

BUNDESSOZIALGERICHT



Im Namen des Volkes

Verkündet am
14. Oktober 2014

Urteil

in dem Rechtsstreit

Az: B 1 KR 27/13 R

L 4 KR 108/11 (LSG Sachsen-Anhalt)
S 22 KR 256/06 (SG Magdeburg)

AOK Sachsen-Anhalt - Die Gesundheitskasse,
Lüneburger Straße 4, 39106 Magdeburg,

Klägerin und Revisionsbeklagte,

g e g e n

Klinikum Magdeburg gGmbH,
Birkenallee 34, 39130 Magdeburg,

Beklagte und Revisionsklägerin,

Prozessbevollmächtigte:

.....

Der 1. Senat des Bundessozialgerichts hat auf die mündliche Verhandlung vom 14. Oktober 2014 durch den Richter Prof. Dr. H a u c k als Vorsitzenden und die Richter C o s e r i u und Dr. E s t e l m a n n sowie die ehrenamtliche Richterin B e r n d t und den ehrenamtlichen Richter R i e s für Recht erkannt:

Die Revision der Beklagten gegen das Urteil des Landessozialgerichts Sachsen-Anhalt vom 26. Juni 2013 wird zurückgewiesen.

Die Beklagte trägt 95/100 der Kosten des Verfahrens, die Klägerin 5/100.

Der Streitwert für das Revisionsverfahren wird auf 36 369,78 Euro festgesetzt.

Gründe:

I

- 1 Die Beteiligten streiten über die Erstattung von Krankenhausvergütung für stationäre Behandlungen mit der extrakorporalen Stoßwellentherapie (ESWT) in den Jahren 2001 bis 2003.

- 2 Die Beklagte betreibt ein Krankenhaus, das in den Krankenhausplan des Landes Sachsen-Anhalt aufgenommen ist. Vom 25.1.2001 bis 18.6.2003 behandelte sie 20 Versicherte der klagenden Krankenkasse (KK) im Rahmen von Tagesbehandlungen mit der ESWT auf der Grundlage der Diagnose induratio penis plastica (IPP; ICD-10-GM "N 48.6"; Peyronie-Krankheit). Die IPP ist eine durch Vernarbung im Schwellkörper des Penis verursachte Penisverkrümmung, die mit Schmerzen insbesondere bei Erektion verbunden ist. Die ESWT bei IPP erfordert regelhaft keine stationären medizinischen Akutmaßnahmen oder unter stationären Bedingungen durchzuführende Beobachtungen oder Überwachungen. Sie kann regelmäßig nach den Regeln der ärztlichen Kunst ambulant erbracht werden, ist für den ambulanten Bereich vom Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) aber nicht empfohlen worden. Die Klägerin erhielt von der Beklagten bei Aufnahme der Versicherten neben deren Daten jeweils den Diagnosekode der ICD-10-GM "N 48.6" ohne Hinweis auf die konkrete Behandlung mittels ESWT. Die Klägerin wies die jeweils geforderten Beträge fristgerecht ohne Vorbehalt an. Sie stellte erst im Rahmen einer Überprüfung der sog "Kurzliegerfälle" im Jahr 2003 aufgrund einer gutachtlichen Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) fest, dass die Beklagte die genannten Versicherten mit der ESWT behandelt hatte. Sie forderte Erstattung der gezahlten Vergütung, weil die ESWT im vertragsärztlichen Bereich nicht abrechnungsfähig sei und die Behandlung grundsätzlich ambulant erfolgen könne. Die Beklagte verzichtete ausdrücklich darauf, bis zum 31.12.2006 für die Behandlungsfälle aus dem Jahr 2001 die Einrede der Verjährung zu erheben (1.12.2005). Die Klägerin hat zunächst Klage auf Zahlung von 26 771,34 Euro nebst Zinsen erhoben (21.12.2006), die Forderung später wegen Behandlung der Versicherten T. und O. auf 23 713,53 Euro reduziert (15.6.2007) und sodann wegen weiterer Behandlungsfälle aus dem Jahr 2003 um 10 870,20 Euro erhöht (29.11.2007). Das SG hat die Beklagte zur Zahlung von 34 583,73 Euro nebst Zinsen in Höhe von 4 vH auf 23 713,53 Euro seit dem 21.12.2006 und auf 10 870,20 Euro seit dem 29.11.2007 verurteilt (Urteil vom 31.8.2011). Im Berufungsverfahren hat die Klägerin erneut Erstattung der Behandlungskosten iH von 1786,05 Euro für den Versicherten T. gefordert. Das LSG hat die Beklagte daraufhin zur Zahlung von 36 369,78 Euro nebst Zinsen verurteilt: Die Klägerin habe diesen Betrag der Beklagten "ohne Rechtsgrund" gezahlt. Vollstationäre Behandlungen der Versicherten seien nicht notwendig gewesen. Die ESWT sei bei der Behandlung der IPP regelmäßig nicht stationär, sondern ambulant vorzunehmen. Es sei nicht erweislich, dass es sich um atypische Ausnahmefälle gehandelt habe. Zudem führe die Vernichtung der Patientenakten durch die Beklagte im laufenden Verfahren zu einer Beweiserleichterung zugunsten der Klägerin (Urteil vom 26.6.2013).

