

L 1 KR 459/16

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
LSG Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
1
1. Instanz
SG Detmold (NRW)
Aktenzeichen
S 24 KR 779/15
Datum
20.05.2016
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 1 KR 459/16
Datum
06.09.2016
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum
-

Kategorie
Urteil

Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Detmold vom 20.05.2016 aufgehoben und die Klage abgewiesen. Die Klägerin trägt die Kosten des Rechtsstreits in beiden Rechtszügen. Die Revision wird nicht zugelassen. Der Streitwert für das Berufungsverfahren wird endgültig auf 300,00 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Die Klägerin nimmt die Beklagte auf Zahlung einer Aufwandspauschale in Anspruch.

In dem nach [§ 108](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) zugelassenen Krankenhaus der Klägerin, einer Anstalt öffentlichen Rechts, wurde in der Zeit vom 23.10.2012 bis zu ihrem Ableben am 09.11.2012 die bei der Beklagten versicherte P. stationär behandelt. Die Klägerin berechnete für den stationären Aufenthalt einen Betrag von 4.881,40 EUR und brachte hierbei u.a. den OPS 8-98e.1 (Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung: Mindestens 7 höchstens 13 Behandlungstage) sowie das Zusatzentgelt (ZE) 60.01 in Ansatz.

Der von der Beklagten eingeschaltete Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) vertrat in einer Stellungnahme vom 13.02.2013 die Auffassung, dass die Kodierung des OPS 8-98e.1 sowie die Berechnung des ZE60.01 zu Recht erfolgt seien und führte hierzu aus: Die Übernahme auf die Palliativstation bei Dyspnoe und Schmerzen sei am 30.11.2012 (richtig: 30.10.2012) erfolgt. Es sei eine palliative Schmerztherapie begonnen worden. Dabei sei es zu einer kurzfristigen Erleichterung gekommen. Ein palliativmedizinisches Basisassessment liege vor. Folgende Therapiebereiche seien abgedeckt worden: Physiotherapie, physikalische Therapie, Sozialdienst, Seelsorge und Psychotherapie. Eine multidisziplinäre Teambesprechung habe am 30.10. und 06.11. stattgefunden.

Mit Schreiben vom 18.11.2015 forderte die Klägerin die Beklagte zur Zahlung einer Aufwandspauschale in Höhe von 300,00 EUR auf. Dies lehnte die Beklagte unter Hinweis auf die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) ab. Es habe sich nicht um eine Auffälligkeitsprüfung im Sinne des [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) gehandelt, sondern um eine Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit der Abrechnung, für die keine Aufwandspauschale entstehe (Schreiben vom 27.11.2015).

Am 30.12.2015 hat die Klägerin bei dem Sozialgericht (SG) Detmold Klage erhoben.

Sie hat im Wesentlichen vorgetragen: Das Gesetz sehe eine Unterscheidung zwischen einer Auffälligkeitsprüfung und einer Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit nicht vor. Entgegen dem klaren Wortlaut des [§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) und des [§ 275 Abs. 1c Satz 1 SGB V](#) gehe das BSG davon aus, dass eine Prüfung nach [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) stets eine Auffälligkeit voraussetze und damit als Auffälligkeitsprüfung bezeichnet werden könne. [§ 275 Abs. 1c Satz 1 SGB V](#) nehme ohne jegliche Einschränkung auf Krankenhausbehandlungen nach [§ 39 SGB V](#) und auf Prüfungen nach [§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) Bezug. Dies habe zur Folge, dass sämtliche in [§ 39 SGB V](#) geregelten Behandlungsformen dem Prüfregime des [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) unterlägen. Denn der Verweis auf [§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) erfasse wiederum alle dort genannten Überprüfungsvorgänge, d.h. wörtlich "insbesondere" die Prüfung von Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistung sowie bei Auffälligkeiten die Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung. Mit der Verwendung des Adverbs "insbesondere" werde zum Ausdruck gebracht, dass die Aufzählung nicht abschließend sei. Die Schaffung einer von der Prüfung nach [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) unabhängigen sachlich-rechnerischen Richtigkeitsprüfung entbehre einer gesetzlichen Grundlage. Auch [§ 301 SGB V](#) sehe eine Prüfung durch den MDK nicht vor. Darüber hinaus sei eine Einbeziehung des MDK ohne Berücksichtigung der Voraussetzungen des [§ 275 SGB V](#) unzulässig, da sie gegen [§ 276 Abs. 2 Satz 1](#) HS 1 SGB V verstoße, wonach der MDK Sozialdaten nur erheben und speichern dürfe, soweit dies für die Prüfungen, Beratungen und gutachtliche Stellungnahmen nach [§ 275 SGB V](#) erforderlich sei. Abgesehen davon sei

