



Beglaubigte Abschrift

BUNDESZOZIALGERICHT

EINGEGANGEN



Im Namen des Volkes

Urteil

in dem Rechtsstreit

04. NOV. 2022

Werner Rechtsanwälte
65929 Frankfurt am Main

BSG Az.: **B 1 KR 19/21 R**

LSG Baden-Württemberg 30.03.2021 - L 11 KR 2846/19

SG Stuttgart 23.07.2019 - S 15 KR 6688/18



Prozessbevollmächtigter:

Klägerin und Revisionsbeklagte,

Rechtsanwalt Tim Christian Werner,
Windthorststraße 62, 65929 Frankfurt,

g e g e n

AOK Bayern - Die Gesundheitskasse,
Carl-Wery-Straße 28, 81739 München,

Beklagte und Revisionsklägerin.



Der 1. Senat des Bundessozialgerichts hat auf die mündliche Verhandlung vom 22. Juni 2022 durch den Richter Dr. Estelmann als Vorsitzenden, den Richter Dr. Bockholdt und die Richterin Geiger sowie den ehrenamtlichen Richter Melzer und die ehrenamtliche Richterin Prof. Dr. Brandl für Recht erkannt:

Auf die Revision der Beklagten wird das Urteil des Landessozialgerichts Baden-Württemberg vom 30. März 2021 aufgehoben. Die Sache wird zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das Landessozialgericht zurückverwiesen.

Der Streitwert für das Revisionsverfahren wird auf 7203,85 Euro festgesetzt.

Gründe:

I

- 1 Streitig ist die Vergütung einer vollstationär durchgeführten bariatrischen Operation.
- 2 Der bei der beklagten Krankenkasse (KK) Versicherte beantragte am 20.10.2017 bei dieser befundgestützt die Kostenübernahme für eine Magenverkleinerung (sog bariatrische Operation) bei einem Body-Mass-Index von 55. Nach Einholung eines sozialmedizinischen Gutachtens des Medizinischen Dienstes der Krankenkasse (MDK) lehnte die KK die Kostenübernahme mangels primärer Operationsindikation ab (*Bescheid vom 12.12.2017*). Eine multimodale konservative Therapie zur Behandlung der Adipositas über 6 - 12 Monate sei nicht dokumentiert, die Operation damit nicht ultima ratio. Den hiergegen gerichteten Widerspruch des Versicherten wies die KK nach einem erneuten Gutachten des MDK zurück (*Widerspruchsbescheid vom 2.7.2018*).
- 3 Die Klägerin, 

(im Folgenden: Krankenhaus). Der Versicherte wurde dort vom 13. bis 18.8.2018 mit einer bariatrischen Operation vollstationär behandelt. Die dafür in Rechnung gestellte Vergütung iHv 7203,85 Euro beglich die KK nicht. Das SG hat die KK auf die Klage des Krankenhauses zur Zahlung von 7203,85 Euro nebst Zinsen iHv fünf Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz ab 22.9.2018 verurteilt (*Gerichtsbescheid vom 23.7.2019*). Das LSG hat die Berufung der KK zurückgewiesen. Ob die vollstationäre Behandlung des Versicherten erforderlich gewesen sei, lasse sich nicht feststellen. Mangels (fristgerechter) Einleitung eines Prüfverfahrens nach § 275 Abs 1 Nr 1 SGB V sei die KK mit dem Einwand fehlender Erforderlichkeit der Operation und des stationären Aufenthalts ausgeschlossen. Die nur im Verhältnis zum Versicherten bestandskräftig ergangene Leistungsablehnung berühre den Vergütungsanspruch des Krankenhauses gegen die KK nicht (*Urteil vom 30.3.2021*).
- 4 Mit ihrer Revision rügt die KK eine Verletzung von § 275 Abs 1c SGB V. Die aus dieser Vorschrift abzuleitende Präklusionswirkung trete in der vorliegenden Fallkonstellation nicht ein. Grundsätzlich trage das Krankenhaus das Risiko der Nichterweislichkeit einer anspruchsbegründenden Tatsache wie hier der Erforderlichkeit der Krankenhausbehandlung. Dieses Risiko sei nicht der KK aufzuerlegen, weil sie nach den Feststellungen im vorangegangenen Verwaltungsverfahren des Versicherten die Einleitung eines Prüfverfahrens nach § 275 Abs 1c SGB V berechtigterweise nicht habe veranlassen müssen. Aus Sicht der KK sei das Nichtbestehen eines Leistungsanspruchs geklärt gewesen.

5 Die Beklagte beantragt,
das Urteil des Landessozialgerichts Baden-Württemberg vom 30. März 2021 sowie den
Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Stuttgart vom 23. Juli 2019 aufzuheben und die
Klage abzuweisen,

hilfsweise,

das Urteil des Landessozialgerichts Baden-Württemberg vom 30. März 2021 aufzu-
heben und die Sache zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das Landesso-
zialgericht zurückzuweisen.

6 Die Klägerin beantragt,
die Revision zurückzuweisen.

7 Sie hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend.

II

8 Die zulässige Revision der beklagten KK ist im Sinne der Zurückverweisung der Sache an das
LSG zur erneuten Verhandlung und Entscheidung begründet (§ 170 Abs 2 Satz 2 SGG).

9 Der aktuelle Rechtsträger des Krankenhauses ist materiell berechtigt (aktiv legitimiert), den strei-
tigen Vergütungsanspruch geltend zu machen.

10 Rechtsgrundlage des von dem klagenden Krankenhaus wegen der vollstationären Behandlung
des Versicherten geltend gemachten Vergütungsanspruchs ist § 109 Abs 4 Satz 3 SGB V iVm
§ 7 Krankenhausentgeltgesetz und § 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) (vgl BSG vom
8.11.2011 - B 1 KR 8/11 R - BSGE 109, 236 = SozR 4-5560 § 17b Nr 2, RdNr 13, 15 f; BSG vom
19.3.2020 - B 1 KR 20/19 R - BSGE 130, 73 = SozR 4-2500 § 12 Nr 15, RdNr 11 mwN). Die
Zahlungsverpflichtung der KK entsteht unabhängig von einer Kostenzusage unmittelbar mit

Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten kraft Gesetzes, wenn die Versorgung - wie hier - in einem zugelassenen Krankenhaus im Rahmen seines Versorgungsauftrages durchgeführt wird, sie iS von § 39 Abs 1 Satz 2 SGB V erforderlich ist und die Leistungen insgesamt wirtschaftlich (§ 12 Abs 1 SGB V) erbracht werden (vgl nur BSG vom 25.3.2021 - B 1 KR 25/20 R - BSGE 132, 67 = SozR 4-2500 § 137c Nr 15, RdNr 8). Das LSG hat im Ergebnis zu Recht angenommen, dass hier die bestandskräftige Ablehnung des vom Versicherten gestellten Kostenübernahmeantrages die Zahlungsverpflichtung der KK nicht von vornherein ausschließt (dazu 1.). Der Senat kann aber auf Grundlage der Feststellungen des LSG nicht entscheiden, ob dem Krankenhaus der geltend gemachte Vergütungsanspruch zusteht. Dies erfordert Feststellungen dazu, ob die bariatrische Operation erforderlich war (dazu 2.). Das LSG ist davon ausgegangen, dass die KK ohne Einleitung eines Prüfverfahrens nach Ablauf der Frist des § 275 Abs 1c Satz 2 SGB V mit jeglichen medizinisch gestützten Einwänden, insbesondere mit dem Einwand der fehlenden Erforderlichkeit der stationär durchgeführten bariatrischen Operation präkludiert sei. Dies hält einer revisionsgerichtlichen Prüfung nicht stand. Der zulässige Verzicht auf das Prüfverfahren schließt die KK mit Einwänden gegen den Vergütungsanspruch nicht aus, beschränkt jedoch die Amtsermittlungspflicht des Gerichts und ist bei der Beweiswürdigung zu berücksichtigen (dazu 3.). Das LSG muss ausgehend vom Vortrag der KK die Erforderlichkeit der Behandlung durch das Krankenhaus prüfen. Verneint es sie, so muss es diesem Gelegenheit zu weiterem Vortrag geben und ggf Beweis erheben (dazu 4.).

- 11 1. Dem Vergütungsanspruch steht nicht entgegen, dass die KK bereits im Verhältnis zum Versicherten bestandskräftig entschieden hat, dass der Kläger auf die begehrte und später vom Krankenhaus durchgeführte bariatrische Operation mangels Erforderlichkeit keinen Anspruch nach § 39 SGB V hat. Stellt die KK gegenüber dem Versicherten wie hier durch einen Verwaltungsakt fest, dass ein Anspruch auf Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V nicht besteht, fehlt es zwar an einem Sachleistungsanspruch des Versicherten, der durch das Krankenhaus erfüllt werden kann. Die Bindungswirkung des ablehnenden Bescheides tritt allerdings nur für die am Verwaltungsverfahren Beteiligten und die den Bescheid erlassende Behörde ein (§ 77 SGG, vgl BSG vom 17.4.2013 - B 9 SB 6/12 R - SozR 4-1300 § 48 Nr 26 RdNr 32), nicht jedoch unmittelbar gegenüber dem am Verwaltungsverfahren nicht beteiligten Krankenhaus.

- 12 In diesem Sinne ist das Abrechnungsverhältnis zwischen KK und Krankenhaus von dem Versicherungsverhältnis zwischen Versichertem und KK, kraft dessen der Versicherte nach Maßgabe des § 39 Abs 1 Satz 2 SGB V die Krankenhausbehandlung als Naturalleistung (Sachleistung) verlangen kann, zu trennen (diesbezüglich im Ergebnis ebenso auch BSG vom 11.4.2002 - B 3 KR 24/01 R - SozR 3-2500 § 109 Nr 9, S 60 = juris RdNr 23, 24). Das Abrechnungsverhältnis dient allerdings dazu, die materiellen Ansprüche des Versicherten gegen seine KK durch den Leistungserbringer zu erfüllen (stRspr; vgl nur BSG vom 8.10.2019 - B 1 KR 2/19 R - SozR 4-5562 § 6 Nr 3 RdNr 12; BSG vom 25.9.2007 - GS 1/06 - BSGE 99, 111 = SozR 4-2500 § 39 Nr 10, RdNr 10). Grundsätzlich beachtlich ist deshalb auch die Konkretisierung dieser Ansprüche durch die KK in diesem Verhältnis. Das SGB V weist jedoch durch die von ihm

vorgenommene Ausgestaltung des Sachleistungssystems dem Krankenhaus eine eigenständige und im Verhältnis zur KK regelhaft zeitlich vorrangige Stellung hinsichtlich der Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen und damit der Erforderlichkeit der stationären Behandlung als solcher und ihres Umfangs zu (vgl BSG vom 25.9.2007 - GS 1/06 - BSGE 99, 111 = SozR 4-2500 § 39 Nr 10 RdNr 28). Die zu Lasten der KK wirksame Leistungserbringung des Krankenhauses hängt nicht von einer vorherigen Bewilligung der Leistung durch die KK ab. Die sachliche Prüfung der Erforderlichkeit einer Krankenhausbehandlung ist nach § 39 Abs 1 Satz 2 SGB V ausdrücklich dem Krankenhaus und seiner eigenverantwortlichen Entscheidung zugewiesen, die aber der nachgelagerten Kontrolle durch die KK und im Vergütungsstreit der uneingeschränkten gerichtlichen Überprüfung unterliegt (vgl BSG vom 25.9.2007 - GS 1/06 - BSGE 99, 111 = SozR 4-2500 § 39 Nr 10, RdNr 27 ff). Das Krankenhaus muss die Erforderlichkeit der Krankenhausbehandlung selbst prüfen. Es ist dagegen nicht verpflichtet, eine eventuelle (bestandskräftige) Leistungsablehnung beim Versicherten oder der KK vorab zu erfragen. Das Risiko, dass ein Versicherter trotz eines die Leistung ablehnenden Bescheides ein Krankenhaus aufsucht, um eben diese Leistung zu erhalten, ohne sich dem Krankenhaus zu offenbaren, trägt die KK. Dieses Risiko ist mangels einer normativ-organisatorischen Absicherung von Leistungsablehnungen gegenüber allen nach § 108 SGB V in Frage kommenden Krankenhäusern allein dem Versicherungsverhältnis ohne Auswirkung auf den Vergütungsanspruch des Krankenhauses im Abrechnungsverhältnis zuzuordnen.

