

BUNDESSOZIALGERICHT



Im Namen des Volkes

Verkündet am
23. Juni 2015

Urteil

in dem Rechtsstreit

Az: B 1 KR 20/14 R

L 4 KR 168/10 (LSG Niedersachsen-Bremen)
S 19 KR 862/08 (SG Hannover)

.....

Klägerin und Revisionsklägerin,

Prozessbevollmächtigte:

.....

g e g e n

BARMER GEK,
Axel-Springer-Straße 44, 10969 Berlin,

Beklagte und Revisionsbeklagte,

Prozessbevollmächtigte:

.....

Der 1. Senat des Bundessozialgerichts hat auf die mündliche Verhandlung vom 23. Juni 2015 durch den Präsidenten **M a s u c h**, die Richter **C o s e r i u** und **D r. E s t e l m a n n** sowie die ehrenamtliche Richterin **B e r n d t** und den ehrenamtlichen Richter **D r. B a t z** für Recht erkannt:

Die Revision der Klägerin gegen das Urteil des Landessozialgerichts Niedersachsen-Bremen vom 27. November 2012 wird zurückgewiesen.

Die Klägerin trägt auch die Kosten des Revisionsverfahrens.

Der Streitwert für das Revisionsverfahren wird auf 8607,08 Euro festgesetzt.

Gründe:

I

- 1 Die Beteiligten streiten über die Vergütung stationärer Krankenhausbehandlung.

- 2 Die klagende Krankenhausträgerin betreibt ein Plankrankenhaus in O. , dessen Versorgungsauftrag im Jahr 2008 ua Betten der Fachrichtungen Chirurgie und Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde (HNO) umfasste, nicht aber der Fachrichtung Neurochirurgie (*Bescheid des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit vom 20.12.2005*). Sie behandelte die bei der beklagten Krankenkasse (KK) versicherte A. (im Folgenden: Versicherte) vollstationär vom 13. bis 23.1.2008 wegen eines Akustikusneurinoms (*Diagnose ICD-10-GM <2008> D33.3 Gutartige Neubildung des Gehirns und anderer Teile des Zentralnervensystems - Hirnnerven*). Sie entfernte bei der Versicherten weitgehend den Tumor mittels Kraniotomie bei subokzipital-retromastoidalem Zugang linksseitig und berechnete hierfür die Fallpauschale (DRG <2008>) B20B (*Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation mit komplexer Prozedur, Alter > 15 Jahre, ohne intraoperatives neurophysiologisches Monitoring, mit komplexer Diagnose; insgesamt 8607,08 Euro, Rechnungsdatum 6.2.2008*). Die Beklagte lehnte die Begleichung der Rechnung ab, weil der Versorgungsauftrag des Krankenhauses die durchgeführte Operation nicht umfasse. Das SG ist dieser Auffassung gefolgt und hat die daraufhin erhobene Zahlungsklage abgewiesen. Es habe auch kein Notfall vorgelegen. Die Beklagte sei mit ihrer Einwendung nicht deswegen ausgeschlossen, weil sie dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) keinen Prüfauftrag erteilt habe (*Urteil vom 12.4.2010*). Das LSG hat die Berufung der Klägerin zurückgewiesen: Die Operation mit Zugang über die Schädelkalotte, um auch den Tumorteil im Kleinhirnbrückenwinkel zu erreichen, sei der Neurochirurgie vorbehalten. Den Beweisanträgen der Klägerin habe es nicht entsprechen müssen (*Urteil vom 27.11.2012*).

- 3 Die Klägerin rügt mit ihrer Revision die Verletzung des § 8 Abs 1 S 3 und S 4 Nr 1 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG), des § 275 Abs 1c S 1 und 2 SGB V und des § 103 SGG. Die operative Entfernung eines Akustikusneurinoms gehöre zum Versorgungsauftrag ihres Krankenhauses. Er umfasse nämlich HNO-Betten. Die operative Behandlung eines Hörverlustes sowie eines Tumors am Hörnerv und inneren Gehörgang zähle zum Fachgebiet HNO. Das vom SG eingeholte Gutachten der Sachverständigen sei nicht verwertbar, da sie keine HNO-Fachärztin sei. Hiernach hätte sich das LSG gedrängt fühlen müssen, den gestellten Beweisanträgen zu entsprechen. Im Übrigen sei die Beklagte nach Ablauf der Ausschlussfrist des § 275 Abs 1c S 2 SGB V mit allen potentiellen Einwendungen gegen den fälligen Zahlungsanspruch ausgeschlossen.

