

B 1 KN 2/08 KR R

Land
Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht
Bundessozialgericht
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung

1
1. Instanz
SG Halle (Saale) (SAN)
Aktenzeichen
S 8 KN 84/04 KR

Datum
07.10.2004
2. Instanz
LSG Sachsen-Anhalt
Aktenzeichen
L 4 KN 78/04 KR

Datum
16.01.2008
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 1 KN 2/08 KR R

Datum
16.12.2008
Kategorie
Urteil

Die Revision der Klägerin gegen das Urteil des Landessozialgerichts Sachsen-Anhalt vom 16. Januar 2008 wird zurückgewiesen. Die Klägerin trägt auch die Kosten des Revisionsverfahrens. Der Streitwert wird auf 649,02 Euro festgesetzt.

Gründe:

I

1

Die Beteiligten streiten über die Vergütung für stationäre Krankenhausbehandlung (KH-Behandlung).

2

Die Klägerin ist Trägerin des G ... In diesem Plan-KH befand sich die bei der beklagten Trägerin der knappschaftlichen Krankenversicherung versicherte W. E. nach einer vertragsärztlichen Verordnung wegen eines Oberschenkelhalsbruchs zur stationären Behandlung vom 10.10.2002 bis zu ihrer Entlassung am 28.10.2002 (Montag). Die Beklagte hatte der Klägerin auf deren Aufnahmeanzeige hin ("voraussichtliche Verweildauer bis 31.10.2002") mit Schreiben vom 21.10.2002 eine Kostenzusage "für die ärztlicherseits als medizinisch notwendig angesehene Verweildauer" erteilt; sie behielt sich eine zwischenzeitliche Prüfung über die weitere Notwendigkeit der stationären Behandlung vor. Die Pflegesatzvereinbarung der Beteiligten für das Jahr 2002 sieht die Fälligkeit der Vergütung spätestens am 28. Kalendertag nach Rechnungseingang vor.

3

Am 15.11.2002 stellte die Klägerin der Beklagten für den KH-Aufenthalt 3.768,42 Euro in Rechnung. Die Beklagte beglich die Rechnung zwar, führte aber mit Schreiben vom 27.11.2002 aus, dass die Zahlung wegen der einen Sonntag (27.10.2002) mit einschließenden Abrechnung unter dem Vorbehalt der Rückforderung erfolge, falls sich bei einer medizinischen Überprüfung das Nichtbestehen des Vergütungsanspruchs herausstellen sollte; die Notwendigkeit des KH-Aufenthalts ab 25.10.2002 (Freitag) lasse sich nicht nachvollziehen. Gleichzeitig forderte sie die Übersendung einer medizinischen Begründung, damit eine zeitnahe Überprüfung möglich sei; wenn bis 27.12.2002 kein Eingang zu verzeichnen sei, werde sie mangels Nachweises des Vergütungsanspruchs den Differenzbetrag (649,02 Euro) von einer künftigen Rechnung einbehalten. Letzteres geschah bei der Zahlung auf eine Sammelrechnung vom 30.1.2003. Als die Klägerin im März 2003 den genannten Betrag anmahnte, forderte der inzwischen eingeschaltete Sozialmedizinische Dienst (SMD) bei der Beklagten am 3.4.2003 erneut den Entlassungsbericht mit datumsbezogenen Angaben über Therapie und Verlauf sowie eine detaillierte Stellungnahme an. Nach Auswertung des daraufhin übersandten Entlassungsberichts vom 20.11.2002 war der SMD der Ansicht, eine Kostenübernahme könne nicht befürwortet werden, weil der Epikrise keine diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen zu entnehmen seien, die über das Wochenende bis zur Entlassung am 28.10.2002 durchgeführt worden und nicht auch ambulant möglich gewesen seien. Die Beklagte lehnte deshalb weitere Zahlungen ab.

4

Die anschließende Klage auf Zahlung von 649,02 Euro nebst Verzugszinsen hat das Sozialgericht abgewiesen. Die Forderung der Klägerin sei durch Erfüllung erloschen; die Klägerin könne eine neue Klage wegen der möglicherweise zu Unrecht gekürzten KH-Sammelrechnung

erheben (Urteil vom 7.10.2004).

5

Das Landessozialgericht (LSG) hat die Berufung der Klägerin zurückgewiesen: Ein Zahlungsanspruch für die Zeit vom 26. bis 28.10.2002 nach [§ 109 Abs 4 Satz 3 SGB V](#) IV mit der Pflegesatzvereinbarung 2002 bestehe nicht mehr. Die Beklagte habe wegen des zu Unrecht überwiesenen Betrages einen öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch in gleicher Höhe und mit diesem gegen die Forderung der Klägerin rechtmäßig aufgerechnet. Nach dem Beschluss des Großen Senats des Bundessozialgerichts (BSG) vom 25.9.2007 - [GS 1/06](#) - obliege die Entscheidung über den Anspruch des Versicherten auf vollstationäre KH-Behandlung und deren Notwendigkeit allein der Krankenkasse (KK) ohne Bindung an die Beurteilung der KH-Ärzte. Die KK könne daher auch nach abgeschlossener Behandlung gegen die Abrechnung des KH einwenden, dass die Behandlung nicht notwendig gewesen sei; dieser Einwendung sei im gerichtlichen Verfahren nachzugehen. Der Senat habe die Erforderlichkeit iS von [§ 39 SGB V](#) allerdings nicht feststellen können, weil die Klägerin ihrer Verpflichtung zur Mitwirkung an der Sachaufklärung nicht nachgekommen sei. Die Klägerin habe sich gegenüber dem Gericht ausdrücklich geweigert, Patientenunterlagen zu übersenden. Die Nichterweislichkeit der anspruchsbegründenden Voraussetzungen gehe zu ihren Lasten (Urteil vom 16.1.2008).

6

Mit ihrer vom LSG zugelassenen Revision rügt die Klägerin die Verletzung von [§ 275 Abs 1](#), [§ 276 Abs 2 Satz 1 Halbsatz 2](#) und [§ 301 Abs 1 Satz 1 Nr 3 SGB V](#) sowie die Nichtbeachtung von Rechtsprechung des 3. Senats des BSG. Die Beklagte habe ihr (der Klägerin) eine unbefristete Kostenzusage erteilt. Die Wirkung dieses Schuldanerkenntnisses - nach der Rechtsprechung des 3. Senats des BSG eine Beweislastumkehr zu Lasten der KK - habe sich durch den Beschluss des Großen Senats des BSG vom 25.9.2007 nicht geändert. Dementsprechend sei die Beklagte verpflichtet, die fehlende Erforderlichkeit der stationären Behandlung bis zum Entlassungstag darzulegen und nachzuweisen. Dies könne aber durch den bloßen Hinweis auf eine Entlassung an einem Montag nicht geschehen. Sie (die Klägerin) habe gegenüber der Beklagten nicht die Notwendigkeit der KH-Behandlung ab 25.10.2002 begründen müssen. [§ 301 Abs 1 Satz 1 Nr 3 SGB V](#) regle den einzigen Fall, in dem Entsprechendes zu geschehen habe, nämlich dann, wenn die in der Aufnahmeanzeige angegebene voraussichtliche Dauer der KH-Behandlung überschritten werde; hier sei jedoch eine voraussichtliche Verweildauer bis 31.10.2002 genannt worden. Die Beklagte maße sich Rechte an, die ihr nicht zustünden. Entgegen [§ 275 Abs 1 SGB V](#) habe die Beklagte nicht den SMD mit einer medizinischen Stellungnahme beauftragt, sondern "in erpresserischer Manier" aufgerechnet. Dieses Vorgehen sei einer der "gravierendsten denkbaren Verstöße" gegen das vertraglich und gesetzlich normierte Abrechnungs- und Prüfverfahren. In solchen Fällen sei die KK mit Einwendungen ausgeschlossen.