- 13 Das Krankenhaus ist dementsprechend hier auch nicht verpflichtet gewesen, für eine stationäre Behandlung des Versicherten vorab eine Kostenübernahmeerklärung der KK einzuholen. Wird durch die KK eine Kostenübernahmeerklärung abgegeben, ist damit allein das Vorliegen der in der Erklärung genannten Voraussetzungen des Vergütungsanspruchs, wie etwa die Versicherteneigenschaft, im Sinne eines deklaratorischen Schuldanerkenntnisses mit der Folge eines entsprechenden Einwendungsausschlusses der KK geklärt (vgl BSG vom 12.11.2003 - B 3 KR 1/03 R - SozR 4-2500 § 112 Nr 2 RdNr 9). Auch § 9 des Vertrages nach § 112 Abs 2 Satz 1 Nr 1 SGB V über die Allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung zwischen der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft und den KKn bzw deren Verbänden sieht nur die Möglichkeit einer Kostenübernahmeerklärung, aber keine Pflicht zur Einholung einer solchen vor (zu der auch ohne eine entsprechende Regelung im Sicherstellungsvertrag bestehenden Möglichkeit des Krankenhauses, eine Vorabprüfung durch die KK zu veranlassen vgl LSG Baden-Württemberg vom 27.4.2021 - L 11 KR 3323/19 - juris RdNr 24 f; Bockholdt in Hauck/Noftz, SGB V, § 109 RdNr 185 mwN, Stand November 2021; vgl ferner BSG vom 17.2.2004 - B 1 KR 4/02 R - SozR 4-1200 § 66 Nr 1 = juris RdNr 20; BSG vom 31.5.2006 - B 6 KA 53/05 B - juris RdNr 13; BSG vom 20.3.2013 - B 6 KA 27/12 R - BSGE 113, 123 = SozR 4-2500 § 106 Nr 40, RdNr 28).

- 14 Nach diesen Maßstäben verbleibt es hier bei der Maßgeblichkeit des Abrechnungsverhältnisses. Dem Gesamtzusammenhang der bisherigen Feststellungen des LSG ist nicht zu entnehmen, dass das Krankenhaus Kenntnis vom Ausgang des Verwaltungsverfahrens hatte. Insbesondere

hat das LSG die von ihm ausdrücklich angeführte Mitteilung des Krankenhauses nicht in Zweifel gezogen, dass es von der Leistungsablehnung nichts gewusst habe. Die KK hat als Revisionsklägerin auch keine dahingehende Verfahrensrüge erhoben.

- 15 Was zu gelten hat, wenn das Krankenhaus vor oder während der stationären Behandlung davon Kenntnis erlangt, dass die KK - ggf formell bestandskräftig - den Behandlungsanspruch des Versicherten wegen fehlender Erforderlichkeit abgelehnt hat, kann deshalb offenbleiben. Soweit allerdings der für das Recht der Krankenhausvergütung auch zuständig gewesene 3. Senat des BSG der Leistungsablehnung der KK im Versicherungsverhältnis jegliche Relevanz für den Vergütungsanspruch des bösgläubigen Krankenhauses abgesprochen hat, hält der erkennende Senat hieran nicht fest (*vgl BSG vom 11.4.2002 - B 3 KR 24/01 R - SozR 3-2500 § 109 Nr 9, S 60 = juris RdNr 24, dort letzter Satz; kritisch dazu auch Knispel, jurisPR-SozR 6/2022 Anm 2 zu SG Detmold vom 16.12.2021 - S 24 KR 413/21 - juris*). Dies wäre mit der späteren Entscheidung des Großen Senats vom 25.9.2007 nicht vereinbar. Denn die Entscheidung darüber, ob dem Versicherten ein Anspruch auf Gewährung vollstationärer Krankenhausbehandlung als Sachleistung zusteht und darin eingeschlossen die Entscheidung, ob eine stationäre Behandlung aus medizinischen Gründen notwendig ist, obliegt nicht dem Krankenhaus, sondern der KK, gegen die sich der Anspruch richtet (*vgl BSG vom 25.9.2007 - GS 1/06 - BSGE 99, 111 = SozR 4-2500 § 39 Nr 10 RdNr 28*).
- 16 Der Senat neigt allerdings der Auffassung zu, dass die KK sich mit Blick auf § 44 SGB X auch gegenüber dem bösgläubigen Krankenhaus dann nicht auf die formelle Bestandskraft der Leistungsablehnung berufen kann, wenn im Vergütungsrechtsstreit die Erforderlichkeit der Behandlung nach umfassender Prüfung des Sachverhalts festgestellt wird. Diese Feststellung der Erforderlichkeit ist zu unterscheiden davon, dass es der KK bei einem nicht durchgeführten Prüfverfahren iS des § 275 Abs 1c Satz 4 SGB V (jetzt § 275c Abs 1 Satz 3 SGB V) nicht gelingt, mit den ihr nur eingeschränkt zur Verfügung stehenden Beweismitteln die fehlende Erforderlichkeit zu belegen (*dazu 3.*). Dem bösgläubigen Krankenhaus kann es dann unter Umständen verwehrt sein, sich auf § 275 Abs 1c Satz 2 SGB V und auf zu seinen Gunsten eingreifende Ausschlussfristen der jeweiligen Prüfverfahrensvereinbarung (PrüfV) zu berufen. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn das Krankenhaus in Kenntnis des ablehnenden Bescheides die Operation durchführt, auf diesen Umstand aber bei der Abrechnung nicht hinweist.
- 17 2. Die allgemeinen Maßstäbe der Erforderlichkeit der vollstationären Behandlung iS von § 39 Abs 1 Satz 2 SGB V (*dazu a*) werden durch das Ultima-ratio-Prinzip bei einer zu therapeutischen Zwecken zielgerichtet durchgeführten irreversiblen Schädigung einer wichtigen, abgegrenzten Funktionseinheit des Körpers (Organ) modifiziert. Die voraussichtlichen Ergebnisse dieses Eingriffs müssen bei Anwendung des allgemeinen Qualitätsgebots (§ 2 Abs 1 Satz 3 SGB V) den voraussichtlichen Ergebnissen anderer Behandlungsoptionen eindeutig überlegen sein (*dazu b*).

