

## L 4 KR 31/03

Land  
Berlin-Brandenburg  
Sozialgericht  
LSG Berlin-Brandenburg  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung  
4

1. Instanz  
SG Neuruppin (BRB)  
Aktenzeichen  
S 9 KR 134/01

Datum  
14.05.2003

2. Instanz  
LSG Berlin-Brandenburg  
Aktenzeichen  
L 4 KR 31/03

Datum  
24.08.2004

3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen

-  
Datum

-  
Kategorie  
Urteil

Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Neuruppin vom 14. Mai 2003 wird zurückgewiesen. Die Beklagte hat der Klägerin die notwendigen außergerichtlichen Kosten auch des Berufungsverfahrens zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten darum, ob die Beklagte verpflichtet ist, an die Klägerin 4.710,38 Euro (9.212,70 DM) zuzüglich Zinsen für stationäre Behandlungskosten zu zahlen.

Die seinerzeit bei der BKK B. (im folgenden ebenfalls Beklagte genannt), die sich zum 01. Januar 2004 mit der BKK H. zur Beklagten vereinigt hat (Bescheid des Bundesversicherungsamtes vom 12. Dezember 2003), krankenversicherte H. G. befand sich wegen einer Schenkelhalsfraktur und distaler Radiusfraktur in stationärer Behandlung vom 13. Mai bis 01. Juni 2001 im Krankenhaus G. und vom 01. Juni bis 02. Juni 2001 in dem von der Klägerin betriebenen Krankenhaus (geriatrische Abteilung). Anschließend wurde sie vom 02. Juni bis 15. Juni 2001 wiederum im Krankenhaus G. versorgt.

Aufgrund eines Verlegungsantrages dieses Krankenhauses wurde die Versicherte erneut im Krankenhaus (geriatrische Abteilung) der Klägerin am 15. Juni 2001 aufgenommen und bis 05. Juli 2001 behandelt. Die Klägerin stellte deswegen einen Antrag auf Kostenübernahme unter Angabe der Aufnahmediagnosen Schenkelhalsbruch und distale Fraktur des Radius.

Mit Schreiben vom 28. Juni 2001 lehnte dies die Beklagte ab, da die Notwendigkeit einer stationären Krankenhausbehandlung nicht ausreichend begründet sei. Zugleich bat sie um einen ausführlichen Bericht über die abgeklärten Diagnosen, erhobenen Befunde und den Behandlungsverlauf.

Nachdem die Klägerin auf die Inanspruchnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) verwiesen hatte (Schreiben vom 16. Juli 2001), forderte die Beklagte die Herausgabe der gesamten Krankenakten, da die vorliegenden Unterlagen zur Prüfung, ob die medizinischen Voraussetzungen nach [§ 39](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) vorliegen, nicht ausreichend seien (Schreiben vom 20. Juli 2001).

Die Klägerin bat daraufhin unter Hinweis auf § 8 Abs. 4 Vertrag über allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung (ABK-Vertrag) um nähere Begründung, weshalb die Kostenübernahme abgelehnt werde (Schreiben vom 24. September 2001). Außerdem übersandte sie die Rechnung vom 10. Oktober 2001 über insgesamt 9.212,70 DM über die Behandlung vom 15. Juni bis 05. Juli 2001 mit der Aufforderung, den Rechnungsbetrag bis zum 24. Oktober 2001 zu regulieren.

Nachdem die Beklagte dies abgelehnt hatte (Schreiben vom 23. Oktober 2001) hat die Klägerin am 21. Dezember 2001 Klage beim Sozialgericht Neuruppin erhoben.

Sie ist der Ansicht gewesen, die Nachbehandlung in der geriatrischen Abteilung sei wegen der Schenkelhalsfraktur notwendig gewesen. Über die Erforderlichkeit, die Art und Weise sowie die Dauer der stationären Behandlung entscheide der Krankenhausarzt. Werde dessen Beurteilung in Zweifel gezogen, habe die Beklagte eine Stellungnahme des MDK einzuholen. Einsicht in die Behandlungsunterlagen könne sie nur über den MDK erlangen. Ausreichend für die Zahlungsverpflichtung sei allein die Inanspruchnahme der Sachleistungen der Klägerin durch das Mitglied der Beklagten. Ein Zurückbehaltungsrecht stehe bei formal richtiger Rechnungstellung wegen der Möglichkeit der Beklagten, bei Zweifel an der sachlich-rechnerischen Richtigkeit der Krankenhausabrechnung eine gutachterliche Stellungnahme des MDK

einzuholen, nicht zu.

Die Klägerin hat erstinstanzlich beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin die stationären Behandlungskosten für die Zeit vom 15. Juni 2001 bis 06. Juli 2001 in Höhe von 4.710,38 Euro sowie zwei Prozent Zinsen über dem Basiszinssatz der Deutschen Bundesbank ab Rechtshängigkeit der Klage zu zahlen.

Die Beklagte hat die Ansicht vertreten, da die Versicherte bereits vorher wegen einer Schenkelhalsfraktur und Radiusfraktur in einem Akutkrankenhaus behandelt worden sei, sei eine weitere Behandlungsbedürftigkeit in der Geriatrie nicht ersichtlich. Der Antrag auf Kostenübernahme sei auch erst am 21. Juni 2001, also weit nach der vereinbarten Frist von drei Tagen, bei ihr eingegangen. Da kein Erstaufenthalt vorgelegen habe, habe die Klägerin eine medizinische Begründung für die Verlängerung gemäß [§ 301 Abs. 1 Nr. 3 SGB V](#) geben müssen. Ohne diese sei die Beklagte nicht verpflichtet gewesen, ihrerseits die Ablehnung der Kostenübernahme zu begründen bzw. den MDK einzuschalten. Im Übrigen folge aus [§ 301 Abs. 1 Nr. 3 SGB V](#) ein Recht der Beklagten auf Anforderung der ärztlichen Unterlagen. Unabhängig davon ergebe sich aus keiner gesetzlichen Vorschrift, dass nur der MDK Krankenunterlagen, die weitergehende Aussagen als die Daten gemäß [§ 301 SGB V](#) enthielten, anfordern dürfe.

