

# BUNDESSOZIALGERICHT



## Beschluss in dem Rechtsstreit

**Az: B 3 KR 2/11 B**

L 4 KN 30/04 KR (LSG Sachsen-Anhalt)  
S 8 KN 44/03 KR (SG Halle)

.....

Klägerin und Beschwerdeführerin,

Prozessbevollmächtigte:

.....

g e g e n

Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See  
als Trägerin der Kranken- und Pflegeversicherung,  
Pieperstraße 14-28, 44789 Bochum,

Beklagte und Beschwerdegegnerin.

Der 3. Senat des Bundessozialgerichts hat am 21. Juli 2011 durch den  
Vorsitzenden Richter Dr. H a m b ü c h e n , die Richter S c h r i e v e r und  
Dr. S c h ü t z e sowie die ehrenamtliche Richterin D ö r r und den  
ehrenamtlichen Richter K o c h  
beschlossen:

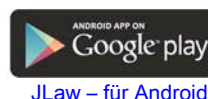
Die Beschwerde der Klägerin gegen die Nichtzulassung der Revision im Urteil des  
Landessozialgerichts Sachsen-Anhalt vom 21. Dezember 2010 wird zurückgewiesen.

Die Klägerin trägt die Kosten des Beschwerdeverfahrens.

Der Streitwert für das Beschwerdeverfahren wird auf 380 Euro festgesetzt.



**JLaw – Gesetze und Urteile**  
Kostenlos  
Über 200 Gesetze  
Über 100.000 Urteile  
[\(mobile App\)](#)



## Gründe :

## I

- 1 In einem von der klagenden Gesellschaft betriebenen Krankenhaus wurde eine Versicherte der beklagten Krankenkasse in der Zeit vom 4. bis zum 20.9.2002 stationär behandelt. Die Beklagte erteilte eine Kostenzusage nur für die Zeit vom 4. bis zum 8.9.2002 und teilte im Übrigen mit, dass vor einer abschließenden Klärung der Behandlungsfall nochmals überprüft werden solle. Auf die Rechnung zahlte sie die Behandlungskosten zunächst in voller Höhe (2104,30 Euro), rechnete aber später mit einem Erstattungsanspruch über 1578 Euro gegen eine unstreitige Forderung der Klägerin auf, weil sie ohne aussagekräftige medizinische Begründung nicht beurteilen könne, ob der lange Aufenthalt medizinisch erforderlich war (§ 39 Abs 1 Satz 2 SGB V). Auch unter Einschaltung des Sozialmedizinischen Dienstes (SMD) kam es zunächst zu keiner Einigung. Die Klägerin sah sich nicht veranlasst, die angeforderte detaillierte Begründung für die Dauer der Krankenhausbehandlung zu erteilen oder die Patientenakten zu übersenden. Erst im Berufungsverfahren sind die Patientenakten dem LSG - nach mehrfacher Anforderung - zur Verfügung gestellt worden. Nach Einsichtnahme durch den SMD hat die Beklagte den Nachweis der medizinischen Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung in ihrer gesamten Dauer als geführt angesehen und den Restbetrag überwiesen. Streitig war danach nur noch der Anspruch auf Verzugszinsen in Höhe von 4 % für die Zeit vom 16.12.2003 bis zum 16.12.2009, was einem Zinsbetrag von etwa 380 Euro entspricht. Das LSG hat die Berufung der Klägerin insoweit zurückgewiesen (*Urteil vom 21.12.2010*): Die Beklagte könne sich bis zum 16.12.2009 auf ein Leistungsverweigerungsrecht berufen, sodass Verzug ausscheide. Die Klägerin habe ihre Mitwirkungspflicht bei der Klärung des medizinischen Sachverhalts verletzt. Erst mit der Übersendung der Patientenakten sei sie ihrer Mitwirkungspflicht nachgekommen; anschließend habe dem SMD und der Beklagten noch eine angemessene Prüfungsfrist zugestanden, die nicht überschritten worden sei.
- 2 Mit ihrer Beschwerde wendet sich die Klägerin gegen die Nichtzulassung der Revision im Urteil des LSG, wobei sie sich auf die grundsätzliche Bedeutung der Rechtssache mit Blick auf den Umstand beruft, dass es in Sachsen-Anhalt keinen Landesvertrag nach § 112 Abs 2 Satz 1 Nr 2 SGB V zur Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung gibt und das Überprüfungsverfahren deshalb nur nach den gesetzlichen Vorgaben (§§ 275 ff SGB V) abzuwickeln ist.

