche Behauptung der Beklagten, sie habe den medizinischen Sachverhalt im vorliegenden Fall konkret überprüft (vgl. auch Schreiben der Beklagten vom 5. April 2012 und Beweisantrag zu 1.). Auf die ausdrückliche Nachfrage des Senats nähere Angaben zum Ergebnis und den Umständen dieser Überprüfung des Einzelfalls abzugeben (vgl. gerichtliches Schreiben vom 11. April 2012) erfolgte von Seiten der Beklagten kein konkreter Sachvortrag mehr. Die während der Mediation abgeschlossene Vereinbarung und die behauptete Überprüfung der Beklagten sind daher als bloße Behauptungen "aufs Geratewohl" oder "ins Blaue hinein" anzusehen und damit insgesamt unbeachtlich.

Gleiches gilt für den eher vagen Vorwurf der Beklagten, die Klägerin habe sich während der Mediation arglistig verhalten. Auch nach dem gerichtlichen Hinweis (Schreiben vom 17. Februar 2012) bleiben die hierfür zugrundeliegenden Tatsachen völlig unklar. Entgegen der Ansicht der Beklagten ist der Abbruch der Mediation von Seiten der Klägerin nicht automatisch als arglistig zu bewerten. Arglist setzt vielmehr regelmäßig ein vorsätzlich täuschendes Verhalten voraus, um einen anderen zur Abgabe einer für diesen nachteiligen Willenserklärung zu veranlassen (Palandt, Bürgerliches Gesetzbuch, 70. Auflage, 2011, § 123, Rdnr. 11). Für die Annahme, die Klägerin habe mittels eines nicht näher konkretisierten arglistigen Verhaltens oder entsprechender Erklärungen, die Beklagte zu einer nachteiligen Willenserklärung bzw. Zahlung veranlasst, fehlt jeder konkrete Anhaltspunkt im Sachvortrag der Beklagten und auch nach der Aktenlage. Auf die ausdrückliche gerichtliche Frage, auf welcher Grundlage die Klägerin gegenüber der Beklagten in vorwerfbarer Weise den Eindruck vermittelt haben soll, sie werde dieses gerichtliche Verfahren wegen des Ergebnisses der Mediation nicht weiter fortsetzen, vermochte die Beklagte wiederum keine Antwort zu geben. Zudem erweist sich der Arglistvorwurf der Beklagten bei näherer Prüfung sogar als in sich widersprüchlich. Bemerkenswert ist dabei, dass die Beklagte erst in der Berufungsschrift das angeblich "arglistige" Verhalten der Klägerin – d.h. lange nach Abbruch der Mediationsverhandlung – gerügt hat. Arglistiges Verhalten eines Vertragspartners ist üblicherweise ein das Vertrauen erheblich erschütternder Vorgang, der erwartungsgemäß zu umgehenden Reaktionen des davon Benachteiligten führt. Diese typische Reaktion hat die Beklagte dagegen nicht gezeigt. Nach Erhalt des Schreibens der Gegenseite vom 3. März 2011 hat sie nicht sofort das angeblich "arglistige" Verhalten der Gegenseite gerügt, sondern in ihrem Schreiben vom 18. April 2011 nur verfahrensrechtliche Argumente aus der Mediation hergeleitet. Die abwartende Reaktion der Beklagten begründet daher erhebliche Zweifel, ob sich der angebliche Arglisteinwand auf eine konkrete Tatsachengrundlage stützen kann und nicht eher als ein prozesstaktischer Vortrag der Beklagten zu bewerten ist, um sich gegen die bereits bekannte Rechtsprechung des Senats mit vermeintlich "neuen" Gegenrechten verteidigen zu können. Für diese Annahme spricht, dass die anwaltlich vertretene Beklagte diesen selbst aus Laiensicht erkennbar erheblichen Umstand auch in den vorangegangenen mündlichen Verhandlungen des Senats in Parallelverfahren (Urteil vom 16. März 2011, [L 4 KR 66/09](#); Urteil vom 30. Juni 2011, [L 4 KR 68/09](#)) bzw. in der mündlichen Verhandlung vor dem SG vom 1. September 2011 nie aufgegriffen hatte.