18 a) Erforderlich ist die vollstationäre Krankenhausbehandlung nur dann, wenn die Behandlung dem Qualitätsgebot (§ 2 Abs 1 Satz 3 SGB V) oder dem abgesenkten Qualitätsgebot des Potentialmaßstabes (§ 137c Abs 3 SGB V) entspricht (vgl. BSG vom 16.8.2021 - B 1 KR 18/20 R - BSGE 133, 24 und SozR 4-2500 § 2 Nr 17, RdNr 9; BSG vom 25.3.2021 - B 1 KR 25/20 R - BSGE 132, 67 = SozR 4-2500 § 137c Nr 15, RdNr 8). Der Anspruch auf Krankenbehandlung hat sich generell daran auszurichten, welche Behandlung unter Beachtung des Qualitätsgebotes und des umfassenden Grundsatzes der Wirtschaftlichkeit notwendig und ausreichend ist, um das angestrebte Behandlungsziel zu erreichen (§ 27 Abs 1 Satz 1 SGB V iVm § 2 Abs 1 Satz 3, Abs 4, § 12 Abs 1 SGB V). Vorrangig sind die auch für die stationäre Behandlung geltenden Vorgaben des allgemeinen Qualitätsgebotes (§ 2 Abs 1 Satz 3 SGB V; näher dazu BSG vom 13.12.2005 - B 1 KR 21/04 R - SozR 4-2500 § 18 Nr 5 RdNr 22; BSG vom 16.8.2021 - B 1 KR 18/20 R - SozR 4-2500 § 2 Nr 17 RdNr 10 mwN; stRspr). Im Falle einer - wie hier - nach dem 22.7.2015 erfolgten stationären Behandlung entspricht auch das abgesenkte Qualitätsgebot, der Potentialmaßstab, den Anforderungen der erforderlichen Behandlung unter den vom Senat nunmehr in ständiger Rechtsprechung angewandten Voraussetzungen (näher dazu BSG vom 25.3.2021 - B 1 KR 25/20 R - BSGE 132, 67 = SozR 4-2500 § 137c Nr 15, RdNr 19 ff).

19 Der Anspruch auf vollstationäre Krankenhausbehandlung erfordert zudem insbesondere die Beachtung eines in § 39 Abs 1 Satz 2 SGB V speziell geregelten Aspekts des Wirtschaftlichkeitsgebots. Die vollstationäre Krankenhausbehandlung ist gegenüber allen anderen Arten der Krankenbehandlung nachrangig (vgl. nur BSG vom 26.4.2022 - B 1 KR 5/21 R - juris RdNr 12 mwN). Können die Behandlungsziele durch ambulante Behandlung erreicht werden, besteht kein Anspruch auf stationäre Behandlung und damit kein Vergütungsanspruch des Krankenhauses (stRspr; vgl. BSG vom 26.4.2022 - B 1 KR 5/21 R - juris RdNr 13; BSG vom 14.10.2014 - B 1 KR 27/13 R - BSGE 117, 82 = SozR 4-2500 § 109 Nr 40, RdNr 11). Eine vollstationäre Aufnahme zur Durchführung einer bariatrischen Operation ist damit nur dann erforderlich, wenn das Behandlungsziel nicht durch ambulante Behandlungsmaßnahmen erreicht werden kann. Die Erforderlichkeit ist im Streitfall von den Gerichten nach dem im Behandlungszeitpunkt objektiv verfügbaren Wissens- und Kenntnisstand des verantwortlichen Krankenhausarztes voll überprüfbar (vgl. BSG vom 25.9.2007 - GS 1/06 - BSGE 99, 111 = SozR 4-2500 § 39 Nr 10 RdNr 27 ff).

20 b) Nach der bisherigen Rechtsprechung des Senats ist anerkannt, dass es sich bei Adipositas um eine behandlungsbedürftige Krankheit handelt und auch eine sog mittelbare Therapie Gegenstand des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung sein kann. Maßgeblich sind die jeweiligen Qualitätsmaßstäbe. Im Zeitpunkt der damaligen Senatsurteile war dies nur das allgemeine Qualitätsgebot. Für chirurgische Eingriffe hat der Senat allerdings folgende Einschränkungen vorgenommen: Wird durch eine solche Operation in ein funktionell intaktes Organ eingegriffen und dieses regelwidrig verändert, bedarf die mittelbare Behandlung einer speziellen Rechtfertigung, wobei die Art und Schwere der Erkrankung, die Dringlichkeit der Intervention, die

Risiken und der zu erwartende Nutzen der Therapie sowie etwaige Folgekosten für die Krankenversicherung gegeneinander abzuwägen sind (vgl BSG vom 19.2.2003 - B 1 KR 1/02 R - BSGE 90, 289, 291 = SozR 4-2500 § 137c Nr 1 RdNr 6). Nach der auf der Grundlage des damaligen Standes der medizinischen Wissenschaft ergangenen Rechtsprechung des Senats waren bariatrische Operationen wegen des Eingriffs in ein gesundes Organ nur als ultima ratio und nur bei Patienten mit einem BMI ≥ 40 kg/qm oder ≥ 35 kg/qm mit erheblichen Begleiterkrankungen nach tatsächlicher Ausschöpfung konservativer Behandlungsmöglichkeiten im Sinne eines multimodalen Therapiekonzeptes erforderlich, ohne dass damit zugleich das BSG die Erfüllung des Qualitätsgebots bejaht hätte (vgl BSG vom 19.2.2003 - B 1 KR 1/02 R - BSGE 90, 289 = SozR 4-2500 § 137c Nr 1; BSG vom 16.12.2008 - B 1 KR 2/08 R - SozR 4-2500 § 13 Nr 20 RdNr 23).

21 Soweit die beklagte KK diese den medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisstand beschreibende Rechtsprechung dahin verstanden hat, dass alle konservativen Behandlungsmaßnahmen des multimodalen Therapiekonzeptes zunächst konsequent, aber erfolglos durchgeführt sein müssten, bevor ein Anspruch auf eine bariatrische Operation in Betracht komme, stellt der Senat für das allgemeine Qualitätsgebot klar: Der Begriff der ultima ratio als rechtlicher Aspekt der Erforderlichkeit iS von § 39 Abs 1 Satz 2 SGB V ist nicht in dem Sinne zu verstehen, dass zunächst stets alle anderen Behandlungsmöglichkeiten ausgeschöpft sein müssen und als einzige Therapieoption dann noch eine, ein gesundes Organ betreffende Operation verbleibt. Das Qualitätsgebot (§ 2 Abs 1 Satz 3 SGB V) fordert, dass nach dem gesicherten Stand der medizinischen Erkenntnisse, also der bestverfügbaren Evidenz, in medizinischen Fachkreisen Konsens über die Wirksamkeit und Zweckmäßigkeit der bariatrischen Operation bestehen muss. Sofern Nutzen und Zweckmäßigkeit einer Methode im Grunde anerkannt sind, gebieten es Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsgebot, den Weg des gesicherten Nutzens zu wählen und Gesundheitsgefahren für die Versicherten soweit wie möglich auszuschließen (vgl BSG vom 16.8.2021 - B 1 KR 18/20 R - SozR 4-2500 § 2 Nr 17 RdNr 19). Das erfordert eine Abwägung von Chancen und Risiken der in Rede stehenden Operation. Diese dem Patientenschutz dienende Einschränkung gilt in besonderer Weise bei einem Eingriff in ein gesundes Organ, der mit dem Ziel erfolgt, Schäden an anderen Organen oder Körperteilen oder Funktionsstörungen zu beheben, zu lindern oder deren Verschlimmerung zu vermeiden (§ 27 Abs 1 Satz 1 SGB V). Mit der bariatrischen Operation - wie sie hier erfolgt ist - wird die Funktionsfähigkeit insbesondere des Magens irreversibel beeinträchtigt. Dies führt zwar durch die dadurch deutlich verminderte Nahrungsaufnahme regelmäßig zur gewünschten Gewichtsreduktion, birgt aber auch Risiken.