- 4 Die Klägerin beantragt,
die Urteile des Landessozialgerichts Niedersachsen-Bremen vom 27. November 2012 und des Sozialgerichts Hannover vom 12. April 2010 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihr 8607,08 Euro nebst Zinsen hierauf in Höhe von zwei Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit 22. Februar 2008 zu zahlen,
hilfsweise,
das Urteil des Landessozialgerichts Niedersachsen-Bremen vom 27. November 2012 aufzuheben und die Sache zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das Landessozialgericht zurückzuverweisen.
- 5 Die Beklagte beantragt,
die Revision zurückzuweisen.
- 6 Sie hält das Urteil des LSG für zutreffend.

II

- 7 Die zulässige Revision der klagenden Krankenhausträgerin ist unbegründet (§ 170 Abs 1 S 1 SGG). Das LSG hat zu Recht die Berufung der Klägerin zurückgewiesen. Das Urteil des SG ist zutreffend. Die von der Klägerin erhobene (echte) Leistungsklage (§ 54 Abs 5 SGG) ist im hier bestehenden Gleichordnungsverhältnis zulässig (vgl zB BSGE 102, 172 = SozR 4-2500 § 109 Nr 13, RdNr 9 mwN; BSGE 104, 15 = SozR 4-2500 § 109 Nr 17, RdNr 12), aber unbegründet. Die Klägerin hat gegen die Beklagte keinen Anspruch auf Krankenhausvergütung. Der Versorgungsauftrag des Plankrankenhauses der Klägerin umfasste nicht die bei der Versicherten durchgeführte Operation (dazu 1.). Das Vorbringen der Beklagten ist nicht nach § 275 Abs 1c S 2 SGB V ausgeschlossen (dazu 2.).
- 8 1. Der Krankenhausträger eines Plankrankenhauses iS von § 108 Nr 2 SGB V hat gegen KKn Anspruch auf Krankenhausvergütung für die Behandlung Versicherter nach § 109 Abs 4 S 3 SGB V abgesehen von Notfällen nur dann, wenn die Behandlung vom Versorgungsauftrag des Krankenhauses nach § 109 Abs 4 S 2 SGB V umfasst ist (dazu a). Das Krankenhaus der Klägerin erfüllte diese Voraussetzung im Hinblick auf die bei der Versicherten vorgenommene weitgehende Entfernung des Akustikusneurinoms mittels Kraniotomie bei subokzipital-retromastoidalem Zugang nicht (dazu b).
- 9 a) Der Vergütungsanspruch für die Krankenhausbehandlung und damit korrespondierend die Zahlungsverpflichtung einer KK 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 und wirtschaftlich 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; BSG SozR 4-2500 § 109 Nr 27 RdNr 9). Die Versorgung findet "in einem zugelassenen Krankenhaus" statt, wenn sie sich - abgesehen von Notfällen - innerhalb des Versorgungsauftrags hält.

10 aa) Die Rechtsgrundlage des Vergütungsanspruchs ist bei DRG-Krankenhäusern - wie jenem der Klägerin - § 109 Abs 4 S 3 SGB V (*§ 109 SGB V insgesamt idF durch Art 1 Nr 74 Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung <GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz - GKV-WSG> vom 26.3.2007, BGBl I 378*) iVm § 7 S 1 Nr 1 KHEntgG (*idF durch Art 2 Nr 5 Zweites Fallpauschalenänderungsgesetz vom 15.12.2004, BGBl I 3429*) und § 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz - KHG - (*idF durch Art 18 Nr 4 GKV-WSG; vgl entsprechend BSGE 109, 236 = SozR 4-5560 § 17b Nr 2, RdNr 15 f; BSG SozR 4-2500 § 109 Nr 14 RdNr 15*). Das Krankenhaus wird mit einem Versorgungsvertrag nach § 109 Abs 1 SGB V für die Dauer des Vertrags zur Krankenhausbehandlung der Versicherten zugelassen (*§ 109 Abs 4 S 1 SGB V*). Das zugelassene Krankenhaus ist im Rahmen seines Versorgungsauftrags zur Krankenhausbehandlung (*§ 39 SGB V*) der Versicherten verpflichtet (*§ 109 Abs 4 S 2 SGB V*). Die KKn sind im Gegenzug verpflichtet, unter Beachtung der Vorschriften des SGB V mit dem Krankenhausträger Pflegesatzverhandlungen nach Maßgabe des KHG, des KHEntgG und der Bundespflegesatzverordnung zu führen (*§ 109 Abs 4 S 3 SGB V*). Denn die Krankenhäuser erfüllen mit der Behandlung die Ansprüche der Versicherten gegen die KKn. Versicherte haben Anspruch auf vollstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus (*§ 108 SGB V*), wenn die Aufnahme nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann (*vgl § 39 Abs 1 S 2 SGB V; BSGE 115, 95 = SozR 4-2500 § 109 Nr 37, RdNr 10 mwN*).