sie - die Klägerin - dem Grunde nach ihren Informationsobliegenheiten gemäß [§ 301 SGB V](#) nachgekommen. Die Tatsache, dass die Beklagte ausdrücklich ein MDK-Prüfverfahren gemäß [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) eingeleitet habe, belege schließlich, dass tatsächlich keine sachlich-rechnerische Richtigkeitsprüfung erfolgt sei, sondern eine Auffälligkeitsprüfung.

Die Klägerin hat schriftsätzlich beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin 300,00 EUR nebst Zinsen in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit Rechtshängigkeit zu zahlen.

Die Beklagte hat schriftsätzlich beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie hat erwidert: Bei der hier durchgeführten Prüfung habe es sich um eine Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit der Abrechnung gehandelt, für die keine Aufwandspauschale entstehe. Soweit der MDK in seiner Prüfanzeige auf [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) auf Bezug genommen habe, sei dies unerheblich, weil es nicht auf die Bezeichnung der Prüfung ankomme. Entgegen der von der Klägerin vertretenen Auffassung sei es unerheblich, ob die aktuellen Entscheidungen des BSG früheren Entscheidungen widersprächen. Denn Rechtsfortbildung sei gerade die Aufgabe letztinstanzlicher Gerichte. Auch der Gesetzgeber sei von dem Unterschied zwischen Auffälligkeitsprüfung und Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit ausgegangen. Mit der Anfügung des Satzes 4 in [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) habe er jedoch festgelegt, dass bei sämtlichen ergebnislosen Prüfungen eine Aufwandspauschale entstehe.

Mit im Einverständnis der Beteiligten ohne mündliche Verhandlung erlassenen Urteil vom 20.05.2016 hat das SG der Klage stattgegeben und die Berufung zugelassen. Zur Begründung hat es ausgeführt: Der Anspruch der Klägerin folge aus [§ 275 Abs. 1c Satz 3 SGB V](#). Der Rechtsprechung des 1. Senats des BSG, der Prüfungen der sachlich-rechnerischen Richtigkeit einer Krankenhausrechnung nicht unter den Anwendungsbereich des [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) stelle, sondern einem eigenen Prüfungsregime unterwerfe, folge die Kammer nicht. Eine taugliche Rechtsgrundlage für ein solches eigenständiges Prüfregime existiere nicht im Gesetz. Der Wortlaut des Gesetzes biete semantisch keinen Hinweis darauf, dass neben der Regelung in [§ 275 Abs. 1 Nr. 1, Abs. 1c SGB V](#) ein Prüfregime der "sachlich-rechnerischen Richtigkeit" einer Krankenhausabrechnung bestehe. Vielmehr erfasse der Prüfgrund der Auffälligkeit einer Abrechnung die vom BSG genannten Fälle der sachlich-rechnerischen Richtigkeit, was der 1. Senat des BSG bis 2013 auch so gesehen habe. Die Entstehungsgeschichte des [§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) verdeutliche ebenfalls, dass auch die sachlich-rechnerische Richtigkeitsprüfung unter das Tatbestandsmerkmal der Auffälligkeitsprüfung in [§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) falle. Die Tatbestandsvariante "Auffälligkeiten zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung" sei durch das Gesetz zur Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser (Fallpauschalengesetz - FPG) vom 23.04.2002 ([BGBl. I, 1412](#)) mit Wirkung vom 01.01.2003 in [§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) eingefügt worden. Der Gesetzgeber habe damit verdeutlichen wollen, dass in begründeten Einzelfällen - abgesehen von der Stichprobenprüfung nach § 17c KHG - auch eine Überprüfung der Rechnung des Krankenhauses durch den MDK erfolgen könne. Bis dahin sei eine Überprüfung der medizinischen Erforderlichkeit und Wirtschaftlichkeit der Leistung ohnehin möglich gewesen, nämlich über das Tatbestandsmerkmal "Erbringung von Leistungen, insbesondere zur Prüfung von Voraussetzung, Art und Umfang der Leistung".

