

L 20 KR 133/17 NZB

Land
Freistaat Bayern
Sozialgericht
Bayerisches LSG
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
20
1. Instanz
SG Nürnberg (FSB)
Aktenzeichen
S 7 KR 377/16
Datum
01.12.2016
2. Instanz
Bayerisches LSG
Aktenzeichen
L 20 KR 133/17 NZB
Datum
12.07.2017
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Beschluss
Leitsätze

1. Wenn ein Beteiligter die „vom SG vorgenommene Wertung“ von Rechtsprechung des BSG rügt, rügt er im Ergebnis nur die seiner Ansicht nach unrichtige Entscheidung des SG im Einzelfall; dies verleiht der Rechtssache aber keine grundsätzliche Bedeutung.

2. Eine ordnungsgemäße Information der Krankenkassen als unverzichtbare Grundlage und Bestandteil einer ordnungsgemäßen Abrechnung und bei insoweit fehlenden Angaben nicht eintretender Fälligkeit der abgerechneten Forderung ist vor dem Hintergrund einer Abrechnungsrelevanz zu sehen, d.h. nur im Einzelfall abrechnungsrelevante Daten dürfen angefordert werden.

I. Die Beschwerde der Beklagten gegen die Nichtzulassung der Berufung im Urteil des Sozialgerichts Nürnberg vom 1. Dezember 2016 wird zurückgewiesen.

II. Die Beklagte trägt die Kosten des Beschwerdeverfahrens.

III. Der Streitwert wird auf 573,81 EUR festgesetzt.

Gründe:

I.

Streitig sind in der Hauptsache Kosten stationärer Krankenhausbehandlung. Die Beklagte und Beschwerdeführerin (im Folgenden: Beklagte) begehrt vorliegend die Zulassung der Berufung gegen das klageabweisende Urteil des Sozialgerichts Nürnberg (SG) vom 01.12.2016.

Die Klägerin und Beschwerdegegnerin (im Folgenden: Klägerin) betreibt das Krankenhaus M., welches in den Krankenhausplan des Freistaats Bayern eingetragen ist. In diesem behandelt sie unter anderem auch Versicherte der Beklagten. Unter anderem wurde der bei der Beklagten gesetzlich krankenversicherte C. im Krankenhaus der Klägerin im Zeitraum 02.04.-05.04.2012 stationär behandelt. Die Klägerin rechnete die Behandlung unter Zugrundelegung der DRG K06D (= Eingriffe an Schilddrüse, Nebenschilddrüse und Ductus thyreoglossus, außer bei bösartiger Neubildung, ohne Parathyreoidektomie, ohne äußerst schwere oder schwere CC) mit einem Gesamtbetrag von 3.067,69 EUR ab (Rechnung vom 02.05.2012). Die Beklagte zahlte die Rechnung ohne Vorbehalt.

Mit Schreiben vom 15.12.2015 wandte sich die Beklagte an die Klägerin und teilte unter Bezugnahme auf die Entscheidungen des Bundessozialgerichts (BSG) vom 01.07.2014 ([B 1 KR 29/13 R](#)) und 14.10.2014 ([B 1 KR 25/13 R](#) und [B 1 KR 26/13 R](#)) mit, es bestünden Anhaltspunkte, dass die Abrechnung nicht sachlich-rechnerisch richtig sei und/oder die Klägerin ihre primären Informationspflichten nicht erfüllt habe. Konkret beanstandete die Beklagte, dass die Angaben über die durchgeführten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gemäß [§ 301 Abs. 1 S. 1 Nr. 8](#) i.V.m. [§ 301 Abs. 3](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) nicht übermittelt worden seien.

Mit Prüfauftrag "Anzeige des SMD-Verfahrens gemäß [§ 275 SGB V](#)" forderte der Sozial-medizinische Dienst (SMD) der Beklagten die Klägerin am 16.12.2015 zur Übersendung folgender Unterlagen auf: - Entlassungsbericht (mit datumsbezogenen Angaben über Therapie und Verlauf) - OP-Bericht/histologischer Befund - Pflegebericht - ärztlicher Anamnese- und Aufnahmebefund - Kurvenplan/Fieberkurve - Arztverlaufsdocumentation.

Die Klägerin übersandte in der Folgezeit keine Unterlagen.

Mit Schreiben vom 11.04.2016 teilte die Beklagte der Klägerin mit, dass man auf die Anfrage vom 16.12.2015 keinen Antworteingang habe

verzeichnen können. Man gehe davon aus, dass die Voraussetzungen des von der Klägerin geltend gemachten Vergütungsanspruchs nicht nachgewiesen seien. Der Behandlungsfall werde mit einem Behandlungstag vergütet. Am 15.04.2016 verrechnete die Beklagte daher den insoweit geltend gemachten Erstattungsanspruch in Höhe von 573,81 EUR mit weiteren unstreitigen Vergütungsansprüchen der Klägerin.

Hiergegen wandte sich die Klägerin mit Schreiben vom 15.04.2016. Die von der Beklagten angemahnte Datenübermittlung komme nur bei OPS-Kodes in Betracht, mit denen frührehabilitative Leistungen definiert seien. Dies seien die Kodes 8-550 (geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung), 8-552 (neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation), 8-553 (frührehabilitative Komplexbehandlung von Patienten mit Kopf-Hals-Tumoren) und 8-559 (fachübergreifende und andere Frührehabilitation). Somit sei primär das Anliegen der Beklagten nicht nachvollziehbar. Auch die Anforderung von Unterlagen seitens des SMD sei nicht zulässig. Grundlage für die Übersendung von Unterlagen an den SMD sei analog dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) [§ 276 SGB V](#). Der SMD berufe sich bei der Anforderung auch auf [§ 275 SGB V](#). Inhaltlich handele es sich bereits nicht um eine Prüfung nach [§ 275 SGB V](#) und, da es sich um einen bislang von der Beklagten komplett unbeanstandeten Fall aus 2012 handele, könne es sich auch auf Grundlage der Fristen ebenfalls nicht um eine Prüfung nach [§ 275 SGB V](#) handeln. Damit entfalle diese Grundlage für das Übersenden von Unterlagen an den SMD. Zudem sei vollkommen unklar, was der SMD eigentlich prüfen solle. Dies gehe weder aus dem Schreiben der Beklagten noch dem des SMD hervor. Die Beklagte führe eine virtuelle Verweildauerkürzung durch, die durch nichts begründet sei.

Die Beklagte führte dazu mit Schreiben vom 26.04.2016 aus, dass es sich hier nicht um ein Prüfverfahren nach [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) handele, sondern um eine Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit der Abrechnung. Man verweise auf die Urteile des BSG vom 01.07.2014 ([B 1 KR 29/13 R](#)) und 14.10.2014 ([B 1 KR 26/13 R](#)), nach denen die Krankenkassen jederzeit berechtigt seien, innerhalb der Verjährung die sachlich-rechnerische Richtigkeit einer Abrechnung von Krankenhausvergütung mit Blick auf bestehende Leistungsverweigerungsrechte oder nicht verjährte Erstattungsforderungen zu überprüfen. Das Krankenhaus habe hierzu zutreffend und vollständig alle Angaben zu machen, derer es zur Überprüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit der Angaben bedürfe. Das Krankenhaus habe spätestens auf Anforderung der Krankenkasse die Obliegenheit, an der Aufklärung des Sachverhalts mitzuwirken, insbesondere auch die Behandlungsunterlagen an den SMD herauszugeben. Gemäß [§ 301 Abs. 1 S. 1 Nr. 8 i.V.m. § 301 Abs. 3 SGB V](#) sei die Klägerin dazu verpflichtet, der Beklagten Angaben über die durchgeführten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu übermitteln. Entgegen der Auffassung der Klägerin sei das BSG-Urteil nicht nur auf Fälle mit geriatrischer Frührehabilitation anwendbar, sondern [§ 301 Abs. 1 S. 1 Nr. 8 SGB V](#) spreche von allen durchgeführten Leistungen zur medizinischen Frührehabilitation. Aus der Datenübermittlungsvereinbarung lasse sich kein Recht herleiten, die Daten zu verweigern.