11 bb) Nach § 108 SGB V dürfen die KKn Krankenhausbehandlungen nur durch zugelassene Krankenhäuser erbringen lassen. Zugelassene Krankenhäuser sind nach der Legaldefinition des § 108 SGB V Hochschulkliniken, die nach den landesrechtlichen Vorschriften als Hochschulkliniken anerkannt sind, zudem Krankenhäuser, die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind (Plankrankenhäuser) sowie schließlich Krankenhäuser, die einen Versorgungsvertrag mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen abgeschlossen haben. Während Hochschulkliniken und Plankrankenhäuser bereits kraft Gesetzes zugelassene Krankenhäuser sind, erlangen sonstige Krankenhäuser diesen Status erst durch den insoweit konstitutiven Abschluss eines Versorgungsvertrags, welcher der Genehmigung durch die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden bedarf (*vgl BSG Urteil vom 21.2.2006 - B 1 KR 22/05 R - Juris RdNr 12 = USK 2006-14*). Die Zulassung des Krankenhauses erfolgt in diesem Sinne mittels Abschlusses oder Fiktion eines Versorgungsvertrags. Dieser hat eine statusbegründende Funktion. Dementsprechend ist etwa die Rückwirkung des wirksamen Abschlusses eines Versorgungsvertrags nach § 108 Nr 3 SGB V ausgeschlossen (*vgl BSGE 78, 243, 248 = SozR 3-2500 § 109 Nr 2 S 17 f*), ebenso ein Kostenerstattungs-

anspruch Versicherter für stationäre Behandlung in einem nicht zugelassenen Krankenhaus außerhalb der gesetzlich geregelten Ausnahmefälle (vgl. BSG Urteil vom 21.2.2006 - B 1 KR 22/05 R - Juris = USK 2006-14) und erst recht - abgesehen von Notfällen - ein Vergütungsanspruch des Krankenhauses für Behandlungen außerhalb des Geltungsbereichs des erteilten Versorgungsauftrages (stRspr, vgl. zB BSG Urteil vom 24.1.2008 - B 3 KR 6/07 R - Juris RdNr 14 ff, 25 = USK 2008-82; BSGE 101, 177 = SozR 4-2500 § 109 Nr 6, RdNr 44 mwN; BSG Urteil vom 14.10.2014 - B 1 KR 33/13 R - Juris RdNr 13, für BSGE und SozR 4-2500 § 137 Nr 5 vorgesehen).

12 Die stationäre Behandlung von Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in einem Krankenhaus ohne Zulassung für die konkrete Leistungserbringung - bei im Übrigen dem Grunde nach bestehender Zulassung durch Anerkennung als Hochschulklinik nach landesrechtlichen Vorschriften, durch Aufnahme in den Krankenhausplan oder aufgrund eines Versorgungsvertrags - bedeutet im objektiven Sinne einen groben und, wenn dies fortgesetzt erfolgt, einen nachhaltigen Verstoß gegen wesentliche Grundlagen des GKV-Systems. Denn dies entzieht den zugelassenen Leistungserbringern insoweit die Versicherten, setzt die Versicherten durch Behandlung außerhalb des Systems den Risiken unkontrollierter Behandlung aus und droht, das gesetzliche System der Kostentragung auszuhöhlen. Insoweit gilt nichts anderes als bei Krankenhäusern, die überhaupt nicht zur Behandlung der in der GKV Versicherten zugelassen sind und die Versicherten nur in Notfällen behandeln dürfen (vgl. BSGE 101, 177 = SozR 4-2500 § 109 Nr 6, RdNr 45 und 47).