Mit Urteil vom 14. Mai 2003 hat das Sozialgericht die Beklagte antragsgemäß verurteilt. Es hat u. a. ausgeführt:

Rechtsgrundlage des hier geltend gemachten Vergütungsanspruches, dessen Höhe rechnerisch nicht angegriffen wird, ist gemäß [§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) in Verbindung mit dem Krankenhausbehandlungsvertrag. Nach [§ 109 Abs. 4 Satz 2 SGB V](#) ist das zugelassene Krankenhaus im Rahmen seines Versorgungsauftrags zur Krankenhausbehandlung der Versicherten verpflichtet; Satz 3 der Vorschrift verpflichtet die Krankenkassen, mit den zugelassenen Krankenhäusern Pflegesatzvereinbarungen zu führen und setzt damit die Vergütungspflicht als selbstverständlich voraus. Der Krankenhausbehandlungsvertrag regelt u. a. Voraussetzungen und Modalitäten der Zahlungspflicht der Krankenkassen. Der Anspruch des Versicherten gegenüber seiner Krankenkasse auf Krankenhausbehandlung ergibt sich dagegen aus [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#). Aus dem auch die stationäre Behandlung beherrschenden Sachleistungsprinzip ergibt sich, dass die Zahlungsverpflichtung der Krankenkassen - unabhängig von einer Kostenzusage - unmittelbar mit Inanspruchnahme der Leistung durch ihre Versicherten entsteht. Der Zahlungsanspruch des Krankenhauses korrespondiert deshalb mit dem Anspruch des Versicherten auf Krankenhausbehandlung (vgl. hierzu BSG, Urteil vom 17. Mai 2000 - [B 3 KR 33/99 R](#)).

Wie Letzterer ist er davon, dass beim Versicherten bei der Aufnahme in das Krankenhaus grundsätzlich die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für die Inanspruchnahme von Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung und Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit vorliegen müssen, wobei unter Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit ein Krankheitszustand zu verstehen ist, dessen Behandlung den Einsatz von besonderen Mitteln des Krankenhauses erforderlich macht (BSG a.a.O.). Die dafür nötige Entscheidung über die Erforderlichkeit und Art der Krankenhausbehandlung obliegt nach [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) dem Krankenhausarzt. Wie bei der ambulanten Behandlung dem Vertragsarzt, so kommt im Bereich des Krankenhauses dem Krankenhausarzt eine "Schlüsselstellung" zu. Denn das zugelassene Krankenhaus und dessen Ärzte sind aufgrund des Sachleistungsprinzips gesetzlich ermächtigt, mit Wirkung für die Krankenkassen über die Aufnahme sowie die erforderlichen Behandlungsmaßnahmen und damit konkludent auch über den Leistungsanspruch des Versicherten zu entscheiden; die Krankenkasse ist dann grundsätzlich an diese Entscheidung gebunden; das gilt auch für den Zahlungsanspruch des Krankenhauses gegenüber den Krankenkassen. Stellt sich die Entscheidung nachträglich - vollständig oder in einzelnen Teilen - als unrichtig heraus, ist die Krankenkasse nur dann nicht an die Entscheidung des Krankenhausarztes gebunden, wenn dieser vorausschauend (ex ante) hätte erkennen können, dass die geklagten Beschwerden nicht die Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung begründeten, also eine Fehlentscheidung getroffen hat (BSG [SozR 3-2500 § 39 Nr. 4](#) sowie BSG, Urteil vom 17. Mai 2000 [a.a.O.](#)).

Nach der Krankenhausaufnahme ist die Krankenkasse allerdings berechtigt, die Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit zu überprüfen und davon eine Kostenübernahmeerklärung abhängig zu machen. Dazu kann sie, falls sie Zweifel an der Erforderlichkeit der Krankenhausbehandlung hat, den MDK zur Klärung einschalten ([§ 276 Abs. 4 SGG V](#)) oder eine Kostenübernahme zunächst befristen.

Der Zahlungsanspruch des Krankenhauses ist allerdings nicht von einer Kostenübernahmeerklärung der Krankenkasse abhängig zu machen (BSGE 70, 22; [SozR 3-2500 § 39 RdNr. 4 und 5](#)). Die Kostenübernahmeerklärung dient ausschließlich dazu, das Krankenhaus unverzüglich darüber zu informieren, ob die Krankenkasse die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung anerkennt oder dagegen Einwendungen erhebt. Mit der Kostenübernahmeerklärung wird das Vorliegen bestimmter, den Vergütungsanspruch des Krankenhauses begründender Tatbestandsvoraussetzungen vorab festgestellt. Die Kostenübernahmeerklärung hat damit die Wirkung eines so genannten deklaratorischen Schuldanerkenntnisses im Zivilrecht. Gibt die Krankenkasse gar keine oder nur eine befristete Kostenübernahmeerklärung ab, führt dies jedoch nicht dazu, das für den Zeitraum, der von der Kostenübernahmeerklärung nicht erfasst wird, der Zahlungsanspruch entfielen und das Krankenhaus daher zunächst konkret darlegen müsste, warum Behandlungsbedürftigkeit bestanden habe. Der Charakter der Kostenübernahmeerklärung als deklaratorisches Schuldanerkenntnis schließt es aus, dass die Kostenübernahmeerklärung konstitutiv für das Entstehen der Zahlungspflicht der Krankenkasse ist.

Weder durch die den Zahlungsanspruch zunächst auslösende Inanspruchnahme der Krankenhausleistungen durch den Versicherten noch durch eine - befristete oder unbefristete - Kostenübernahmeerklärung ist die Beklagte allerdings gehindert, (nachträglich bekannt gewordene) Einwendungen gegen die Notwendigkeit der medizinischen Behandlung im Einzelfall vorzubringen und den Zahlungsanspruch des Krankenhauses damit zu Fall zu bringen (BSG [SozR 3 - 2500 § 39 Nr. 4](#); BSG Urteil vom 17. Mai 2000).

In diesem Zusammenhang kann die Krankenkasse nicht nur die Erforderlichkeit der Krankenhausbehandlung schlechthin gemäß [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) sondern auch die Behandlungsdauer mit der Begründung in Zweifel ziehen, dass das Krankenhaus den stationären Aufenthalt des Versicherten bei zügigem Vorgehen von vornherein hätte abkürzen können. Das Recht der Krankenkasse, in diesem Umfang die Erforderlichkeit der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit zu überprüfen, ergibt sich aus [§ 12 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#), wonach die Krankenkassen Leistungen nicht bewilligen dürfen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind.