Mit Schriftsatz ihres Bevollmächtigten vom 11.07.2016 hat die Klägerin Klage zum SG erhoben. Die Rechtsauffassung der Beklagten sowie ihre Vorgehensweise seien contra legem. Im Rahmen den von der Beklagten in Bezug genommenen Entscheidungen vom 14.10.2014 habe der 1. Senat des BSG Feststellungen zu den Informationsobliegenheiten der Krankenhäuser bei der Abrechnung von Komplexbehandlungen getroffen. Den Urteilen hätten stationäre Krankenhausaufenthalte zu Grunde gelegen, im Rahmen derer geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlungen durchgeführt worden seien. Dem vorangegangen sei eine sog. Strukturprüfung durch den MDK, im Rahmen derer die Mindestmerkmale des OPS-Kodes für die geriatrische Komplexbehandlung überprüft worden seien. Die Krankenhäuser hätten in beiden Fällen keine Angaben über die durchgeführten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation übermittelt. Die angerufenen Sozialgerichte hätten die Klagen abgewiesen, da sich aus den Behandlungsunterlagen ergeben habe, dass ein Mindestmerkmal für die Abrechnung der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung nicht gegeben gewesen sei. Das BSG habe ausgeführt, dass Voraussetzung für die Kodierung des OPS-Kodes 8-550.1, welcher die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung abbilde, der Bedarf des Patienten nach aktivierend-therapeutischer Pflege sei. Erst mit Übersendung der Behandlungsunterlagen im Rahmen des gerichtlichen Verfahrens seien die Krankenhäuser ihren aus [§ 301 Abs. 1 S. 1 Nr. 8 SGB V](#) ergebenden Obliegenheiten nachgekommen, die für die Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit der Abrechnung erforderlichen Informationen zu übermitteln. Das BSG habe mithin festgestellt, dass Krankenhäuser, wenn sie geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung abrechnen möchten, Angaben aus [§ 301 Abs. 1 S. 1 Nr. 8 SGB V](#) an die Krankenkasse zu übermitteln hätten. Was unter dem Begriff der "medizinischen Rehabilitation" i.S.d. [§ 301 Abs. 1 S. 1 Nr. 8 SGB V](#) zu verstehen sei, ergebe sich grundsätzlich aus der Vorschrift des [§ 40 SGB V](#), der mit "Leistungen zur medizinischen Rehabilitation" betitelt sei. Auch sämtliche SGB V-Kommentare zu [§ 301 SGB V](#) würden ebenfalls auf die Vorschrift des [§ 40 SGB V](#) verweisen, ebenso die Gesetzesbegründung in der [BT-Drucksache 12/3608](#). Die erst zum 01.07.2001 ins SGB V aufgenommene, zur Krankenhausbehandlung gehörige akut-stationäre Frührehabilitation habe keine Aufnahme in [§ 40 SGB V](#), sondern vielmehr in [§ 39 Abs. 1 S. 3 HS. 2 SGB V](#) gefunden. Die Klägerin sei bereits keine Rehabilitationseinrichtung. Sie sei weder berechtigt noch verpflichtet, medizinische Rehabilitationsleistungen zu erbringen. Die Klägerin habe daher keine Leistungen zu melden vermocht, die sie weder in diesem Sinne erbracht habe noch habe erbringen dürfen. Darüber hinaus seien alle kodierbaren medizinischen Maßnahmen mit dem OPS abgedeckt. Sinn und Zweck der Kodierung von Prozeduren sei es, die während eines Behandlungsfalls durchgeführten Leistungen und den damit verbundenen Aufwand mit Hilfe von OPS-Kodes klassifizierend zu beschreiben. Auf Basis dieser klassifizierenden Daten erfolge dann die Eingruppierung des Behandlungsfalls im DRG-System. Vorliegend habe die Klägerin jedoch keinerlei medizinische Rehabilitationsleistungen durchgeführt, die hätten kodiert werden müssen. Für die Vorstellung der Beklagten, es hätten Einzelleistungen übermittelt werden müssen, bestehe weder Anlass noch Anknüpfungspunkt in [§ 301 SGB V](#). Darüber hinaus werde ein Verstoß gegen Treu und Glauben angenommen. Wäre die Beklagte von einer unvollständigen Datenübermittlung ausgegangen, so hätte sie eine Ergänzung der nach ihrer Auffassung unvollständigen Daten fordern können. Da sie jedoch gezahlt habe, habe sie zu verstehen gegeben, von einer bestehenden Fälligkeit auszugehen. Darüber hinaus mangle es auch an einer Rechtsgrundlage für die von der Beklagten vorgenommene Verrechnung. Die berechtigte Weigerung der Klägerin, die vom SMD angeforderten Unterlagen zu übersenden, führe nicht zum Wegfall des Vergütungsanspruchs. Diese Rechtsgrundlage lasse sich weder aus einer spezialgesetzlichen Norm noch aus allgemeinen Rechtsgrundsätzen herleiten. Es werde auf [§ 813 Abs. 2 Bürgerliches Gesetzbuch \(BGB\)](#) verwiesen. Unverständlicherweise habe die Beklagte in der Folge auch nur eine Teilverrechnung durchgeführt. Es sei schlichtweg unverständlich, wie die Beklagte bei behaupteter unzureichender Datenübermittlung eine fehlende Fälligkeit des Vergütungsanspruchs postulieren könne, jedoch sodann Teile des Vergütungsanspruchs als rechtmäßig anerkenne.

Die Beklagte hat dagegen vorgetragen, dass die vorgenommene Aufrechnung gerechtfertigt gewesen sei, da ein fälliger Vergütungsanspruch der Klägerin nicht bestanden habe. Das BSG habe mehrfach entschieden, dass eine mangelnde Mitwirkung des Krankenhauses, z.B. durch die Weigerung, entsprechende medizinische Unterlagen vorzulegen, zu einer Beschränkung der Amtsermittlungspflicht mit der Folge führen könne, dass der Vergütungsanspruch ohne weitere Erforschung des Sachverhalts als nicht erwiesen anzu-sehen sei. Dogmatischer Anknüpfungspunkt für ein solches Leistungsverweigerungsrecht sei der in [§ 66 Abs. 1 S. 1 Erstes Buch Sozialgesetzbuch \(SGB I\)](#) normierte allgemeine Rechtsgedanke, wonach bei der Verletzung von Mitwirkungspflichten und dadurch

bedingter erheblicher Erschwerung der Sachverhaltsaufklärung die begehrte Leistung ohne weitere Ermittlung versagt werden könne, soweit ihre Voraussetzungen nicht nachgewiesen seien. Dieser Rechtsgedanke sei nach zutreffender Ansicht des BSG auf die gerichtliche Amtsermittlung übertragbar und daher auch auf die Angelegenheiten der Krankenkassen in Krankenhausabrechnungsstreitigkeiten anzuwenden. Weiterhin seien die Krankenkassen nach inzwischen ständiger Rechtsprechung des BSG jederzeit berechtigt, die sachlich-rechnerische Richtigkeit der Abrechnung von Krankenhausvergütung mit Blick auf bestehende Leistungsverweigerungsrechte zu überprüfen. Denn das Krankenhaus habe hierzu zutreffend und vollständig alle Angaben zu machen, derer es zur Überprüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit der Abrechnung bedürfe. Jedenfalls dann, wenn sich dabei auch nur geringste Anhaltspunkte dafür ergäben, dass die Abrechnung nicht sachlich-rechnerisch richtig sei und/oder dass das Krankenhaus seine primären Informationsobliegenheiten und ggf. -pflichten über die Abrechnungsgrundlagen nicht erfüllt habe, treffe das Krankenhaus spätestens auf Anforderung der Krankenkasse die Obliegenheit, an der Aufklärung des Sachverhalts mitzuwirken, insbesondere auch die Behandlungsunterlagen an den MDK oder das Gericht herauszugeben. Die Beklagte habe Anhaltspunkte für die Verletzung der Informationsobliegenheiten der Klägerin gehabt, denn diese habe keine Angaben gemäß [§ 301 Abs. 1 S. 1 Nr. 8 SGB V](#) gemacht. Vorliegend seien mit der Übermittlung des Entgeltschlüssels für eine nachstationäre Betreuung die Daten nach [§ 301 Abs. 1 S. 1 Nr. 8 SGB V](#) zu übermitteln gewesen. Dies wäre im konkreten Fall laut Anhang A zur Anlage 2 der Datenübermittlungsvereinbarung nach [§ 301 Abs. 3 SGB V](#) der Schlüssel h2130 (Organisation nachstationärer Betreuung). Daher sei die Klägerin verpflichtet gewesen, im Rahmen der Datenübermittlung nach [§ 301 SGB V](#) vollständige Angaben zu den durchgeführten Rehabilitationsmaßnahmen zu machen. [§ 813 S. 2 BGB](#) sei - wie das BSG in seiner Entscheidung vom 23.06.2015 ([B 1 KR 26/14 R](#)) ausgeführt habe - nicht anwendbar, da er mit den spezifischen Wertungen des SGB V nicht vereinbar sei.