Soweit der 1. Senat des BSG [§ 301 SGB V](#) als Rechtsgrundlage für das Prüfregime der sachlich-rechnerischen Richtigkeit ansehe, sei dieser Ansatz nicht überzeugend. Die Norm regle die Datenübermittlung zwischen den nach [§ 108 SGB V](#) zugelassenen Krankenhäusern und Krankenkassen und schaffe damit die datenschutzrechtlichen Voraussetzungen für die Aufzeichnung und Übermittlung von Sozialdaten. Ein zusätzliches Prüfverfahren könne aber dem Wortlaut des [§ 301 SGB V](#) nicht entnommen werden, zumal der MDK namentlich nicht einmal erwähnt werde. [§ 301 SGB V](#) könne auch unter systematischen Gesichtspunkten nicht als Rechtsgrundlage für ein eigenes Prüfverfahren der sachlich-rechnerischen Richtigkeit dienen. Denn das SGB V regle im Neunten Kapitel abschließend die Einbindung des MDK in die Leistungs- und Abrechnungsprüfung der Krankenkasse, während [§ 301 SGB V](#) systematisch im Zweiten Abschnitt des Zehnten Kapitels des SGB V stehe und die Form und das Verfahren bei der Übermittlung der Behandlungs- bzw. Patientendaten zwischen Krankenhaus und Krankenkasse regle. [§ 301 SGB V](#) sehe gerade keine Prüfungskompetenzen durch den MDK vor. Beabsichtige die Krankenkasse, die Behandlungsdaten dem MDK zu übermitteln, sei das nur im Rahmen der [§§ 275, 276 SGB V](#) zulässig. Für jede andere Verfahrensweise fehle es an der - auch aus Gründen des Datenschutzes - erforderlichen Rechtsgrundlage für die Übermittlung von Patientendaten an den MDK.

Das Prüfregime der sachlich-rechnerischen Richtigkeit könne sich auch nicht aus dem Gebot gegenseitiger Rücksichtnahme und nebenvertraglichen Pflichten ergeben, die ihren Ursprung in der Dauerrechtsbeziehung zwischen Krankenkasse und Krankenhaus fänden. Denn insoweit würden die Rechtsschutzpositionen des Krankenhauses - entgegen der klaren Regelung in [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) - verkürzt, ohne dass dafür eine sachlich tragfähige Grundlage ersichtlich wäre. In diesem Zusammenhang sei zu berücksichtigen, dass der GKV-Spitzenverband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft eine zum 01.01.2015 in Kraft getretene "Vereinbarung über das Nähere zum Prüfverfahren nach [§ 275 Absatz 1c SGB V](#) (Prüfverfahrenvereinbarung - PrüfvV) gemäß § 17c Absatz 2 KHG" verabschiedet hätten, die gemäß § 2 Abs. 2 PrüfvV für die Krankenkassen, den MDK und die zugelassenen Krankenhäuser unmittelbar verbindlich sei und gemäß § 11 PrüfvV etwaige landesvertragliche Regelungen gemäß [§ 112 SGB V](#) verdränge. § 4 PrüfvV unterwerfe ausdrücklich "Prüfungen der Wirtschaftlichkeit der Krankenhausleistungen" und der "Korrektheit der Abrechnung" dem Prüfregime des [§ 275 Abs. 1c SGB V](#). Wenn aber die Vertragsparteien selbst keinen Anlass sähen, von zwei unterschiedlichen Prüfregimen mit divergierenden Rechtsfolgen auszugehen und infolgedessen auch die sachlich-rechnerische Richtigkeitsprüfung als Auffälligkeitsprüfung im Sinne des [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) deklarierten, könne das Institut der sachlich-rechnerischen Richtigkeitsprüfung nicht aus dem Gebot der gegenseitigen Rücksichtnahme bzw. nebenvertraglichen Pflichten zwischen Krankenkasse und Krankenhaus hergeleitet werden. Die Ausklammerung der sachlich-rechnerischen Richtigkeitsprüfungen aus dem Anwendungsbereich der PrüfvV würde im Übrigen auch der Absicht des Gesetzgebers widersprechen, eine bundeseinheitliche Regelung zur Ausgestaltung des Prüfgeschehens einzuführen.

Soweit die Beklagte unter Hinweis auf die Rechtsprechung des 1. Senats des BSG meine, dass es sich bei der sachlich-rechnerischen Prüfung einer Krankenhausrechnung um ein "selbstverständliches Recht" der Krankenkasse handele, das deshalb im Gesetz nicht habe geregelt werden müssen, halte die Kammer auch dies nicht für überzeugend. Denn wenn im Gesetz kein Anhaltspunkt für ein solches von [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) unabhängiges Prüfverfahren zu finden sei, fehle auch jede legislatorische Legitimation hierfür. Der Beklagten stehe zwar ein Recht auf Rechnungsprüfung zu. Wenn aber der MDK eingebunden werde, könne das nur in den vom Gesetzgeber dafür geschaffenen

Rahmen des [§ 275 SGB V](#) erfolgen.