22 Unter Berücksichtigung der besonderen Risiken und Folgen eines solchen Eingriffs bedeutet ultima ratio, dass die irreversible, zielgerichtete Schädigung eines gesunden Organs durch eine vollstationär durchzuführende bariatrische Operation nur dann als iS des § 39 Abs 1 Satz 2 SGB V erforderliche Krankenhausbehandlung anzusehen ist, wenn die voraussichtlichen Ergebnisse dieses Eingriffs den voraussichtlichen Ergebnissen anderer Behandlungsoptionen eindeutig überlegen sind. Hierfür ist es nicht erforderlich, dass sämtliche andere Therapieoptionen zuvor tatsächlich ausgeschöpft sind. Ausreichend ist, wenn unter Berücksichtigung des gesicherten

Standes der medizinischen Erkenntnisse und unter Abwägung von Nutzen und Risiken ausgehend von den Behandlungszielen im konkreten Behandlungsfall von einem chirurgischen Eingriff ein deutlich größerer Nutzen für den gesundheitlichen Zustand des Patienten insgesamt zu erwarten ist. Es kommt hierbei insbesondere auf die Erfolgsaussichten der nicht-invasiven Therapieoptionen, die voraussichtliche Dauer bis zu einem spürbaren Erfolg, das Ausmaß der bereits bestehenden Folge- und Begleiterkrankungen der Adipositas und die dadurch bedingte Dringlichkeit der Gewichtsreduktion an.

23 Im Fall des abgesenkten Qualitätsgebots iS des Potentialmaßstabs verbleibt es bei den besonderen, gegenüber dem vorgenannten Maßstab zusätzlich erhöhten Anforderungen an die Abwägungsentscheidung (vgl zur Abwägung bei Potentialleistungen vor Erlass einer Erprobungsrichtlinie BSG vom 25.3.2021 - B 1 KR 25/20 R - BSGE 132, 67 = SozR 4-2500 § 137c Nr 15, RdNr 40 und 42). Dies gilt insbesondere für die Voraussetzung, dass eine andere Standardtherapie erst dann nicht mehr verfügbar ist, wenn alle in Betracht kommenden Standardbehandlungen kontraindiziert sind oder sich als unwirksam erwiesen haben.

24 Die Erörterung der Abwägungsgesichtspunkte muss bereits Gegenstand der für die Einwilligung des Versicherten in die Operation notwendigen Aufklärung (§§ 630d, 630e BGB) und Gegenstand der zu führenden Patientenakte (§ 630f BGB) sein. Sie ist im Zweifel vom Krankenhaus zu beweisen. Hiervon hängt auch der Vergütungsanspruch des Krankenhauses ab (vgl näher dazu BSG vom 19.3.2020 - B 1 KR 20/19 R - BSGE 130, 73 = SozR 4-2500 § 12 Nr 18, RdNr 35 ff).

25 3. Soweit hiernach in Betracht kommt, dass die beim Versicherten eingesetzte Behandlungsmethode eine erforderliche Behandlung war, ist die KK trotz der Nichtdurchführung eines Prüfverfahrens nach § 275 Abs 1c SGB V iVm der PrüfV 2016 von Rechts wegen nicht gehindert, das Vorliegen der Sachleistungsvoraussetzungen im konkreten Fall und damit den Vergütungsanspruch des Krankenhauses wirksam zu bestreiten und dies gerichtlich überprüfen zu lassen. Die KK war nicht verpflichtet, ein der Ausschlussfrist des § 275 Abs 1c Satz 2 SGB V und den Ausschlussfristen der Vereinbarung über das Nähere zum Prüfverfahren nach § 275 Abs 1c SGB V gemäß § 17c Abs 2 KHG (PrüfV 2016) unterliegendes Prüfverfahren durchzuführen (dazu a). Sie ist mit ihren Einwänden gegen den in Betracht kommenden Vergütungsanspruch des Krankenhauses nicht ausgeschlossen (dazu b). Der Verzicht auf eine Sachverhaltsermittlung durch den MDK im Prüfverfahren beschränkt jedoch die Amtsermittlungspflicht des Gerichts (dazu c) und ist bei der Beweiswürdigung zu berücksichtigen (dazu d).

26 a) Eine Verpflichtung zur Einleitung eines Prüfverfahrens iS des § 275 Abs 1c Satz 4 SGB V ergibt sich weder aus § 275 Abs 1 Nr 1 iVm Abs 1c SGB V noch aus § 17c KHG iVm § 4 und § 6 PrüfV 2016.

27 aa) Nach § 275 Abs 1 Nr 1 SGB V (idF des Art 1 Nr 6b des Gesetzes zur Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser - Fallpauschalengesetz <FPG> - vom

23.4.2002, BGBl I 1412; seit 1.1.2020: § 275c Abs 1 SGB V) sind KKn in den gesetzlich bestimmten Fällen oder wenn es nach Art, Schwere, Dauer oder Häufigkeit der Erkrankung oder nach dem Krankheitsverlauf erforderlich ist, verpflichtet, ua bei Auffälligkeiten zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung eine gutachtliche Stellungnahme des MDK einzuholen. Es obliegt danach der Beurteilung der KK, ob sie für die Prüfung der Abrechnung eine Datenerhebung durch den MDK beim Krankenhaus für erforderlich erachtet.