Die Erklärung der Prozessbevollmächtigten der Klägerin in einem Gerichtstermin der Beteiligten vom August 2011 (Beweisantrag 2.), ihre Vorgehensweise erkläre sich aus Liquiditätsproblemen des Krankenhauses, die im Senatstermin vom 5. Juli 2012 ausdrücklich eingeräumt worden ist, genügt erkennbar nicht, um auf ein arglistiges Verhalten oder auf eine für die Beklagte günstigen Vereinbarung schließen zu können. Schließlich handelt es sich um die bloße Schilderung einer Motivlage der Klägerin, die einer Fortsetzung des Verfahrens nicht entgegensteht.

III. Die Berufung ist 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 Klägerin steht ein Vergütungsanspruch aus der Rechnung 16. Juli 2009 zu. Rechtsgrundlage dieses Vergütungsanspruchs ist [§ 109 Absatz 4 Satz 3 SGB V](#) in Verbindung mit der Budget- und Entgeltvereinbarung 2008. Der gesetzlichen Behandlungspflicht der zugelassenen Krankenhäuser ([§ 109 Absatz 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 in der Budget- und Entgeltvereinbarung zwischen Krankenkasse und Krankenhaus festgelegt wird, soweit noch nicht das DRG-Vergütungssystem anzuwenden ist.

Eine Krankenkasse ist nach [§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) in Verbindung mit der Budget- und Entgeltvereinbarung zur Zahlung der vereinbarten Entgelte nur verpflichtet, wenn die Versorgung im Krankenhaus im Sinne des [§ 39 SGB V](#) erforderlich war. Dies richtet sich allein nach den medizinischen Erfordernissen (Großer Senat des BSG, Beschluss vom 25. September 2007, [GS 1/06](#) - Leitsatz 1) und verlangt von Seiten der Krankenkassen sowie ggf. von den Sozialgerichten eine eingehende Prüfung von Amts wegen.

Ob die Behandlung des Versicherten im Krankenhaus für den Zeitraum vom 8. Juni 2009 bis 1. Juli 2009 tatsächlich erforderlich war, kann der Senat im vorliegenden Fall ausnahmsweise offenlassen. Bereits aus [§ 7 Abs. 1 Satz 1](#) der Budget- und Entgeltvereinbarung (2008) ergibt sich eine Vorleistungspflicht der Beklagten. Sie war daher innerhalb der in [§ 7 Abs. 2](#) der Budget- und Entgeltvereinbarung festgelegten Fristen verpflichtet, nach Rechnungsstellung und Übersendung der notwendigen Daten gemäß [§ 301 SGB V](#) die fällige Summe zu zahlen. Dabei stand ihr kein Zurückbehaltungsrecht zu. Die Klägerin war nicht verpflichtet, die Notwendigkeit der Behandlung genauer zu begründen. Eine derartige Pflicht ergibt sich weder aus [§ 301 SGB V](#) noch aus möglichen Besonderheiten des Einzelfalls (im Folgenden 1.). Wäre die Klägerin der Forderung der Beklagten nach einer gesonderten Begründung für den Behandlungsfall nachgekommen, hätte dies eine Verletzung des [§ 26 Abs. 1 Nr. 2](#) des Datenschutzgesetzes des Landes Sachsen-Anhalt (DSG-LSA) zur Folge gehabt (im Folgenden 2.). Die Beklagte hat mit ihrer Vorgehensweise das gesetzliche Prüfverfahren nach [§ 275 SGB V](#) umgangen und [§ 275 Abs. 1 c Satz 2 SGB V](#) verletzt. [§ 275 Abs. 1 c Satz 2 SGB V](#) enthält dabei eine gesetzliche Ausschlussfrist sowie ein gerichtliches Verwertungsverbot und schließt nachträgliche Einwände der Beklagten endgültig aus (im Folgenden 3.). Im Übrigen ist die Vorgehensweise der Beklagten auch unter Beachtung der wechselseitigen Obhutspflichten zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen rechtsmissbräuchlich, was wiederum zu einem endgültigen Einwendungsausschluss führt (im Folgenden 4.).