Mit an die Beteiligten am 03.02.2017 versandten Urteil vom 01.12.2016 hat das SG die Beklagte verurteilt, an die Klägerin 573,81 EUR nebst Zinsen in Höhe von 4 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 15.04.2016 zu zahlen. Dies ist vom SG damit begründet worden, dass die Klägerin gegen die Beklagte einen (auch in der geltend gemachten Höhe) fälligen Zahlungsanspruch wegen der stationären Behandlung des C. habe. Ein Anhaltspunkt dafür, dass die Klägerin Daten unvollständig übermittelt habe, bestehe nicht. Eine formal ordnungsgemäße Abrechnung, die Voraussetzung für die Fälligkeit eines Zahlungsanspruchs sei und voraussetze, dass das Krankenhaus die Krankenkasse über die abgerechneten Behandlung nach Maßgabe seiner Informationsobliegenheiten und -pflichten, insbesondere aus [§ 301 SGB V](#) sowie ggf. ergänzenden landesvertraglichen Bestimmungen, informiere (vgl. BSG Urteil vom 21.04.2015 - [B 1 KR 10/15 R](#) - juris Rn. 10 m.w.N.), liege hier vor. Aus den Entscheidungen des BSG vom 14.10.2014 ([B 1 KR 25/13 R](#) und [B 1 KR 26/13 R](#)) könne die Beklagte keine Verletzung der Informationsobliegenheiten der Klägerin herleiten. Dabei stelle sich schon die Frage, ob die vom BSG gezogene Schlussfolgerung hinsichtlich der zu übermittelnden Daten im Rahmen der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung zutreffend sei. Kritikwürdig an der Entscheidung des BSG sei, dass die Grenze zwischen den Versorgungsformen Frührehabilitation ([§ 39 SGB V](#) - Krankenhausbehandlung) und medizinischer Rehabilitation ([§ 40 SGB V](#)) verwischt werde. Dies sei deshalb problematisch, weil der Gesetzgeber deutlich zwischen diesen Versorgungsformen unterschieden habe, indem er die Frührehabilitation den allgemeinen Krankenhausleistungen gemäß [§ 39 SGB V](#) zugeordnet und die Leistungen der medizinischen Rehabilitation - als eigenen Versorgungszweig - nicht in den Krankenhausbereich gelegt habe ([§§ 40, 107 Abs. 2 Nr. 2 SGB V](#)). Dass Heilmittel der Rehabilitation auch in der Frührehabilitation enthalten seien, mache die Frührehabilitation aber nicht zur Rehabilitation. Ebenso wenig handele es sich bei der Frührehabilitation um eine frühe Rehabilitation. Nach dem eindeutigen Wortlaut des [§ 39 Abs. 1 S. 3 HS. 2 SGB V](#) umfasse die akut-stationäre Behandlung auch die im Einzelfall erforderlichen und zum frühestmöglichen Zeitpunkt einsetzenden Leistungen zur Frührehabilitation (nicht: zur frühen Rehabilitation). Eine Identität zwischen den Leistungen zur Frührehabilitation nach [§ 39 SGB V](#) und den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation im Sinne des [§ 301 Abs. 1 S. 1 Nr. 8 SGB V](#) liege deswegen nicht vor. Zudem habe der Gesetzgeber mit der Einführung des SGB IX den [§ 40 SGB V](#) mit der Überschrift "Leistungen zur medizinischen Rehabilitation" versehen. Diese Klarstellung unterstreiche die oben angesprochene Grenzziehung. Grundsätzlich sei also davon auszugehen, dass das Krankenhaus die für die Abrechnung erforderlichen Daten durch Mitteilung des OPS 8-550 übermittle. Für den hier streitigen Abrechnungsfall sei dies jedoch völlig ohne Belang. Denn es stehe überhaupt keine frührehabilitative Komplexbehandlung (OPS 8-55X) im Raum, sondern eine sonstige Behandlung, bei der - unter Umständen - auch Heilmittel der Rehabilitation erbracht worden seien. Allein dies mache die stationäre Krankenhausbehandlung aber nicht zur einer Rehabilitation i.S.d. [§ 40 SGB V](#). Darüber hinaus begegne die Vorgehensweise der Beklagten nach Ansicht des Gerichts rechtlichen Bedenken im Hinblick auf den Grundsatz von Treu und Glauben. Die Beklagte falle vorliegend durch eine bestimmte (immer wiederkehrende) "Abrechnungsstrategie" auf. Liege eine neue Entscheidung des BSG zu einer bestimmten Rechtsfrage - wie hier die Frage nach der Datenübermittlung gem. [§ 301 Abs. 1 S. 1 Nr. 8 SGB V](#) - vor, so scheine die Beklagte alle bereits abgerechneten und bisher unstreitigen noch in der Verjährungsfrist liegenden Fälle, auf die die neue Entscheidung des BSG anwendbar sei, herauszusuchen und fordere - wie auch hier - die streitigen Rechnungssummen (teilweise in Listen mit zahlreichen Fällen) von dem jeweiligen Krankenhaus zurück. Dabei berufe sie sich darauf, dass kein Rückwirkungsverbot gerichtlicher Entscheidungen bestehe. Diese Vorgehensweise der Beklagten sei dem Gericht aus zahlreichen anderen Verfahren bekannt. Das Gericht halte diese Vorgehensweise für rechtsmissbräuchlich. Ein rechtsmissbräuchliches Prüfverhalten liege nach der Rechtsprechung des BSG (Urteil vom 16.05.2013, [B 3 KR 32/12 R](#)) vor, wenn die Prüfung nicht von der einzelnen Abrechnung bzw. der in ihr festzustellenden Auffälligkeit geleitet sei, sondern unabhängig davon und systematisch eine Vielzahl von Abrechnungsfällen einem Prüfverfahren nach [§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) zuführe, weil sie ein abstraktes Kürzungspotenzial enthielten. Die Prüfung der Beklagten sei nach Ansicht des Gerichts nicht von einer einzelnen Auffälligkeit geprägt, sondern werde unabhängig davon und systematisch in einer Vielzahl von Abrechnungsfällen vorgenommen. Das Gericht habe den Eindruck gewonnen, dass die Beklagte "alte" Abrechnungsfälle, bei denen die Frist des [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) bereits abgelaufen sei - was die Beklagte nun unter Umständen bereue -, systematisch auf das durch neue BSG-Entscheidungen gewonnene Kürzungspotenzial hin untersuche und insoweit noch nicht verjährte Erstattungsansprüche geltend mache - zumeist ohne sich in der Sache mit der Klägerin auseinanderzusetzen. Damit rücke die Beklagte von der Prüfung des Einzelfalls ab und verhalte sich nach Ansicht des Gerichts durch die systematische Prüfung vergangener Abrechnungsfälle, die zuvor niemals streitig gewesen seien, treuwidrig. Hinzu komme, dass die Rückforderung der Beklagten unter dem Gesichtspunkt der Verwirkung gegen Treu und Glauben verstoße. Das BSG habe sich in zahlreichen Entscheidungen (BSG Urteil vom 05.07.2016, [B 1 KR 40/15 R](#); BSG Urteil vom 01.07.2014, [B 1 KR 2/13 R](#), juris Rn. 18 ff. m.w.N.) mit der Verwirkung von Nachforderung der Krankenhäuser nach erteilter Schlussrechnung beschäftigt und folgende Grundsätze aufgestellt: Das Rechtsinstitut der Verwirkung passe als ergänzende Regelung innerhalb der kurzen vierjährigen Verjährungsfrist grundsätzlich nicht. Es finde nur in besonderen, engen Ausnahmekonstellationen Anwendung (vgl. BSG Urteil vom 01.07.2014, [B 1 KR 2/13 R](#), juris Rn. 18 ff. m.w.N.), etwa wenn eine Nachforderung eines Krankenhauses nach vorbehaltlos erteilter Schlussrechnung außerhalb des laufenden Haushaltsjahres der Krankenkasse erfolge. Die Verwirkung als Ausprägung des Grundsatzes von Treu und Glauben ([§ 242 BGB](#)) sei auch für das Sozialversicherungsrecht und insbesondere für die Nachforderung von Beiträgen zur Sozialversicherung anerkannt. Sie setze als Unterfall der unzulässigen Rechtsausübung voraus, dass der Berechtigte die Ausübung seines Rechts während eines längeren Zeitraums unterlassen habe und weitere besondere Umstände hinzuträten, die nach den Besonderheiten des Einzelfalls und des in Betracht