- 3 Die Beklagte rügt mit ihrer Revision eine Verletzung von § 275 Abs 1 Nr 1 und § 301 Abs 1 SGB V und sinngemäß von § 39 Abs 1 S 2 SGB V. Weder seien die Voraussetzungen eines Anscheinsbeweises noch - wegen der Vernichtung der Patientenunterlagen - einer Beweiserleichterung zugunsten der Klägerin gegeben. Die Klägerin habe auch nicht die von § 275 Abs 1 Nr 1 SGB V geforderte Einzelfallprüfung vorgenommen und das Beschleunigungsgebot verletzt. Ein möglicher Erstattungsanspruch sei verwirkt.
- 4 Die Beklagte beantragt,
das Urteil des Landessozialgerichts Sachsen-Anhalt vom 26. Juni 2013 abzuändern, das Urteil des Sozialgerichts Magdeburg vom 31. August 2011 aufzuheben und die Klage abzuweisen.
- 5 Die Klägerin beantragt,
die Revision zurückzuweisen.
- 6 Sie hat ihre Klage iH von 1786,05 Euro betreffend den Vergütungsanspruch des Versicherten T. zurückgenommen. Sie hält die angefochtene Entscheidung im Übrigen für zutreffend.

II

- 7 Die Revision des beklagten Krankenhausträgers ist unbegründet. Zu Recht hat das LSG dessen Berufung gegen das SG-Urteil zurückgewiesen. Das SG hat die Beklagte rechtmäßig verurteilt, der klagenden KK 34 583,73 Euro nebst Prozesszinsen zu zahlen. Die Klägerin hat nämlich Anspruch auf Erstattung der ohne Rechtsgrund gezahlten Vergütung für die Krankenhausbehandlung (*dazu 1.*). Einwendungen und Einreden gegen den Anspruch greifen nicht durch (*dazu 2.*). Die Klägerin hat auch einen Anspruch auf Prozesszinsen (*dazu 3.*).
- 8 1. Rechtsgrundlage für den Zahlungsanspruch, den die Klägerin zulässig im Wege der (echten) Leistungsklage iS des § 54 Abs 5 SGG geltend macht (*stRspr, vgl nur BSGE 102, 172 = SozR 4-2500 § 109 Nr 13, RdNr 9 mwN*), ist der öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch (*zur Anwendung auf überzahlte Krankenhausvergütung stRspr, vgl zB BSG SozR 4-5562 § 9 Nr 4 RdNr 9; BSGE 109, 236 = SozR 4-5560 § 17b Nr 2, RdNr 9 ff mwN*).
- 9 Der öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch setzt ua voraus, dass der Berechtigte im Rahmen eines öffentlichen Rechtsverhältnisses Leistungen ohne rechtlichen Grund erbracht hat (*stRspr, vgl zB BSG SozR 4-2500 § 264 Nr 3 RdNr 15*). So liegt es hier. Die Klägerin zahlte der Beklagten 34 583,73 Euro ohne Rechtsgrund. Die Klägerin hatte nämlich keinen Anspruch auf Krankenhausvergütung für die Behandlung der Versicherten mit der ESWT. Der Anspruch auf Vergütung der Krankenhausbehandlung Versicherter setzt ua voraus, dass die Behandlung erfor-

derlich war (*dazu a*). Das LSG hat ohne Verstoß gegen revisibles Recht festgestellt, dass die betroffene Krankenhausbehandlung der Versicherten nicht notwendig war (*dazu b - d*).

- 10 a) Der Vergütungsanspruch für die Krankenhausbehandlung und damit korrespondierend die Zahlungsverpflichtung einer KK - hier: der Klägerin - entsteht - unabhängig von einer Kostenzusage - unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten kraft Gesetzes, wenn die Versorgung in einem zugelassenen Krankenhaus erfolgt und iS von § 39 Abs 1 S 2 SGB V erforderlich ist (*stRspr, vgl zB BSGE 102, 172 = SozR 4-2500 § 109 Nr 13, RdNr 11; BSGE 102, 181 = SozR 4-2500 § 109 Nr 15, RdNr 15; BSGE 109, 236 = SozR 4-5560 § 17b Nr 2, RdNr 13; SozR 4-2500 § 109 Nr 27 RdNr 9*). Rechtsgrundlage des Vergütungsanspruchs der Beklagten ist § 109 Abs 4 S 3 SGB V (*idF durch Art 1 Nr 64 Buchst b Gesundheitsstrukturgesetz <GSG> vom 21.12.1992, BGBl I 2266 mWv 1.1.1993 und idF durch Art 1 Nr 3 Gesetz zur Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser <Fallpauschalengesetz - FPG> vom 23.4.2002, BGBl I 1412*).
- 11 Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit ist ein Krankheitszustand, dessen Behandlung den Einsatz der besonderen Mittel eines Krankenhauses erforderlich macht (*vgl BSGE 102, 181 = SozR 4-2500 § 109 Nr 15, RdNr 18 ff; BSGE 92, 300 = SozR 4-2500 § 39 Nr 2, RdNr 16; BSGE 94, 161 = SozR 4-2500 § 39 Nr 4, RdNr 14*). Als besondere Mittel des Krankenhauses 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 ist 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 102, 181 = SozR 4-2500 § 109 Nr 15, RdNr 18; BSGE 92, 300 = SozR 4-2500 § 39 Nr 2, RdNr 16; BSGE 94, 161 = SozR 4-2500 § 39 Nr 4, RdNr 14*). Ermöglicht es der Gesundheitszustand des Patienten, das Behandlungsziel durch andere Maßnahmen, insbesondere durch ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege, zu erreichen, so besteht kein Anspruch auf stationäre Behandlung und damit auch kein Vergütungsanspruch des Krankenhauses.
- 12 Ob einem Versicherten vollstationäre Krankenhausbehandlung zu gewähren ist, richtet sich allein nach den medizinischen Erfordernissen (*vgl BSGE 99, 111 = SozR 4-2500 § 39 Nr 10, RdNr 15; BSGE 96, 161 = SozR 4-2500 § 13 Nr 8, RdNr 23*). Die Erforderlichkeit einer Krankenhausbehandlung ist nicht schon wegen des Fehlens einer positiven Empfehlung des GBA zu verneinen oder deshalb zu bejahen, weil der GBA kein Negativvotum nach § 137c SGB V ausgesprochen hat und der GBA die Methode für die vertragsärztliche Behandlung nicht empfohlen hat (*vgl BSG SozR 4-2500 § 13 Nr 19; vgl zu Ausnahmefällen auch E. Hauck, NZS 2007, 461, 464, bei Fn 43 und 44 mwN*). In jedem Fall bedarf es neben der generellen auch der individuellen Erforderlichkeit der Krankenhausbehandlung im Einzelfall (*vgl BSGE 102, 172 = SozR*

4-2500 § 109 Nr 13, RdNr 19 mwN; BSG Beschluss vom 7.11.2006 - B 1 KR 32/04 R - RdNr 28 und 37 f mwN).