1. Die Beklagte war nach Erhalt der Rechnung zur Zahlung verpflichtet. [§ 7 Abs. 1 Satz 1](#) der zwischen den Beteiligten geltenden Budget- und Entgeltvereinbarung (2008) bestimmt, dass der Rechnungsbetrag spätestens am 21. Kalendertag nach Eingang der Rechnung zu überweisen ist; wobei die Fälligkeit am 24. Kalendertag unter Berücksichtigung eines Post- und Banklaufweges von drei Tagen ab Rechnungsdatum eintritt. Diese Regelung begründet eine Pflicht der Beklagten, nach Übermittlung der vollständigen Daten nach [§ 301 SGB V](#) und der vollständigen Rechnung die Zahlung innerhalb der genannten Frist vorzunehmen. Anhaltspunkte für unvollständige Daten oder Mängel der Abrechnung, die einer Fälligkeit der Rechnung entgegenstehen könnten, sind hier nicht ersichtlich. Weder hat die Beklagte Fehler in der Abrechnung bemängelt noch konkret fehlende Daten gemäß [§ 301 SGB V](#) gerügt. Allerdings könnte aus dem Vorbringen der Beklagten die Rechtsansicht zu entnehmen sein, das Verlangen der Krankenkasse nach einer ergänzenden medizinischen Begründung zum Behandlungsfall erweitere den Katalog der nach [§ 301 SGB V](#) zu übermittelnden Daten. Dann könnte die Beklagte hier einwenden, die Forderung sei wegen der verweigerten Abgabe weiterer Sozialdaten bereits nicht fällig geworden. Allerdings ist einer solchen Rechtsauffassung nicht zu folgen.

Die Klägerin ist ihren Übermittlungspflichten nach [§ 100](#) Zehntes Buch Sozialgesetzbuch – Sozialverfahren und Sozialdatenschutz (SGB X) und [§ 301 SGB V](#) vollständig nachgekommen. Das Krankenhaus hat grundsätzlich im Rahmen der wechselseitigen Leistungsbeziehungen zur Krankenkasse diejenigen Angaben zu machen und Unterlagen beizubringen, die zur Beurteilung der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit im Einzelfall erforderlich sind. Die Auskunftspflichtung der Klägerin ergibt sich nach der Rechtsprechung des BSG (Urteil vom 22. April 2009, [B 3 KR 24/07 R](#), zitiert nach juris) grundsätzlich aus [§ 100 Abs. 1 Satz 3 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 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 MDK 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 sind die Krankenhäuser verpflichtet, 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 – auch zur Wahrung des Datenschutzes – abschließend und enumerativ aufgezählt, welche Angaben der Krankenkasse bei einer Krankenhausbehandlung ihrer Versicherten auf jeden Fall zu übermitteln sind (vgl. [BT-Drucks. 12/3608, S. 124](#)). In [§ 301 SGB V](#) werden damit die Mindestangaben bezeichnet, die eine gesetzliche 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 auf der ersten Stufe der Sachverhaltserhebung nicht, fehlt es bereits an der Fälligkeit der Vergütungsforderung (BSG [SozR 4-2500 § 109 Nr. 1](#) Rz. 12; vgl. BSG, Urteil vom 16. Mai 2012, [B 3 KR 14/11 R](#), zitiert nach juris).

Erschließen sich die Notwendigkeit der Krankenbehandlung bzw. die weiteren Abrechnungsvoraussetzungen den medizinischen regelmäßig nicht besonders ausgebildeten Mitarbeitern der Krankenkasse nach [§ 301 SGB V](#) nicht, ist auf der zweiten Stufe der Sachverhaltserhebung ein Prüfverfahren nach [§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) einzuleiten. In diesem Fall wäre die Krankenkasse verpflichtet, vom MDK eine gutachterliche Stellungnahme aus den bisher vom Krankenhaus zur Verfügung gestellten Unterlagen ([§ 301 SGB V](#)) einzuholen. Erst wenn sich auf der ersten und der zweiten Stufe der Sachverhaltserhebung kein abschließendes Ergebnis feststellen lässt, besteht eine Pflicht des Krankenhausträgers, auf konkrete Anfrage des MDK weitere Sozialdaten zu übermitteln ([§ 276 Abs. 2 SGB V](#)) und erreicht damit die dritte Stufe der Sachverhaltserhebung (vgl. BSG, Urteil vom 16. Mai 2012, [a.a.O.](#)).