Gemäß [§ 112 Abs. 2 Nr. 1](#) sind von den Krankenkassen Verträge mit den Krankenhausträgern zu schließen. In Brandenburg handelt es sich

dabei um den Vertrag über allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung. Die Regelungen der Krankenhausverträge wiederholen und verfeinern die bereits durch den Gesetzgeber in [§ 301 Abs. 1 Nr. 1](#) und 3, Abs. 2 und 3 SGB V, [§ 100 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und Satz 3 SGB X](#) - bestimmten Verpflichtungen der Krankenhäuser und der Krankenhausärzte sowie die sich aus [§ 275 Abs. 1 Nr. 1](#), [276 Abs. 4](#), [277 Abs. 1 Satz 1](#) und 2 SGB V ergebenden Pflichten der Krankenkassen im Sinne einer engen und zügigen Zusammenarbeit von Krankenhäusern und Krankenkassen im Sinne des [§ 86 SGB X](#). Da sich keiner der Beteiligten wegen [§ 112 Abs. 2 Satz 2 SGB V](#) einseitig dem Krankenhausvertrag entziehen darf, führt jede Vertragsverletzung nach Art der Rechtsfolgen bei einer Obliegenheitsverletzung im Zivilrecht entweder zu einer Einwendung gegen den Zahlungsanspruch oder den Ausschluss der Einwendungen gegen die Erforderlichkeit und Wirtschaftlichkeit der Krankenhausbehandlung jedenfalls solange, bis ein vertragsgerechtes Überprüfungsverfahren durchgeführt wird.

Unter Zugrundelegung dieser rechtlichen Erwägungen ist der Zahlungsanspruch der Klägerin durch die Inanspruchnahme ihrer Leistungen durch die Versicherte der Beklagten entstanden, weil die Krankenhausärzte der Klägerin die Aufnahme der Versicherten ins Krankenhaus der Klägerin veranlasst und weitere geriatrische Behandlungen vorgenommen und damit den Behandlungsanspruch der Versicherten konkretisiert und erfüllt haben. Entgegen der Auffassung der Beklagten handelt es sich hierbei um eine Erstaufnahme, denn die Akutbehandlungen vom 13.5. bis 01.06. und 02.06. bis 15.06. erfolgten nicht in Einrichtungen der Klägerin, sondern im Krankenhaus G ... Es handelt sich also um eine Erstaufnahme durch Verlegung vom Krankenhaus G ... Hiernach hat die Klägerin die Voraussetzungen des [§ 301 SGB V](#) erfüllt, d. h. die Klägerin hatte die Aufnahmediagnosen sowie die voraussichtliche Behandlungsdauer anzugeben. Eine weitere medizinische Begründung war nicht notwendig, weil es sich nicht um einen Verlängerungsantrag handelte. Die Beklagte hatte vielmehr die Möglichkeit, von dem Krankenhaus G. die Behandlungsunterlagen durch den MDK einsehen zu lassen (Akutkrankenhaus) und insoweit die medizinische Begründetheit einer geriatrischen Behandlung zu überprüfen ([§ 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V](#)).

Die Beklagte machte hiervon jedoch keinen Gebrauch, sondern lehnte schlichtweg die Kostenübernahme und die Begleichung der später gelegten Rechnung ab. Nach den Feststellungen in der mündlichen Verhandlung gehen die Krankenhausbehandlungsunterlagen des Akutkrankenhauses nicht an die geriatrische Abteilung weiter, so dass nach Auffassung des Gerichts hierbei zwingend die Einschaltung des MDK erforderlich gewesen ist, soweit Zweifel an der medizinischen Begründetheit des Aufenthaltes in der geriatrischen Abteilung der Klägerin bestanden.

Da die Beklagte ihre Obliegenheitspflichten hier offensichtlich verletzt hat (fehlende Einschaltung des MDK) und insoweit kein Nachweis darüber angetreten werden kann, dass die Behandlung in der geriatrischen Abteilung der Klägerin medizinisch nicht begründet gewesen sein sollte, stützt sich die Kammer allein auf die Entscheidung des Krankenhausarztes, dass die Krankenhausbehandlung erforderlich war.

Das Gericht sah sich nicht veranlasst, den Sachverhalt von Amts wegen aufzuklären. Weil die Frage der Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung bei vertragsgerechtem Verhalten der Beteiligten - insbesondere bei einer unverzüglichen Einschaltung des MDK - möglich gewesen wäre. Die Kammer ist der Auffassung, dass die Beklagte ihre Mitwirkungspflichten an der medizinischen Aufklärung nicht ausreichend erfüllt hat. Die Verzögerung bei der Klärung einer Kostenübernahme ist ihr insoweit anzulasten. Eine gerichtliche Aufklärung von Amts wegen ist nur angezeigt, wenn sich Zweifel an der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit geradezu aufdrängen würden. Dies ist allerdings nach Auffassung des Gerichts nicht der Fall. Die Beklagte vermag durch ihre Behauptung, dass wegen der bereits erfolgten Akutbehandlung eine weitere geriatrische Behandlung nicht notwendig gewesen sei, keine Zweifel des Gerichts hervorrufen. Dazu hätte es einer substantiierten Begründung bedurft.

Der Zinsanspruch folgt aus § 18 des Vertrages über allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung für das Land Brandenburg.

Gegen das ihr am 01. Juli 2003 zugestellte Urteil richtet sich die am 14. Juli 2003 eingelegte Berufung der Beklagten, mit der sie vorträgt:

Der Antrag auf Kostenübernahme habe als Aufnahmediagnose zwei Frakturen, jedoch keinen Hinweis auf die spezielle Erforderlichkeit einer geriatrischen Behandlung beinhaltet, so dass von Beginn an Zweifel an der Behandlungsbedürftigkeit bestanden hätten. Das angefochtene Urteil beruhe auf der Annahme, die Beklagte habe ihre vertragliche Mitwirkungspflicht verletzt, ohne dass näher ausgeführt werde, gegen welchen Krankenhausvertrag verstoßen worden sein sollte. Ein Überprüfungsvertrag nach [§ 112 Abs. 2 Nr. 2 SGB V](#) existiere im Land Brandenburg nicht. In § 3 Abs. 6 ABK-Vertrag werde auf [§ 276 Abs. 4 SGB V](#) verwiesen. Wegen der streitigen Frage der Behandlungsbedürftigkeit hätte das Sozialgericht weiter ermitteln müssen. Es sei unklar, ob die Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit nach Verlegung überhaupt geprüft worden sei. Jedenfalls hätte das Sozialgericht auf der Grundlage seiner Rechtsauffassung, wonach eine Einschaltung des MDK für die Prüfung erforderlich sei, einen entsprechenden Hinweis erteilen müssen.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Neuruppin vom 14. Mai 2003 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend. Es sei zwar richtig, dass die Krankenkasse Einwendungen gegen die Notwendigkeit und Dauer der stationären Behandlung vorbringe und ggf. sogar den Zahlungsanspruch des Krankenhauses reduzieren oder negieren könne. Dies erfordere jedoch die vorherige Einschaltung des MDK. Da dies zeitnah zu erfolgen habe, komme dies jetzt nicht mehr in Betracht. Zu weiteren medizinischen Angaben wie bei einem Verlängerungsantrag sei die Klägerin nicht verpflichtet gewesen, da es sich um eine Erstaufnahme gehandelt habe.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes sowie des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der Gerichtsakten und der beigezogenen Verwaltungsakte der Beklagten, der Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist, verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung ist unbegründet.