28 Aus Sicht der KK ist die Eröffnung eines Prüfverfahrens nach § 275 Abs 1 Nr 1 iVm Abs 1c SGB V nur erforderlich, wenn sie Fragen nach der sachlich-rechnerischen Richtigkeit der Abrechnung oder der Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes - ggf auch nach Beratung durch den MDK iS der zweiten Prüfstufe (vgl BSG vom 16.5.2012 - B 3 KR 14/11 R - BSGE 111, 58 = SozR 4-2500 § 109 Nr 24, RdNr 20) - nicht abschließend beantworten kann. Dies ist dann der Fall, wenn die KK zusätzlich zu den Abrechnungsdaten nach § 301 SGB V und ihren sonstigen Erkenntnissen weitere Unterlagen des Krankenhauses für erforderlich hält, die das Krankenhaus nach § 276 Abs 2 Satz 2 SGB V auf Anforderung zwar dem MDK übermitteln muss, nicht aber der KK. Ohne das Prüfverfahren nach der PrüfV ist der KK - vermittelt durch den MDK - und später dem Gericht lediglich der Zugriff auf die Unterlagen des Krankenhauses verwehrt (zutreffend Knispel, jurisPR-SozR 6/2022 Anm 2 zu SG Detmold vom 16.12.2021 - S 24 KR 413/21 - juris). Der KK steht es frei, den Vergütungsanspruch des Krankenhauses aus jeglichem Grund zu bestreiten und mit anderen Beweismitteln als den Behandlungsunterlagen des Krankenhauses zu widerlegen. Damit ist es ua zulässig, dass die KK, gestützt auf Erkenntnisse, die sie durch Befragung des Versicherten, Informationen durch andere Behörden oder aus Strukturprüfungen gewinnt, den Vergütungsanspruch ganz oder teilweise ablehnt (zur Information durch den Versicherten über eine nicht eingetretene Transplantatabstoßung BSG vom 13.11.2012 - B 1 KR 14/12 R - SozR 4-2500 § 301 Nr 1; zu einem Unfall während der stationären Behandlung BSG vom 14.10.2014 - B 1 KR 34/13 R - SozR 4-2500 § 301 Nr 5; zu Erkenntnissen aus einer Strukturprüfung BSG vom 10.11.2021 - B 1 KR 36/20 R - BSGE 133, 26 und SozR 4-2500 § 275 Nr 36, siehe aber dort, RdNr 18 ff, zur Maßgeblichkeit des zeitlichen Rahmens der PrüfV für weiteres, sich nicht aus den Behandlungsunterlagen ergebendes Vorbringen der KKn, wenn überhaupt ein Prüfverfahren nach der PrüfV eingeleitet wurde).

29 bb) Auch aus § 17c KHG (idF des Gesetzes zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung vom 15.7.2013, BGBl I 2423) iVm der PrüfV 2016 ergibt sich keine Pflicht der KKn, vor der Ablehnung einer Vergütungsforderung den MDK mit einer Datenerhebung beim Krankenhaus zu beauftragen. Die nach § 17c Abs 2 Satz 1 KHG abzuschließende PrüfV soll das Prüfverfahren nach § 275 Abs 1c SGB V, also die Einschaltung des MDK zur Datenerhebung beim Krankenhaus, für die als selbstverständlich vorausgesetzte Abrechnungsprüfung regeln. § 17c Abs 2 Satz 2 KHG enthält dagegen keine weitergehende Regelungskompetenz der Vertragspartner, außerhalb der Prüfung nach § 275 Abs 1c SGB V allgemein das Prüfverfahren zu regeln. Für Behandlungsfälle - wie hier - ab 1.1.2017 ist die PrüfV 2016 vom 3.2.2016 anwendbar (§ 13 Abs 1 PrüfV 2016). Zu Recht heißt es in § 1 Satz 1 PrüfV

2016: "Diese Vereinbarung soll ein effizientes, konsensorientiertes Verfahren der Prüfungen nach § 275 Absatz 1c SGB V näher regeln." Dem folgend ist der Geltungsbereich der PrüfvV 2016 auf gutachtliche Stellungnahmen nach § 275 Abs 1c SGB V zur Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V beschränkt. Er betrifft nur Prüfungen iS von § 275 Abs 1c Satz 4 SGB V, in denen die KK den MDK beauftragt und die eine Datenerhebung durch den MDK beim Krankenhaus erfordert (§ 2 Abs 1 Satz 1 PrüfvV 2016).

30 Die PrüfvV 2016 sieht für den vorgenannten eingeschränkten Geltungsbereich in § 4 Abs 1 vor, dass die KK bei Feststellung von Auffälligkeiten aufgrund der vom Krankenhaus übermittelten Daten nach § 301 SGB V, die eine Prüfung der Wirtschaftlichkeit oder Korrektheit der Abrechnung erforderlich machen, dem Krankenhaus den sich aus der Auffälligkeit ergebenden Prüfgegenstand binnen sechs Wochen nach Rechnungseingang und Datenübermittlung mitteilt. Die Mitteilung ist entbehrlich, wenn die KK die direkte Beauftragung des MDK für erforderlich hält (§ 6 Abs 1 <d>, Abs 2 Satz 4 PrüfvV 2016). Hingegen ist weder § 4 noch § 6 der PrüfvV 2016 zu entnehmen, dass die Einschaltung des MDK mit dem Ziel der Datenerhebung beim Krankenhaus immer schon dann zu erfolgen hat, wenn die KK überhaupt eine nähere Prüfung der Krankenhausrechnung als notwendig ansieht. Dies wäre auch durch die Ermächtigungsgrundlage in § 17c KHG nicht gedeckt.

31 b) Infolge seines eingeschränkten Anwendungsbereichs bewirkt § 275 Abs 1c Satz 2 SGB V keinen Ausschluss von Einwänden der KK gegen den Vergütungsanspruch (vgl BSG vom 13.11.2012 - B 1 KR 27/11 R - BSGE 112, 156 = SozR 4-2500 § 114 Nr 1, RdNr 39 mwN; BSG vom 19.4.2016 - B 1 KR 33/15 R - BSGE 121, 101 = SozR 4-2500 § 109 Nr 57, RdNr 21). Nichts anderes gilt für die Fristen der PrüfvV. Die KK kann ohne Prüfverfahren die fehlende Erforderlichkeit der Krankenhausbehandlung dem Vergütungsanspruch entgegenhalten und darauf gestützt die Vergütung verweigern bzw die Erstattung bereits gezahlter Vergütung verlangen.

32 c) Hat die KK von einem Prüfverfahren iS des § 275 Abs 1c SGB V abgesehen, besteht eine auf die Einwände der KK beschränkte Ermittlungspflicht des Gerichts. Daran muss das Krankenhaus nicht mitwirken. Die Erhebung und Verwertung derjenigen Daten, die nur im Rahmen des Prüfverfahrens durch den MDK beim Krankenhaus hätten erhoben werden können, ist dem Gericht verwehrt.