Die Beklagte kann von der Klägerin keine ergänzende medizinische Begründung für den Behandlungsfall verlangen und hat daher auch kein Zurückbehaltungsrecht gegenüber der fälligen Krankenhausrechnung. Das Krankenhaus hat seine aus [§ 301 SGB V](#) folgenden Datenübermittlungspflichten bereits vollständig erfüllt. Damit ist die Beklagte ihrerseits verpflichtet, ein Prüfverfahren nach [§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) einzuleiten und eine umfassende medizinische Prüfung bis zur dritten Stufe der Sachverhaltserhebung vorzunehmen, wenn sie die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung anzweifelt. Im Gegensatz zu dem Sachverhalt des BSG im Urteil vom 16. Mai 2012 existiert im vorliegenden Fall keine Richtlinie oder ähnliches, die es den Sachbearbeitern der Beklagten bereits auf medizinischer Laienebene und ohne Einschaltung des MDK erlaubt hätte, die Notwendigkeit der Behandlung substantiiert zu bestreiten und die Zahlung zu verweigern. Die Beklagte hat sich zu keinem Zeitpunkt mit dem komplexen medizinischen Sachverhalt auf psychiatrischem Gebiet inhaltlich auseinandergesetzt. Es ist daher nicht nachvollziehbar, warum die Krankenhausabrechnung Zweifeln unterliegen soll. Die Einschaltung des MDK durch die Beklagte war gerade auf der Grundlage der hier konkret übermittelten Sozialdaten von Seiten der Klägerin unverzichtbar. Insbesondere bei psychischen Erkrankungen ist die Notwendigkeit stationärer oder ambulanter Behandlung nur schwer abzugrenzen. Denn Versicherte mit einem psychiatrischen Leiden haben nach der BSG-Rechtsprechung Anspruch auf stationäre Krankenhausbehandlung, wenn nur auf diese Weise ein erforderlicher komplexer Behandlungsansatz durch das Zusammenwirken eines multiprofessionellen Teams unter fachärztlicher Leitung erfolgversprechend verwirklicht werden kann. Vor allem bei psychiatrischen Behandlungen kann der Einsatz von krankenhausspezifischen Gerätschaften in den Hintergrund treten und allein schon die Notwendigkeit des kombinierten Einsatzes von Ärzten, therapeutischen Hilfskräften und Pflegepersonal sowie die Art der Medikation die Möglichkeit einer ambulanten Behandlung ausschließen und eine (teil-) stationäre Behandlung erforderlich machen (vgl. dazu BSG, Urteil vom 10. April 2008, [B 3 KR 19/05](#), zitiert nach juris).

Dies gilt auch gerade vor dem Hintergrund einer tagesklinischen Behandlung des Versicherten bei der Klägerin. Nach dem standardisierten Schreiben der Beklagten vom 12. Juni 2009 soll es sich bei dem streitigen Behandlungsfall um eine stationäre Behandlung gehandelt haben. Tatsächlich wurde der Versicherte jedoch im konkreten Fall nur teilstationär behandelt. Die teilstationäre Behandlung von psychiatrischen Erkrankungen in einer Tagesklinik unterliegt dabei einer ganz besonderen Prüfung im Hinblick auf die medizinische Notwendigkeit und die Wirtschaftlichkeit. Schließlich ist eine differenzierte Bewertung und Abgrenzung zur vollstationären bzw. ambulanten Behandlung vorzunehmen (vgl. hierzu LSG Sachsen-Anhalt, Urteil vom 28. September 2010, [L 4 KR 48/05](#), zitiert nach juris).

Die vorliegenden Besonderheiten des Behandlungsfalls haben damit eine Prüfung des Einzelfalls durch den MDK auf der dritten Prüfungsstufe geradezu aufgedrängt und lassen sich auf medizinischer Laienebene nicht beantworten. Nach der Rechtsprechung des BSG ist es den Krankenkassen in einem solchen Fall verwehrt medizinische Unterlagen "zur Vorprüfung des Vergütungsanspruchs" außerhalb des [§ 301 SGB V](#) anzufordern. Bei Zweifeln über die Erbringung von Leistungen, insbesondere zur Prüfung von Voraussetzungen, Art und Umfang sowie Auffälligkeiten der Prüfung ist daher eine Stellungnahme des MDK einzuholen (BSG, Urteil vom 16. Mai 2012, [a.a.O.](#)). Dies hat die Beklagte rechtswidrig unterlassen.