- 13 Das LSG ist zutreffend von diesen Rechtsmaßstäben für die Erforderlichkeit von Krankenhausbehandlung und deren gerichtlicher Überprüfung ausgegangen. Es hat rechtmäßig die Erfüllung dieser Voraussetzung eines Vergütungsanspruchs der Beklagten verneint. Krankenhausbehandlung war in den 20 abgerechneten Fällen bei den in den Jahren 2001 bis 2003 mit der ESWT behandelten Versicherten unter Beachtung des maßgeblichen Rechtsmaßstabs nicht im Rechtssinne erforderlich (§ 12 Abs 1, § 27 Abs 1 S 1, § 39 Abs 1 S 2 SGB V). Das Behandlungsziel hätte durch ambulante Behandlung erreicht werden können.
- 14 Es ist im Ergebnis unschädlich, dass das LSG keine Feststellungen dazu getroffen hat, dass die stationäre Behandlung der IPP der Versicherten mit ESWT überhaupt dem Qualitätsgebot entsprach. Die vollstationäre Krankenhausbehandlung muss nach der Rechtsprechung des erkennenden Senats grundsätzlich dem Qualitätsgebot (§ 2 Abs 1 S 3 SGB V) genügen, um überhaupt zulasten der GKV abrechenbar zu sein (*stRspr*, vgl *grundlegend BSGE 101, 177 = SozR 4-2500 § 109 Nr 6, RdNr 52 f unter Aufgabe von BSGE 90, 289 = SozR 4-2500 § 137c Nr 1, auch zur Berücksichtigung grundrechtskonformer Auslegung; BSG SozR 4-2500 § 27 Nr 18 RdNr 23; BSG SozR 4-2500 § 2 Nr 4 RdNr 15 ff mwN; zustimmend 3. BSG-Senat, vgl BSGE 113, 167 = SozR 4-2500 § 137c Nr 6, RdNr 24*). Der erkennende Senat unterstellt dies im Folgenden, obwohl alle hierzu eingeholten medizinischen Beurteilungen dagegen sprechen. Ein Negativvotum des GBA nach § 137c SGB V, welches generell der Abrechenbarkeit dieser Methode zulasten der GKV entgegensteht, existiert für die stationäre ESWT nicht.
- 15 Nach den aufgezeigten Grundsätzen und den hierzu getroffenen Feststellungen des LSG ist die Erforderlichkeit einer stationären Behandlung bei der ESWT zu verneinen. Denn die Behandlung einer IPP Versicherter mit ESWT bedarf regelmäßig nicht der besonderen Mittel des Krankenhauses (*dazu b*). Es ist zudem nicht erweislich, dass bei den behandelten Versicherten atypische Konstellationen bestanden, die ausnahmsweise die Erforderlichkeit von Krankenhausbehandlung begründeten. Die Beklagte trägt hierfür die Beweislast (*dazu c*). Schließlich kann der Beklagten die Vernichtung der Krankengeschichten der Versicherten im eigenen Bestand im Rahmen der Beweiswürdigung nicht zum Vorteil gereichen (*dazu d*).
- 16 b) Die Feststellung der generellen Tatsache (vgl *dazu BSGE 112, 257 = SozR 4-2500 § 137c Nr 2, RdNr 47; BSG SozR 4-2500 § 27 Nr 8 RdNr 31*), dass die Behandlung einer IPP mit ESWT regelmäßig nicht der besonderen Mittel des Krankenhauses bedarf, begegnet keinen Bedenken. Die ESWT soll eine Zerstörung des Plaques sowie eine Verbesserung der Gewebelastizität, der erektilen Funktion und der Schmerzsymptomatik erreichen. Sie wird ohne Schnitt und ohne Narkose durchgeführt und ist komplikationslos sowie risikoarm. Weder bedarf es hierzu der apparativen Mindestausstattung eines Krankenhauses noch eines geschulten Pflegepersonals oder - jenseits der ambulanten ärztlichen Behandlung - eines jederzeit präsenten

oder rufbereiten Arztes. Die ESWT wird - ebenso wie bei chirurgischen oder orthopädischen Indikationen (etwa bei Epikondylitis) - regelmäßig nach den Regeln der ärztlichen Kunst ambulant erbracht. Die vom LSG herangezogenen Unterlagen lassen hieran keinen Zweifel aufkommen.

17 c) Bei der im angefochtenen Urteil niedergelegten Überzeugung, dass sich rückblickend nicht mehr beurteilen lasse, ob bei den Versicherten atypische Konstellationen bestanden, die ausnahmsweise Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit begründeten, handelt es sich um eine Tatsachenfeststellung, an die das Revisionsgericht gebunden ist, da die Beteiligten dagegen keine zulässigen und begründeten Verfahrensrügen erhoben haben (§ 163 SGG). Die Beklagte zieht selbst nicht in Zweifel, dass das LSG keine positiven Feststellungen dazu treffen konnte, dass bei den behandelten Versicherten keine atypischen Konstellationen vorlagen, die ausnahmsweise Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit der Versicherten begründeten. Sie meint aber, die Nichterweislichkeit atypischer Konstellationen gehe zulasten der Klägerin. Damit irrt sie. Zu Recht hat das LSG die objektive Beweislast für das Bestehen atypischer Konstellationen bei den Versicherten der Beklagten zugeordnet.