kommenden Rechtsgebietes das verspätete Geltendmachen des Rechts dem Verpflichteten gegenüber nach Treu und Glauben als illoyal erscheinen ließen. Solche, die Verwirkung auslösenden "besonderen Umstände" lägen vor, wenn der Verpflichtete infolge eines bestimmten Verhaltens des Berechtigten (Verwirkungsverhalten) darauf vertrauen dürfe, dass dieser das Recht nicht mehr geltend machen werde (Vertrauensgrundlage), und der Verpflichtete tatsächlich darauf vertraut habe, dass das Recht nicht mehr ausgeübt werde (Vertrauensstatbestand), und sich infolgedessen in seinen Vorkerungen und Maßnahmen so eingerichtet habe (Vertrauensverhalten), dass ihm durch die verspätete Durchsetzung des Rechts ein unzumutbarer Nachteil entstehen würde (stRspr. des BSG, vgl. Urteil vom 01.07.2014, [B 1 KR 2/13 R](#)). Am 05.07.2016 habe das BSG ([B 1 KR 40/15 R](#)) entschieden, dass eine Nachforderung nur im Haushaltsjahr und im darauf folgenden Jahr erfolgen könne. Vorliegend sei die Abrechnung bereits im Jahr 2012 erfolgt. Die Beklagte habe vorbehaltlos gezahlt und auch kein Prüfverfahren eingeleitet. Auch in den Jahren 2013 und 2014 sei nichts passiert. Erst mit Schreiben vom 15.12.2015 habe die Beklagte nunmehr die Abrechnung der Klägerin beanstandet und Daten angefordert, die für sämtliche Beteiligte über Jahre hinweg für völlig belanglos gehalten worden seien. Nach fehlender Übersendung der geforderten Daten wiederum habe die Beklagte - rechtlich inkonsequent - den Zahlungsanspruch der Klägerin auf die höchstmögliche Weise (Vergütung von einem Behandlungstag) gekürzt, obwohl - ihrer Rechtsansicht nach - der Anspruch ja überhaupt nicht fällig geworden sei. Einen nachvollziehbaren medizinischen Grund für diese neue Beurteilung des Sachverhalts sehe das Gericht in den vorliegenden Unterlagen genauso wenig wie für den Zusammenhang zwischen den vom SMD angeforderten patientenbezogenen Daten (z.B. Fieberkurve) und den "fehlenden" Rehabilitationsdaten. Nach Ansicht des Gerichts habe die Beklagte mit diesem Verhalten - parallel zu der Nachforderung durch Krankenhäuser nach erteilter Schlussrechnung - gegen den Grundsatz von Treu und Glauben verstoßen. Zudem sei noch darauf hinzuweisen, dass in der Praxis die Regelung des [§ 301 Abs. 1 S. 1 Nr. 8 SGB V](#) seit mindestens zehn Jahren keine Rolle gespielt habe, da sowohl die Übermittlung als auch der Empfang der Daten bei den jeweiligen am Übermittlungsvorgang Beteiligten softwaretechnisch nicht umgesetzt worden sei. Dies wiederum habe daran gelegen, dass offensichtlich kein Interesse an der Erhebung dieser Daten bestanden habe, da diese Angaben keinen Informationsgehalt für die Schlüssigkeit der Rechnung liefern würden. So hätten die Krankenhäuser diese Daten nicht übermittelt und die Krankenkassen die Übermittlung auch nicht angemahnt. Diese Norm habe daher seit Einführung des Fallpauschalensystems keinen praktischen Anwendungsbereich. Zudem hätten die Angaben nach [§ 301 Abs. 1 S. 1 Nr. 8 SGB V](#) keinen Einfluss auf den Groupierungsvorgang. Durch die Übermittlung dieser Angaben werde keine andere DRG angesteuert. Somit ändere sich auch nichts an dem Rechnungsbetrag. Für das Gericht stelle sich der Sachverhalt daher so dar, dass die Beklagte abrechnungstechnisch irrelevante Daten anfordere, um letztlich Behandlungsfälle noch einer Überprüfung zuführen zu können, bei denen die Frist des [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) bereits verstrichen sei - ohne Auffälligkeiten i.S.d. [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) benennen zu müssen.