13 cc) Unmaßgeblich ist der Versorgungsauftrag für das zugelassene Krankenhaus nur bei Notfallbehandlungen. Es ist zu diesen entsprechend § 76 Abs 1 S 2 SGB V verpflichtet (stRspr, vgl. zB BSGE 89, 39, 41 f = SozR 3-2500 § 13 Nr 25 S 118 f; BSGE 112, 257 = SozR 4-2500 § 137 Nr 2, RdNr 16; BSG Urteil vom 14.10.2014 - B 1 KR 33/13 R - Juris RdNr 13, zur Veröffentlichung in BSGE und SozR 4-2500 § 137 Nr 5 vorgesehen). In allen anderen Fällen ist es nur im Rahmen seines bestehenden Versorgungsauftrags zur Krankenhausbehandlung (§ 39 SGB V) der Versicherten verpflichtet und berechtigt. Um einen Notfall geht es vorliegend nach den unangegriffenen, den erkennenden Senat bindenden Feststellungen des LSG (§ 163 SGG) nicht. Ein Notfall iS des § 76 Abs 1 S 2 SGB V liegt nur vor, wenn die Behandlung aus medizinischen Gründen so dringlich ist, dass es bereits an der Zeit für die Auswahl eines geeigneten Therapeuten und dessen Behandlung - sei es durch dessen Aufsuchen oder Herbeirufen - fehlt (vgl. zB BSG Urteil vom 18.7.2006 - B 1 KR 9/05 R = Juris RdNr 18 = USK 2006-79; BSGE 109, 133 = SozR 4-1750 § 68 Nr 1, RdNr 22 mwN). So lag es bei der Behandlung der Versicherten nicht.

14 dd) Das SGB V definiert den Begriff des Versorgungsvertrags mittelbar (Abgrenzung zu BSG Urteile vom 27.11.2014 - B 3 KR 1/13 R - Juris RdNr 13, zur Veröffentlichung in BSGE und SozR 4-2500 § 108 Nr 3 vorgesehen; - B 3 KR 3/13 R - Juris RdNr 13; Festhaltung an BSGE 101, 177 = SozR 4-2500 § 109 Nr 6, RdNr 44 mwN; BSG Urteil vom 14.10.2014 - B 1 KR 33/13 R - Juris RdNr 70, für BSGE und SozR 4-2500 § 137 Nr 5 vorgesehen). Bei Plankranken-

häusern nach § 108 Nr 2 SGB V gilt die Aufnahme in den Krankenhausbedarfsplan nach § 8 Abs 1 S 2 KHG (§ 8 KHG insgesamt idF durch Art 18 Nr 1 GKV-WSG vom 26.3.2007) als Abschluss des Versorgungsvertrags (§ 109 Abs 1 S 2 Halbs 2 SGB V). Dementsprechend ergibt sich der Versorgungsauftrag eines Plankrankenhauses aus den Festlegungen des Krankenhausplans in Verbindung mit den Bescheiden zu seiner Durchführung. Ergänzend sind ggf Vereinbarungen nach § 109 Abs 1 S 4 SGB V und § 109 Abs 1 S 5 SGB V einzubeziehen (*stRspr*, vgl zB BSG Urteil vom 24.1.2008 - B 3 KR 6/07 R - *Juris RdNr 14 = USK 2008-82; BSGE 101, 177 = SozR 4-2500 § 109 Nr 6, RdNr 44 mwN; BSG Urteil vom 14.10.2014 - B 1 KR 33/13 R - *Juris RdNr 70, für BSGE und SozR 4-2500 § 137 Nr 5 vorgesehen*). Danach können die Vertragsparteien nach § 109 Abs 1 S 1 SGB V im Einvernehmen mit der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde eine gegenüber dem Krankenhausplan geringere Bettenzahl vereinbaren, soweit die Leistungsstruktur des Krankenhauses nicht verändert wird; die Vereinbarung kann befristet werden. Enthält der Krankenhausplan keine oder keine abschließende Festlegung der Bettenzahl oder der Leistungsstruktur des Krankenhauses, werden diese durch die Vertragsparteien nach § 109 Abs 1 S 1 SGB V im Benehmen mit der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde ergänzend vereinbart (§ 109 Abs 1 S 5 SGB V).*