## II

- 3 Die Nichtzulassungsbeschwerde - ihre Zulässigkeit unterstellt - ist unbegründet.



- 4 1. Die Klägerin macht geltend, die angegriffene Entscheidung betreffe eine Rechtsfrage von grundsätzlicher Bedeutung (§ 160 Abs 2 Nr 1 SGG). Zur Darlegung dieses Zulassungsgrundes ist es erforderlich, die grundsätzliche Rechtsfrage klar zu formulieren und aufzuzeigen, dass sie über den Einzelfall hinausgehende Bedeutung besitzt (BSGE 40, 158 = SozR 1500 § 160a Nr 11 und BSG SozR 1500 § 160a Nr 39) und dass sie klärungsbedürftig sowie klärungsfähig ist (BSG SozR 1500 § 160a Nr 13 und 65), sie also im Falle der Revisionszulassung entscheidungserheblich wäre (BSG SozR 1500 § 160a Nr 54). Allerdings fehlt es in der Regel an der Klärungsbedürftigkeit einer Rechtsfrage, wenn diese höchstrichterlich bereits entschieden ist (BSG SozR 1500 § 160 Nr 51, § 160a Nr 13 und 65; BSG SozR 3-1500 § 160 Nr 8) oder sich ihre Beantwortung eindeutig aus dem Gesetz ergibt oder eine außer Kraft getretene Vorschrift betrifft (Krasney/Udsching, Handbuch des sozialgerichtlichen Verfahrens, 5. Aufl 2008, IX. Kap RdNr 66 und 61 mwN). So liegt es hier.
- 5 2. Die Klägerin hat als grundsätzlich klärungsbedürftig folgende Fragen bezeichnet:
- "1. Führt die rechtswidrige Befristung einer Kostenzusage einer Krankenkasse gegenüber einem Krankenhaus zum Einwendungsausschluss, der weitere Ermittlungen durch das Sozialgericht entbehrlich macht?
  2. Führt die Anforderung eines erläuternden Kurzberichtes bzw. einer medizinischen Begründung ohne Rechtsgrundlage durch eine Krankenkasse gegenüber einem Krankenhaus zum Einwendungsausschluss, der weitere Ermittlungen durch das Sozialgericht entbehrlich macht?
  3. Führt die Anforderung einer medizinischen Begründung einer Krankenkasse bei einem Krankenhaus außerhalb des zeitlichen Regelungsbereiches des § 301 SGB V zum Einwendungsausschluss, der weitere Ermittlungen durch das Sozialgericht entbehrlich macht?
  4. Führt die Nichtbeauftragung des SMD / MDK trotz begründet geäußelter Zweifel der Krankenkasse an der Dauer der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit eines Patienten, im Widerspruch zur zwingenden gesetzlichen Verpflichtung des § 275 SGB V zur Beauftragung des SMD / MDK, zum Einwendungsausschluss, der weitere Ermittlungen durch das Sozialgericht entbehrlich macht?
  5. Schließt eine selbsttätig durch die Krankenkasse - anstelle der gesetzlich geregelten - durchgeführte Prüfung eine spätere Beauftragung des SMD / MDK mit der Folge des Einwendungsausschlusses aus, der weitere Ermittlungen durch das Gericht entbehrlich macht?



6. Ist eine durch die Krankenkasse - unter den unter Frage 5. beschriebenen Voraussetzungen erfolgte - Beauftragung des SMD / MDK mehr als 5 Monate nach Eingang der Krankenhausrechnung bei der Krankenkasse nicht mehr zeitnah, mit der Folge des Einwendungsausschlusses, der weitere Ermittlungen durch das Gericht entbehrlich macht?
7. Führt der mangelnde Hinweis einer Krankenkasse als Herrin des Prüfverfahrens an den SMD / MDK, Soziodaten zum Zwecke der Prüfung gem. § 276 Abs. 2 S. 1 SGB V bei einem Krankenhaus anzufordern, zum Einwendungsausschluss, der weitere Ermittlungen durch das Sozialgericht entbehrlich macht?
8. Sofern nicht bereits jede einzelne der unter 1.-7. dargestellten Verletzungen des Abrechnungs- und Prüfverfahrens durch eine Krankenkasse bereits zum Einwendungsausschluss führt, führen ggf. mehrere der dargestellten Verletzungen in Summe zum Einwendungsausschluss, der weitere Ermittlungen durch das Sozialgericht entbehrlich macht?
9. Haben Verletzungen des Abrechnungs- und Prüfverfahrens durch ein Krankenhaus oder eine Krankenkasse Auswirkungen auf den Zinszahlungsanspruch eines Krankenhauses oder nicht?"