Gegen die Nichtzulassung der Berufung im Urteil hat die Beklagte am 27.02.2017 Beschwerde beim Bayerischen Landessozialgericht (LSG) eingelegt. Zur Begründung hat sie vorgetragen, dass die vorliegende Angelegenheit grundsätzliche Bedeutung habe, denn sie trage zur Erhaltung und Sicherung der Rechtseinheit und zur Fortbildung des Rechts bei. Dies deshalb, weil die vom SG vorgenommene Wertung der Rechtsprechung des BSG vom 14.10.2014 ([B 1 KR 25/13 R](#) und [B 1 KR 26/13 R](#)), ob und unter welchen Voraussetzungen ein Krankenhaus gegen seine Informationspflichten nach [§ 301 Abs. 1 SGB V](#) verstoße, über den Einzelfall hinaus Bedeutung habe. Auch weiche das SG inhaltlich von der genannten Rechtsprechung des BSG ab, wenn es den, über den konkret zu entscheidenden Fall hinausgehenden, Rechtssatz aufstelle, die Klägerin habe trotz Nichtübermittlung der Rehadaten gemäß [§ 301 Abs. 1 S. 1 SGB V](#) ihren Informationspflichten genügt. Zur Wahrung der Informationspflichten bedürfe es durchaus der Mitteilung der Rehadaten. Auch widerspreche das SG insoweit der Rechtsprechung des BSG, das zuletzt mit Urteil vom 25.10.2016 ([B 1 KR 22/16 R](#)) nochmals klargestellt habe, dass eine ordnungsgemäße Information der Krankenkassen unverzichtbare Grundlage und Bestandteil einer ordnungsgemäßen Abrechnung sei. Fehle es an einer dieser Angaben, so trete mangels formal ordnungsgemäßer Abrechnung bereits die Fälligkeit der abgerechneten Forderung nicht ein. Das SG weiche von der Rechtsprechung des BSG vom 14.10.2014 ([B 1 KR 25/13 R](#) und [B 1 KR 26/13 R](#)) auch insofern ab, indem es den, über den konkret zu entscheidenden Fall hinausgehenden, Rechtssatz aufstelle, diese Rechtsprechung sei allein auf die Fälle einer frührehabilitativen Komplexbehandlung anwendbar. Das BSG hingegen spreche in seiner Entscheidung davon, dass keine Daten zu den durchgeführten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach [§ 301 Abs. 1 S. 1 Nr. 8 SGB V](#) gemacht worden seien und die Krankenkassen die in [§ 301 Abs. 1 SGB V](#) genannten Angaben zur Durchführung ihrer Aufgaben benötigen würden, d.h. eine Einschränkung auf bestimmte Krankenhausbehandlungen werde vom BSG nicht vorgenommen. Auch [§ 301 Abs. 1 S. 1 Nr. 8 SGB V](#) spreche von allen durchgeführten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Auch widerspreche das SG der genannten BSG-Rechtsprechung, wenn es ausführe: "Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass das Krankenhaus die für die Abrechnung erforderlichen Daten durch Mitteilung des OPS 8-550 übermittelt". Denn die Nichtmitteilung der Rehadaten nach [§ 301 Abs. 1 S. 1 Nr. 8 SGB V](#) führe nach Ansicht des BSG zu einer Verletzung der Informationspflichten. Von einem rechtsmissbräuchlichen Vorgehen könne entgegen der Auffassung des SG ebenfalls nicht ausgegangen werden, da die Beklagte nicht systematisch eine Vielzahl von Abrechnungsfällen einem Prüfverfahren nach [§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) zuführe, sondern lediglich die fehlenden Daten nach [§ 301 SGB V](#) nachfordere und das Krankenhaus gleichzeitig, wie es das BSG vorschreibe, auffordere, an der Aufklärung des Sachverhalts durch Übersenden geeigneter Unterlagen (aus datenschutzrechtlichen Gründen an den SMD) mitzuwirken. Schließlich widerspreche die Entscheidung des SG auch der Rechtsprechung des BSG, wenn es einen Verstoß gegen den Grundsatz von Treu und Glauben statuiere, weil die Beklagte erst im Jahr 2015 eine Rechnungsbeanstandung und -kürzung vorgenommen habe. Das BSG habe in diesem Zusammenhang erst kürzlich entschieden, dass die Verwirkung als ergänzende Regelung innerhalb der kurzen vierjährigen Verjährung grundsätzlich nicht passe und nur in besonderen, engen Ausnahmekonstellationen Anwendung finde (BSG Urteil vom 01.07.2014, [B 1 KR 2/13 R](#)). Der bloße Zeitablauf stelle kein die Verwirkung begründendes Verhalten dar. Der Umstand, dass die Beklagte bis kurz vor Ablauf der vierjährigen Verjährungsfrist mit der Geltendmachung ihrer Forderung gewartet habe, genüge deshalb nicht. Hierdurch unterscheide sich die Verwirkung von der Verjährung. Nichtstun, also Unterlassen, könne ein schutzwürdiges Vertrauen in Ausnahmefällen allenfalls dann begründen und zur Verwirkung des Rechts führen, wenn der Schuldner dieses als bewusst und planmäßig erachten dürfe. Auch habe das BSG jüngst entschieden (BSG Urteil vom 14.10.2014, [B 1 KR 26/13 R](#)), dass Krankenkassen jederzeit berechtigt seien, die sachlich-rechnerische Richtigkeit einer Abrechnung von Krankenhausvergütung mit Blick auf bestehende Leistungsverweigerungsrecht oder nicht verjährte Erstattungsforderungen zu überprüfen ([§ 301 SGB V](#)). Denn das Krankenhaus habe hierzu zutreffend und vollständig alle Angaben zu machen, derer die Krankenkassen zur Überprüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit der Abrechnung bedürften. Jedenfalls dann, wenn sich dabei auch nur geringste Anhaltspunkte dafür ergäben, dass die Abrechnung nicht sachlich-rechnerisch richtig sei und/oder dass das Krankenhaus seine primären Informationsobliegenheiten und ggf. -pflichten über die Abrechnungsgrundlagen nicht erfülle, treffe das Krankenhaus spätestens auf Anforderung der Krankenkasse die Obliegenheit, an der Aufklärung des Sachverhalts mitzuwirken, insbesondere auch die Behandlungsunterlagen an den MDK oder das Gericht herauszugeben.

Die Klägerin hat dagegen vorgetragen, dass eine grundsätzliche Bedeutung der vorliegenden Rechtssache nicht erkennbar sei. Entsprechende Argumente seien weder vorgetragen noch ersichtlich. Auch eine Divergenz zur Rechtsprechung des BSG liege bereits

deshalb nicht vor, da das BSG, entgegen der Auffassung der Beklagten, in den von ihr selbst zitierten Entscheidungen ausnahmslos über die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung geurteilt und keinesfalls einen Anwendungsbereich über Komplexbehandlungen hinaus vom BSG ausgeurteilt worden sei. Alle Daten, die der Beklagten zu übermitteln gewesen seien, habe die Klägerin übermittelt. Zudem erkenne die Beklagte die vom SG rechtsfehlerfrei ausgeurteilte Auffassung, dass die Beklagte mit ihrem grundsätzlichen Vorgehen gegen den Grundsatz von Treu und Glauben verstoße, wodurch ein das Urteil eigenständig tragender Entscheidungsgrund gegeben sei, welcher für sich genommen bereits keinen Berufungszulassungsgrund nach sich ziehe. Weiter erstaune das Vorbringen der Beklagten, wenn diese ausführe, dass die Klägerin in eklatanter Weise ihren Mitwirkungspflichten nicht genügt habe. Denn wäre dieser Verstoß doch so eklatant, wie ihn die Beklagte darstelle, hätte ihn die Beklagte unmittelbar nach Rechnungsstellung im Jahr 2012 erkennen müssen. Da sie jedoch erst Jahre später nach der ihr "in den Schoß gefallenen" Rechtsprechung des BSG, welche nicht einmal sachverhaltsidentisch sei, Behandlungsfälle ohne jegliche Einzelfallprüfung aufgegriffen habe, habe sie zum Zeitpunkt der Rechnungsstellung ohnehin eine objektive wie subjektive Prüfpflichtverletzung begangen. Auch diese Argumentation führe zu einem Verstoß gegen den Grundsatz von Treu und Glauben (so bereits Landessozialgericht (LSG) Niedersachsen-Bremen Urteil vom 04.07.2016, [L 4 KR 349/14](#)). Zudem habe es die Beklagte weiterhin unterlassen, überhaupt mitzuteilen, welche Daten sie konkret als übersendungspflichtig ansehe. Lediglich der Klageerwiderung auf Seite 3 sei zu entnehmen, dass ein Kode für nachstationäre Behandlungen als übermittlungspflichtig angesehen werde. Wie die Beklagte zu ihrer Behauptung gelange, sei nicht in Ansätzen plausibilisiert und erst recht nicht rechtlich durchgreifend, da bereits den übermittelten Datensätze sowie der übersandten Rechnung zu entnehmen gewesen sei, dass eine nachstationäre Behandlung durchgeführt worden sei. Die Angaben seien von der Klägerin nach [§ 301 Abs. 1 S. 1 Nr. 9 SGB V](#) ordnungsgemäß übermittelt worden. Wegen weiterer Einzelheiten wird zur Ergänzung des Sachverhalts auf den Inhalt der Gerichtsakten beider Instanzen und der beigezogenen Beklagtenakte Bezug genommen

II.

Die form- und fristgerecht eingelegte Nichtzulassungsbeschwerde der Beklagten ([§ 145 Sozialgerichtsgesetz - SGG](#)) gegen das Urteil des SG vom 01.12.2016, mit dem die Berufung nicht zugelassen wurde, ist zulässig, aber nicht begründet.

Dabei ist das SG zutreffend davon ausgegangen, dass die im Grundsatz nach [§ 143 SGG](#) statthafte Berufung hier kraft Gesetzes ausgeschlossen ist und nach [§ 144 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 SGG](#) der Zulassung bedarf, weil der Wert des Beschwerdegegenstandes nicht erreicht wird.

Die Berufung ist auch nicht nach [§ 144 Abs. 2 SGG](#) zuzulassen, weil die Rechtssache weder grundsätzliche Bedeutung hat (Nr. 1) noch das SG in seinem Urteil vom 01.12.2016 von einer Entscheidung des Landessozialgerichts, des Bundessozialgerichts, des Gemeinsamen Senats der obersten Gerichtshöfe des Bundes oder des Bundesverfassungsgerichts abweicht und das Urteil auf dieser Abweichung beruht (Nr. 2) noch ein der Beurteilung des Berufungsgerichts unterliegenden Verfahrensmangel geltend gemacht worden ist und vorliegt, auf dem die Entscheidung beruhen kann (Nr. 3).