7

Die Klägerin beantragt, die Beklagte unter Aufhebung der Urteile des Landessozialgerichts Sachsen-Anhalt vom 16. Januar 2008 und des Sozialgerichts Halle vom 7. Oktober 2004 zu verurteilen, ihr 649,02 Euro nebst 4 % Zinsen seit dem 10. Januar 2003 zu zahlen.

8

Die Beklagte beantragt, die Revision zurückzuweisen.

9

Sie hält das LSG-Urteil für zutreffend.

II

10

Die zulässige Revision der Klägerin ist unbegründet.

11

Zu Recht hat das LSG ihre Berufung gegen das klageabweisende erstinstanzliche Urteil zurückgewiesen. Die Beklagte durfte von der Sammelrechnung der Klägerin vom 30.1.2003 zwecks Aufrechnung mit ihrer öffentlich-rechtlichen Erstattungsforderung (analog [§§ 387 ff BGB](#)) 649,02 Euro absetzen. Die Beklagte hatte Anspruch auf Erstattung dieses Geldbetrages, den sie der Klägerin zuvor ohne Rechtsgrund nur unter dem Vorbehalt der Nachprüfung für die KH-Behandlung der Versicherten vom 25. bis 28.10.2002 bezahlt hatte. Denn die Voraussetzungen des Vergütungsanspruchs der Klägerin für diesen Zeitraum (dazu 2.) sind nicht erfüllt, weil KH-Behandlungsbedürftigkeit ab 26.10.2002 nicht erweislich ist (dazu 3.), die Klägerin hierfür die Beweislast trägt (dazu 4.) und die Einwendungen der Klägerin nicht durchgreifen (dazu 5.). Unerheblich ist, dass die Klägerin über den 25.10.2002 hinaus KH-Behandlung geleistet hat (dazu 6.).

12

1. Die auch im Revisionsverfahren von Amts wegen zu beachtenden Sachurteilsvoraussetzungen der Klage sind erfüllt. Die Klägerin macht den Anspruch auf Begleichung einer Sammelrechnung für die Vergütung der KH-Behandlung von Versicherten gegen die Beklagte zu Recht mit der (echten) Leistungsklage nach [§ 54 Abs 5 SGG](#) geltend. Die Klage eines KH-Trägers wie der Klägerin auf Zahlung der Behandlungskosten gegen eine KK ist ein Beteiligtenstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt, kein Vorverfahren durchzuführen ist und keine Klagefrist zu beachten ist (vgl [BSGE 90, 1](#) f = [SozR 3-2500 § 112 Nr 3](#); BSG, Urteil vom 10.4.2008 - [B 3 KR 19/05 R](#), RdNr 10 mwN, [SozR 4-2500 § 39 Nr 12](#), zur Veröffentlichung auch in BSGE vorgesehen). Die Klägerin hat den Zahlungsanspruch auch - mit 649,02 Euro - beziffert (zur Notwendigkeit der Bezifferung einer Vergütungsklage vgl [BSGE 92, 300](#) = [SozR 4-2500 § 39 Nr 2](#), jeweils RdNr 6).

13

2. Die Voraussetzungen des im Kern streitigen Anspruchs auf Vergütung der KH-Behandlung der Versicherten für die Zeit ab dem 25.10.2002 (dazu a bis c) sind nicht erfüllt.

14

a) Rechtsgrundlage des restlichen Vergütungsanspruchs der Klägerin für die Behandlung der Versicherten in Höhe von 649,02 Euro ist [§ 109 Abs 4 Satz 3 SGB V](#) iVm der Pflegesatzvereinbarung der Beteiligten für das Jahr 2002. Nähere vertragliche Regelungen iS von [§ 112 Abs 2 SGB V](#) über die allgemeinen Bedingungen der KH-Behandlung, insbesondere der Kostenübernahme und der Abrechnung der Entgelte, gab es in Sachsen-Anhalt im betroffenen Zeitraum nach den unangegriffenen und damit für den Senat bindenden ([§ 163 SGG](#)) Feststellungen des LSG nicht. Deshalb ist hier allein auf die insoweit maßgebliche Pflegesatzvereinbarung zurückzugreifen (vgl [BSGE 92, 300](#) = [SozR 4-2500 § 39 Nr 2](#), jeweils RdNr 8; BSG [SozR 4-2500 § 109 Nr 1](#) RdNr 8).

15

b) Die Zahlungsverpflichtung einer KK entsteht unabhängig von einer schriftlichen Kostenzusage, die nur als deklaratorisches Schuldanerkenntnis anzusehen ist (vgl [BSGE 86, 166](#), 170 = [SozR 3-2500 § 112 Nr 1](#)), unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten, wenn die Versorgung in einem - wie hier - zugelassenen KH durchgeführt wird und iS von [§ 39 Abs 1 Satz 2 SGB V](#) erforderlich ist. Das LSG hat die Kostenübernahmeerklärung der Beklagten vom 21.10.2002 - nach ihrem Inhalt zu Recht - nicht darüber hinausgehend als vorbehaltlose Kostenzusage gewürdigt. Der Behandlungspflicht eines zugelassenen KH iS des [§ 109 Abs 4 Satz 2 SGB V](#) steht ein Vergütungsanspruch gegenüber, der auf der Grundlage der Ermächtigung in §§ 16, 17 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG, hier anzuwenden in der ab 5.5.2001 geltenden Fassung des Gesetzes zur Änderung des KHG und der Bundespflegesatzverordnung vom 27.4.2001, [BGBl I, 772](#)) nach Maßgabe der Bundespflegesatzverordnung (BpflV, hier anzuwenden idF des ab 30.4.2002 geltenden Gesetzes zur Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser (Fallpauschalengesetz) vom 23.4.2002, [BGBl I, 1412](#)) in der Pflegesatzvereinbarung zwischen KK und KH-Träger festgelegt wird (vgl [BSGE 86, 166](#), 168 = [SozR 3-2500 § 112 Nr 1](#); [BSGE 90, 1](#), 2 = [SozR 3-2500 § 112 Nr 3](#)). Die erstmals ab dem Jahr 2003 - modifiziert - geltenden Regelungen über die Vergütung nach einem pauschalierenden Entgeltsystem (§ 17b Abs 1 Satz 1 KHG; § 1 Abs 2 Satz 2 Nr 3 Gesetz über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen - Krankenhausentgeltgesetz - vom 23.4.2002, [BGBl I 1412](#)) greifen für die hier im Jahr 2002 durchgeführte Behandlung nicht ein.