- 15 b) Das Krankenhaus der Klägerin behandelte die Versicherte, obwohl es hiermit seinen Versorgungsauftrag überschritt. Es war mWv 1.1.2006 ua mit 57 Planbetten der Fachrichtung HNO, aber keinen Betten der Fachrichtung Neurochirurgie in den niedersächsischen Krankenhausplan aufgenommen (*Bescheid vom 20.12.2005*). Der jährlich fortzuschreibende Krankenhausplan enthält in Niedersachsen die für eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Bevölkerung erforderlichen Krankenhäuser, gegliedert ua nach den Fachrichtungen (Gebieten), Planbetten und Funktionseinheiten (§ 3 Abs 3 und 5 idF der *Bekanntmachung der Neufassung des Niedersächsischen Gesetzes zum Bundesgesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze - NdsKHG - vom 12.11.1986, GVBl 343*). Er wird vom Sozialminister aufgestellt, vom Landesministerium beschlossen und ist im Niedersächsischen Ministerialblatt zu veröffentlichen (§ 3 Abs 1 S 1 und 3 NdsKHG). Die dem Bescheid zugrunde liegende 21. Fortschreibung des Krankenhausplans Niedersachsen für 2006 (*Stand 1.1.2006*) weist "für jedes Krankenhaus gegliedert nach den Fachrichtungen (Gebieten der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Niedersachsen) Planbetten und Funktionseinheiten" aus und sieht dementsprechend für das Versorgungsgebiet 4 (ehemals Regierungsbezirk Weser-Ems) zur KHNR 404 000 02 für das Krankenhaus der Klägerin ua 57 Betten HNO und keine Betten Neurochirurgie vor. Die Gliederung nach Fachrichtungen beruht auf der Regelung des § 3 Abs 3 NdsKHG. Danach ist der Niedersächsische Krankenhausplan ua nach Fachrichtungen (Gebieten) zu gliedern. Die 23. Fortschreibung des Krankenhausplans Niedersachsen für 2008 (*Stand 1.1.2008*) hat an diesen Festlegungen nichts geändert.

- 16 Das LSG hat zur Auslegung dieser landesrechtlichen Bestimmungen in Einklang mit den zitierten bundesrechtlichen Vorgaben des SGB V die Regelungen der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Niedersachsen herangezogen (*WBO vom 27.11.2004, in Kraft getreten am 1.5.2005 und 2008 noch in Geltung, in Verbindung mit den dazu ergangenen Richtlinien über den Inhalt der Weiterbildung zur WBO vom 27.11.2004, WBO-RL, in Kraft getreten am 1.5.2005 und 2008 noch in Geltung; vgl. ähnlich zB OVG Lüneburg Urteil vom 3.2.2011 - 13 LC 125/08 - Juris RdNr 42 = NZS 2011, 859 RdNr 7*). Danach umfasst der Weiterbildungsinhalt für die Erlangung der Facharztkompetenz im Gebiet Neurochirurgie ua den Erwerb von Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten in der Erkennung, konservativen, operativen Behandlung, Nachsorge und Rehabilitation von Krankheiten einschließlich Tumoren des Schädels und des Gehirns. Demgegenüber gehört der Erwerb von Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten operativer Eingriffe einschließlich endoskopischer und mikroskopischer Techniken an Ohr, Ohrschädel, Gehörgang, Ohrmuschel einschließlich Felsenbeinpräparation zum Bereich der Erlangung der HNO-Facharztkompetenz.
- 17 Diese Auslegung der landesrechtlichen Vorschriften über den Krankenhausplan unterliegt nur in den durch § 162 SGG vorgegebenen Grenzen einer revisionsgerichtlichen Kontrolle. Danach kann die Revision nur darauf gestützt werden, dass das angefochtene Urteil auf der Verletzung einer Vorschrift des Bundesrechts oder einer sonstigen im Bezirk des Berufungsgerichts geltenden Vorschrift beruht, deren Geltungsbereich sich über den Bezirk des Berufungsgerichts hinaus erstreckt. Das ist bei den niedersächsischen Vorschriften über den Krankenhausplan nicht der Fall. Hierzu müsste das allein im Bezirk des LSG geltende niedersächsische Landesrecht bewusst zum Zwecke der Vereinheitlichung übereinstimmend mit dem Krankenhausplanungsrecht anderer Länder erlassen worden sein (*vgl. dazu zB BSG SozR 4-2500 § 109 Nr 19 RdNr 14; BSGE 105, 1 = SozR 4-2500 § 125 Nr 5, RdNr 19 mwN*). Daran fehlt es. Das niedersächsische Recht des Krankenhausplans inkorporiert nicht etwa bewusst und gewollt ein in den Bundesländern einheitlich geltendes Recht, um Rechtseinheit zu begründen. Es verweist in seinem Krankenhausplan vielmehr nur statisch auf anderes Landesrecht, die niedersächsische WBO. Dass die WBO in anderem Zusammenhang - für die Frage der sachlich-rechnerischen Richtigkeit vertragsärztlicher Abrechnungen - revisionsgerichtlicher Kontrolle unterliegt, ist insoweit für den hier interessierenden Regelungskontext ohne Belang.
- 18 Soweit der 3. Senat des BSG in seinen Urteilen vom 27.11.2014 (*B 3 KR 1/13 R - Juris RdNr 17 ff, zur Veröffentlichung in BSGE und SozR 4-2500 § 108 Nr 3 vorgesehen; B 3 KR 3/13 R - Juris RdNr 17 ff*) die landesrechtlichen Vorschriften über den Krankenhausplan umfassend überprüft hat, kommt dies nach der Rechtsprechung des erkennenden Senats - abgesehen vom stets prüfbareren Verstoß gegen Bundesrecht - nur in Betracht, wenn sich die Vorinstanz einer Auslegung enthalten hat (*vgl. BSGE 105, 1 = SozR 4-2500 § 125 Nr 5, RdNr 19 mwN*). Sollte den genannten Urteilen eine weitergehende Kontrollbefugnis des Revisionsgerichts zu entnehmen sein, hält der erkennende Senat als nunmehr allein für das Leistungserbringungsrecht der Krankenhäuser zuständiger Senat daran nicht fest. Das BSG ist