Eine Rechtssache hat dann grundsätzliche Bedeutung, wenn die Streitsache eine bisher nicht geklärte Rechtsfrage aufwirft, deren Klärung im allgemeinen Interesse liegt, um die Rechtseinheit zu erhalten und die Weiterentwicklung des Rechts zu fördern; ein Individualinteresse genügt hingegen nicht (vgl. dazu Leitherer in Meyer-Ladewig/Keller/ders, SGG, 12. Aufl. 2017, § 144 Rn. 28 m.w.N.). Die Rechtsfrage muss (abstrakt) klärungsbedürftig, (konkret) klärungsfähig (d.h. entscheidungserheblich) sein und eine über den Einzelfall hinausgehende Bedeutung haben, ihr muss also eine sog. Breitenwirkung zukommen (so das BSG in ständiger Rechtsprechung, vgl. nur Beschluss vom 27.07.2015, [B 10 EG 3/15 B](#), juris).

Klärungsbedürftig ist eine Rechtsfrage z.B. dann nicht mehr, wenn sie schon entschieden ist oder durch Auslegung des Gesetzes eindeutig beantwortet werden kann (vgl. dazu auch Leitherer, a.a.O., § 160 Rn. 8 ff.). Ebenso besteht kein Klärungsbedarf, wenn zur Auslegung vergleichbarer Regelungen schon höchstrichterliche Entscheidungen ergangen sind, die ausreichende Anhaltspunkte dafür geben, wie die konkret aufgeworfene Frage zu beantworten ist (Leitherer, a.a.O., § 160 Rn. 8 m.w.N.).

Klärungsfähig ist eine Rechtsfrage nur, wenn sie gerade für den zu entscheidenden Fall rechtserheblich ist (sog. Entscheidungserheblichkeit; vgl. BSG Beschluss vom 27.07.2015, [B 10 EG 3/15 B](#), juris Rn. 6); dies setzt voraus, dass es für die Entscheidung des vorliegenden Rechtsstreits auf die Beantwortung der aufgeworfenen Rechtsfrage ankommt und die Entscheidung bei Zugrundelegung der Rechtsauffassung des Beschwerdeführers in seinem Sinne hätte ausfallen müssen (vgl. BSG a.a.O.).

Die Frage, ob eine Rechtssache im Einzelfall richtig oder unrichtig entschieden ist, verleiht ihr noch keine grundsätzliche Bedeutung (vgl. BSG Beschluss vom 26.06.1975, [12 Bf 12/75](#), juris Rn. 2; BSG Beschluss vom 07.10.2014, [B 14 AS 55/14 B](#), juris Rn. 2; BSG Beschluss vom 26.05.2014, [B 9 V 1/14 B](#), juris Rn. 8).

Vorliegend wirft die Streitsache keine bisher nicht geklärte Rechtsfrage auf, so dass keine grundsätzliche Bedeutung nach [§ 144 Abs. 2 Nr. 1 SGG](#) besteht.

Wenn die Beklagte ausführt, dass die vorliegende Angelegenheit grundsätzliche Bedeutung habe, weil sie zur Erhaltung und Sicherung der Rechtseinheit und zur Fortbildung des Rechts beitrage, weil die vom SG vorgenommene Wertung der Rechtsprechung des BSG vom 14.10.2014 ([B 1 KR 25/13 R](#) und [B 1 KR 26/13 R](#)), ob und unter welchen Voraussetzungen ein Krankenhaus gegen seine Informationspflichten nach [§ 301 Abs. 1 SGB V](#) verstoße, über den Einzelfall hinaus Bedeutung habe, hat sie nichts dazu gesagt, ob die Rechtsfrage überhaupt klärungsbedürftig ist. An Letzterem fehlt es - schon nach dem eigenen Vorbringen der Beklagten - hier aber gerade. Denn schon der Vortrag der "vom SG vorgenommene(n) Wertung" von Rechtsprechung des BSG impliziert, dass es zu dieser Frage bereits Rechtsprechung des BSG gibt. Tatsächlich hat sich das BSG in den Entscheidungen vom 14.10.2014 auch mit dem Umfang der Informationsobliegenheiten der Krankenhäuser auseinandergesetzt. In den Urteilen vom 14.10.2014, [B 1 KR 25/13 R](#) und [B 1 KR 26/13 R](#), hat das BSG ausgeführt, dass Anhaltspunkte für die Verletzung der Informationsobliegenheiten bestehen, wenn die "erforderlichen" Angaben unvollständig sind (jeweils juris Rn. 17). Wenn die Beklagte ausgehend davon die "vom SG vorgenommene Wertung" von Rechtsprechung des BSG rügt, rügt sie im Ergebnis nur die ihrer Ansicht nach unrichtige Entscheidung des SG im Einzelfall, die der Rechtssache keine grundsätzliche Bedeutung verleiht.

Auch der Zulassungsgrund der Divergenz im Sinne des [§ 144 Abs. 2 Nr. 2 SGG](#) ist nicht gegeben.

Dieser Zulassungsgrund liegt nur dann vor, wenn das Urteil des SG entscheidungstragend auf einem abstrakten Rechtssatz beruht, der von dem zur gleichen Rechtsfrage aufgestellten abstrakten und tragenden Rechtssatz in einer Entscheidung eines der in [§ 144 Abs. 2 Nr. 2 SGG](#) genannten Gerichte abweicht (siehe dazu Leitherer in Meyer-Ladewig/Keller/ders., SGG, 12. Aufl. 2017, § 160 Rn. 13 ff. m.w.N.), wobei mit "einer Entscheidung des Landessozialgerichts" nur das Berufungsgericht und kein anderes Landessozialgericht gemeint ist (siehe dazu auch Leitherer, a.a.O., § 144 Rn. 30 m.w.N.). Das SG müsste daher objektiv von einer solchen höhergerichtlichen Entscheidung abgewichen sein. Eine nur fehlerhafte Rechtsanwendung (Rechtsirrtum im Einzelfall, also z.B. fehlerhafte Subsumtion, unzutreffende Beurteilung oder Übersehen einer Rechtsfrage) begründet dagegen keine Divergenz, denn dann hat das SG keinen Rechtssatz aufgestellt (vgl. Leitherer, a.a.O., § 160 Rn. 14 m.w.N.). Daher genügt es auch nicht, wenn das angefochtene Urteil nicht den Kriterien entspricht, die z.B. das BSG aufgestellt hat, etwa wenn das SG einem vom BSG aufgestellten Rechtssatz folgen will, diesen aber missversteht, ihn in seiner Tragweite verkennet oder sonst Vorgaben der höchstrichterlichen Rechtsprechung im Einzelfall nicht übernimmt (vgl. Leitherer, a.a.O., § 160 Rn. 14 m.w.N.). Dazu muss das angefochtene Urteil auf der Abweichung beruhen, d.h. es ist erforderlich, dass die angefochtene Entscheidung bei Zugrundelegung des Rechtssatzes, von dem abgewichen ist, anders hätte ausfallen müssen (sog. Entscheidungserheblichkeit, vgl. Leitherer, a.a.O., § 160 Rn. 15 m.w.N.).

Eine Abweichung von höhergerichtlicher Rechtsprechung liegt hier nicht vor.

Die von der Beklagten im Ergebnis vorgetragene aus ihrer Sicht fehlerhafte Rechtsanwendung durch das SG (siehe oben) begründet keine Divergenz.