16

c) Der Zahlungsanspruch des KH korrespondiert in aller Regel mit dem Anspruch des Versicherten auf KH-Behandlung. Demgemäß müssen beim Versicherten bei der Aufnahme in das KH grundsätzlich alle allgemeinen Voraussetzungen für die Inanspruchnahme von Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sowie speziell von KH-Behandlung, insbesondere deren Erforderlichkeit vorliegen. Nach [§ 27 Abs 1 Satz 1 SGB V](#) haben Versicherte Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Die zur Krankenbehandlung gehörende KH-Behandlung ([§ 27 Abs 1 Satz 2 Nr 5 SGB V](#)) wird gemäß [§ 39 Abs 1 Satz 1 SGB V](#) vollstationär, teilstationär, vor- und nachstationär sowie ambulant erbracht. Der Anspruch ist gerichtet auf vollstationäre Behandlung in einem zugelassenen KH ([§ 108 SGB V](#)), wenn die Aufnahme nach Prüfung durch das KH erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann ([§ 39 Abs 1 Satz 2 SGB V](#)). Qualität und Wirksamkeit der Leistungen haben dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen ([§ 2 Abs 1 Satz 3 SGB V](#); vgl BSG, Urteil vom 28.7.2008 - [B 1 KR 5/08 R](#), [SozR 4-2500 § 109 Nr 6](#) RdNr 48 ff, zur Veröffentlichung auch in BSGE vorgesehen).

17

3. Ein Vergütungsanspruch der Klägerin aus den vorstehend dargestellten Regelungen und Grundsätzen für die Zeit ab 25.10.2002 besteht nicht, weil KH-Behandlung ab dem 26.10.2002 unter Beachtung des maßgeblichen Rechtsmaßstabs (dazu a) nicht erweislich erforderlich war (dazu b) und die Klägerin die Beweislast für die Erforderlichkeit der KH-Behandlung trägt (dazu 4.). Die Klägerin hatte einen Zahlungsanspruch gegen die Beklagte lediglich für die KH-Behandlung bis zum Donnerstag, dem 24.10.2002. Sie hätte die Versicherte noch bis zum Ablauf des Freitag (25.10.2002) aus dem KH entlassen können. Nach [§ 14 Abs 2 Satz 1 Halbsatz 2 BpflV](#) bleibt der Tag der Entlassung aus dem KH bei vollstationärer Behandlung indessen unberechnet.

18

a) Das LSG ist von zutreffenden Rechtsmaßstäben für die Erforderlichkeit von KH-Behandlung und deren gerichtliche Überprüfung ausgegangen. KH-Behandlungsbedürftigkeit ist ein Krankheitszustand, dessen Behandlung den Einsatz der besonderen Mittel eines KH erforderlich macht (vgl [BSGE 92, 300](#) = [SozR 4-2500 § 39 Nr 2](#), jeweils RdNr 16; [BSGE 94, 161](#) = [SozR 4-2500 § 39 Nr 4](#), jeweils RdNr 14). Maßnahmen dürfen daher zB nicht lediglich dem Zweck dienen, einem Zustand der Hilflosigkeit zu begegnen; ebenso unterfallen rein pflegerische Maßnahmen nicht der Leistungspflicht der KK, vielmehr müssen diese als Teil einer ärztlichen Behandlung dieser Behandlung untergeordnet sein (vgl BSG USK 79163; BSG USK 8453; BSG SozR 2200 § 184 Nr 11 S 16; [BSGE 94, 161](#) = [SozR 4-2500 § 39 Nr 4](#), jeweils RdNr 13). Als besondere Mittel des KH hat die Rechtsprechung des BSG eine apparative Mindestausstattung, geschultes Pflegepersonal und einen jederzeit präsenten oder rufbereiten Arzt herausgestellt ([BSGE 59, 116](#), 117 = [SozR 2200 § 184 Nr 27](#); BSG [SozR 2200 § 184 Nr 28](#); [BSGE 83, 254](#), 259 = [SozR 3-2500 § 37 Nr 1](#); BSG [SozR 3-2500 § 109 Nr 9](#)). Dabei fordert sie für die Notwendigkeit einer KH-Behandlung weder den Einsatz aller dieser Mittel noch sieht sie ihn stets als ausreichend an. Es ist vielmehr eine Gesamtbetrachtung vorzunehmen, bei der den mit Aussicht auf Erfolg angestrebten Behandlungszielen und den vorhandenen Möglichkeiten einer vorrangigen ambulanten Behandlung entscheidende Bedeutung zukommt (vgl [BSGE 92, 300](#) = [SozR 4-2500 § 39 Nr 2](#), jeweils RdNr 16; [BSGE 94, 161](#) = [SozR 4-2500 § 39 Nr 4](#), jeweils RdNr 14).

19

Ob einem Versicherten vollstationäre KH-Behandlung zu gewähren ist, richtet sich allein nach den medizinischen Erfordernissen (vgl BSG, Großer Senat, Beschluss vom 25.9.2007 - [GS 1/06](#), [BSGE 99, 111](#) = [SozR 4-2500 § 39 Nr 10](#), jeweils RdNr 15). Ermöglicht es der Gesundheitszustand des Patienten, das Behandlungsziel durch andere Maßnahmen, insbesondere - was hier in Betracht kommt - durch ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege, zu erreichen, so besteht kein Anspruch auf stationäre Behandlung. Das gilt auch dann, wenn der Versicherte zur Sicherstellung der ambulanten Behandlung einer Betreuung durch medizinische Hilfskräfte in geschützter Umgebung bedarf und eine dafür geeignete Einrichtung außerhalb des KH (noch) nicht zur Verfügung steht (vgl Großer Senat, ebenda). Aufgabe der GKV ist es, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern ([§ 1 Satz 1 SGB V](#)). Es geht dabei um die Bereitstellung der für diese Zwecke benötigten medizinischen Versorgung. Das lässt sich aus zahlreichen Einzelvorschriften des Leistungsrechts ersehen, insbesondere aus der Beschreibung der Leistungsziele in § 11 Abs 1 und § 27 Abs 1 Satz 1 sowie aus dem Leistungskatalog in [§ 27 Abs 1 Satz 2 SGB V](#).