Das Sozialgericht hat die Beklagte im Ergebnis zu Recht verurteilt, an die Klägerin 4.710,38 Euro (9.212,70 DM) zuzüglich Zinsen in Höhe von 2 v. H. über dem Basiszinssatz der Deutschen Bundesbank ab Rechtshängigkeit der Klage zu zahlen.

Das Sozialgericht war - unabhängig davon, dass der Senat gemäß [§ 98 SGG](#) i. V. m. [§ 17 a Abs. 5 GVG](#) die Zuständigkeit des erstinstanzlichen Gerichts nicht zu prüfen hat - für die Entscheidung (örtlich) zuständig. Soweit auf der Grundlage von [§ 57 a Abs. 1 SGG](#) die Auffassung vertreten wird, dass "jedoch in Angelegenheiten, die Entscheidungen oder Verträge auf Bundesebene betreffen, das Sozialgericht (zuständig sei), in dessen Bezirk die Kassenärztliche Bundesvereinigung ihren Sitz hat, und in Angelegenheiten, die Entscheidungen oder Verträge auf Landesebene betreffen, soweit durch Landesrecht nichts Abweichendes bestimmt ist, das Sozialgericht, in dessen Bezirk die Landesregierung ihren Sitz hat", folgt daraus nicht die Zuständigkeit des Sozialgerichts Potsdam für alle Verfahren, in denen es - wie hier - um Ansprüche aus Verträgen der Krankenkassen mit Leistungserbringern geht. Der Senat ist mit dem Bundessozialgericht (Beschluss vom 16. Juni 2004 - B 7 SF 12/04 S) der Auffassung, dass die Vorschrift des [§ 57 a Abs. 1 SGG](#) sich ausschließlich auf Vertragsarztangelegenheiten bezieht, weil sich auch der in mit "jedoch" beginnende Satzteil grammatikalisch nur auf "Angelegenheiten des Vertragsarztrechts" wegen der Verknüpfung mit dem Wort "jedoch" nur auf derartige Vertragsangelegenheiten beziehen kann. Des Wortes "jedoch" bedarf es regelmäßig nur dann, wenn eine Abweichung zu zuvor Gesagtem beschrieben werden soll. Insoweit hat auch vor Änderung des Wortlauts des [§ 57 a Abs. 1 SGG](#) durch das Gesetz zur Gleichstellung behinderter Menschen und zur Änderung anderer Gesetze vom 27. April 2002 ([BGBl. I. S. 1467](#)) nichts anderes gegolten. Denn auch die damalige Satzverknüpfung mit den Worten "im übrigen" stellte ersichtlich keine völlig eigenständige Zuständigkeits-Regelung auf, sondern bezog sich insgesamt nur auf den Regelungszusammenhang des [§ 57 a SGG](#) in der damaligen Fassung; dieser betraf aber das Kassenarztrecht. Mit dem BSG (aaO) kann [§ 57 a SGG](#) nur eng ausgelegt werden, da es um den grundgesetzlichen Anspruch auf den "gesetzlichen Richter" geht ([Art. 101 Abs. 1 Satz 2 GG](#)). [§ 57 a SGG](#) regelt Ausnahmen von der Grundnorm des [§ 57 SGG](#) über die örtliche Zuständigkeit und müsste - wie es für "Vertragsarztangelegenheiten" geschehen ist, auch für "Angelegenheiten aus Verträgen mit anderen Leistungserbringern" eindeutige Regelungen enthalten. Die Regelungen des [§ 57 a SGG](#) dürften sich danach insgesamt nur auf die im zweiten Abschnitt des Vierten Kapitels des SGB V, also auf Vertragsangelegenheiten nach den [§§ 72 bis 106 a SGB V](#) beziehen.

Der Senat folgt dem Sozialgericht auch in der Hauptsache aus den Gründen der angefochtenen Entscheidung und sieht insoweit von einer weiteren Darstellung der Entscheidungsgründe ab

([§ 153 Abs. 2 SGG](#)).

Die Beiladung der Versicherten ist nicht geboten gewesen (vgl. BSG [SozR 1500 § 75 Nr. 71](#) und [BSGE 61, 197](#), 199).

1. Entgegen der Ansicht der Beklagten bedarf es keiner weiteren Beweiserhebung, denn sie ist nicht berechtigt gewesen, Beanstandungen sachlicher Art gegen die Rechnung vom 10. Oktober 2001 geltend zu machen.

Zum einen hat sie die vertraglich vereinbarte Form der Überprüfung nicht eingehalten.

[§ 18 Abs. 4 Satz 3 ABK-Vertrag](#) steht dem nicht entgegen.

Nach Beendigung der Krankenhausbehandlung wird der zuständigen Krankenkasse in der Regel innerhalb von zwei Wochen eine Schlussrechnung übersandt ([§ 18 Abs. 1 Satz 1 ABK-Vertrag](#)). Nach [§ 18 Abs. 4 Satz 1 ABK-Vertrag](#) bezahlt die zuständige Krankenkasse die Rechnung innerhalb von 14 Kalendertagen nach Rechnungseingang. Beanstandungen rechnerischer oder sachlicher Art können nach [§ 18 Abs. 4 Satz 3 ABK-Vertrag](#) auch nach Bezahlung der Rechnung geltend gemacht und die Differenzbeträge verrechnet werden.