- revisionsrechtlich hierzu nicht befugt (vgl auch BSG Beschluss vom 12.7.2013 - B 1 KR 74/12 B - Juris RdNr 7, zu einem Parallelverfahren zu B 3 KR 1/13 R und B 3 KR 3/13 R; nachgehend BVerfG Nichtannahmebeschluss vom 2.12.2013 - 1 BvR 3105/13 -).
-

- 19 Der erkennende Senat darf demgegenüber die Entscheidung über die Aufnahme des Krankenhauses der Klägerin in den Krankenhausbedarfsplan (Bescheid vom 20.12.2005) selbst auslegen, da das LSG diese nicht ausgelegt hat und weitere Feststellungen nicht mehr in Betracht kommen (vgl hierzu BSGE 96, 161 = SozR 4-2500 § 13 Nr 8, RdNr 12; zu Vertragserklärungen stRspr, siehe zB BSGE 105, 1 = SozR 4-2500 § 125 Nr 5, RdNr 19 mwN; vgl auch BFHE 205, 96, 110 mwN; für Verwaltungsakte vgl BSG SozR 4-2500 § 133 Nr 6 RdNr 36). Die Auslegung ergibt entsprechend dem schon bisher unstrittigen Vortrag der Beteiligten und dem klaren Wortlaut, dass der Versorgungsauftrag des klägerischen Krankenhauses im Jahr 2008 ua Betten der Fachrichtungen Chirurgie und HNO umfasste, nicht aber Betten einer Abteilung Neurochirurgie.
- 20 Die weitere Schlussfolgerung des LSG, dass die Operation der Versicherten als neurochirurgische Operation mit subokzipitalem/retromastoidalem Operationszugang nicht dem durch die Fachrichtungen Chirurgie und HNO charakterisierten Versorgungsauftrag der Klägerin unterfiel, lässt keinen Verstoß gegen Bundesrecht erkennen. Das LSG durfte darauf abstellen, dass operative Eingriffe, die ober- und unterhalb des Kleinhirnzeltens (Tentorium cerebelli) intrazerebral vorgenommen werden, um Tumoren zu operieren, und deswegen die Eröffnung der Schädeldecke nebst der harten Hirnhaut (Dura mater) erfordern, dem Fachgebiet der Neurochirurgie zuzuordnen sind, da der spezifische Zugangsweg wegen seiner besonderen Anforderungen neurochirurgische Kompetenz erfordert. Die Behandlung der Versicherten erfolgte auf diesem spezifisch neurochirurgischen Weg.
- 21 Der Senat ist an diese getroffene Feststellung gebunden, denn die Klägerin hat diesbezüglich keine zulässigen und begründeten Revisionsgründe vorgebracht (vgl § 163 SGG). Soweit sie mit der Revision rügt, das LSG habe es unter Verstoß gegen den Amtsermittlungsgrundsatz (§ 103 SGG) unterlassen, diese nach Zugangswegen erfolgte Differenzierung zu überprüfen, hat sie iS von § 164 Abs 2 S 3 SGG nicht alle Tatsachen bezeichnet, die den Mangel ergeben sollen (vgl § 164 Abs 2 S 3 SGG; näher BSG Urteil vom 11.12.2008 - B 9 VS 1/08 R - Juris RdNr 68 ff, insoweit in BSGE 102, 149 = SozR 4-1100 Art 85 Nr 1 nicht abgedruckt mwN). Die Klägerin trägt nicht - wie erforderlich - Tatsachen vor, aus denen sich schlüssig ergibt, dass sich das LSG von seinem sachlich-rechtlichen Standpunkt aus zu weiteren Ermittlungen hätte gedrängt fühlen müssen (vgl § 164 Abs 2 S 3 SGG; näher zB BSG Urteil vom 11.12.2008 - B 9 VS 1/08 R - Juris RdNr 69, insoweit in BSGE 102, 149 = SozR 4-1100 Art 85 Nr 1 nicht abgedruckt; BSGE 111, 168 = SozR 4-2500 § 31 Nr 22, RdNr 27 f, alle mwN). Notwendig hierfür ist eine Darlegung, die das Revisionsgericht in die Lage versetzt, sich allein anhand der Revisionsbegründung ein Urteil darüber zu bilden, ob die angegriffene Entscheidung auf einem Verfahrensmangel beruhen kann (BSG SozR 1500 § 164 Nr 31 S 49).