20

Für die Beurteilung der Erforderlichkeit stationärer KH-Behandlung kommt es auf die medizinischen Erfordernisse im Einzelfall und nicht auf eine abstrakte Betrachtung an (vgl 3. Senat des BSG, Urteil vom 10.4.2008 - [B 3 KR 19/05 R](#), [SozR 4-2500 § 39 Nr 12](#) RdNr 23, zur Veröffentlichung auch in BSGE vorgesehen; vgl ebenso 1. Senat des BSG, Beschluss vom 7.11.2006 - [B 1 KR 32/04 R](#), juris RdNr 28 und 37 f mwN). Mit dem Großen Senat des BSG geht der erkennende 1. Senat davon aus, dass die Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit im Streitfall uneingeschränkt zu überprüfen haben, ob eine stationäre KH-Behandlung aus medizinischen Gründen notwendig ist. Dabei haben sie von dem im Behandlungszeitpunkt verfügbaren Wissens- und Kenntnisstand des verantwortlichen KH-Arztes auszugehen, wenn die KK im Nachhinein beanstandet, die stationäre Behandlung des Patienten sei nicht gerechtfertigt gewesen (vgl BSG, Großer Senat, Beschluss vom 25.9.2007, [aaO](#), RdNr 27).

21

Für eine Einschränkung der Kontrollbefugnisse der KK und des Gerichts in der Weise, dass von der Notwendigkeit der KH-Behandlung schon deshalb auszugehen wäre, weil der KH-Arzt sie bejaht und weil seine Einschätzung fachlich vertretbar ist, bietet das Gesetz keine Grundlage (BSG, Großer Senat, Beschluss vom 25.9.2007, [aaO](#), RdNr 29). Auch Vereinbarungen in den Normsetzungsverträgen auf Landesebene könnten daher nicht bewirken, dass die Entscheidung über die Notwendigkeit der KH-Behandlung entgegen dem Gesetz nicht nach objektiven Maßstäben getroffen wird, sondern im Ergebnis der subjektiven Einschätzung des KH-Arztes überlassen bleibt (vgl BSG, Großer Senat, Beschluss vom 25.9.2007, [aaO](#), RdNr 30).

22

Der Grundsatz, dass die Notwendigkeit der KH-Behandlung im Rechtsstreit von den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit vollständig zu überprüfen ist, gilt auch dann, wenn die KK ihre Leistungspflicht nachträglich für einen zurückliegenden Zeitraum bestreitet. Auch in dieser Konstellation ist eine Zurücknahme der gerichtlichen Kontroll- und Entscheidungsbefugnis unter Berufung auf einen Einschätzungsvorrang des verantwortlichen KH-Arztes weder vom Gesetz vorgesehen noch von der Sache her erforderlich und deshalb mit dem rechtsstaatlichen Gebot effektiven Rechtsschutzes nicht vereinbar (vgl BSG, Großer Senat, Beschluss vom 25.9.2007, [aaO](#), RdNr 32). Eine Besonderheit besteht lediglich insoweit, als die Berechtigung der KH-Behandlung nicht rückschauend aus der späteren Sicht des Gutachters zu beurteilen ist, sondern zu fragen ist, ob sich die stationäre Aufnahme oder Weiterbehandlung bei Zugrundelegung der für den KH-Arzt nach den Regeln der ärztlichen Kunst im Behandlungszeitpunkt verfügbaren Kenntnisse und Informationen zu Recht als medizinisch notwendig dargestellt hat (vgl BSG, Großer Senat, Beschluss vom 25.9.2007, [aaO](#), RdNr 33).

23

b) Das LSG ist - ausgehend von den unter a) dargelegten Maßstäben - in revisionsrechtlich nicht zu beanstandender Weise dazu gelangt, dass nach dem ihm vorliegenden Beweisergebnis die Erforderlichkeit von KH-Behandlung der Versicherten ab 26.10.2002 nicht erwiesen ist. Den fehlenden Nachweis darüber ziehen die Beteiligten auch nicht in Zweifel. So hat die Klägerin nicht etwa rechtzeitig, ordnungsgemäß und ausdrücklich eine Verletzung der Amtsermittlungspflicht ([§ 103 SGG](#)) gerügt (vgl hierzu Leitherer in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 9. Aufl 2008, § 170 RdNr 4 ff; [§ 202 SGG](#) iVm [§ 557 Abs 3 Satz 2 ZPO](#)). Selbst eine bloß sinngemäß erhobene Rüge griffe aber jedenfalls nicht durch. Denn das LSG durfte zu Recht wegen einer fehlenden Mitwirkungshandlung der Klägerin seine Amtsermittlungspflicht als erfüllt ansehen.

24

Nach [§ 103 Satz 1 SGG](#) erforscht das Gericht den Sachverhalt von Amts wegen; die Beteiligten sind dabei heranzuziehen. Zwar muss das Gericht auch bei Verletzung verfahrensrechtlicher Mitwirkungspflichten ermitteln, jedoch gilt dies nicht uneingeschränkt: Unabhängig von der erst mit Wirkung vom 1.4.2008 eingeführten Regelung des [§ 106a SGG](#) (vgl dazu Hauck, jurisPR-SozR 17/2008 Anm 4) verringern sich die Anforderungen an die Amtsermittlungspflicht, wenn ein Beteiligter seinen Mitwirkungspflichten nicht nachgekommen ist (vgl BSG SozR 4-1500 § 144 Nr 1 RdNr 10; [BFHE 156, 38](#); aus der Literatur zB: Leitherer, aaO, § 103 RdNr 16 mwN; Kopp/Schenke, VwGO, 15. Aufl 2007, § 86 RdNr 12 mwN). Solches ist hier anzunehmen.

25

Versäumen Beteiligte, insbesondere tatsächliche Umstände aus ihrer eigenen Sphäre anzugeben, kann für das Gericht der Anlass entfallen, diesen Fragen weiter nachzugehen, weil sich die Notwendigkeit weiterer Ermittlungen dann nicht aufdrängt (vgl [BFHE 113, 540, 545](#)). Weigert sich ein Beteiligter, der aus einem bestimmten Sachverhalt ihm günstige Rechtsfolgen herleitet, trotz Aufforderung, dem Gericht nähere Angaben zu machen, obwohl er es könnte und ihm dies nicht unzumutbar ist, verletzt das Gericht seine Amtsermittlungspflicht nicht, wenn es keine weiteren Ermittlungen mehr anstellt (Leitherer, aaO, RdNr 17; BVerwG [NJW 1977, 163](#)). Je nach den Einzelfällen muss

das Gericht in einem solchen Fall nur dann versuchen, erforderliche Ermittlungen selbst anzustellen, wenn sie nicht unverhältnismäßig sind (vgl BSG [SozR 4-1500 § 128 Nr 5](#) RdNr 15). In Fällen der mangelnden Mitwirkung ist der Beteiligte allerdings über die Folgen der Nichtbeachtung einer gerichtlichen Aufforderung zur Mitwirkung zu belehren, soweit ihm dies nicht bereits konkret geläufig ist. Art und Umfang der Belehrung können sich danach unterscheiden, wie rechtskundig der Beteiligte vertreten ist. Er muss zumindest formlos darauf hingewiesen werden, dass das Gericht nachteilige Schlüsse aus seinem Verhalten ziehen will (Leitherer, aaO, RdNr 17a; BSG SozR Nr 55 zu § 103 SGG; [SozR 1500 § 103 Nr 23](#) mwN und 27; weitergehend - für das wiederholte Fernbleiben von angesetzten Untersuchungsterminen - BSG [SozR 1500 § 160 Nr 34](#)).