Während in anderen vom Senat entschiedenen Sachverhalten (vgl. LSG Sachsen-Anhalt, Urteil vom 13. August 2009 – [L 4 KN 87/04 KR](#); Urteil vom 13. August 2009 – [L 4 KN 40/04 KR](#); Urteil vom 19. November 2009 – [L 4 KR 76/05](#)) die Krankenkasse zur medizinischen Überprüfung des Behandlungsfalles jeweils fest entschlossen und dazu den MDK entweder bereits eingeschaltet hatte oder dessen Einschaltung unmittelbar bevor stand, beabsichtigte sie hier die Durchführung einer Art Vorermittlung, um festzustellen, ob Anlass zur Überprüfung des Behandlungsfalles besteht. Zwar hat sie im Schreiben vom 12. Juni 2009 an das Krankenhaus erklärt, die Notwendigkeit der stationären Krankenhausbehandlung "auf der Basis der geltenden gesetzlichen ([§§ 39, 275, 276 SGB V](#)) Regelungen" überprüfen zu wollen, hat ferner einen Überprüfungsgrund angegeben, hat aber dann lediglich ausgeführt, es könne "zur Zeit nicht ausgeschlossen werden (), dass eine Überprüfung durch den MDK notwendig wird". Nach Vorlage der angeforderten Informationen zur medizinischen Begründung der Notwendigkeit der Behandlung mit den besonderen Mitteln eines Krankenhauses wollte die Beklagte sodann prüfen, ob eine Kostenübernahmeerklärung abzugeben oder der MDK mit der Überprüfung zu beauftragen war. Mit dem Hinweis, Ergebnis der Überprüfung könne auch die Abgabe der Kostenübernahmeerklärung ohne Einschaltung des MDK sein, hat die Beklagte deutlich gemacht, dass mit ihrer Anfrage das gesetzlich geregelte Prüfverfahren nach [§ 275 SGB V](#) noch nicht unmittelbar eingeleitet werden sollte. Dieses Vorgehen steht mit [§ 275 SGB V](#) offensichtlich nicht in Einklang, denn danach hat die Krankenkasse ("ist verpflichtet") in den genannten Fällen eine gutachtliche Stellungnahme des MDK einzuholen ([§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#)). Von der Möglichkeit, zur Vorbereitung einer Stellungnahme des MDK medizinische Unterlagen beizuziehen und durch die Krankenkasse selbst auszuwerten, spricht [§ 275](#) dagegen nicht.

Anderweitige Rechtsgrundlagen, auf die sich die Beklagte hier berufen könnte, sind nicht ersichtlich. Ein Sicherstellungsvertrag nach [§ 112 Abs. 1 SGB V](#) mit (u. a.) Regelungen zur Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung (vgl. Abs. 2 Nr. 2 der Vorschrift) besteht in Sachsen-Anhalt nicht.

2. Dem Begehren der Beklagten auf Übermittlung einer medizinischen Begründung ohne konkreten Anlass steht auch [§ 26 Abs. 1 Nr. 2](#) Datenschutzgesetz des Landes Sachsen-Anhalt (DSG-LSA) entgegen. Medizinische Daten sind personenbezogene Daten besonderer Art und damit aus Sicht des Versicherten als Grundrechtsträger der informationellen Selbstbestimmung besonders schutzwürdig. Nach [§ 26 Abs. 1 Nr. 2](#) DSG-LSA dürfen besonders geschützte personenbezogene Daten, wie sie hier gegeben sind, nicht ohne ausdrückliche Einwilligung des Betroffenen übermittelt werden, wobei sich die Einwilligung auf die konkret zu übertragenden Daten beziehen muss. Eine derartige Einwilligung lag hier nicht vor. Zum Schutz der persönlichen Daten des Versicherten bedarf es daher einer ausdrücklichen gesetzlichen Ermächtigungsgrundlage, die es Krankenkasse und Krankenhaus erlaubt, über [§ 301 SGB V](#) hinaus medizinische Sozialdaten anzufordern oder zu übermitteln. Eine solche Ermächtigungsnorm steht aber nur dem MDK, nicht auch den Krankenkassen zur Verfügung: Während die Leistungserbringer gegenüber dem MDK gemäß [§ 276 Abs. 2 SGB V](#) (Fassung vom 26. März 2007) verpflichtet sind, Sozialdaten auf Anforderung unmittelbar an diesen zu übermitteln, soweit dies für die gutachtliche Stellungnahme und Prüfung erforderlich ist, steht den