- 22 Hieran fehlt es. Die Klägerin trägt lediglich vor, dass sie in der mündlichen Verhandlung vor dem LSG beantragt habe, "a) Auskunft des Satzungsgebers der Weiterbildungsordnung, Ärztekammer Niedersachsen ..., b) Einholung eines Sachverständigengutachtens eines Facharztes für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, c) Einholung einer ergänzenden Stellungnahme von Frau Dr. Ritterodt, ob die Operation nicht auch durch einen Facharzt für HNO hätte durchgeführt werden können." Sie legt aber weder dar, weshalb das LSG sich von seinem sachlich-rechtlichen Standpunkt aus zu weiteren Ermittlungen hätte gedrängt fühlen müssen noch wieso das LSG vermeintlich den ihm bei der Beweiserhebung und Beweiswürdigung zustehenden Spielraum überschritt. Zu Punkt a) und c) fehlt es hierzu an hinreichenden Ausführungen.
- 23 Soweit die Klägerin zu Punkt b) die Einholung eines weiteren Sachverständigengutachtens beantragt hat, legt sie ihre Rechtsansicht zugrunde und nicht - wie geboten - den sachlich-rechtlichen Standpunkt des LSG. Das LSG hat die Operationsmethode als entscheidendes Kriterium angesehen. Dagegen meint die Klägerin bei ihren Ausführungen, es komme für die Fachgebietszuordnung bloß darauf an, dass es um die Behandlung eines Hörverlustes gehe und der Tumor den Gehörnerv sowie den inneren Gehörgang betreffe. Die Klägerin legt auch nicht schlüssig dar, dass das LSG der Sachverständigen Dr. R. , einer Fachärztin für Neurochirurgie, die notwendige ärztliche Kompetenz für die Beurteilung der Fachgebietszugehörigkeit der angewandten Operationsmethode hätte absprechen müssen. Es erschließt sich nicht, dass es verfahrensfehlerhaft sein könnte, maßgeblich auf die Beurteilung einer Neurochirurgin zur Fachgebietszugehörigkeit einer angewandten Tumoroperation mittels Kraniotomie bei subkzipital-retromastoidalem Zugang abzustellen, welche sie als neurochirurgisch qualifiziert.
- 24 2. Die Klägerin kann aus der Regelung des § 275 Abs 1c S 2 SGB V nichts für sich herleiten. Denn die Beklagte durfte die sachlich-rechnerische Richtigkeit der Abrechnung nach allgemeinen Grundsätzen überprüfen. Das Überprüfungsrecht der KKn auf sachlich-rechnerische Richtigkeit besteht unabhängig von den engeren Anforderungen einer Auffälligkeitsprüfung. Es entspricht nicht nur den gesetzlichen Vorgaben (§ 301 Abs 1 SGB V), sondern den eigenen Interessen des Krankenhauses, der KK die entsprechenden Sachverhalte vollständig und nachvollziehbar mitzuteilen, die es zu seiner Auslegung der Abrechnungsvorschriften veranlasst haben. Nur so beugt das Krankenhaus einer Irreführung und darauf beruhender täuschungsbedingter ungerechtfertigter Vermögensverfügung der KK vor, ermöglicht der KK die sachlich-rechnerische Richtigkeitskontrolle und schafft damit die für die Zusammenarbeit unerlässliche Vertrauensbasis (vgl zum Ganzen BSG Urteil vom 1.7.2014 - B 1 KR 29/13 R - RdNr 16 ff, für BSGE und SozR 4-2500 § 301 Nr 4 vorgesehen; BSG Urteil vom 14.10.2014 - B 1 KR 26/13 R - Juris RdNr 17, für SozR 4-2500 § 301 Nr 3 vorgesehen).
- 25 Das Überprüfungsrecht der KKn von Krankenhausabrechnungen auf sachlich-rechnerische Richtigkeit unterliegt einem eigenen Prüfregime. Die gesetzliche Regelung der Informations-