Soweit die Beklagte meint, dass das SG - in inhaltlicher Abweichung von Rechtsprechung des BSG - einen über den konkret zu entscheidenden Fall hinausgehenden Rechtssatz aufgestellt habe, dass die Klägerin trotz Nichtübermittlung der Rehadaten gemäß [§ 301 Abs. 1 S. 1 Nr. 8 SGB V](#) ihren Informationspflichten genüge, hat das SG einen solchen Rechtssatz gerade nicht aufgestellt. Das SG hat lediglich Kritik an der Rechtsprechung des BSG in den Urteilen vom 14.10.2014, [B 1 KR 25/13 R](#) und [B 1 KR 26/13 R](#) geübt, im Ergebnis aber letztlich nicht Stellung bezogen, weil dies, wie das SG ausgeführt hat, "für den hier streitigen Abrechnungsfall (...) jedoch völlig ohne Belang" sei, weil hier überhaupt keine frührehabilitative Komplexbehandlung (OPS 8-55X) im Raum gestanden habe. Damit hat das SG im Ergebnis die o.g. Rechtsprechung des BSG vorliegend wegen der zugrunde liegenden Sachverhaltskonstellation für nicht einschlägig erachtet, einen Rechtssatz aber gerade nicht aufgestellt. Im Übrigen würde das angefochtene Urteil auch nicht auf einer etwaigen Abweichung beruhen, weil das SG im Verhalten der Beklagten einen Verstoß gegen Treu und Glauben gesehen hat, so dass es an der Entscheidungserheblichkeit fehlt.

Soweit die Beklagte meint, dass das SG von der Rechtsprechung des BSG vom 14.10.2014 ([B 1 KR 25/13 R](#) und [B 1 KR 26/13 R](#)) insofern abweiche, indem es den, über den konkret zu entscheidenden Fall hinausgehenden, Rechtssatz aufgestellt habe, diese Rechtsprechung sei allein auf die Fälle einer frührehabilitativen Komplexbehandlung anwendbar, kann sie damit im Ergebnis ebenfalls nicht durchdringen. Insoweit würde es auch schon an der Entscheidungserheblichkeit für die Annahme des Zulassungsgrundes des [§ 144 Abs. 2 Nr. 2 SGG](#) fehlen (s.o.). Im Übrigen liegt in der Sache aber auch keine Divergenz zur genannten Rechtsprechung des BSG vor. Wie die Klägerin dazu zutreffend ausgeführt hat, hat das BSG in den genannten Entscheidungen nur über die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung geurteilt (eine solche liegt hier aber unstreitig nicht vor). Über einen Anwendungsbereich über Komplexbehandlungen hinaus hat das BSG keine Entscheidung getroffen. Dementsprechend hat das BSG zum Verfahren [B 1 KR 26/13 R](#) auch folgenden Leitsatz aufgestellt: "Beansprucht ein Krankenhaus Vergütung für eine geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung Versicherter, obliegt es ihm, die Krankenkasse über die durchgeführten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu informieren." In den Entscheidungsgründen hat das BSG dann dazu ausgeführt, dass die "durchgeführten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation" im Sinne des [§ 301 Abs. 1 S. 1 Nr. 8 SGB V](#) solche sind, die das Krankenhaus bereits erbracht hat, und dass es auf der Hand liege, dass "diese Angaben (...) vor allem auch für die Kontrolle einer ordnungsgemäßen Abrechnung erforderlich sind" (juris Rn. 18).

Entgegen der Auffassung der Beklagten liegt auch keine Divergenz zur Rechtsprechung des BSG im Urteil vom 25.10.2016 ([B 1 KR 22/16 R](#)) vor. Auch insoweit hat das SG schon keinen Rechtssatz aufgestellt, wie die Beklagte im Ergebnis auch selbst einräumt, wenn sie ausführt, dass das SG der Rechtsprechung des BSG "widerspreche". Eine fehlerhafte Rechtsanwendung im Einzelfall begründet aber gerade keine Divergenz.

Im Übrigen hat das SG die Notwendigkeit einer formal ordnungsgemäßen Abrechnung, die eine ordnungsgemäße Information der Krankenkasse durch das Krankenhaus beinhalten muss, als Grundvoraussetzung für die Fälligkeit des krankenversicherungsrechtlichen Vergütungsanspruchs erkannt, nur im vorliegenden Fall eine formal ordnungsgemäße Abrechnung (einschließlich ordnungsgemäßer Information) für gegeben erachtet.

An dieser Stelle sei der Hinweis erlaubt, dass die Beklagte selbst einräumt, dass (nur) die für die Abrechnung relevanten Informationen vom Krankenhaus an die Krankenkasse übermittelt werden müssen, wenn sie ausführt, dass das Krankenhaus "zutreffend und vollständig alle Angaben zu machen (habe), derer er zur Überprüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit der Abrechnung bedarf". Das heißt, die Informationen müssen abrechnungsrelevant sein. Dazu hat das BSG in der genannten Entscheidung vom 25.10.2016 ([B 1 KR 22/16 R](#), juris Rn. 18) selbst ausgeführt, dass das Gesetz mit der Regelung des [§ 301 SGB V](#) der asymmetrischen Informationslage zwischen Krankenhaus und Krankenkasse Rechnung trage; denn das Krankenhaus verfüge umfassend über alle erforderlichen Informationen, um die Rechtmäßigkeit seiner Vergütungsforderung gegen die Krankenkasse zu beurteilen, während die Krankenkasse nur eingeschränkt Informationen hierüber erhalte; das Gesetz ziele darauf ab, bestehende Ungleichgewichte aufgrund des Informationsgefälles zwischen Krankenhaus und Krankenkasse durch diese Informationsgebote auszugleichen, und lehne zudem die Vermutung für die Richtigkeit der Krankenhausabrechnung ab. In der Entscheidung spricht das BSG weiter davon, dass die Zweckgerechtigkeit des Prüffregimes der sachlich-rechnerischen Richtigkeit umso deutlicher werde, wenn man sich vergegenwärtige, dass die DRG-Abrechnung und die "hierzu gebotene" Information der Krankenkassen nur dann die vom Gesetz erstrebte Steuerungsfunktion einnehmen könnten, wenn sie wahrheitsgemäß und hinreichend vollständig erfolgten (juris Rn. 27). In diesem Sinne betone der erkennende Senat des BSG in ständiger Rechtsprechung, dass eine ordnungsgemäße Information der Krankenkassen unverzichtbare Grundlage und Bestandteil einer ordnungsgemäßen Abrechnung sei; fehle es an einer dieser Angaben, trete mangels formal ordnungsgemäßer Abrechnung bereits die Fälligkeit der abgerechneten Forderung

nicht ein (juris Rn. 27). Und an anderer Stelle (juris Rn. 34) spricht das BSG in dem Zusammenhang von "Informationsobliegenheiten und ggf. -pflichten (des Krankenhauses) über die Abrechnungsgrundlagen". Damit gibt das BSG zu erkennen, dass es um eine Abrechnungsrelevanz der zu übermittelnden Informationen geht. Eine ordnungsgemäße Information der Krankenkassen als unverzichtbare Grundlage und Bestandteil einer ordnungsgemäßen Abrechnung und bei insoweit fehlenden Angaben nicht eintretender Fälligkeit der abgerechneten Forderung ist daher vor dem Hintergrund einer Abrechnungsrelevanz zu sehen. Das spiegelt sich auch in den Gesetzesmaterialien wieder. Im Entwurf eines Gesetzes zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung vom 05.11.1992 hat der Gesetzgeber ebenfalls die Abrechnungsrelevanz der Informationen betont (siehe [BT-Drucksache 12/3608 S. 124](#) Zu Nummer 141 (§ 301) Zu Absatz 1: "erforderlich, um eine ordnungsgemäße Abrechnung"; in den einzelnen Ausführungen zu den Nummern 1-7 und 9 finden sich ebenfalls Hinweise auf die Abrechnungsrelevanz; demgegenüber hat der Gesetzgeber im Falle des [§ 301 Abs. 1 S. 1 Nr. 8 SGB V](#) keine Abrechnungsrelevanz gesehen, wenn dort (Zu Nummer 8) ausführt ist, dass diese Angaben von der Krankenkasse für die Feststellungen nach § 40 im Zusammenhang mit der Genehmigung weiterer Rehabilitationsmaßnahmen benötigt würden). Hier sind die von der Beklagten von der Klägerin angeforderten Daten aber gerade nicht abrechnungsrelevant. Die Klägerin hat keinerlei medizinische Rehabilitationsleistungen durchgeführt, die hätten kodiert werden müssen.