18 Der erkennende Senat folgt den Grundsätzen der Verteilung der objektiven Beweislast, die die Rechtsprechung des BSG entwickelt hat (*stRspr*, vgl BSGE 95, 219 = SozR 4-2500 § 46 Nr 1, RdNr 30 mit Hinweis auf BSGE 71, 256, 258 ff = SozR 3-4100 § 119 Nr 7 mwN; zustimmend Leitherer in Meyer-Ladewig/Keller/ders, SGG, 11. Aufl 2014, § 103 RdNr 19 ff; Hauck in Zeihe, SGG, Stand 1.7.2014, Vor § 103 Anm 3 mwN). Allgemein gilt danach, dass die Unerweislichkeit einer Tatsache im Zweifel zulasten des Beteiligten geht, der aus ihr eine ihm günstige Rechtsfolge herleitet (BSGE 6, 70; 43, 110, 112 = SozR 2200 § 548 Nr 27). Wer ein Recht in Anspruch nimmt, trägt danach im Zweifel die Beweislast für die rechtsbegründende Tatsache, wer ein Recht leugnet, die Beweislast für die rechtshindernden, rechtsvernichtenden oder rechtshemmenden Tatsachen (BSG aaO). Wie sich die objektive Beweislast verteilt, also welche Tatbestandsmerkmale rechtsbegründend und welche rechtshindernd sind, ist der für den Rechtsstreit maßgeblichen Norm, in der Regel einer Norm des materiellen Rechts zu entnehmen (vgl BSGE 6, 70, 72 f; 15, 112, 114 = SozR Nr 46 zu § 542 RVO; 19, 52, 53 = SozR Nr 62 zu § 542 RVO aF; BSGE 30, 121, 123 = SozR Nr 83 zu § 128 SGG). Ist die objektive Beweislast nicht unmittelbar selbst und eindeutig vom Gesetz bestimmt, ist letztlich maßgeblich, welche Seite nach dem Plan des Gesetzgebers, hilfsweise nach allgemeinen Rechtsgrundsätzen, mit dem potentiellen Unrecht belastet werden kann (Berg JuS 1977, 23, 26; Baader, Vom richterlichen Urteil, 1989, S 21 ff; vgl BVerfGE 52, 131, 143, 146 f). Es sind dabei nicht nur der Zweck der Norm, sondern auch ihre Stellung sowie Erfordernisse wirksamen Rechtsschutzes zu berücksichtigen. Anhaltspunkte für die Abgrenzung bieten so unterschiedliche Kriterien wie Regel und Ausnahme (BVerwGE 3, 267, 273; 12, 247, 250; Berg JuS 1977, 23, 27), die Zumutbarkeit der Belastung mit einem Beweisnachteil (vgl BVerfG aaO; BGH LM Nr 56 zu § 3 UWG = NJW 1962, 2149; BGH LM Nr 92 zu § 48 Abs 2 EheG = NJW 1968, 1825; BGH NJW 1971, 241, 242 f; BGHZ 72,

132, 136) und die Zurechenbarkeit der Ungewissheit bzw Unaufklärbarkeit zur Verantwortungssphäre der einen oder anderen Seite (*BVerwGE* 44, 265, 271; 55, 288, 297).

- 19 Danach trägt die Klägerin zwar - nach wie hier erfolgter, vorbehaltloser Bezahlung berechneter Krankenhausvergütung - grundsätzlich das Risiko der Nichterweislichkeit der Tatsachen, aus denen sich das behauptete Nichtbestehen eines Rechtsgrundes der erbrachten Leistungen ableitet. Dieser Grundsatz erfährt aber Durchbrechungen unter Berücksichtigung der aufgezeigten Wertungsgesichtspunkte, insbesondere des Zwecks des Erstattungsanspruchs bei Auffälligkeiten, der Erfordernisse wirksamen Rechtsschutzes gegen Unwirtschaftlichkeit, dem Verhältnis von Regel und Ausnahme, der Zumutbarkeit der Belastung mit einem Beweismachtteil und des Gesamtgefüges der Informationslasten bei der Abrechnung von Krankenhausvergütung.
- 20 Erfordert eine tatsächlich erfolgte stationäre Behandlung - wie hier die ESWT bei IPP - regelhaft keine stationäre Krankenhausbehandlung, sondern kann sie regelmäßig nach den Regeln der ärztlichen Kunst ambulant erbracht werden, kann sich die KK auch im Erstattungsstreit wegen vorbehaltlos gezahlter Vergütung regelmäßig darauf beschränken, die vom Krankenhaus vor der Bezahlung mitgeteilten Rechtsgründe auszuräumen (*vgl entsprechend zur Darlegungslast im Zivilprozess: BGH Urteil vom 6.10.1994 - III ZR 165/93, ZIP 1995, 456, 457 mwN*). Anderes gilt nur, wenn Umstände erweislich vorliegen, die der indiziellen Bedeutung regelhaft ambulant durchzuführender Behandlungen die Grundlage entziehen. Daran fehlt es hier.
- 21 Grundsätzlich fällt es in die Verantwortungssphäre des Krankenhauses, die KK über das Vorliegen eines atypischen Falles zu informieren, der entgegen der Regel Behandlungsbedürftigkeit im Krankenhaus rechtfertigt. Denn das Krankenhaus verfügt umfassend über alle erforderlichen Informationen, um die Rechtmäßigkeit seiner Vergütungsforderung gegen die KK zu beurteilen, während die KK nur eingeschränkt Informationen hierüber erhält. Das Gesetz zielt darauf ab, bestehende Ungleichgewichte aufgrund des Informationsgefälles zwischen Krankenhaus und KK auszugleichen durch Informationsgebote (*zB §§ 301, 276 Abs 2 SGB V*) und die Ablehnung einer Vermutung für die Richtigkeit der Krankenhausabrechnung (*vgl dazu BSGE 99, 111 = SozR 4-2500 § 39 Nr 10, RdNr 29; BSGE 102, 181 = SozR 4-2500 § 109 Nr 15, LS 3 und RdNr 20-22 mwN; BSG Urteil vom 1.7.2014 - B 1 KR 48/12 R - Juris RdNr 20 mwN, für BSGE und SozR vorgesehen*). Der erkennende 1. Senat des BSG sieht wie der 3. Senat des BSG die ordnungsgemäße Information der KK über die vom Krankenhaus abgerechnete Versorgung nach Maßgabe der Mitwirkungsobliegenheiten insbesondere aus § 301 SGB V sowie ggf ergänzenden landesvertraglichen Bestimmungen als verfahrensrechtliches Gegenstück an zur Verantwortung der KK für die beschleunigte Prüfung und Bezahlung der Krankenhausrechnungen. Eine ordnungsgemäße Information der KK ist unverzichtbare Grundlage und Bestandteil einer ordnungsgemäßen Abrechnung (*BSG SozR 4-2500 § 301 Nr 1 RdNr 31*). Zur hiernach gebotenen Information gehört, dass das Krankenhaus in Fällen, in denen regelhaft ambulante Behandlung ausreichend ist, nicht nur eine Aufnahmediagnose benennt, die ärztliche Behand-