33 Da bei Nichtdurchführung des Prüfverfahrens der KK ihre Einwände nicht abgeschnitten sind, ist das Gericht zur Ermittlung des entscheidungserheblichen Sachverhalts verpflichtet (§ 103 SGG). Zur Ermittlung besteht nur Anlass, wenn von den Beteiligten ein dem Gericht nicht bekannter Sachverhalt so vorgetragen wird, dass seine Entscheidungserheblichkeit erkennbar wird und sich daraus Anlass zu Ermittlungen ableiten lässt (vgl BSG vom 12.12.1995 - 5 RJ 26/94 - BSGE 77, 140, 144 = SozR 3-2200 § 1248 Nr 12 S 46; BSG vom 28.9.2006 - B 3 KR 20/05 R - BSGE 97, 125 = SozR 4-1500 § 92 Nr 3, RdNr 19). Dies erfordert, dass die KK auf konkrete Beweismittel

außerhalb der Behandlungsunterlagen des Krankenhauses Bezug nimmt, aus denen Tatsachenbehauptungen abgeleitet werden können, die, wenn sie zutreffen, geeignet sind, den Vergütungsanspruch des Krankenhauses zu reduzieren oder gar auszuschließen.

34

Besteht nach dem Vortrag der KK im Vergütungsstreit Anlass zu weiteren Ermittlungen, beschränkt die Ausschlussfrist des § 275 Abs 1c Satz 2 SGB V die grundsätzliche Pflicht der Sozialgerichte, über vergütungsrechtlich relevante Umstände der Krankenhausbehandlung Beweis zu erheben, dazu Behandlungsunterlagen des Krankenhauses beizuziehen und diese in der Beweiswürdigung zu berücksichtigen, auf die von der KK vorgetragene Einwände. Die Ausschlussfrist ist spezifischer Ausdruck der besonderen Verantwortungsbeziehungen zwischen Krankenhäusern und KKn im Rahmen ihres Auftrages zur stationären Versorgung der Versicherten. Das Vertrauen der Krankenhäuser in den zügigen Abschluss der Abrechnung ist besonders geschützt, sie sollen nach Ablauf der 6-Wochen-Frist nicht mehr mit Prüfungen iS von § 275 Abs 1c Satz 4 SGB V rechnen müssen. Dieser Schutz soll auch nicht dadurch unterlaufen werden können, dass anstelle des Prüfverfahrens nach der PrüfV die Sozialgerichte erstmals über medizinische Fragen zur Berechtigung des Vergütungsanspruchs entscheiden und dazu umfangreich Beweis erheben. Daraus ergibt sich ein Beweiserhebungsverbot, welches die Amtsermittlungspflicht des § 103 SGG begrenzt. Bei unzulässiger Erhebung von Beweisen besteht ein Beweisverwertungsverbot für Behandlungsunterlagen des Krankenhauses oder vergleichbare Erkenntnisse (BSG vom 16.5.2012 - B 3 KR 14/11 R - BSGE 111, 58 = SozR 4-2500 § 109 Nr 24, RdNr 30; BSG vom 13.11.2012 - B 1 KR 24/11 R - BSGE 112, 141 = SozR 4-2500 § 275 Nr 8, RdNr 25; BSG vom 14.10.2014 - B 1 KR 34/13 R - SozR 4-2500 § 301 Nr 5 RdNr 17 und 24). Das Gericht darf weder Unterlagen des Krankenhauses beiziehen (§ 106 Abs 3 Nr 1 und 2 SGG) noch Ärzte des Krankenhauses als Zeugen über das Behandlungsgeschehen vernehmen (§ 106 Abs 3 Nr 4 SGG) noch auf anderem Weg sich Kenntnis von Vorgängen im Krankenhaus verschaffen, die vom MDK im Prüfverfahren zulässigerweise hätten ermittelt werden können. Insoweit besteht für das Krankenhaus ein Recht zur Verweigerung der an sich nach § 103 Satz 1 Halbsatz 2 SGG gebotenen Mitwirkung zur Aufklärung des Sachverhalts. Dem Krankenhaus bleibt allerdings unbenommen, freiwillig Unterlagen vorzulegen oder andere Beweismittel anzubieten. Die vom Krankenhaus freiwillig angebotenen Beweise unterliegen keinem Beweisverwertungsverbot (vgl BSG vom 14.10.2014 - B 1 KR 34/13 R - SozR 4-2500 § 301 Nr 5 RdNr 17). Freiwillig angeboten in diesem Sinne sind grundsätzlich Behandlungsunterlagen, die vom Krankenhaus im gerichtlichen Verfahren ohne gerichtliche Anforderung oder aufgrund gerichtlicher Anforderung, aber ohne einen Vorbehalt zu erklären, vorgelegt werden.

35

d) Das Gericht darf seiner Überzeugungsbildung nur die von dem Beweiserhebungs- und -verwertungsverbot nicht umfassten einschließlich der vom Krankenhaus freiwillig zur Verfügung gestellten Daten zugrunde legen. Der sich aus der berechtigten Verweigerung der Mitwirkung ergebenden Beweisnot des Krankenhauses ist durch Beweiserleichterungen bis zur Umkehr der Beweislast zu begegnen (dazu aa). Das bedingt gesteigerte Darlegungsanforderungen für die KK (dazu bb).