Krankenkassen für die Datenübermittlung bzw. -anforderung nur [§ 301 SGB V](#) zur Verfügung. Das Krankenhaus hätte hier also, wenn dem Ansinnen der Beklagten entsprochen worden wäre, klar gegen die Datenschutzbestimmung des § 26 Abs. 1 Nr. 2 DSGVO verstoßen. Vor diesem Hintergrund erscheint es auch aus datenschutzrechtlicher Sicht konsequent, wenn der 3. Senat des BSG in seiner Entscheidung vom 22. April 2009 ([a.a.O.](#)) für den MDK aus dem Rechtsgedanken des [§ 35 SGB X](#) eine besondere Begründungspflicht herleitet, wenn das Krankenhaus ihm 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](#) Strafgesetzbuch (StGB) verpflichtet, die Rechtmäßigkeit solcher Anforderungen zu prüfen. Dies gilt erst Recht für Anforderungen der Krankenkasse, die sich über [§ 301 SGB V](#) hinaus auf keine vergleichbare Norm wie [§ 276 Abs. 2 SGB V](#) stützen kann.

3. Das Vorgehen der Beklagten ist auch vor dem Hintergrund der gesetzlichen Neuregelungen zum Prüfverfahren gemäß [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) rechtswidrig und schließt Einwände wegen vermeintlicher Pflichtverletzungen der Klägerin aus.

Gemäß [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) in der Fassung vom 26. März 2007 ([BGBl. I S. 378](#)) ist bei Krankenhausbehandlung nach [§ 39 SGB V](#) eine Prüfung nach [§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) zeitnah durchzuführen. Die Prüfung ist spätestens sechs Wochen nach Eingang der Abrechnung bei der Krankenkasse einzuleiten und durch den MDK dem Krankenhaus anzuzeigen. Falls die Prüfung nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages führt, hat die Krankenkasse dem Krankenhaus eine Aufwandspauschale in Höhe von 100,- EUR zu entrichten. Mit dieser Aufwandspauschale soll einer ungezielten und übermäßigen Einleitung von Begutachtungen entgegengewirkt werden ([BT-Drucksache 16/3100, S. 171](#)) und der durch den Prüfumfang ausgelöste Verwaltungsaufwand bei den Krankenhäusern möglichst gering gehalten werden. Die Einführung der Pauschale von 100,- EUR hatte dabei nicht in dem erhofften Umfang zu einer Reduzierung der Prüfquote der Krankenkassen geführt. Dies veranlasste den Gesetzgeber zu einer weiteren Verschärfung zu ihren Lasten. Mit Gesetz vom 17. März 2009 ([BGBl. I S. 546](#)) ist die Pauschale deutlich auf nunmehr 300,- EUR angehoben worden. Diese gesetzliche Neureglung des [§ 275 Abs. 1c SGB V](#), die auf den vorliegenden Fall anwendbar gewesen wäre, wenn die Beklagte den MDK eingeschaltet hätte, kann als besonderer Ausdruck des Beschleunigungsgrundsatzes angesehen werden (Wagner/Knittel, Soziale Krankenversicherung Pflegeversicherung, Stand: September 2010, § 275, RdNr. 17).

Bei Beachtung der Zielsetzung des Gesetzes, die Krankenkassen zu einem schnellen und zielorientierten Prüfverfahren anzuhalten, bewirkt das Verhalten der Beklagten hier eine Umgehung des [§ 275 Abs. 1c SGB V](#). Mit ihrem Vorgehen zielt die Beklagte darauf ab, in Analogie zu den in einigen anderen Bundesländern abgeschlossenen Sicherstellungsverträgen eine Verpflichtung des Krankenhauses zur Mitwirkung an der Vorprüfung durch Übermittlung von weitergehenden medizinischen Daten zu begründen, damit, so das vorgerichtlich erklärte Ziel, ggf. auch die Voraussetzung für eine Kostenübernahmeerklärung der Krankenkasse geschaffen werden kann. Für derartige Vorprüfungen stehen der Beklagten aber, wie ausgeführt, keine gesetzlichen oder vertraglichen Anspruchsgrundlagen zur Verfügung. Rechtsgrundlage ist allein [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) mit der Folge, dass dem Krankenhaus ggf. eine Aufwandspauschale zu zahlen ist. Nur so können die Krankenkassen dem Ziel des Gesetzgebers, Einzelfallprüfungen "zukünftig zielorientierter und zügiger" einzusetzen (so zum Ganzen: Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und SPD zum Entwurf des GKV-WSG, [BT-Drucks 16/3100 S 171](#) zu Nummer 185 (§ 275) zu Buchst a) gerecht werden.