Die Annahme zweier voneinander unabhängiger Prüfverfahren widerspreche auch dem Sinn und Zweck und der historischen Entwicklung der Regelung in [§ 275 Abs. 1c SGB V](#). Bevor diese Vorschrift durch das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz - GKV-WSG) vom 26.03.2007 ([BGBl. I, 378](#)) mit Wirkung vom 01.04.2007 in das SGB V aufgenommen worden sei, sei die Prüfungsmöglichkeit nach Wahrnehmung des Gesetzgebers von einzelnen Krankenkassen in unverhältnismäßiger und willkürlicher Weise zur Einzelfallsteuerung genutzt worden. Dies habe die Abläufe in den Krankenhäusern teils erheblich belastet. Um einer ungezielten und übermäßigen Einleitung von Prüfverfahren durch die Krankenkassen wirksam zu begegnen, sei mit [§ 275 Abs. 1c Satz 3 SGB V](#) eine Aufwandspauschale eingeführt worden. Nach den Erfahrungen der erkennenden Kammer beziehe sich mittlerweile ein Großteil der von den Krankenkassen eingeleiteten Prüfverfahren auf Fragen der ordnungsgemäßen Abrechnung bzw. Kodierung. Vor diesem Hintergrund könne nicht angenommen werden, dass der Gesetzgeber diese Vielzahl von Prüffällen aus dem Anwendungsbereich des [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) habe ausklammern wollen, zumal er in der Gesetzesbegründung zum GKV-WSG ausdrücklich auf die Streitigkeiten um die richtige Kodierung Bezug genommen habe.

Für eine Einbeziehung aller mit Beteiligung des MDK eingeleiteten Prüfverfahren unter das Prüfregime des [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) spreche ferner die durch das Gesetz zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 (Krankenhausfinanzierungsreformgesetz - KHRG) vom 17.03.2009 ([BGBl. I, 534](#)) mit Wirkung vom 25.03.2009 bewirkte Erhöhung der Aufwandspauschale von 100,00 EUR auf 300,00 EUR. Der Gesetzgeber habe dadurch den Anreiz für die Krankenkassen erhöhen wollen, von ohne konkrete Verdachtsmomente initiierten Einzelfallprüfungen Abstand zu nehmen. Dieses gesetzgeberische Ziel würde weitgehend leerlaufen, würden die Prüfverfahren zur sachlich-rechnerischen Richtigkeit davon ausgenommen.

Die Rechtsprechung des 1. Senats des BSG zur sachlich-rechnerischen Richtigkeitsprüfung habe ferner zur Folge, dass [§ 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V](#) nicht anwendbar sei. Dies widerspreche aber dem mit der Einführung der 6-Wochen-Frist verfolgten Ziel, die Abrechnungsprüfungen zu beschleunigen und zeitnah zum Abschluss zu bringen.

Dass die hier vertretene Auslegung dem objektiv zu Tage tretenden Willen des Gesetzgebers entspreche, habe dieser jüngst durch das Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz - KHSKG) vom 10.12.2015 ([BGBl. I, 2229](#)) selbst bestätigt. Durch dieses Gesetz sei [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) mit Wirkung vom 01.01.2016 durch einen weiteren Satz 4 ergänzt worden. Danach sei als Prüfung nach [§ 275 Abs. 1c Satz 1 SGB V](#) jede Prüfung der Abrechnung eines Krankenhauses anzusehen, mit der die Krankenkasse den MDK beauftragt habe und die eine Datenerhebung durch den MDK beim Krankenhaus erfordere. Mit der vorgenommenen gesetzlichen Klarstellung habe der Gesetzgeber zeitnah auf die Änderung der Rechtsprechung des 1. Senats des BSG reagiert und deutlich gemacht, dass die Unterscheidung zwischen einer Auffälligkeitsprüfung und einer Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit einer Abrechnung nicht seinem Willen entsprochen habe.

Auch der Umstand, dass der MDK in seiner Prüfanzeige ausdrücklich auf [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) Bezug genommen und auf dieser Grundlage um Übersendung medizinischer Unterlagen gebeten habe, spreche dafür, dass hier eine Auffälligkeitsprüfung vorgelegen habe.