lung rechtfertigen kann, sondern Angaben zu Begleiterkrankungen oder zu sonstigen Gründen macht, die Anlass für die stationäre Versorgung des Versicherten hätten geben können (vgl. BSGE 111, 58 = SozR 4-2500 § 109 Nr 24, RdNr 34). Ohne solche Angaben darüber, warum ausnahmsweise eine stationäre Behandlung erforderlich ist, fehlen Informationen über den "Grund der Aufnahme" und damit eine der zentralen Angaben, die eine KK für die ordnungsgemäße Abrechnungsprüfung benötigt (§ 301 Abs 1 Nr 3 SGB V).

- 22 Unterlässt das Krankenhaus solche gebotenen Angaben und bezahlt die KK deshalb zunächst in Unkenntnis der vollständigen Krankheitssituation ihres Versicherten die geforderte Vergütung, verbleibt es dennoch bei der fortbestehenden Informationslast oder -pflicht des behandelnden Krankenhauses. Es verfügt weiterhin allein über die notwendigen Informationen. Die Bezahlung geforderter Vergütung durch die KK kann das Krankenhaus nicht als Verzicht auf die diesbezüglichen Rechte der KK verstehen. Die KK zahlt - für das Krankenhaus offensichtlich - auch nicht etwa in voller Kenntnis ihrer Nichtschuld (§ 814 BGB). Das Krankenhaus hat ihr ja gerade die erforderlichen Informationen vorenthalten.
- 23 Das Fortbestehen der Informationslast oder -pflicht des behandelnden Krankenhauses hinsichtlich atypischer Fälle auch nach Bezahlung geforderter Vergütung für die Krankenhausbehandlung entspricht auch dem Zweck der Auffälligkeitsprüfung. Das Vorgehen der KKn nach § 275 SGB V hat seinen Ursprung darin, dass es zu den elementaren Aufgaben einer KK gehört, auf die Einhaltung des Wirtschaftlichkeitsgebots (§ 2 Abs 1 S 1, § 4 Abs 3, § 12 Abs 1 SGB V) Acht zu geben, welches uneingeschränkt auch im Bereich des Leistungserbringungsrechts gilt (§ 70 Abs 1 SGB V; vgl. zB BSGE 105, 271 = SozR 4-2500 § 40 Nr 5, RdNr 27; BSGE 113, 231 = SozR 4-2500 § 40 Nr 7, RdNr 16). Der Anspruch des Versicherten auf Krankenhausbehandlung, die Pflicht der KK zu ihrer Bewilligung sowie die Pflicht des Krankenhausträgers zu ihrer Bewirkung hängen von der Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots ab (vgl. auch BSGE 104, 15 = SozR 4-2500 § 109 Nr 17, RdNr 19).
- 24 Das Wirtschaftlichkeitsgebot verknüpft die Erforderlichkeit der Krankenhausbehandlung, ihre Vergütung und die Kontrolle des Vorliegens ihrer Voraussetzungen durch KKn und MDK untrennbar miteinander. Dieser enge Zusammenhang stellt keine auf die Krankenhausversorgung beschränkte Besonderheit dar, vielmehr findet sich Ähnliches auch zB bei den Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfungen nach §§ 106, 106a SGB V im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung (zur Verklammerung vertragsärztlicher Wirtschaftlichkeitsprüfungen mit den Leistungsansprüchen der Versicherten vgl. zB BSG Urteil vom 6.5.2009 - B 6 KA 3/08 R - USK 2009-14 = Juris RdNr 16 ff; BSG SozR 4-2500 § 106 Nr 21 RdNr 16 ff; vgl. zum Ganzen auch BSGE 112, 141 = SozR 4-2500 § 275 Nr 8, RdNr 31 f). Auch § 275 Abs 1 SGB V basiert in diesem Sinne auf der gesetzlichen Pflicht einerseits der KKn, nur solche Leistungen zu bewilligen, und andererseits der Krankenhäuser, nur solche Leistungen zu bewirken, die ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind und das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Ein Anspruch auf Vergütung stationärer Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V setzt deshalb ua voraus,

dass die Behandlung erforderlich und wirtschaftlich war (vgl BSGE 99, 111 = SozR 4-2500 § 39 Nr 10, RdNr 15 ff, 27 ff; BSG Urteil vom 1.7.2014 - B 1 KR 62/12 R - für BSGE und SozR vorgesehen). § 275 Abs 1 SGB V verpflichtet die KKn, eben diese Voraussetzungen zu überprüfen und hierzu ggf den MDK einzuschalten (vgl zum Ganzen BSGE 106, 214 = SozR 4-2500 § 275 Nr 3, RdNr 19; BSGE 112, 141 = SozR 4-2500 § 275 Nr 8, RdNr 32 mwN). Dieser Regelungszweck würde unterlaufen, wenn man trotz Verschweigens der gebotenen Informationen über atypische Verhältnisse bei Versicherten durch das Krankenhaus allein wegen der Bezahlung geforderter Vergütung durch die KK einen Wechsel der diesbezüglichen objektiven Beweislast annehmen wollte.