26

Diesen Anforderungen ist hier Genüge getan. Das LSG hat die Klägerseite schon mit Verfügung vom 13.2.2006 (am Ende) klar darauf hingewiesen, die Beantwortung der im Fall entscheidungserheblichen Frage nach rechtsgrundlos von der Beklagten erbrachten Leistungen sei "abhängig davon, ob die stationäre Behandlung der Versicherten E. vom 10. bis 28.10.2002 erforderlich war". Auf die an die Klägervertretung gerichtete Nachfrage, ob der - dem entgegenstehende - Vortrag unter Berücksichtigung des Hinweisschreibens ergänzt werde, ist anschließend nur erwidert worden, "dass in diesem wie auch in vergleichbaren Fällen der diesseitige Vortrag spätestens in der mündlichen Verhandlung hilfsweise ergänzt" werde. Mit weiterem ausführlichen richterlichen Hinweisschreiben vom 17.7.2006 an die Klägervertreter hat der Berichterstatter sodann seine Verwunderung darüber zum Ausdruck gebracht, dass sich der Verfahrensgang bei den allein in seinem Dezernat anhängigen 15 Berufungen, in denen um die gleichen Sach- und Rechtsfragen gestritten werde, völlig unterschiedlich entwickelt habe; dem Senat seien teilweise Patientenakten übersandt worden, teilweise (wie im vorliegenden Verfahren) nicht; in mehreren Verfahren sei auf die Bitte um Übersendung der jeweiligen Patientenakte gar "keine Reaktion" erfolgt; zur einheitlichen Verfahrenshandhabung werde um Mitteilung gebeten, ob der Erfüllung der Verfügungen durchgreifende Bedenken entgegenstünden, falls nein, um Aktenübersendung gebeten. Hierzu hat die Klägervertretung anschließend im Wesentlichen "zur Vermeidung von Wiederholungen" nur auf ihre Berufungsbegründung Bezug genommen und an ihrem Standpunkt festgehalten, dass es der Übersendung von Patientenunterlagen aus Rechtsgründen nicht bedürfe und keine Amtsermittlungspflicht des Gerichts bestehe. Nach diesen Umständen kann im vorliegenden Fall - anders als der 3. Senat des BSG in seinen Urteilen vom 20.11.2008 für bei ihm anhängig gewesene Parallelfälle ([B 3 KN 1/08 KR R](#) und [B 3 KN 4/08 KR R](#)) entschieden hat - keine Rede davon sein, dass das LSG "für die Klägerin überraschend" negative Schlüsse aus der Nichtübersendung medizinischer Behandlungsunterlagen gezogen habe (vgl BSG-Terminbericht Nr 59/08 vom 21.11.2008, unter Nr 1., im Internet unter www.bundessozialgericht.de). Der Klägervertretung musste vielmehr - spätestens aufgrund der Hinweise aus anderen Verfahren - ohne Weiteres klar sein, dass bei weiter unterbleibenden prozessualen Mitwirkungshandlungen ein Prozessverlust drohte: Solches hat derselbe Senat des LSG nämlich in der zwischen den Beteiligten zur gleichen Problematik der Montagsentlassungen in der Parallelsache [L 4 KN 91/04 KR](#) (= Revisionsverfahren [B 1 KN 3/08 KR R](#)), über die vom LSG am selben Sitzungstag (16.1.2008) entschieden wurde, unmissverständlich deutlich gemacht. Der Berichterstatter hat dort dargelegt, dass in der Übersendung der Patientenakte eine notwendige Mitwirkungshandlung der Klägerin gesehen werde, um die Notwendigkeit der KH-Behandlung prüfen zu können. Wörtlich heißt es: "Sollte sich die Klägerin weiter weigern, dem Gericht dieses wichtige Beweismittel vorzuenthalten, kann dies zum Prozessverlust führen. Es wird daher nachdrücklich auf die damit verbundenen Prozessrisiken hingewiesen." Nach der - auch dort - unergiebigsten Antwort der Klägerin hat der Berichterstatter ausgeführt, dass er die Antwort als endgültige Weigerung ansehe und weitere Ermittlungen von Amts wegen ausgeschlossen seien. Aus alledem musste sich dem die Klägerseite im selben Termin in mehreren Parallelsachen vertretenden anwaltlichen Bevollmächtigten ohne Weiteres erschließen, dass das Gericht wegen Missachtung der konkret bezeichneten Mitwirkungslast keine weiteren Ermittlungsmaßnahmen ergreifen und nach den Grundsätzen über die Feststellungslast zum Nachteil der Klägerin entscheiden wollte.

27

Das LSG durfte vor dem Hintergrund der dargestellten Rechtslage weitere Ermittlungsmaßnahmen als unverhältnismäßig ansehen. Nach allgemeinen Erfahrungen und den Ausführungen des SMD stand zu erwarten, dass die ohne wesentliche Kosten verfügbaren KH-Behandlungsunterlagen über die Versicherte entscheidenden Aufschluss über die Notwendigkeit der KH-Behandlung in der maßgeblichen Zeit geben könnten, während der Entlassungsbericht für eine Auswertung durch kostspielige Sachverständige unergiebig war. Erst recht wäre es angesichts der beharrlichen und endgültigen, verzögernden rechtlich nicht tragfähigen Mitwirkungsverweigerung der Klägerin (dazu näher unter 4. und 5.) unverhältnismäßig gewesen, ihr die Verlagerung der Sachprüfung routinemäßig erstmals ins gerichtliche Verfahren zuzugestehen und trotz der alle Beteiligten treffenden Beschleunigungsverpflichtung den gerichtlichen Tatsacheninstanzen mehr als sechs Jahre nach der KH-Behandlung etwa die äußerst aufwändige Vernehmung der behandelnden KH-Ärzte aufzugeben. Wenn sich die Klägerin weigert, im gerichtlichen Verfahren KH-Behandlungsunterlagen vorzulegen, die zeitnahen Aufschluss über die streitigen Umstände geben könnten, wäre die Vernehmung der Ärzte im Vergleich zum Inhalt der Behandlungsunterlagen infolge des Zeitablaufs kein ernsthaft in Betracht zu ziehendes gleichwertiges Beweismittel. Dass sich die Klägerin bei alledem auf eine irrige Rechtsauffassung gestützt hat, führt zu keinem anderen Ergebnis; denn selbst derjenige, der nicht vorwerfbar eine unzutreffende Rechtsposition einnimmt, hat die sich daraus ergebenden nachteiligen Konsequenzen des in seiner Risikosphäre liegenden Handelns zu tragen, wenn sich seine Rechtsansicht - wie hier - als unzutreffend erweist und er geltend macht, dass ihn daran "kein Verschulden" treffe. Die Klägerin hat auch nicht etwa vorgetragen, sie habe versucht, ihre Pflicht, Behandlungsunterlagen vorzulegen, gerichtlich isoliert abzuklären.