Nach alledem müsse festgestellt werden, dass die grammatikalische, systematische, historische und teleologische Auslegung der hier relevanten Vorschriften nur den Schluss zulasse, dass unter eine Auffälligkeitsprüfung im Sinne von [§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) auch die Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit einer Krankenhausrechnung falle und dass das vom 1. Senat des BSG geschaffene - von [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) unabhängige - Instrumentarium der sachlich-rechnerischen Richtigkeit den klaren Wortlaut des Gesetzes hintanstelle, keinen Widerhall im Gesetz finde, vom Gesetzgeber weder ausdrücklich noch stillschweigend gebilligt werde und daher nach den vom Bundesverfassungsgericht in ständiger Rechtsprechung angewandten Maßstäben eine unzulässige Rechtsauslegung bzw. Rechtsfortbildung darstelle.

Gegen dieses ihr am 02.06.2016 zugestellte Urteil hat die Beklagte am 06.06.2016 Berufung eingelegt. Sie nimmt Bezug auf ihren Vortrag im erstinstanzlichen Verfahren.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Detmold vom 20.05.2016 abzuändern und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie verteidigt das angefochtene Urteil und trägt ergänzend vor, bei der hier eingeleiteten Überprüfung der Abrechnung eines Zusatzentgelts handele es sich auch nach der Rechtsprechung des 1. Senats des BSG stets um eine Auffälligkeitsprüfung i.S.d. [§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) (Urteil v. 10.03.2015 - [B 1 KR 2/15 R](#)). Dies habe zur Folge, dass die Aufwandspauschale entstanden und abzurechnen sei.

Weiterer Einzelheiten wegen wird Bezug genommen auf den Inhalt der Gerichts- und Verwaltungsakten.

Entscheidungsgründe:

Der Senat durfte in Abwesenheit der Beklagten mündlich verhandeln und entscheiden, weil diese in der ihr durch Empfangsbekanntnis zugestellten Terminsmitteilung auf diese Möglichkeit hingewiesen worden ist.

Die zulässige Berufung ist begründet. Das SG hat der zulässigen Klage zu Unrecht stattgegeben, denn sie ist unbegründet. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Zahlung einer Aufwandspauschale nach der allein in Betracht kommenden Anspruchsgrundlage des [§ 275 Abs. 1c Satz 3 SGB V](#).

1. Nach [§ 275 Abs. 1c Satz 1 SGB V](#) in der hier anwendbaren, bis zum 31.12.2015 geltenden Fassung ist bei Krankenhausbehandlung nach [§ 39 SGB V](#) eine Prüfung nach [§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) zeitnah durchzuführen. Die Prüfung nach [§ 275 Abs. 1c Satz 1 SGB V](#) ist spätestens sechs Wochen nach Eingang der Abrechnung bei der Krankenkasse einzuleiten und durch den Medizinischen Dienst dem Krankenhaus anzuzeigen ([§ 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V](#)). Falls die Prüfung nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrags führt, hat die Krankenkasse dem Krankenhaus eine Aufwandspauschale in Höhe von 300 EUR zu entrichten ([§ 275 Abs. 1c Satz 3 SGB V](#)).

Die Voraussetzungen des [§ 275 Abs. 1c Satz 3 SGB V](#) sind nicht erfüllt. Die Vorschrift knüpft an [§ 275 Abs. 1c Satz 1 SGB V](#) an und setzt deshalb voraus, dass eine Prüfung nach [§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) stattgefunden hat. Dies ist hier nicht der Fall.

Nach [§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) sind die Krankenkassen in den gesetzlich bestimmten Fällen oder wenn es nach Art, Schwere, Dauer oder Häufigkeit der Erkrankung oder nach dem Krankheitsverlauf erforderlich ist, verpflichtet, bei Erbringung von Leistungen, insbesondere zur Prüfung von Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistung, sowie bei Auffälligkeiten zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung eine gutachtliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (Medizinischer Dienst) einzuholen.