Es handelt sich bei diesen Vorschriften um "Zahlungsregelungen," wie dies [§ 18 ABK-Vertrag](#) in seiner Überschrift ausweist. Damit wird zum einen die Fälligkeit der Zahlung, also der Zeitpunkt, von dem ab der Gläubiger die Leistung verlangen kann ([§ 271 Bürgerliches Gesetzbuch - BGB](#)), geregelt. Fälligkeit tritt danach innerhalb von 14 Kalendertagen nach Rechnungseingang ein. Zum anderen wird mit dieser Vorschrift sichergestellt, dass mit der zügigen Bezahlung des geforderten Betrages nicht zugleich auch die Anerkennung der Richtigkeit der Rechnung verbunden ist. Die Zahlung bewirkt zwar, dass die Forderung im Sinne des [§ 362 Abs. 1 BGB](#) erlischt. Sie ist jedoch Leistung unter Vorbehalt mit der Folge, dass die Wirkung des [§ 814 BGB](#), wonach das zum Zwecke der Erfüllung einer Verbindlichkeit Geleistete nicht zurückgefordert werden kann, wenn der Leistende gewusst hat, dass er zur Leistung nicht verpflichtet war, ausgeschlossen wird (vgl. dazu Palandt-Heinrichs, Bürgerliches Gesetzbuch, 63. Auflage, [§ 362 Rdnr. 11](#)). Bei Bezahlung der Rechnung der Krankenkasse bereits bekannte, den Zahlungsanspruch ganz oder teilweise ausschließende Sachverhalte kann sie daher ohne Rechtsverlust noch nachträglich einwenden.

Der Wortlaut des [§ 18 Abs. 4 Satz 3 ABK-Vertrag](#) erlaubt es der Krankenkasse jedoch grundsätzlich, solche Beanstandungen schon vor Bezahlung der Rechnung geltend zu machen. Dies folgt aus dem Wort "auch", das eine solche Auslegung in Anwendung allgemeiner Rechtsgrundsätze zulässt. Eine unbedingte Fälligkeit, die das BSG im Urteil vom 28. Mai 2003 - [B 3 KR 10/02 R](#) für den dort entschiedenen Sachverhalt angenommen hat, ist vorliegend wegen des Wortes "auch" nicht gegeben. Auf eine nicht bestehende Forderung muss nicht geleistet werden; Erfüllung einer solchen Forderung kann nicht verlangt werden. Besteht zwischen den Beteiligten Einigkeit darüber, dass eine Forderung nicht besteht, ist diese Rechtsfolge auch in tatsächlicher Hinsicht unproblematisch. Sind hingegen die Beteiligten unterschiedlicher Auffassung, folgt daraus, dass der eine nicht zahlt und der andere die Durchsetzung ggf. auf prozessualen Wege begehrt. Besteht die Forderung, so führt die Zahlungsverweigerung dazu, dass der Gläubiger Erfüllung der Forderung nicht zeitnah erlangt. Dieses Ergebnis kann jedoch durch Vereinbarung der Beteiligten dadurch ausgeschlossen werden, dass die Zahlung unabhängig von materiell-rechtlichen Einwendungen zunächst erfolgt und der Zahlungspflichtige auf den Weg der Rückforderung verwiesen wird, ohne dass damit zugleich die allgemeinen Beweislastregeln umgekehrt würden. Das heißt der auf Rückzahlung in Anspruch genommene Beteiligte bleibt weiterhin für das Bestehen der Forderung beweisbelastet.

[§ 18 Abs. 4 Sätze 1 und 3 ABK-Vertrag](#) schließen schlichte Beanstandungen sachlicher Art vor Bezahlung der Rechnung im Einzelfall aus. Dies folgt durch Auslegung unter Berücksichtigung der vom Sozialgericht zutreffend dargestellten Stellung des Krankenhausarztes und der insoweit maßgebenden Regelung des [§ 3 Abs. 6 ABK-Vertrag](#).

Nach § 3 Abs. 6 ABK-Vertrag findet vorbehaltlich eines Vertrages nach [§ 112 Abs. 2 Nr. 2 SGB V](#), den es im Land Brandenburg nicht gibt, [§ 276 Abs. 4 SGB V](#) Anwendung. Danach gilt: Wenn es im Einzelfall zu einer gutachterlichen Stellungnahme über die Notwendigkeit und Dauer der stationären Behandlung des Versicherten erforderlich ist, sind die Ärzte des Medizinischen Dienstes befugt, zwischen 8.00 Uhr und 18.00 Uhr die Räume der Krankenhäuser und Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen zu betreten, um dort die Krankenunterlagen einzusehen und, soweit erforderlich, den Versicherten untersuchen zu können.

Die Beklagte ist daher gehalten, wenn sie die Notwendigkeit und Dauer der stationären Behandlung des Versicherten in Zweifel zieht, den MDK einzuschalten. Damit soll sichergestellt werden, dass Beanstandungen sachlicher Art medizinisch fundiert sind. Die Notwendigkeit und Dauer der stationären Behandlung erfordert medizinischen Sachverstand, den die Beklagte regelmäßig nicht hat. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass entsprechend dem Grundgedanken des [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) für die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung zunächst die Beurteilung des Krankenhausarztes maßgebend ist. Sie ist prima facie der Beweis für die Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit des Versicherten. Wenn die Beklagte dessen Beurteilung in Zweifel zieht, folgt daraus noch nicht das Recht, die Zahlung zu verweigern, bis ihre Zweifel ausgeräumt sind. Soweit § 18 Abs. 4 Satz 3 ABK-Vertrag von Beanstandungen sachlicher Art spricht, sind darunter qualifizierte Beanstandungen, regelmäßig nach Einschaltung des MDK zu verstehen.

Ein Versorgungssystem wie die gesetzliche Krankenversicherung ist zwar nur funktionsfähig, solange es finanzierbar ist, wobei die Aufrechterhaltung des Systems gerade auch durch eine effektive Rechnungsprüfung erreicht wird. Dies gebietet, die Krankenkasse vor unberechtigten Forderungen von Krankenträgern zu schützen. Diesem Anliegen kann jedoch ohne Weiteres dadurch hinreichend Rechnung getragen werden, dass die Krankenkasse sich des Sachverstandes des MDK bedient. Zu beachten ist allerdings in gleichem Maße, dass die Funktionsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung auch davon abhängig ist, dass leistungsfähige Krankenhäuser vorhanden sind. Ein wirtschaftlicher Betrieb wird hierbei u. a. auch dadurch sichergestellt, dass fällige Forderungen zügig erfüllt werden. Dies setzt insbesondere § 17 Abs. 1 Satz 3 Bundespflegegesetzverordnung (BPFV) voraus, wonach eine zeitnahe Zahlung der Pflegesätze an das Krankenhaus zu gewährleisten ist.