Auch das weitere Vorbringen der Beklagten verhilft ihrer Nichtzulassungsbeschwerde nicht zum Erfolg. Wenn sie geltend macht, dass die Entscheidung des SG auch der Rechtsprechung des BSG widerspreche, wenn es einen Verstoß gegen den Grundsatz von Treu und Glauben statuiere, weil die Beklagte erst im Jahr 2015 eine Rechnungsbeanstandung und -kürzung vorgenommen habe, hat sie schon keinen Zulassungsgrund im Sinne des [§ 144 Abs. 2 SGG](#) benannt. Eine etwaige Unrichtigkeit der Entscheidung kann keine Zulassung der Berufung begründen; insoweit genügt es auch für die Annahme einer Divergenz nicht, wenn das angefochtene Urteil nicht den Kriterien entspricht, die z.B. das BSG aufgestellt hat (s.o.).

Im Übrigen sei auch hier der Hinweis erlaubt, dass die Entscheidung des SG den vom BSG aufgestellten Kriterien genügt. Bei der Begründung der Annahme eines Verstoßes gegen Treu und Glauben unter dem Gesichtspunkt der Verwirkung hat das SG seiner Entscheidung die vom BSG aufgestellten Kriterien in den Urteilen vom 05.07.2016, [B 1 KR 40/15 R](#), und 01.07.2014, [B 1 KR 2/13 R](#), zugrunde gelegt. Dabei hat es insbesondere erkannt, dass die Verwirkung als ergänzende Regelung innerhalb der kurzen vierjährigen Verjährung grundsätzlich nicht passt und nur in besonderen, engen Ausnahmekonstellationen Anwendung findet (vgl. BSG Urteil vom 01.07.2014, [B 1 KR 2/13 R](#), juris Rn. 18). Dabei ist das SG auch davon ausgegangen, dass der bloße Zeitablauf kein die Verwirkung begründendes Verhalten darstellt und der Umstand, dass die Beklagte bis kurz vor Ablauf der vierjährigen Verjährungsfrist mit der Geltendmachung ihrer Forderung gewartet habe, deshalb nicht genügt. Im Ergebnis hat das SG die Verwirkung damit begründet, dass die Beklagte durch eine bestimmte (immer wiederkehrende) "Abrechnungsstrategie" auffalle. Liege eine neue Entscheidung des BSG zu einer bestimmten Rechtsfrage - wie hier die Frage nach der Datenübermittlung gem. [§ 301 Abs. 1 S. 1 Nr. 8 SGB V](#) - vor, so scheine die Beklagte alle bereits abgerechneten und bisher unstreitigen noch in der Verjährungsfrist liegenden Fälle, auf die die neue Entscheidung des BSG anwendbar sei, herauszusuchen und fordere - wie auch hier - die streitigen Rechnungssummen (teilweise in Listen mit zahlreichen Fällen) von dem jeweiligen Krankenhaus zurück. Dabei berufe sie sich darauf, dass kein Rückwirkungsverbot gerichtlicher Entscheidungen bestehe. Diese Vorgehensweise der Beklagten sei dem SG aus zahlreichen anderen Verfahren bekannt. Das SG halte diese Vorgehensweise für rechtsmissbräuchlich. Dabei hat sich das SG auf Rechtsprechung des BSG (Urteil vom 16.05.2013, [B 3 KR 32/12 R](#), juris Rn. 29) berufen, wonach ein rechtsmissbräuchliches Prüfverhalten vorliegt, wenn die Prüfung nicht von der einzelnen Abrechnung bzw. der in ihr festzustellenden Auffälligkeit geleitet sei, sondern unabhängig davon und systematisch eine Vielzahl von Abrechnungsfällen einem Prüfverfahren nach [§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) zuführe, weil sie ein abstraktes Kürzungspotenzial enthielten. Ob dies unter (nur) dem Gesichtspunkt von Treu und Glauben oder auch unter dem einer Verwirkung zu sehen ist, kann der Senat an der Stelle offenlassen, denn vorliegend liegt ein solches Verhalten der Beklagten vor. Dies ergibt sich für den Senat - über die vom SG getätigten Ausführungen hinaus - auch daraus, dass die Beklagte hier gegenüber der Klägerin mit Schreiben vom 15.12.2015 unter Nennung von 5 Fällen, alle unter Hinweis auf "fehlende Daten nach [§ 301 Abs. 1 Nr. 8 SGB V](#)", und unter Bezugnahme auf die Rechtsprechung des BSG vom 01.07.2014 und 14.10.2014 ein Prüfverfahren eingeleitet hat, ohne einen konkreten Bezug zu dem hier vorliegenden Fall herzustellen. Inwieweit daher im vorliegenden Fall eine Auffälligkeit vorliegen sollte, die die Einleitung einer Prüfung begründen könnte, ist weder für die Klägerin noch für den Senat erkennbar; eine Auseinandersetzung mit der einzelnen Abrechnung bzw. der in ihr festzustellenden Auffälligkeit fehlt völlig. Dazu kommt vorliegend auch noch, dass die Angaben nach [§ 301 Abs. 1 S. 1 Nr. 8 SGB V](#) keinen Einfluss auf den Gruppierungsvorgang haben, d.h. durch die Übermittlung dieser Angaben keine andere DRG angesteuert wird, so dass sich auch am Rechnungsbetrag nichts ändert. Vor diesem Hintergrund zeigt sich schon in den Ausführungen der Beklagten selbst die Rechtsmissbräuchlichkeit der vorliegenden Überprüfung, wenn diese sich auf Rechtsprechung des BSG (Urteil vom 14.10.2014, [B 1 KR 26/13 R](#)) beruft, wonach die Krankenkassen jederzeit berechtigt seien, die sachlich-rechnerische Richtigkeit einer Abrechnung von Krankenhausvergütung mit Blick auf bestehende Leistungsverweigerungsrechte oder nicht verjährte Erstattungsforderungen zu überprüfen, und das Krankenhaus hierzu zutreffend und vollständig alle Angaben zu machen habe, derer die Krankenkasse zur Überprüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit der Abrechnung bedürfe. Vorliegend ist für den Senat - und war auch für die Klägerin - in keiner Weise erkennbar, warum im vorliegenden Fall im Hinblick auf "sachlich-rechnerische Richtigkeit einer Abrechnung" eine Prüfung (konkret) einzuleiten war. Aus Sicht des Senats wird mit einem derartigen Vorgehen, wie es die Beklagte hier praktiziert, Rechtsprechung des BSG, die ihre Rechtfertigung vor dem Hintergrund der besonderen Verantwortungsbeziehungen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen im Rahmen ihres Auftrags zur stationären Versorgung der Versicherten (vgl. BSG Urteil vom 16.05.2012, [B 3 KR 14/11 R](#), juris Rn. 28) und der asymmetrischen Informationslage zwischen Krankenhaus und Krankenkasse (siehe BSG Urteil vom 25.10.2016, [B 1 KR 22/16 R](#), juris Rn. 18), woraus das BSG die sog. 3-Stufen-Theorie mit gegenseitigen Informationspflichten entwickelt hat (vgl. BSG Urteile vom 22.04.2009, [B 3 KR 24/07 R](#) und 16.05.2012, [B 3 KR 14/11 R](#)), findet, ad absurdum geführt bzw. gründlich missverstanden.

Schließlich liegt auch der Zulassungsgrund des [§ 144 Abs. 2 Nr. 3 SGG](#) schon deshalb nicht vor, weil ein Verfahrensmangel (d.h. ein Verstoß gegen eine Vorschrift, die das sozi-algerichtliche Verfahren regelt, d.h. eines Fehlers auf dem Weg zum Urteil, sog. "error in procedendo"; vgl. dazu Leitherer, a.a.O., § 144 Rn. 32) von der Beklagten nicht geltend gemacht worden ist; die Beklagte hat das erstinstanzliche Verfahren nicht beanstandet.

Die Beschwerde der Beklagten gegen die Nichtzulassung der Berufung im Urteil des SG vom 01.12.2016 ist daher zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs. 1 S. 1 SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 2](#) Verwaltungsgerichtsordnung.

Die Streitwertfestsetzung ergibt sich aus [§ 197a Abs. 1 S. 1 HS. 1 SGG](#) i.V.m. [§§ 52, 47 Abs. 1](#) und 3 SGG.

Dieser Beschluss ist gemäß [§ 177 SGG](#) unanfechtbar.

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2018-01-25