- 25 Es käme hinzu, dass man damit die KK mit der objektiven Beweislast für eine Ausnahme beschweren würde, obwohl das Krankenhaus selbst zuvor nur über den Tatbestand der Regel informierte (vgl entsprechend zur Darlegungslast im Zivilprozess: BGH Urteil vom 6.10.1994 - III ZR 165/93, ZIP 1995, 456, 457 mwN).
- 26 Die Klägerin trägt dementsprechend nicht die objektive Beweislast dafür, dass bei den Versicherten, deren Behandlung sie bezahlte, jeder nur erdenkliche Grund nicht vorlag, der im Einzelfall eine ambulante Behandlung mittels ESWT ausschloss und deshalb eine stationäre Behandlung erforderte.
- 27 d) Die Beklagte kann schließlich nichts daraus herleiten, dass sie inzwischen die Behandlungsunterlagen vernichtet hat. Begibt sich ein objektiv Beweisbelasteter - wie hier die Beklagte - freiwillig seiner Beweismittel, treffen ihn die Folgen der Beweislast.
- 28 2. Einwendungen und Einreden gegen den Erstattungsanspruch greifen nicht durch. Die Klägerin leistete nicht in Kenntnis ihrer Nichtschuld (dazu a). Es liegt kein Verstoß gegen das Beschleunigungsgebot vor (dazu b). § 275 Abs 1 Nr 1 Fall 2 SGB V (dazu c) und § 275 Abs 1c SGB V (dazu d) sind nicht verletzt. Die Forderung der Klägerin war weder verjährt (dazu e) noch verwirkt (dazu f).
- 29 a) Die Erstattung ohne Rechtsgrund gezahlter Krankenhausvergütung ist nicht in entsprechender Anwendung des § 814 BGB ausgeschlossen. Danach kann das zum Zwecke der Erfüllung einer Verbindlichkeit Geleistete ua nicht zurückgefordert werden, wenn der Leistende gewusst hat, dass er zur Leistung nicht verpflichtet war. Zahlt eine KK vorbehaltlos auf eine Krankenhausrechnung, kann sie deshalb mit der Rückforderung - und damit auch mit dem späteren Bestreiten ihrer Zahlungspflicht - ganz ausgeschlossen sein, wenn sie (positiv) gewusst hat, dass sie zur Leistung nicht verpflichtet war (vgl BSGE 104, 15 = SozR 4-2500 § 109 Nr 17, RdNr 30; BSGE 109, 236 = SozR 4-5560 § 17b Nr 2, RdNr 47; zustimmend Wahl in jurisPK-SGB V, 2. Aufl 2012, § 109 RdNr 170). Daran fehlte es indes. Die Klägerin zahlte die Krankenhausvergütung nach den unangegriffenen, den Senat bindenden Feststellungen des LSG (§ 163 SGG) nicht in Kenntnis ihrer Nichtschuld.

- 30 b) Die Beklagte kann sich nicht darauf berufen, die Klägerin habe das Beschleunigungsgebot verletzt. Landesvertragliche Regelungen, die ein solches vorsehen, hat das LSG für die hier betroffene Zeit der Jahre 2001 bis 2003 nicht festgestellt - ungeachtet der Frage nach ihrer Vereinbarkeit mit höherrangigem Recht. Die von der Klägerin beabsichtigte Überprüfung kann auch noch geraume Zeit nach Abschluss der jeweiligen stationären Behandlungen anhand vorliegender Unterlagen und Dokumentationen sachgerecht vorgenommen werden, ohne dass die Gefahr einer Verschlechterung der Beweislage des Krankenhausträgers besteht (*BSGE 102, 181 = SozR 4-2500 § 109 Nr 15, RdNr 35, 38; BSGE 98, 142 = SozR 4-2500 § 276 Nr 1, RdNr 20*).
- 31 c) Der Hinweis der Beklagten auf einen Verstoß gegen die durch § 275 Abs 1 Nr 1 Fall 2 SGB V vorgegebene Einzelfallprüfung durch Überprüfung aller "Kurzliegerfälle" geht ins Leere. Massenhaft auftretende Unwirtschaftlichkeit bei der Krankenhausbehandlung kann - wie hier - in einer Vielzahl von Fällen Auffälligkeiten die Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots betreffend begründen, die alle jeweils Auffälligkeitsprüfungen rechtfertigen (*BSG SozR 4-2500 § 109 Nr 36 RdNr 13, auch zur Veröffentlichung in BSGE vorgesehen*). Hierzu ist es aber nicht erforderlich, in jedem Einzelfall den MDK mit einer gutachtlichen Stellungnahme zu beauftragen. Zwar sieht § 275 Abs 1 SGB V vor, dass die medizinischen Voraussetzungen der Notwendigkeit, Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit sowie der Qualität der Leistungen im Einzelfall zu prüfen sind. Erstellt der MDK jedoch - wie hier zur ESWT - ein Grundsatzgutachten, das auch die nicht von dem Auftrag erfassten Einzelfälle in der Sache umfasst, weil sie vom Typus her identisch sind, bedarf es keiner erneuten - gleichlautenden - Stellungnahme zu den darauf folgenden Einzelfällen, weil die KK aus sich heraus ohne weitere medizinische Sachverhaltsermittlung und -bewertung durch den MDK die Frage der Wirtschaftlichkeit selbst beantworten kann. Folgen die weiteren Einzelfälle dem gleichen Verhaltensmuster, ist es danach legitim, nicht jedes Verfahren einzeln aufzugreifen und durch den MDK bewerten zu lassen. In jedem Einzelfall eine gutachtliche Stellungnahme zu fordern, wäre reine Förmerei.
- 32 d) Die Beklagte kann ihre Auffassung auch nicht auf § 275 Abs 1c SGB V ("prüfrechtliches Beschleunigungsgebot") stützen, 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. Die Regelung galt im hier betroffenen Zeitraum noch nicht. Der erkennende Senat hat hierzu entschieden, dass sich der zeitliche Anwendungsbereich der Regelung nach den allgemeinen für das intertemporale Sozialrecht geltenden Grundsätzen bestimmt. Er ergreift nur Behandlungen, die nach dem 31.3.2007 begonnen haben (*vgl BSG SozR 4-2500 § 275 Nr 4 RdNr 13*).
- 33 e) Die Beklagte kann dem Anspruch der Klägerin auch nicht die Verjährung der Erstattungsforderung entgegenhalten. Der Anspruch einer KK gegen einen Krankenhausträger auf Erstattung