- 36 aa) Grundsätzlich trägt das Krankenhaus die Beweislast für die den Vergütungsanspruch begründenden Tatsachen (vgl. BSG vom 19.11.2019 - B 1 KR 33/18 R - SozR 4-2500 § 109 Nr 77 RdNr 19). Dazu gehören neben den Voraussetzungen des § 39 SGB V die zur Kodierung von Diagnosen und Prozeduren notwendigen Voraussetzungen. Der Verzicht der KK auf ein Prüfverfahren ist jedoch im Rahmen der Beweiswürdigung zugunsten des Krankenhauses zu berücksichtigen. Er erfordert eine Beweiserleichterung bis hin zur Umkehr der Beweislast. Dies folgt aus den dazu entwickelten allgemeinen prozessualen Voraussetzungen unter Beachtung des Zwecks des § 275 Abs 1c Satz 2 SGB V.
- 37 Die Beweiserleichterung oder die Umkehr der Beweislast stützen sich auf den aus § 444 ZPO entwickelten und im Sozialgerichtsprozess anwendbaren allgemeinen Rechtsgedanken, dass derjenige, der durch schuldhaftes Handeln oder Unterlassen eine an sich mögliche Beweisführung vereitelt, sich gegebenenfalls so behandeln lassen muss, als sei die Beweisführung gelungen (vgl. BSG vom 10.8.1993 - 9/9a RV 10/92 - SozR 3-1750 § 444 Nr 1 S 2; BSG vom 12.12.1995 - 5 RJ 26/94 - BSGE 77, 140, 145 f = SozR 3-2200 § 1248 Nr 12 S 47). Dieser Rechtsgedanke ermöglicht eine Beweiserleichterung in dem Sinne, dass sich das Gericht über Zweifel hinwegsetzen und eine Tatsache als bewiesen ansehen kann (BVerfG vom 23.3.2012 - 1 BvR 3023/11 - SozR 4-1750 § 444 Nr 1 RdNr 16; BSG vom 10.8.1993 aaO; BSG vom 13.9.2005 - B 2 U 365/04 B - juris RdNr 12; BSG vom 2.9.2004 - B 7 AL 88/03 R - SozR 4-1500 § 128 Nr 5 RdNr 10 = juris RdNr 17). Darüber hinausgehend kommt auch eine Umkehr der Beweislast in Betracht, wenn es schon an einer Grundlage für die richterliche Überzeugungsbildung fehlt (BSG vom 29.4.1976 - 12/3 RK 66/75 - BSGE 41, 297, 301 = SozR 2200 § 1399 Nr 4 S 10; BSG vom 17.12.1985 - 12 RK 30/83 - BSGE 59, 235, 241 = SozR 2200 § 1399 Nr 16; BSG vom 5.9.2006 - B 7a AL 66/05 R - juris RdNr 21).
- 38 Auch wenn hier keine Beweisvereitelung durch die KK im eigentlichen Sinne vorliegt - das Krankenhaus ist weiterhin in der Lage, Behandlungsunterlagen vorzulegen -, unterläuft die KK mit dem Verzicht auf das Prüfverfahren nach der PrüfV die gesetzlich vorgesehene vorgerichtliche Sachaufklärung, die unter einem sanktionierten besonderen Beschleunigungsgebot steht. Dieses Unterlassen ist in seinen Rechtsfolgen wegen der das Krankenhaus schützenden Beweiserhebungs- und -verwertungsverbote einer Beweisvereitelung gleichzustellen. Ansonsten würde der Zweck des § 275 Abs 1c SGB V verfehlt, eine bestimmte Form der Beweiserhebung endgültig auszuschließen, wenn die maßgebliche Frist abgelaufen ist. Das Krankenhaus soll nicht unter dem Druck der Beweislast letztlich doch gezwungen sein, Behandlungsunterlagen zu offenbaren, deren Anforderung dem Gericht verwehrt ist. Ansonsten würde eine berechtigte Weigerung des Krankenhauses, an der Aufklärung des Sachverhalts mitzuwirken, oder ein Verwertungsverbot für unzulässig erhobene Beweise dem Krankenhaus entgegen der gesetzlichen Wertung zum Nachteil gereichen, wenn sich das Gericht auf der Grundlage der verfügbaren Daten nicht die Überzeugung bilden kann, der Vergütungsanspruch des Krankenhauses sei berechtigt. Der KK

hingegen würden aus dem Verzicht auf das Prüfverfahren dann keine Nachteile erwachsen, obwohl sie durch den Verzicht auf das zur vorgerichtlichen Sachverhaltsaufklärung vorgesehene Prüfverfahren und das daraus abgeleitete Beweiserhebungs- und -verwertungsverbot die Beweisnot des Krankenhauses verursacht hat.

39 bb) Aufgrund der Beweiserleichterungen zugunsten des Krankenhauses ergeben sich für die KK gesteigerte Darlegungsanforderungen. Sie muss im Vergütungsstreit ihre Einwände gegen den Vergütungsanspruch des Krankenhauses auch ohne die Notwendigkeit der Datenerhebung beim Krankenhaus schlüssig vortragen. Nur wenn sich aus dem Vortrag der KK Tatsachen ergeben, die für sich genommen dem Vergütungsanspruch entgegenstehen können, besteht - ggf nach Hinweis an das Krankenhaus (§ 106 Abs 1 SGG) - Anlass zu weiteren Ermittlungen, etwa durch Einholung eines Sachverständigengutachtens (§ 106 Abs 3 Nr 5 SGG). Hingegen ist eine Überzeugungsbildung des Gerichts zugunsten der KK nicht schon dadurch ausgeschlossen, dass sich immer auch (irgend-)etwas anderes aus den Behandlungsunterlagen des Krankenhauses ergeben könnte. Bleiben jedoch relevante Tatsachen für die von der KK erhobenen Einwände unaufklärbar, gehen verbleibende Zweifel zu ihren Lasten.

40 4. Im wiedereröffneten Berufungsverfahren muss das LSG zunächst feststellen, ob nach den aufgezeigten Maßstäben die durchgeführte bariatrische Operation medizinisch erforderlich war. Bejaht es dies nach Prüfung der von der KK vorgetragene(n) Tatsachen auch im konkreten Fall, erübrigen sich weitere Ermittlungen. Sollten die von der KK vorgetragene(n) und belegte(n) Tatsachen gegen die Erforderlichkeit der bariatrischen Operation sprechen, ist dem Krankenhaus Gelegenheit zu weiterem Vortrag zu geben. Sollten die von der KK vorgetragene(n) und belegte(n) Tatsachen gegen die Erforderlichkeit der bariatrischen Operation sprechen, kann das Krankenhaus nur ihm zur Verfügung stehende Daten in das Verfahren einführen, um die Einwände zu erschüttern. Gelingt dies dem Krankenhaus und kann sich das Gericht deshalb keine Überzeugung hinsichtlich der die Einwände der KK tragenden tatsächlichen Umstände bilden, geht dies zu Lasten der KK.

41 5. Die Kostenentscheidung bleibt dem LSG vorbehalten.

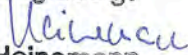
42 6. Die Streitwertfestsetzung beruht auf § 197a Abs 1 Satz 1 Teilsatz 1 SGG iVm § 63 Abs 2, § 52 Abs 3, § 47 Abs 1 und Abs 3 GKG.

Estelmann

Bockholdt

Geiger

Beglaubigt


Heinemann

als Urkundsbeamtin der Geschäftsstelle
des Bundessozialgerichts



BUNDESSOZIALGERICHT



Vermerk über die Verkündung

Az.: B 1 KR 19/21 R

Das Urteil wurde verkündet am 22.06.2022.

Kraus, Bianka
als Urkundsbeamtin der Geschäftsstelle