Die Beklagte ist unstreitig nicht nach § 3 Abs. 6 ABK-Vertrag vorgegangen. Sie hat den MDK nicht um eine gutachterliche Stellungnahme über die Notwendigkeit der stationären Behandlung gebeten. Die Einleitung eines solchen Verfahrens wäre jedoch spätestens vor der Fälligkeit der geforderten Vergütung notwendig gewesen (vgl. auch BSG, Urteil vom 13. Dezember 2001, [B 3 KR 11/01 R](#) in [SozR 3-2500 § 112 Nr. 2](#)). Um die Zahlungspflicht nach § 18 Abs. 4 Satz 1 ABK-Vertrag abzuwenden, reicht es nicht aus, ein solches Verfahren nach Eintritt der Fälligkeit einzuleiten. Erst Recht kann es nicht während des gerichtlichen Verfahrens nachgeholt werden. Damit kann der Zweck der Regelung, die Krankenkasse frühzeitig zu veranlassen, medizinisch fundierte Beanstandungen sachlicher Art vorzubringen, nicht mehr erreicht werden. Ob die Regelung in § 18 Abs. 4 Satz 3 ABK-Vertrag, wonach Beanstandungen sachlicher Art "auch" nach Bezahlung der Rechnung geltend gemacht werden können, unter Berücksichtigung der o. g. Ausführungen eine Auslegung dahingehend erfordert, dass solche Beanstandungen vor Bezahlung der Rechnung selbst für den Fall ausgeschlossen sein sollen, dass die Krankenkasse gemäß § 3 Abs. 6 ABK-Vertrag verfahren ist, aber eine gutachterliche Stellungnahme des MDK vor Fälligkeit nicht vorliegt, kann dahinstehen. Das Sozialgericht war angesichts dessen nicht gehalten, den von der Beklagten gerügten fehlenden rechtlichen Hinweis zu geben.

Der Beklagten steht nicht das Recht zu, Einsichtnahme in die Behandlungsunterlagen der Versicherten zu nehmen. Sie ist insoweit ausschließlich auf ein Tätigwerden des MDK angewiesen. [§ 301 SGB V](#) zählt aus datenschutzrechtlichen Gründen abschließend auf, welche Angaben den Krankenkassen bei einer Krankenhausbehandlung ihrer Versicherten zu übermitteln sind. Der MDK ist im Falle einer Abrechnungsprüfung nach [§ 276 Abs. 2 Satz 1](#) zweiter Halbsatz SGB V ausdrücklich ermächtigt, die erforderlichen Sozialdaten bei den Krankenhäusern anzufordern, und nach [§ 277 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) verpflichtet, den Krankenkassen die notwendigen Informationen, das heißt das Ergebnis der Begutachtung und die erforderlichen Angaben über den Befund, mitzuteilen (BSG, Urteil vom 23. Juli 2002 - [B 3 KR 64/01 R](#) in [SozR 3-2500 § 112 Nr. 3](#)). Demzufolge war die Beklagte auch nicht berechtigt, einen ausführlichen Bericht von der Klägerin zu fordern. Ob dies im Rahmen eines Vertrages nach [§ 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V](#) im Hinblick auf die genannte Rechtsprechung des BSG vereinbart werden könnte, kann dahinstehen. Eine solche Vereinbarung besteht nicht. Im Übrigen ist die Beklagte allein schon wegen der Regelung in § 3 Abs. 6 ABK-Vertrag gehalten, wegen der Überprüfung der Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung den dort beschriebenen Weg zu beschreiten. Dies schließt weitere Ansprüche insoweit aus.

Auch wenn eine Krankenkasse ihren Obliegenheiten nicht nachgekommen ist, kann der Krankenträger Zahlung nur verlangen, wenn er sich selbst vertragsgemäß verhalten bzw. eine Vertragsverletzung den mit der Regelung verbundenen Zweck nicht berührt hat.

Die Klägerin musste keine weitere Begründung für die weitere Verweildauer der Versicherten geben.

Nach § 301 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 sind die nach [§ 108 SGB V](#) zugelassenen Krankenhäuser verpflichtet, den Krankenkassen bei Krankenhausbehandlung u. a. die voraussichtliche Dauer der Krankenhausbehandlung sowie, falls diese überschritten wird, auf Verlangen der Krankenkasse die medizinische Begründung zu übermitteln. Eine solche Verlängerung liegt vor, wenn der bisherige Aufenthalt fortgesetzt werden soll, ohne dass er zwischenzeitlich unterbrochen war. Eine Unterbrechung ist nach § 5 Abs. 2 ABK-Vertrag insoweit nur unbeachtlich, wenn zur Untersuchung oder Mitbehandlung des Patienten ein anderes Krankenhaus in Anspruch genommen wird und der Patient spätestens innerhalb von 24 Stunden in das erste Krankenhaus zurückkehrt. In einem solchen Fall liegt eine Verlegung, also eine Beendigung des Krankenhausaufenthaltes, nicht vor.

Die Versicherte wurde vom 02. Juni bis 15. Juni 2001 im Krankenhaus G. stationär behandelt, so dass die zum 15. Juni 2001 vorgenommene Verlegung in das Krankenhaus der Klägerin als erneute Aufnahme und nicht als Verlängerung des am 02. Juni 2001 beendeten früheren Aufenthalts im Krankenhaus der Klägerin anzusehen ist.

Nach dem Vortrag der Beklagten ging der Antrag auf Kostenübernahme erst am 21. Juni 2001 bei ihr ein.

Nach § 8 Abs. 3 Satz 1 ABK-Vertrag fordert das Krankenhaus für Patienten, die bei der Aufnahme noch keine Kostenübernahmeerklärung vorweisen können, diese Erklärung unverzüglich, in der Regel innerhalb von drei Arbeitstagen, bei der zuständigen Krankenkasse an. Damit korrespondiert die Vorschrift des § 8 Abs. 4 Satz 1 ABK-Vertrag, wonach die Krankenkasse dem Krankenhaus unverzüglich, spätestens innerhalb von drei Arbeitstagen, mitteilt, ob sie die Kosten übernimmt oder aus welchen Gründen sie die Kostenübernahme ablehnt.



Diesen Verpflichtungen sind die Beteiligten, wenn nicht auf ein Handeln, sondern auf den Zugang abzustellen ist, nicht nachgekommen. Die Ablehnung der Kostenübernahme datiert vom 28. Juni 2001.