einer zu Unrecht gezahlten Vergütung unterliegt einer vierjährigen Verjährung (*stRspr*, vgl zB BSGE 112, 141 = SozR 4-2500 § 275 Nr 8, RdNr 39; BSGE 98, 142 = SozR 4-2500 § 276 Nr 1, RdNr 25). Für die das Jahr 2001 betreffenden Erstattungsansprüche hat die Beklagte auf die Einrede der Verjährung verzichtet. Die Verjährung der streitigen Erstattungsforderung für die Zeit ab 2002 begann nach Ablauf des Jahres 2006. Sie beginnt nämlich gemäß § 45 Abs 1 SGB I nach Ablauf des Kalenderjahrs, in dem der Anspruch entstanden ist. Der öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch im gleichgeordneten Leistungserbringungsverhältnis entsteht bereits im Augenblick der Überzahlung (vgl zB BSGE 69, 158, 163 = SozR 3-1300 § 113 Nr 1; Guckelberger, *Die Verjährung im Öffentlichen Recht*, 2004, S 374 f), hier also mit der vollständigen Begleichung der Rechnungen ab 2002. Die Klägerin hat vor Eintritt der Verjährung im Dezember 2006 Klage erhoben und damit den Eintritt der Verjährung der Forderung gehemmt (§ 45 Abs 2 SGB I analog iVm § 204 Abs 1 Nr 1 BGB).

34 Zwar endete die Hemmung anders als bei der Aussetzung nach § 114 SGG (vgl zu den §§ 148 f ZPO BGHZ 106, 295) durch das angeordnete Ruhen des Verfahrens mit Beschluss vom 1.10.2007. Denn das Ruhen des Verfahrens - auch das hier gerichtlich angeordnete Ruhen gemäß § 202 SGG iVm § 251 ZPO - führt zum Stillstand des Prozesses iS des § 204 Abs 2 S 2 BGB und beendet damit die durch die Klageerhebung eingetretene Hemmung der Verjährung (zur beendeten Unterbrechung der Verjährung nach § 211 Abs 2 S 1 BGB aF vgl BGH Urteile vom 20.10.1987 - VI ZR 104/87 - *Juris RdNr 11*; vom 21.2.1983 - VIII ZR 4/82 = *NJW* 1983, 2496, 2497 und vom 17.1.1968 - VIII ZR 207/65 = *NJW* 1968, 692, 694). Die Hemmung endet aber erst sechs Monate nach dem Ruhensbeschluss (§ 204 Abs 2 S 1 BGB) und beginnt erneut, wenn eine der Parteien das Verfahren weiter betreibt. Die Klägerin hat das Verfahren bereits am 27.11.2007 durch die Erweiterung der Klage um 10 870,20 Euro weiter betrieben. Nach neuerlichem Ruhensbeschluss vom 9.9.2008 hat die Klägerin am 20.1.2009 die Wiederaufnahme des Verfahrens beantragt und damit das Verfahren ebenfalls vor Ablauf von sechs Monaten weiter betrieben.

35 f) Der Anspruch ist auch nicht verwirkt. Das Rechtsinstitut der Verwirkung passt als ergänzende Regelung innerhalb der kurzen vierjährigen Verjährungsfrist grundsätzlich nicht. Es findet nur in besonderen, engen Ausnahmekonstellationen Anwendung (vgl BSG Urteil vom 12.11.2013 - B 1 KR 56/12 R - *Juris RdNr 15*, zur Veröffentlichung in SozR 4-2500 § 264 Nr 4 vorgesehen; BSGE 112, 141 = SozR 4-2500 § 275 Nr 8, RdNr 37 mwN), etwa wenn eine Nachforderung eines Krankenhauses nach vorbehaltlos erteilter Schlussrechnung außerhalb des laufenden Haushaltsjahres der KK und später als ein ganzes Rechnungsjahr erfolgt (BSG SozR 4-2500 § 109 Nr 19 RdNr 21; BSG SozR 4-2500 § 109 Nr 27 RdNr 14, 21). Ein solcher Fall liegt indes nicht vor.