28

4. Zu Recht hat das LSG das Risiko der Nichterweislichkeit der KH-Behandlungsbedürftigkeit ab dem 26.10.2002 nach den Grundsätzen über die objektive Feststellungslast der Klägerin zugeordnet. Das entspricht den allgemeinen Grundsätzen: Kann ein behaupteter Sachverhalt nicht nachgewiesen werden, geht dies nach dem im sozialgerichtlichen Verfahren geltenden Grundsatz der objektiven Beweislast (Feststellungslast) zu Lasten des Beteiligten, der aus diesem Sachverhalt Rechte herleitet, hier also der Klägerin (vgl näher zB BSG [SozR 4-2500 § 44 Nr 7](#) RdNr 19 mwN; vgl auch 3. Senat des BSG: [BSGE 89, 104](#), 106 = [SozR 3-2500 § 112 Nr 2](#) S 13). Auch eine Beweislastverteilung unter dem Aspekt der Risikosphären führt zu keinem anderen Ergebnis (vgl dazu zB BSG [SozR 4-1500 § 128 Nr 5](#) S 18 RdNr 17; [BSGE 71, 256](#), 260, 263 = [SozR 3-4100 § 119 Nr 7](#) S 32, 36). Denn [§ 39 Abs 1 Satz 2 SGB V](#) ordnet das Risiko der Erforderlichkeitsprüfung gerade dem KH zu. Das KH hat die Notwendigkeit der stationären Behandlung in eigener Verantwortung zu überprüfen (vgl BSG, Großer Senat, Beschluss vom 25.9.2007, [GS 1/06](#), [BSGE 99, 111](#) = [SozR 4-2500 § 39 Nr 10](#), jeweils RdNr 28). Die Klägerin stützt sich für ihren Zahlungsanspruch auf eine Sammelrechnung und berührt sich eines von der Beklagten einschränkungslos zu

erfüllenden Zahlungsanspruchs für stationäre KH-Behandlung der Versicherten, weil die Beklagte nicht nur unter Vorbehalt habe zahlen dürfen und der zur Aufrechnung gestellte Erstattungsanspruch nicht bestehe. Da sich aber - wie dargelegt - die zu den Voraussetzungen eines Vergütungsanspruchs gehörende Notwendigkeit der Behandlung ab 26.10.2002 im sozialgerichtlichen Verfahren nicht hat erweisen lassen, trägt die Klägerin die Nachteile der Nichterweislichkeit im Sinne einer zu Recht erfolgten Klageabweisung.

29

5. Die Einwendungen der Klägerin gegen die im Urteil des LSG herangezogenen rechtlichen Grundsätze und deren Anwendung im Falle der Versicherten greifen nicht durch. Sie beruft sich im Kern darauf, die Erforderlichkeit der KH-Behandlung sei gar keine Voraussetzung des Vergütungsanspruchs des KH. Vielmehr sei die mangelnde KH-Behandlungsbedürftigkeit eine von der KK in qualifizierter Weise gegen den Vergütungsanspruch des KH zu erhebende Einwendung, weil die KK innerhalb der vertraglich vereinbarten Zahlungsfristen grundsätzlich uneingeschränkt zahlungspflichtig sei. Das Gericht müsse dem Einwand mangelnder KH-Behandlungsbedürftigkeit im Vergütungsstreit daher nur nachgehen, wenn die KK ihn unter Einschaltung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) substantiiert geltend gemacht habe. Diese Rechtsauffassung ist aber unter Beachtung der nach dem Beschluss des Großen Senats des BSG vom 25.9.2007 einschlägigen Maßstäbe nicht mehr haltbar (dazu a). Nichts anderes ergibt sich aus [§§ 275, 276 SGB V](#) (dazu b).

30

a) Soweit sich die Klägerin auf frühere Rechtsprechung des 3. Senats des BSG beruft, ist diese insoweit durch den Beschluss des Großen Senats des BSG vom 25.9.2007 überholt.

31

Der 3. Senat des BSG hat allerdings vor dem Beschluss des Großen Senats vom 25.9.2007 die Zahlungspflicht einer KK für eine in Rechnung gestellte stationäre KH-Behandlung nur verneint, wenn schon nach dem Vorbringen des KH von fehlender notwendiger stationärer Behandlung auszugehen ist (BSG [SozR 4-2500 § 109 Nr 1](#) RdNr 12) oder wenn die KK "substantiierte" Einwendungen gegen die KH-Abrechnung innerhalb der vereinbarten Zahlungsfrist erhoben hat (BSG [SozR 4-2500 § 112 Nr 3](#) RdNr 6); beides war hier nach den Feststellungen des LSG nicht der Fall, sodass hiernach der Vergütungsanspruch der Klägerin begründet gewesen wäre. Auf diese Rechtsprechung kann sich die Klägerin nach dem Beschluss des Großen Senats des BSG vom 25.9.2007 - [GS 1/06](#) - indes aus Rechtsgründen nicht mehr stützen. Denn - wie dargestellt - obliegt danach die Entscheidung über den Anspruch des Versicherten auf vollstationäre KH-Behandlung allein der KK und im Streitfall dem Gericht, ohne dass diese an die Einschätzung des KH oder seiner Ärzte gebunden sind. Die KK darf sich dementsprechend unproblematisch von Rechts wegen darauf berufen, die Voraussetzungen des Vergütungsanspruchs seien nicht erfüllt. Zudem darf sie Einwendungen gegen die Abrechnung erheben, welche in Einklang mit dem Gesetz, insbesondere den gesetzlichen Regelungen zur Überprüfung der Notwendigkeit einer KH-Behandlung stehen. Das Gericht muss im Streitfall solchen Einwendungen ebenso wie Zweifeln an der Erfüllung der Anspruchsvoraussetzungen nachgehen und mit den ihm zu Gebote stehenden Mitteln im Rahmen seiner Amtsermittlungspflicht den Sachverhalt aufklären. Die Rechtsprechung des BSG darf mithin - abgesehen von hier nicht eingreifenden gesetzlich geregelten Ausnahmen und atypischen Missbrauchskonstellationen - solche nachträglichen Einwendungen und Überprüfungsbefugnisse der KK wie des Gerichts weder faktisch noch rechtlich ausschließen oder über die gesetzlichen Wertungen hinaus erschweren. Ausgeschlossen ist es insbesondere, der in den KH-Abrechnungen zum Ausdruck kommenden Einschätzung des KH über die Erforderlichkeit noch entscheidende Bedeutung für das Bestehen eines Zahlungsanspruchs beizumessen.

32

b) Nichts anderes ergibt sich entgegen dem Vorbringen der Klägerin im Revisionsverfahren aus den gesetzlichen Regelungen. Vielmehr erlegt umgekehrt [§ 275 Abs 1 Nr 1 SGB V](#) den KKn die gesetzliche Pflicht auf, bei Erbringung von Leistungen, insbesondere zur Prüfung von Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistung, sowie bei Auffälligkeiten zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung eine gutachtliche Stellungnahme des MDK einzuholen; die Funktion des MDK nimmt in der knappschaftlichen Krankenversicherung der SMD wahr (dazu näher vgl. Tösmann, Kompass 1977, 360; Kammler/Klapthor/Blohm/Hallerberg, Kompass 1990, 216).