Die geringfügige zeitliche Überschreitung der Frist des § 8 Abs. 3 Satz 1 ABK-Vertrag durch die Klägerin ist allerdings unschädlich. Mit dieser Regelung soll die Beklagte in den Stand versetzt werden, bei Zweifeln an der Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung, zeitnah das Verfahren nach § 3 Abs. 6 ABK-Vertrag einzuleiten. Damit wird sichergestellt, dass noch während des stationären Aufenthaltes der MDK, soweit er dies für erforderlich hält, das Krankenhaus aufsuchen, dort die Krankenunterlagen einsehen und soweit erforderlich, den Versicherten untersuchen kann ([§ 276 Abs. 4 Satz 1 SGB V](#)).

Der mit § 8 Abs. 3 Satz 1 ABK-Vertrag verfolgte Zweck wäre nicht nur bei einem am 20. Juni 2001 (rechtzeitig), sondern auch bei einem am 21. Juni 2001 eingegangenen Kostenübernahmeantrag zu erreichen gewesen, wenn die Beklagte den MDK mit einer gutachterlichen Stellungnahme über die Notwendigkeit der stationären Behandlung der Versicherten beauftragt hätte, denn die Versicherte wurde im Krankenhaus bis 05. Juli 2001 behandelt. Mithin ist die geringfügige Pflichtverletzung der Klägerin unschädlich.

Eine Zahlungspflicht der Krankenkasse besteht gleichwohl nur, wenn eine formal ordnungsgemäße Abrechnung des Krankenhauses vorliegt. Dies stellt eine weitere Voraussetzung für den Eintritt der Fälligkeit dar. Wenn die Rechnung den Anforderungen des [§ 301 SGB V](#) entspricht, ist diesem Erfordernis Genüge getan (BSG, Urteil vom 28. Mai 2003 - [B 3 KR 10/02 R](#), Urteil vom 23. Juli 2002 - [B 3 KR 64/01 R](#) in [SozR 3-2500 § 112 Nr. 3](#)).

Die Rechnung vom 10. Oktober 2001 erfüllt die genannten Anforderungen. Von der Beklagten werden insoweit auch keine Einwände vorgetragen.

1. 2. Zum anderen hat die Beklagte vor Fälligkeit keine substantiierten Tatsachen vorgetragen, die geeignet waren, den durch die Beurteilung des Krankenhausarztes gegebenen Anscheinsbeweis zu erschüttern. Da solche Tatsachen nicht rechtzeitig dargetan wurden, bedarf es keines Gegenbeweises dahingehend, dass der Krankenhausarzt vorausschauend (ex ante) hätte erkennen können, dass die bestehenden Gesundheitsstörungen nicht die Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung begründeten, de lege artis also eine Fehlentscheidung getroffen wurde (BSG, Urteil vom 17. Mai 2000 - [B 3 KR 33/99 R](#) in [SozR 3-2500 § 112 Nr. 1](#)).

Die Beklagte bezieht sich alleine darauf, dass die Versicherte bereits früher wegen einer Schenkelhalsfraktur und distalen Radiusfraktur behandelt wurde. Sie befand sich deswegen vom 13. Mai bis 01. Juni 2001 im Krankenhaus G ... Anschließend war sie bereits einmal vom 01. bis 02. Juni 2001 in der geriatrischen Abteilung des von der Klägerin betriebenen Krankenhauses, ohne dass dies von der Beklagten als nicht notwendig geltend gemacht wurde. Weshalb die Versicherte danach erneut bis zum 15. Juni 2001 in einem Akut-Krankenhaus versorgt wurde, ist nicht bekannt und von der Beklagten auch nicht vorgetragen. Wenn die Versicherte im Anschluss daran wieder in die geriatrische Abteilung des Krankenhauses der Klägerin verlegt wurde, deutet dies darauf hin, dass dort die bereits am 01. Juni 2001 begonnene weitere Behandlung fortgesetzt werden sollte. Wenn jedoch gegen jene keine Einwände bestanden haben, so ist nicht ersichtlich, weshalb nunmehr solche bestünden.

Unabhängig davon verfügte die Beklagte ersichtlich nicht über nähere Befunde zum Gesundheitszustand der Versicherten. Es ist ihr daher bereits objektiv unmöglich gewesen, substantiierte Tatsachen gerade im Einzelfall der Versicherten vorzutragen. Dies zeigt deutlich das Schreiben der Beklagten vom 20. Juli 2001, in dem darauf hingewiesen wird, dass die vorliegenden Unterlagen, allesamt nicht medizinischer Art, nicht ausreichen, um die medizinischen Voraussetzungen nach [§ 39 SGB V](#) zu überprüfen. Die somit einzige Möglichkeit der Beklagten, entsprechende Tatsachen im Einzelfall substantiiert vorzutragen zu können, bestand in der Einschaltung des MDK.

Eine Beweiserhebung kommt in einem Verfahren, wie dem vorliegenden, in dem die Krankenkasse wegen Verletzung des § 3 Abs. 6 ABK-Vertrag Beanstandungen sachlicher Art nicht vor Bezahlung der Rechnung geltend machen kann, ausnahmsweise nur dann in Betracht, wenn das Krankenhaus der Krankenkasse vor Fälligkeit entgegen den o. g. Vorschriften entweder die gesamten Patientenakte, einzelne ärztliche Berichte oder einen zusammenfassenden Bericht übersandte, aus denen sich konkrete Tatsachen dafür ergaben, dass eine Krankenhausbehandlung ganz oder teilweise medizinisch nicht notwendig gewesen sein könnte (BSG, Urteil vom 28. Mai 2003 - [B 3 KR 10/02 R](#); Urteil vom 17. Mai 2000 - [B 3 KR 33/99 R](#) in [SozR 3-2500 § 112 Nr. 1](#)).

Davon kann vorliegend nicht ausgegangen werden, denn es lagen bis zur Fälligkeit keinerlei ärztliche Unterlagen vor.

Die Beklagte ist daher zur Zahlung von 4.710,38 Euro (9.212,70 DM) verpflichtet.

2. Der Zinsanspruch folgt aus § 18 Abs. 5 ABK-Vertrag. Danach kann das Krankenhaus, wenn die Zahlung nicht fristgemäß erfolgt, ab Fälligkeitstag ohne vorherige Mahnung Zinsen in Höhe von 2 v. H. über dem Diskontsatz der Deutschen Bank berechnen.