Mit der Regelung des [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) ist durch die Formulierung "ist spätestens sechs Wochen nach Eingang der Abrechnung bei der Krankenkasse einzuleiten und durch den Medizinischen Dienst des Krankenhaus anzuzeigen" ein streng formalisiertes Prüfverfahren eingeführt worden. Hält sich die Krankenkasse an diese Vorgaben nicht, sind damit automatisch mögliche Einwände gegen die Krankenhausabrechnung endgültig ausgeschlossen (vgl. [Bundestagsdrucksache 16/3100 S.171](#); so auch BSG, Urteil vom 17. Dezember 2009, [B 3 KR 12/08 R](#), zitiert nach juris; nun ausdrücklich bestätigt durch BSG, Urteil vom 16. Mai 2012, [B 3 KR 14/11 R](#), zitiert nach juris).

Nachdem die Beklagte die Rechnung der Klägerin nicht als unschlüssig zurückweisen konnte, zu Unrecht vom Krankenhaus eine spezifische Begründung verlangt hatte, obwohl sie wegen der besonderen medizinischen Problematik (Psychiatrisches Fachgebiet sowie Tagesklinik) bereits die dritte Prüfungsstufe der BSG-Rechtsprechung erreicht hatte, bestand die Pflicht der Beklagten, eine ausführliche medizinische Sachverhaltserhebung durch den MDK durchführen zu lassen (sog. dritte Stufe der Sachverhaltserhebung). Dies hat sie vollständig unterlassen. Damit liegen die Voraussetzungen der Ausschlussfrist des [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) vor (zum Ausnahmefall einer bereits zweifelhaften bzw. unschlüssigen Abrechnung vgl. BSG, Urteil vom 16. Mai 2012, [a.a.O.](#)). Das BSG hat im Fall der notwendigen MDK-Prüfung auf der dritten Stufe der Sachverhaltserhebung eine schwerwiegende Verletzung des [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) gesehen, die neben einem gesetzlichen Ausschlussstatbestand von Einwänden der Krankenkasse gegenüber Vergütungsansprüchen des Krankenhauses auch ein gerichtliches Beweisverwertungsverbot nach sich zieht (BSG a.a.O.). Dem Senat ist daher jede medizinische Einzelfallprüfung untersagt.

4. Das Vorgehen der Beklagten ist auch rechtsmissbräuchlich und schließt Einwände wegen vermeintlicher Pflichtverletzungen der Klägerin aus. Der klare und über Jahre fortgesetzte Gesetzesverstoß gegen [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) führt wegen der besonderen Dauerbeziehung der Beteiligten zu einer schwerwiegenden Verletzung des Vertrauensverhältnisses der Beteiligten und den Geboten von Treu und Glauben nach [§ 242](#) Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) (vgl. BSG 89 S.104, 110= [SozR 3-2500 § 112 Nr. 2](#) S. 10, 16 - "Berliner Fälle") und rechtfertigt ebenfalls einen endgültigen Einwendungsausschluss zu Lasten der Beklagten.

IV. Der Zinsanspruch ergibt sich aus den vom SG zutreffend erkannten Rechtsgrundlagen. Auf die Gründe der Vorinstanz wird gemäß [§ 153 Abs. 2 SGG](#) verwiesen.

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

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 durch die bereits im Urteil erörterten zahlreiche Entscheidungen (zuletzt 3. Senats des BSG im Verfahren [B 3 KR 14/11 R](#) vom 16. Mai 2012 ([a.a.O.](#))) abschließend geklärt. Die von der Beklagten aufgeworfenen Fragen zum Mediationsverfahren sind rechtlich geklärt und beziehen sich auf einen Einzelfall ohne grundsätzliche Bedeutung.

Rechtskraft

Aus

Login
SAN
Saved
2013-11-22