33

Dass sich die beklagte KK für die Einholung einer gutachtlichen Stellungnahme nicht zunächst unmittelbar an den SMD gewandt, sondern das KH um sachdienliche Behandlungsunterlagen gebeten hat, anhand derer nach ihrer Vorstellung der SMD dann tätig werden sollte, lässt - anders als die Klägerin meint - nicht den Schluss zu, die Aktivitäten der Beklagten seien von [§ 275 Abs 1 Nr 1 SGB V](#) nicht gedeckt gewesen. Denn diese Regelung schreibt den KKn keinen bestimmten Weg vor, in welcher Weise das gesetzliche Begutachtungsverfahren einzuleiten ist. Da die Beklagte schon in ihrem ersten Schreiben nach Rechnungseingang gegenüber der Klägerin ihre Absicht kundgetan hat, bei einer "medizinischen Überprüfung" die "Notwendigkeit der KH-Behandlung" der Versicherten "ab 25.10.2002" wegen der erfolgten Montagsentlassung anhand der KH-Unterlagen begutachten zu lassen, sind aus diesem Vorgehen keine anspruchshindernden vernichtenden Rechtsverstöße herzuleiten; denn die Beklagte schaltete anschließend - wie gesetzlich vorgesehen - den SMD direkt ein, der dann von der Klägerin Anfang April 2003 nochmals eigenständig, aber ebenso erfolglos Unterlagen für die vorzunehmende "abschließende sozialmedizinische Beurteilung" anforderte.

34

Auch die Pflicht der Klägerin zur Mitwirkung an der Überprüfung der Erforderlichkeit der KH-Behandlung der Versicherten in der streitigen Zeit steht außer Zweifel. Nach [§ 276 Abs 1 Satz 1 SGB V](#) sind die KKn verpflichtet, dem MDK/SMD die für die Beratung und Begutachtung erforderlichen Unterlagen vorzulegen. In Abs 2 Satz 1 Halbsatz 2 SGB V der Regelung (idF des Art 3 Nr 7 des Gesetzes vom 13.6.1994, [BGBl I 1229](#)) ist bestimmt, dass dann, wenn die KKn nach [§ 275 Abs 1 bis 3 SGB V](#) eine gutachtliche Stellungnahme oder Prüfung durch den MDK veranlasst haben, die Leistungserbringer verpflichtet sind, Sozialdaten auf Anforderung des MDK unmittelbar an diesen zu übermitteln, soweit dies für die gutachtliche Stellungnahme und Prüfung erforderlich ist.

35

Mit dem 3. Senat des BSG ist aus dieser Regelung herzuleiten, dass die KK für die im Gesetz genannten Zwecke vom KH die Herausgabe von Behandlungsunterlagen an den MDK beanspruchen kann (BSG, Urteil vom 28.2.2007 - [B 3 KR 12/06 R](#), [BSGE 98, 142](#) = [SozR 4-2500 § 276 Nr 1](#), jeweils RdNr 16 ff). Soweit diese Entscheidung den Herausgabebanspruch dagegen auf den Fall der (gebührenordnungsmäßigen) "Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung eines Behandlungsfalles" beschränkt und - in Sorge um eine Verschlechterung der Beweislage des KH-Trägers wegen mit der Zeit verblassenden Erinnerungsvermögens des KH-Arztes - gegenüber der "Prüfung von Notwendigkeit und Dauer eines KH-Aufenthalts" abgrenzen will (aaO, RdNr 19, 20), kann ihr der erkennende 1. BSG-Senat infolge des Beschlusses des Großen Senats des BSG vom 25.9.2007 nicht mehr folgen. Denn auch bei der Beurteilung der Notwendigkeit der KH-Behandlung gibt es keinen grundsätzlichen Vorrang der Interessen des KH gegenüber denjenigen der KKn im Sinne eines dem KH einzuräumenden Anscheinsbeweises (so noch [BSGE 89, 104](#) = [SozR 3-2500 § 112 Nr 2](#)) oder einer Einschätzungsprärogative des KH-Arztes (so zB BSG [SozR 4-5565 § 14 Nr 9](#); BSG [SozR 4-2500 § 39 Nr 7](#) RdNr 13; [BSGE 94, 139](#) = [SozR 4-2500 § 112 Nr 4](#), jeweils RdNr 21) über die (vollständige) Notwendigkeit stationärer KH-Behandlung. Für eine Vermutung der KH-Behandlungsbedürftigkeit zugunsten des KH im Vergütungsstreit und eine daraus umgekehrt folgende Einschränkung der Kontrollbefugnisse der KK bietet das Gesetz nämlich - wie oben bereits dargelegt - keine Grundlage (so BSG, Großer Senat, aaO, RdNr 29 iVm RdNr 14). Abweichendes Vertragsrecht wäre mit höherrangigem Recht nicht vereinbar (so BSG, Großer Senat, aaO, RdNr 30 am Ende).

36

Die Beklagte hat dabei die Prüfungsvoraussetzungen gemäß [§ 275 Abs 1 SGB V](#) beachtet. Ihr bot der Umstand der KH-Entlassung der Versicherten an einem Montagvormittag hinreichenden Anlass, um in eine Überprüfung der KH-Behandlungsbedürftigkeit über den vorherigen Freitag hinaus einzutreten. Denn da an Wochenenden die Personalstärke in einem KH erfahrungsgemäß reduziert und der Behandlungsumfang gegenüber regulären Arbeitstagen herabgesetzt und weitgehend auf Notversorgungen ausgerichtet ist, kann sich bei der Entlassung eines Versicherten an einem Montag, insbesondere an einem Montagvormittag, in Einzelfällen zwangsläufig die Frage aufdrängen, weshalb die stationäre Behandlung dann nicht bereits am davor liegenden Freitag beendet wurde. Ein in der Aufnahmeanzeige vom KH genannter voraussichtlicher Entlassungstermin und das Interesse eines KH an der weitestmöglichen Ausschöpfung der Verweildauer bietet auf der Grundlage des Beschlusses des Großen Senats des BSG vom 25.9.2007 nämlich keinen "Freibrief", um sich vor einer nachträglichen Überprüfung der weiteren Notwendigkeit der KH-Behandlung zu schützen.

37

c) Die Klägerin kann sich auch nicht darauf berufen, die Beklagte habe das Beschleunigungsgebot verletzt. Landesvertragliche Regelungen oder Bestimmungen aus der Pflegesatzvereinbarung, die ein solches vorsehen, hat das LSG für die hier betroffene Zeit des Jahres 2002 nicht festgestellt. [§ 275 Abs 1c SGB V](#), der mit Wirkung vom 1.4.2007 (Art 1 Nr 185 Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) vom 26.3.2007, [BGBl I 378](#)) Einzelheiten und besondere Pflichten sowie eine sechswöchige Ausschlussfrist für die Einleitung einer Einzelfallprüfung normiert, galt im hier streitigen Zeitraum noch nicht. Für eine Rückwirkung der Regelung spricht nichts. Insbesondere lässt sich eine Rückwirkung aus den Gesetzesmaterialien nicht herleiten, auch nicht im Sinne einer Klarstellung einer bereits seit jeher geltenden Rechtslage (vgl Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und SPD zum Entwurf des GKV-WSG, [BT-Drucks 16/3100 S 171](#) zu Nr 185 (§ 275) zu Buchst a).