6 3. Diesen Fragen kommt grundsätzliche Bedeutung nicht zu, weil sie entweder in der Rechtsprechung des BSG bereits geklärt sind oder die Auslegung ausgelaufenen Rechts betreffen.

7 a) Durch Beschluss des Großen Senats des BSG vom 25.9.2007 ist geklärt, dass sich die Verpflichtung zur Gewährung vollstationärer Krankenhausbehandlung nach medizinischen Erfordernissen richtet und ihre Notwendigkeit im Streitfall von den Gerichten uneingeschränkt zu überprüfen ist, ohne dass den Krankenhausärzten dafür eine Einschätzungsprärogative zukommt (*vgl BSGE 99, 111 = SozR 4-2500 § 39 Nr 10*). Dem haben sich nachfolgend sowohl der erkennende 3. Senat als auch der 1. Senat des BSG mehrfach angeschlossen (*vgl grundlegend BSGE 100, 164 = SozR 4-2500 § 39 Nr 12 sowie BSGE 102, 172 = SozR 4-2500 § 109 Nr 13 und BSGE 102, 181 = SozR 4-2500 § 109 Nr 15*). Hieraus hat der 1. Senat des BSG abgeleitet, dass sich ein Krankenhaus nicht mehr auf frühere und im Hinblick auf die Entscheidung des Großen Senats vom 25.9.2007 auch von ihm nicht fortgeführte Rechtsprechung des erkennenden 3. Senats des BSG stützen kann, dass die Zahlungspflicht einer Krankenkasse für eine Krankenhausbehandlung nur zu verneinen sei, wenn entweder schon nach dem Vorbringen des Krankenhauses von fehlender notwendiger stationärer Behandlung auszugehen sei oder wenn die Krankenkasse "substantiierte" Einwendungen gegen die Krankenhausrechnung innerhalb der vereinbarten Zahlungsfrist erhoben habe. Wie der 1. Senat ausgeführt hat, muss das Gericht Einwendungen wie Zweifeln an der Erfüllung der



Anspruchsvoraussetzungen nachgehen und mit den ihm zu Gebote stehenden Mitteln im Rahmen seiner Amtsermittlungspflicht den Sachverhalt aufklären. Deshalb dürfe die Rechtsprechung "abgesehen von den gesetzlich geregelten Ausnahmen und von atypischen Missbrauchskonstellationen" auch nachträgliche Einwendungen ua der Krankenkassen "weder faktisch noch rechtlich ausschließen oder über die gesetzlichen Wertungen hinaus erschweren" (vgl BSGE 102, 172 = SozR 4-2500 § 109 Nr 13, RdNr 26).

- 8 b) Grundsätzlicher Klärungsbedarf kann danach vorliegend nur im Hinblick darauf bestehen, ob die Einwendungen der Beklagten gesetzlich ausdrücklich ausgeschlossen waren oder rechtsmissbräuchlich erhoben worden sind. Sinngemäß auf das Erstere beruft sich die Klägerin mit ihren Fragen. Dem kann indes grundsätzliche Bedeutung schon deshalb nicht mehr zukommen, weil darüber nach abgelaufenem Recht zu urteilen wäre und eine Klärung aktuell interessierender Rechtsfragen in dem angestrebten Revisionsverfahren deshalb nicht zu erwarten ist. Ob die Beklagte den maßgebenden Formerfordernissen in dem Abrechnungsverhältnis zwischen Krankenhaus und Krankenkasse ausreichend nachgekommen ist, müsste hier auf Grundlage von § 275 SGB V in der Fassung des SGB IX vom 19.6.2001 (BGBl I 1046) und damit ohne Berücksichtigung der erst mit dem GKV-WSG vom 26.3.2007 (BGBl I 378) mit Wirkung zum 1.4.2007 eingeführten Beschleunigungsregelung des § 275 Abs 1c SGB V entschieden werden. Rechtsfortbildende Klärungen wären davon nicht zu erwarten.
- 9 4. Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Abs 1 Satz 1 Halbs 3 SGG iVm § 154 Abs 2 VwGO. Die Entscheidung über den Streitwert stützt sich auf § 197a Abs 1 Satz 1 Halbs 1 SGG iVm §§ 52 Abs 3, 63 Abs 2 Satz 1 GKG.