Eine Prüfung in diesem Sinne hat die Beklagte hier nicht durchgeführt.

a) Eine Prüfung bei Erbringung von Leistungen, insbesondere von Voraussetzungen, Art und Umfang von Leistungen ([§ 275 Abs. 1 Nr. 1 1. Alt. SGB V](#)), ist nicht erfolgt. Wie sich im Umkehrschluss aus der 2. Alt. des [§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) ergibt, meint [§ 275 Abs. 1 Nr. 1 1. Alt. SGB V](#) nur die Prüfung im Vorfeld oder bei der Leistungserbringung, d.h. vor Rechnungslegung. Die Prüfung der Abrechnung nach Erbringung von Leistungen wird nur von der 2. Alt. des [§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) erfasst. Dies folgt auch aus der Entstehungsgeschichte der Vorschrift. [§ 275 Abs. 1 Nr. 1 2. Alt. SGB V](#) ist durch das Gesetz zur Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser (Fallpauschalengesetz - FPG) vom 23.04.2002 mit Wirkung zum 01.01.2003 eingefügt worden. Nach der Begründung des Gesetzentwurfs sollte dadurch gerade klargestellt werden, dass in Einzelfällen bei Auffälligkeiten auch die Rechnungslegung durch den MDK geprüft werden kann und die Krankenkassen damit auch die Möglichkeiten haben, bereits abgerechnete Leistungen überprüfen zu lassen (vgl. [BT-Drucks 14/7862 S. 6 2.7.](#) zu Artikel 1 Nr. 6b (neu) FPG ([§ 275](#)). Hätte bereits die bis zum 31.12.2002 geltende Fassung des [§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) die Auffälligkeitsprüfung einer Abrechnung nach Erbringung von Leistungen ermöglicht, hätte es der Ergänzung zum 01.01.2003 nicht bedurft.

b) Es hat auch keine Auffälligkeitsprüfung nach [§ 275 Abs. 1 Nr. 1 2. Alt. SGB V](#) stattgefunden. Vielmehr hat die Beklagte durch den MDK lediglich die sachlich-rechnerische Richtigkeit der Abrechnung überprüft. Diese ist von der Auffälligkeitsprüfung zu unterscheiden und unterfällt nicht [§ 275 Abs. 1 Nr. 1 2. Alt. SGB V](#), sondern einem eigenen Prüfungsregime. Ihre Durchführung kann dementsprechend nach dem hier anwendbaren, bis zum 31.12.2015 geltenden Recht von vornherein keinen Aufwendungsersatzanspruch nach [§ 275 Abs. 1c Satz 3 SGB V](#) begründen.

aa) Der Senat folgt für das bis zum 31.12.2015 geltende Recht anders als das SG der Mitte 2014 begründeten und seitdem gefestigten und ständigen Rechtsprechung des für das Krankenhausrecht allein zuständigen 1. Senats des BSG. Danach ist zwischen einer Auffälligkeitsprüfung nach [§ 275 Abs. 1 Nr. 1 2. Alt., Abs. 1c SGB V](#) und der Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit einer Abrechnung zu unterscheiden.

Das Überprüfungsrecht der Krankenkassen von Krankenhausabrechnungen auf sachlich-rechnerische Richtigkeit unterliegt einem eigenen Prüfregime. Die gesetzliche Regelung der Informationsübermittlung vom Krankenhaus an die Krankenkasse (vgl. [§ 301 SGB V](#)) korrespondiert mit der Prüfberechtigung der Krankenkasse. Krankenkassen sind jederzeit berechtigt, die sachlich-rechnerische Richtigkeit einer Abrechnung von Krankenhausvergütung mit Blick auf eine Leistungsverweigerung oder nicht verjährte Erstattungsforderungen zu überprüfen. Denn das Krankenhaus hat hierzu zutreffend und vollständig alle Angaben zu machen, deren es zur Überprüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit der Abrechnung bedarf. Jedenfalls dann, wenn sich auch nur geringste Anhaltspunkte dafür ergeben, dass die Abrechnung nicht sachlich-rechnerisch richtig ist und/oder dass das Krankenhaus seine primären Informationsobliegenheiten und ggf. -pflichten über die Abrechnungsgrundlagen nicht erfüllt, trifft das Krankenhaus spätestens auf Anforderung der Krankenkasse 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.