38

Nur im Rahmen von Treu und Glauben sind KH und KKn angesichts sich ständig verschlechternder Beweisverhältnisse und ihrer dauernden Rechtsbeziehung gehalten, so zügig zu kooperieren, dass es nicht zu treuwidrigen Verzögerungen kommt. Hiervon kann bei der Beklagten indes keine Rede sein. Sie hat bereits zeitnah - mit Schreiben vom 27.11.2002 - aufgrund der am 15.11.2002 eingegangenen Abrechnung die Problematik der KH-Behandlungsbedürftigkeit bis zu einem Sonntag aufgeworfen. Ein Verstoß der Beklagten gegen das Beschleunigungsgebot kann daraus sichtlich nicht hergeleitet werden.

39

d) Es kann auch der Ansicht der Klägerin nicht gefolgt werden, wonach [§ 301 Abs 1 Satz 1 Nr 3 SGB V](#) (hier anzuwenden in der ab 30.4.2002 geltenden Fassung des Art 1 Nr 8 Fallpauschalengesetz vom 23.4.2002, [BGBl I 1412](#)) die Mitteilungspflichten eines KH gegenüber der KK auch im hier betroffenen Bereich der Überprüfung nach [§ 275 SGB V](#) enumerativ und abschließend regelt. [§ 301 Abs 1 Satz 1 Nr 3 SGB V](#) zielt lediglich darauf ab, ordnungsgemäße KH-Abrechnungen zu gewährleisten und die für die Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der KKn, ua die für in besonderen Verträgen vorgesehene Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der KH-Behandlung ([§ 112 Abs 2 Satz 1 Nr 2 SGB V](#)) und die für Wirtschaftlichkeitsprüfungen (§ 113) erforderlichen Daten zur Verfügung zu stellen (vgl Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und FDP zum Entwurf eines Gesetzes zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung, [BT-Drucks 12/3608 S 124](#) zu Nr 141). Deshalb begrenzt die Norm den Datenverkehr auf das hierfür Unerlässliche, verbietet aber nicht die Übermittlung weiterer Daten, wie sie für die Feststellung der Erforderlichkeit von KH-Behandlung benötigt werden.

40

Welche Ermittlungsbefugnisse bei Einzelfallprüfungen bestehen, in denen die KK zwingend den MDK (hier den SMD) einschalten muss, ergibt sich demgegenüber speziell je nach betroffenem Prüfverfahren aus § 17c KHG oder hier - wie ausgeführt - allein maßgeblich aus [§§ 275, 276 SGB V](#).

41

e) Der Beklagten kann entgegen dem Vorbringen der Klägerin nicht angelastet werden, sie habe schwerwiegende Pflichtverletzungen im Prüfungsverfahren begangen und dürfe sich folglich gegenüber dem Zahlungsanspruch nicht mehr auf die fehlende Erforderlichkeit der KH-Behandlung berufen.

42

Wie dargelegt, war die Beklagte hier nach den Umständen des Falles zur Überprüfung verpflichtet, ob die stationäre Versorgung der Versicherten noch ab dem 26.10.2002 erforderlich war. Eine unzulässige Rechtsausübung, wie sie vorliegt, wenn die KK unter Verstoß gegen ein vertraglich vereinbartes Prüfungsverfahren routinemäßig und pauschal die Begleichung von KH-Rechnungen verweigert, weil angebliche Erfahrungswerte zur erforderlichen Verweildauer überschritten worden seien (vgl. [BSGE 89, 104](#) = [SozR 3-2500 § 112 Nr 2](#), sog. "Berliner Fälle"), ist damit nicht verbunden (ähnlich verneinend schon BSG [SozR 4-2500 § 112 Nr 6](#) RdNr 13 ff). Stellt sich nach Abschluss der Überprüfung heraus, dass trotz der von der KK vorgebrachten Zweifel die stationäre KH-Behandlung erforderlich war, wird ein Interessenausgleich in angemessener Weise über die in der Pflegesatzvereinbarung für das Jahr 2002 enthaltenen Regelungen über Fälligkeit (hier: 28 Kalendertage nach Rechnungseingang) und Verspätungszinsen herbeigeführt.

43

Die Klägerin kann auch nichts für sich daraus ableiten, dass die Beklagte im Schreiben vom 27.11.2002 die Übersendung der Unterlagen zunächst an sich selbst verlangte. Denn die Klägerin hätte der Beklagten die Unterlagen ohne Weiteres im verschlossenen Umschlag zur Weiterleitung an den SMD überlassen dürfen (vgl. [BSGE 98, 142](#) = [SozR 4-2500 § 276 Nr 1](#), jeweils RdNr 17). Es lag auf der Hand, dass die Beklagte auch mit einem solchen Vorgehen einverstanden war. Die Klägerin übersandte demgegenüber später im April 2003 auch auf die Anforderung des zwischenzeitlich eingeschalteten SMD hin nur den KH-Entlassungsbericht vom 20.11.2002. Selbst auf die Aufforderung des LSG zur Übersendung von KH-Patientenunterlagen reagierte die Klägerin nicht. Um eine Sonderkonstellation, die wohl den 3. Senat des BSG in seinen Urteilen vom 20.11.2008 veranlasst hat, in Parallelfällen ([B 3 KN 1/08 KR R](#) und [B 3 KN 4/08 KR R](#)) mit den selben Beteiligten die Sachen zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das LSG zurückzuverweisen, geht es vorliegend nicht.

44

6. Unerheblich ist bei alledem, dass das LSG nicht festgestellt hat, dass der Versicherten in der gesamten Zeit der stationären Behandlung im KH der Klägerin und damit auch vom 26. bis 28.10.2002 tatsächlich KH-Behandlung geleistet worden ist (vgl. dazu näher BSG, Urteil vom 16.12.2008 - [B 1 KN 1/07 KR R](#), zur Veröffentlichung in BSGE und SozR vorgesehen; für die Vorrangigkeit dieses Prüfungspunktes allerdings: BSG, Urteil vom 10.4.2008 - [B 3 KR 19/05 R](#) - Leitsatz 1, [SozR 4-2500 § 39 Nr 12](#), zur Veröffentlichung auch in BSGE vorgesehen).

45

7. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs 1 Satz 1 Halbsatz 3 SGG](#) iVm [§ 154 Abs 2](#) Verwaltungsgerichtsordnung. Die Festsetzung des Streitwerts stützt sich auf [§ 197a Abs 1 Satz 1 Halbsatz 1 SGG](#) iVm [§ 63 Abs 2](#), [§ 47](#), [§ 52 Abs 3](#) Gerichtskostengesetz.

Rechtskraft

Aus

Login

BRD

Saved

2009-03-27