übermittlung vom Krankenhaus an die KK (vgl § 301 SGB V) korrespondiert mit der Prüfberechtigung der KK. KKn sind jederzeit berechtigt, die sachlich-rechnerische Richtigkeit einer Abrechnung von Krankenhausvergütung mit Blick auf eine Leistungsverweigerung oder nicht verjährte Erstattungsforderungen zu überprüfen (§ 301 SGB V). Denn das Krankenhaus hat hierzu zutreffend und vollständig alle Angaben zu machen, deren es zur Überprüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit der Abrechnung bedarf (§ 301 Abs 1 SGB V; vgl zB 1. Senat des BSG in BSGE 106, 214 = SozR 4-2500 § 275 Nr 3, RdNr 13, 21; 3. Senat des BSG in BSGE 111, 58 = SozR 4-2500 § 109 Nr 24, RdNr 18 ff mwN; BSG SozR 4-2500 § 275 Nr 5 RdNr 14 mwN, stRspr). Hierbei kann es keinerlei Obliegenheit oder gar Pflicht der KK geben, Zweifel an der Erfüllung einer Anspruchsvoraussetzung durch substantiierten Vortrag zu untermauern (vgl BSGE 104, 15 = SozR 4-2500 § 109 Nr 17, RdNr 28 mwN). Denn nach der Rechtsprechung des Großen Senats des BSG (vgl BSGE 99, 111 = SozR 4-2500 § 39 Nr 10, RdNr 28 f) obliegt die Entscheidung über den Anspruch des Versicherten auf vollstationäre Krankenhausbehandlung allein der KK und im Streitfall dem Gericht, ohne dass diese an die Einschätzung des Krankenhauses oder seiner Ärzte gebunden sind (vgl BSGE 102, 181 = SozR 4-2500 § 109 Nr 15, RdNr 31).

26 Andererseits wäre es rechtsmissbräuchlich, wenn KKn flächendeckend ohne irgendeinen Anhaltspunkt jede Krankenhausabrechnung beanstandeten (vgl zur *routinemäßigen und pauschalen Weigerung einer KK, Krankenhausrechnungen zu bezahlen*, zB BSGE 89, 104, 109 f = SozR 3-2500 § 112 Nr 2 S 16 f). Dafür liegt hier aber nichts vor. Jedenfalls dann, wenn sich demgegenüber auch nur geringste Anhaltspunkte dafür ergeben, dass die Abrechnung nicht sachlich-rechnerisch richtig ist, und/oder das Krankenhaus seine primären Informationsobliegenheiten und ggf -pflichten über die Abrechnungsgrundlagen nicht erfüllt, trifft das Krankenhaus spätestens auf Anforderung der KK zumindest die Obliegenheit, an der Aufklärung des Sachverhalts mitzuwirken, insbesondere auch die Behandlungsunterlagen an den MDK oder das Gericht herauszugeben, soweit sich aus den Landesverträgen nach § 112 SGB V keine weitergehenden Mitteilungspflichten ergeben.

27 Die Beklagte beachtete die genannten Anforderungen an die Überprüfung von Krankenhausabrechnungen auf sachlich-rechnerische Richtigkeit. Es bestanden aufgrund der Tumorentfernung mittels Kraniotomie bei subokzipital-retromastoidalem Zugang als einer Leistung, die regelmäßig neurochirurgischen Abteilungen zugeordnet ist, mehr als nur geringste Anhaltspunkte für eine sachlich-rechnerische Unrichtigkeit. Ungeachtet dessen führt die nachträglich gesicherte Erkenntnis einer sachlich-rechnerischen Unrichtigkeit bei zunächst fehlenden Anhaltspunkten nicht zur Unverwertbarkeit dieser Erkenntnis. Dies gilt umso mehr in Fällen wie hier. Denn die Klägerin beging eine grobe Pflichtverletzung, indem sie sehenden Auges eine vom Versorgungsauftrag des Krankenhauses nicht umfasste neurochirurgische Operation bei der Versicherten durchführte und abrechnete, ohne zunächst den Sachverhalt offenzulegen.

- 28 Die Klägerin kann sich demgegenüber nicht auf die Verletzung der Anforderungen an Auffälligkeitsprüfungen, insbesondere des prüfrechtlichen Beschleunigungsgebots berufen, da eine solche Prüfung nicht betroffen war.
- 29 3. Die Kostenentscheidung folgt aus § 197a Abs 1 S 1 Teils 3 SGG iVm § 154 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.