Die Überprüfung nach [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) setzt demgegenüber eine Auffälligkeit der Abrechnung im Sinne von [§ 275 Abs. 1 Nr. 1 2. Alt. SGB V](#) voraus. Es bestehen Auffälligkeiten, die die Krankenkasse zur Einleitung einer Abrechnungsprüfung unter Anforderung einer gutachtlichen Stellungnahme des MDK berechtigen, wenn die Abrechnung und/oder die vom Krankenhaus zur ordnungsgemäßen Abrechnung vollständig mitgeteilten Behandlungsdaten und/oder weitere zulässig von der KK verwertbare Informationen Fragen nach der Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots aufwerfen, die die KK aus sich heraus ohne weitere medizinische Sachverhaltsermittlung und -bewertung durch den MDK nicht beantworten kann. Die Auffälligkeitsprüfung betrifft regelmäßig Fälle, in denen die Krankenkasse Zweifel daran haben kann, dass das Krankenhaus seine Leistung unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots ([§ 12 Abs. 1 SGB V](#)) erbracht hat. Sie begründet in den Fällen, in denen es zu keiner Abrechnungsminderung kommt, einen Anspruch des Krankenhauses auf Zahlung einer Aufwandspauschale (vgl. [§ 275 Abs. 1c Satz 3 SGB V](#)).

Soweit das Krankenhaus dagegen dem MDK lediglich im Rahmen der Abklärung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit der Abrechnung entsprechend seinen bestehenden Mitwirkungsobliegenheiten oder -pflichten die Möglichkeit eröffnet, die Behandlungsunterlagen einzusehen und/oder eine Krankenhausbegehung durchzuführen, findet [§ 275 Abs. 1c Satz 3 SGB V](#) keine Anwendung. Das Krankenhaus hat keinen Anspruch auf Zahlung einer Aufwandspauschale, wenn der sachlich-rechnerische Prüfvorgang nicht zu einer Rechnungsminderung führt. Denn es handelt sich nicht um eine Auffälligkeitsprüfung, sondern um eine Mitwirkung des MDK zugunsten des beweisbelasteten Krankenhauses, um diesem die Möglichkeit zu eröffnen, seinen aus [§ 301 SGB V](#) abzuleitenden Informationsobliegenheiten bzw. eventuellen aus dem Landesvertrag abzuleitenden Auskunfts- und Mitteilungspflichten zu entsprechen (zum Ganzen grundlegend BSG, Urt. v. 01.07.2014 - [B 1 KR 29/13 R](#) -, juris Rn. 17 ff.; nachfolgend Urt. v. 14.10.2014 - [B 1 KR 26/13 R](#) -, juris Rn. 16; Urt. v. 14.10.2014 - [B 1 KR 34/13 R](#) -, juris Rn. 20 ff.; Urt. v. 21.04.2015 - [B 1 KR 6/15 R](#) -, juris Rn. 18; Urt. v. 23.06.2015 - [B 1 KR 20/14 R](#) -, juris Rn. 24 f.; Urt. v. 23.06.2015 - [B 1 KR 23/14 R](#) -, juris Rn. 12; Urt. v. 23.06.2015 - [B 1 KR 13/14 R](#) -, juris Rn. 23 ff.; zuletzt Urt. v. 19.04.2016 - [B 1 KR 33/15 R](#) -, juris Rn. 11).

Hier lag eine Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit und keine Auffälligkeitsprüfung vor.

Um die sachlich-rechnerische Richtigkeit geht es beispielsweise bei der Überprüfung der richtigen Kodierung - insbesondere von Haupt- und Nebendiagnosen sowie OPS - und Abrechnung (vgl. z.B. BSG, Urt. v. 14.10.2014 - [B 1 KR 26/13 R](#) -, juris Rn. 17; Urt. v. 14.10.2014 - [B 1 KR 34/13 R](#) -, juris Rn. 27; Urt. v. 23.06.2015 - [B 1 KR 13/14 R](#) -, juris Rn. 23). Demgegenüber liegt eine Auffälligkeitsprüfung vor, wenn z.B. die Verweildauer (vgl. z.B. BSG, Urt. v. 23.06.2015 - [B 1 KR 24/14 R](#) -, juris Rn. 12) oder die Notwendigkeit einer Fallzusammenlegung (vgl. BSG, Urt. v. 23.06.2015 - [B 1 KR 23/14 R](#) -, juris Rn. 2, 20) geprüft werden.

(1) Dementsprechend hat die Beklagte hier allein die sachlich-rechnerische Richtigkeit geprüft bzw. durch den MDK prüfen lassen. Die Wirtschaftlichkeit der Krankenhausbehandlung war zu keinem Zeitpunkt Gegenstand der Prüfung. Es ging vielmehr allein um die Richtigkeit des in Ansatz gebrachten OPS 8-98e.1 (Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung: Mindestens 7 höchstens 13 Behandlungstage) sowie des daraus resultierenden ZE 60.01 nach § 5 Abs. 1 i.V.m. Anlage 5 der Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2012 (Fallpauschalenvereinbarung 2012 - FPV 2012).