36 Die Verwirkung als Ausprägung des Grundsatzes von Treu und Glauben (§ 242 BGB) ist auch für das Sozialversicherungsrecht und insbesondere für die Nachforderung von Beiträgen zur Sozialversicherung anerkannt. Sie setzt als Unterfall der unzulässigen Rechtsausübung voraus,

dass der Berechtigte die Ausübung seines Rechts während eines längeren Zeitraums unterlassen hat und weitere besondere Umstände hinzutreten, die nach den Besonderheiten des Einzelfalls und des in Betracht kommenden Rechtsgebietes das verspätete Geltendmachen des Rechts dem Verpflichteten gegenüber nach Treu und Glauben als illoyal erscheinen lassen. Solche, die Verwirkung auslösenden "besonderen Umstände" liegen vor, wenn der Verpflichtete infolge eines bestimmten Verhaltens des Berechtigten (Verwirkungsverhalten) darauf vertrauen durfte, dass dieser das Recht nicht mehr geltend machen werde (Vertrauensgrundlage) und der Verpflichtete tatsächlich darauf vertraut hat, dass das Recht nicht mehr ausgeübt wird (Vertrauensstatbestand) und sich infolgedessen in seinen Vorkehrungen und Maßnahmen so eingerichtet hat (Vertrauensverhalten), dass ihm durch die verspätete Durchsetzung des Rechts ein unzumutbarer Nachteil entstehen würde (*stRspr*; vgl BSGE 112, 141 = SozR 4-2500 § 275 Nr 8, RdNr 37; BSGE 109, 22 = SozR 4-2400 § 7 Nr 14, RdNr 36; BSG SozR 4-2400 § 24 Nr 5 RdNr 31; BSG SozR 4-2600 § 243 Nr 4 RdNr 36; BSG SozR 4-4200 § 37 Nr 1 RdNr 17; BSG SozR 3-2400 § 4 Nr 5 S 13; BSG Urteil vom 30.7.1997 - 5 RJ 64/95 - *Juris* RdNr 27; BSGE 80, 41, 43 = SozR 3-2200 § 1303 Nr 6 S 17 f; BSG Urteil vom 1.4.1993 - 1 RK 16/92 - FEVS 44, 478, 483 = *Juris* RdNr 23; BSG SozR 2200 § 520 Nr 3 S 7; BSG Urteil vom 29.7.1982 - 10 RAR 11/81 - *Juris* RdNr 15; BSGE 47, 194, 196 = SozR 2200 § 1399 Nr 11 S 15; BSG Urteil vom 25.1.1972 - 9 RV 238/71 - *Juris* RdNr 17; vgl auch Hauck, *Vertrauensschutz in der Rechtsprechung der Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit*, in Brand/Lembke <Hrsg>, *Der CGZP-Beschluss des Bundesarbeitsgerichts*, 2012, S 147 ff, 167 f).

37 An solchen die Verwirkung auslösenden Umständen fehlt es vorliegend. Allein der Zeitablauf stellt ein solches Verwirkungsverhalten noch nicht dar. Denn die Verwirkung unterscheidet sich von der Verjährung dadurch, dass der bloße Zeitablauf nicht genügt, um die Ausübung des Rechts als unzulässig anzusehen (*s ferner ergänzend zu den bereits oben genannten Entscheidungen* BSGE 51, 260, 262 = SozR 2200 § 730 Nr 2 S 4; BSG Urteil vom 30.10.1969 - 8 RV 53/68 - USK 6983 S 345 = *Juris* RdNr 23; BSGE 38, 187, 194 = SozR 2200 § 664 Nr 1 S 9; BSGE 34, 211, 214 = SozR Nr 14 zu § 242 BGB; BSGE 7, 199, 200 f; vgl auch BGH NJW 2011, 445, 446). Nichtstun, also Unterlassen, kann ein schutzwürdiges Vertrauen in Ausnahmefällen allenfalls dann begründen und zur Verwirkung des Rechts führen, wenn der Schuldner dieses als bewusst und planmäßig erachten darf (vgl BSG Urteil vom 19.6.1980 - 7 RAR 14/79 - USK 80292 S 1312 = *Juris* RdNr 32; BSGE 47, 194, 197 f = SozR 2200 § 1399 Nr 11 S 17; BSGE 45, 38, 48 = SozR 4100 § 40 Nr 17 S 55). Hiervon kann bei unterlassener Prüfung innerhalb der kurzen, vierjährigen Verjährungsfrist nicht ausgegangen werden (vgl zum Ganzen BSGE 112, 141 = SozR 4-2500 § 275 Nr 8, RdNr 38 f). Aus dem Umstand, dass die Klägerin die Rechnung ohne Erklärung eines Vorbehalts zahlte, ergibt sich nichts anderes.

38 Der erkennende Senat weicht damit nicht in einer Weise von Rechtsprechung des 3. Senats des BSG ab, die eine Vorlage an den Großen Senat (§ 41 Abs 3 SGG) erfordert (vgl BSG Urteil vom 1.7.2014 - B 1 KR 2/13 R - *Juris* RdNr 22).

- 39 3. Die vom LSG zuerkannte Forderung von Prozesszinsen ab Rechtshängigkeit der jeweiligen Teilforderung (4 % Zinsen auf 23 713,53 Euro seit 21.12.2006 und auf 10 870,20 Euro seit 29.11.2007) ist entsprechend der Rechtsprechung des erkennenden Senats (*vgl BSG SozR 4-2500 § 69 Nr 7 RdNr 14; vgl auch BSGE 96, 133 = SozR 4-7610 § 291 Nr 3*) aufgrund der unangegriffenen, bindenden (§ 163 SGG) Feststellungen des LSG begründet, zumal die Klägerin lediglich einen an der Pflegesatzvereinbarung orientierten Zinssatz von 4 % geltend macht.
- 40 4. Die Kostenentscheidung folgt aus § 197a Abs 1 S 1 Teils 3 SGG iVm §§ 154 Abs 2, 155 Abs 2 VwGO. Die Festsetzung des Streitwerts beruht auf § 197a Abs 1 S 1 Teils 1 SGG iVm § 63 Abs 2, § 52 Abs 1 und 3 sowie § 47 Abs 1 GKG.