Diese Vorschrift ist dahingehend auszulegen, dass an die Stelle des Diskontsatzes nunmehr der Basiszinssatz, der den Diskontsatz zum 01. Mai 2000 abgelöst hat (vgl. [§§ 288 Abs. 1, 247 BGB](#), [§ 1 Abs. 1 Satz 2, § 7 Abs. 1](#) Einführungsgesetz zum BGB-EGBGB; vgl. auch Palandt-Heinrichs, a.a.O., § 288 Rdnr. 1), tritt.

Der genaue Zeitpunkt des Zugangs der Rechnung vom 10. Oktober 2001 lässt sich zwar nicht feststellen. Es steht jedoch fest, dass die Rechnung spätestens am 23. Oktober 2001 der Beklagten vorlag (vgl. deren Schreiben vom 23. Oktober 2001). Zum Zeitpunkt der Klageerhebung am 21. Dezember 2001 war daher in jedem Fall Fälligkeit eingetreten.

3. Durch dieses Urteil ist die Beklagte nicht gehindert, Beanstandungen sachlicher Art nach Bezahlung der Rechnung geltend zu machen. Dies erlaubt § 18 Abs. 4 Satz 3 ABK-Vertrag, wie oben bereits ausgeführt, ausdrücklich. Sie kann daher die Klägerin auf Herausgabe des nach ihrer Ansicht ohne rechtlichen Grund erlangten Betrages von 4.710,38 Euro (9.212,70 DM) nebst Zinsen in Anspruch nehmen. In einem sich deswegen ggf. anschließenden Rechtsstreit wird sie damit jedoch nur erfolgreich sein können, wenn sie den oben aufgezeigten Weg geht, also den MDK um eine gutachterliche Stellungnahme ersucht, darauf aufbauend substantiierte Tatsachen im Einzelfall der

Versicherten vorträgt und sich ggf. aus einer nachfolgenden Beweiserhebung ergibt, dass die Entscheidung des Krankenhausarztes über die Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung sich als falsch herausstellt, weil dieser vorausschauend hätte erkennen können, dass die Gesundheitsstörungen nicht die Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung begründeten.

Ein solches nachträgliches Überprüfungsverfahren bleibt in jedem Fall möglich (BSG, Urteil vom 28. Mai 2003 - [B 3 KR 10/02 R](#); Urteil vom 23. Juli 2002 - [B 3 KR 64/01 R](#) in [SozR 3-2500 § 112 Nr. 3](#)). Dem steht das Urteil des BSG vom 13. Dezember 2001 - [B 3 KR 11/01 R](#) in [SozR 3-2500 § 112 Nr. 2](#) nicht entgegen. Das BSG hat dort ausgeführt, dass die Weigerung eines Vertragspartners, die vertraglich vereinbarte Form der Überprüfung einzuhalten, zwar nicht zum sofortigen Verlust der Rechtsposition führe, solange eine Nachholung möglich sei. Die Überprüfung könne aber nur nachgeholt werden, solange sich der andere Vertragspartner hierauf einstellen könne und müsse. Das - im dort maßgebenden Vertrag zur Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung - vereinbarte Verfahren sei auf eine zeitnahe Durchführung ausgerichtet. Werde dieses Verfahren nicht eingehalten, könne dies nicht dazu führen, dass das Gericht das Verfahren aussetze und das Überprüfungsverfahren nachholen lasse. Die Beweislage sei dann durch den Zeitablauf für das Krankenhaus noch ungünstiger geworden. Die Nachholung des vereinbarten Überprüfungsverfahrens sei selbst dann für das Krankenhaus unzumutbar geworden, wenn nunmehr substantiierte Einwendungen im Einzelfall geltend gemacht würden. Diese Ausführungen des BSG könnten zwar darauf hindeuten, dass auch der Anspruch auf Rückzahlung der Vergütung ausgeschlossen ist. Das BSG hatte jedoch allein über den geltend gemachten Anspruch auf Zahlung und nicht über einen Anspruch auf Rückzahlung zu entscheiden. Wenn gleichwohl diesem Urteil mittelbar zu entnehmen sein sollte, dass die Krankenkasse vom Krankenhausträger Herausgabe einer ohne (materiell) rechtlichen Grund erlangten Vergütung nicht verlangen kann, muss dies jedenfalls auf Ausnahmesachverhalte beschränkt sein. Sieht die jeweilige Vereinbarung keine Ausschlussfrist für die Durchführung eines Überprüfungsverfahrens vor und ist der Krankenkasse auch keine Verletzung von für das Prüfungsverfahren maßgeblichen Regelungen vorzuwerfen, die eine nachträgliche Durchführung einer solchen Prüfung rechtsmissbräuchlich ([§ 242 BGB](#)) erscheinen lassen, ist ein solcher Herausgabeanspruch jedenfalls nicht ausgeschlossen (BSG, Urteil vom 28. Mai 2003 - [B 3 KR 10/02 R](#)).

Auf den vorliegenden Sachverhalt ist ein Vertrag nach [§ 112 Abs. 2 Nr. 2 SGB V](#) nicht anzuwenden. Für die Beteiligten findet über § 3 Abs. 6 ABK-Vertrag lediglich [§ 276 Abs. 4 SGB V](#) Anwendung. Mangels detaillierter Regelungen zum Überprüfungsverfahren bestehen keine Anhaltspunkte dafür, dass nachträgliche Überprüfungen ausgeschlossen sind und der Beklagten deswegen ein Herausgabeanspruch nicht zustehen könnte.

Die Berufung muss mithin erfolglos bleiben.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 Abs. 1, Abs. 4 Satz 2 SGG](#) i. V. m. § 116 Abs. 2 Nr. 1 Bundesrechtsanwaltsgebührenordnung (BRAGO) jeweils in der Fassung bis zum 01. Januar 2002 (vgl. Art. 19 Art. 1 und 15 des Sechsten Gesetzes zur Änderung des Sozialgerichtsgesetzes vom 17. August 2001, [BGBl I 2001, 2144](#) - 6. SGG-Änderungsgesetz). Es handelt sich um ein Verfahren nach [§ 197 a Abs. 1 SGG](#) in der ab dem 02. Januar 2002 geltenden Fassung, das vor In-Kraft-Treten des 6. SGG-Änderungsgesetzes rechtshängig geworden ist (Art. 17 Abs. 1 Satz 2 6. SGG-Änderungsgesetz). Sie entspricht dem Ergebnis des Rechtsstreits.

Die Revision ist nicht zuzulassen, da die Voraussetzungen hierfür ([§ 160 Abs. 2 Nrn. 1 und 2 SGG](#)) nicht vorliegen.

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2004-10-12