(2) Entgegen der von der Klägerin vertretenen Auffassung hat das BSG in dem Urteil vom 10.03.2015 - [B 1 KR 2/15 R](#) keinen Rechtssatz formuliert, wonach bei der Überprüfung der Abrechnung von Zusatzentgelten (und den diesen zuzuordnenden OPS) stets eine Auffälligkeitsprüfung mit der Folge durchzuführen ist, dass in den Fällen, in denen die Prüfung zu keiner Rechnungskürzung führt, die Aufwandspauschale entsteht. Bei dem vom BSG entschiedenen Sachverhalt war streitig, ob die Gabe von 2 Thrombozyten-Apheresekonzentraten (OPS 8-800.90 - ZE 84.02) medizinisch erforderlich war (Rn. 12 und 14 der Entscheidung). Hierbei handelt es sich ersichtlich um eine Frage der Wirtschaftlichkeit, so dass eine Auffälligkeitsprüfung innerhalb der Frist des [§ 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V](#) durchzuführen und in dem Fall, dass es nicht zu einer Rechnungskürzung kommt, die Aufwandspauschale zu entrichten ist. In der hier vorliegenden Konstellation ergibt sich unter Zugrundelegung des Ausführungs des MDK in der Stellungnahme vom 13.02.2013 kein Anhaltspunkt dafür, dass zu irgendeinem Zeitpunkt die Erforderlichkeit der spezialisierten stationären palliativmedizinischen Komplexbehandlung in Frage stand. P litt unter einer bösartigen Neubildung (Bronchus und Lunge, mehrere Teilbereiche überlappend - ICD 10 34.8) und ist an dieser Erkrankung am 09.11.2012 verstorben. Die Prüfung des MDK bezog sich auf die inhaltlichen Voraussetzungen des für die Abrechnung des ZE60.01 erforderlichen OPS 8-98e.1. Im Rahmen dieser Prüfung hat der MDK bestätigt, dass ein palliativmedizinisches Basisassessment vorliege und die Therapiebereiche Physiotherapie, physikalische Therapie, Sozialdienst, Seelsorge sowie Psychotherapie abgedeckt seien. Ferner hätten am 30.10.2012 und 06.11.2012 multidisziplinäre Teambesprechungen stattgefunden. Hierbei handelt es sich ausschließlich um Aspekte der sachlich-rechnerischen Richtigkeit und nicht der Wirtschaftlichkeit.

bb) Die Klägerin und das SG haben durchaus gewichtige Argumente gegen die Rechtsprechung des 1. Senats des BSG vorgebracht. Der Senat hält diese jedoch im Ergebnis nicht für durchgreifend, so dass er keinen Anlass sieht, von der gefestigten höchstrichterlichen Rechtsprechung abzuweichen.

(1) Die Auffassung des 1. Senats des BSG, wonach eine Auffälligkeitsprüfung die Einhaltung des Wirtschaftlichkeitsgebots umfasst und von der Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit zu unterscheiden ist, so dass letztere aus dem Prüfungsregime des [§ 275 Abs. 1 Nr. 1, Abs. 1c SGB V](#) ausgeklammert ist, findet eine Stütze in der Systematik des SGB V. Das Gesetz unterscheidet bei der Abrechnung von Vertragsärzten in [§ 106 SGB V](#) einerseits und [§ 106a SGB V](#) andererseits deutlich zwischen einer Wirtschaftlichkeitsprüfung und der Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit (vgl. [§ 106a Abs. 2 Satz 1 SGB V](#)). Wie sich aus [§ 106a Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 HS 1 SGB V](#) für den Bereich der vertragsärztlichen Versorgung ergibt, handelt es sich bei der Prüfung der Plausibilität von Art und Umfang der für die Behandlung eines Versicherten abgerechneten Leistungen in Bezug auf die angegebene Diagnose um den klassischen Fall der zur Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit gehörenden Plausibilitätsprüfung nach [§ 106a Abs. 2 Satz 1 SGB V](#). Im Gegensatz hierzu wird der Begriff "Auffälligkeitsprüfung" in [§ 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#) ausdrücklich als Unterfall der Wirtschaftlichkeitsprüfung genannt. Wollte man dem Gesetzgeber keine begriffliche Ungenauigkeit unterstellen, erscheint es zwingend, den Begriff "Auffälligkeiten" in [§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) ebenso auf die Prüfung der Einhaltung des Wirtschaftlichkeitsgebots zu beziehen. Hierfür spricht auch, dass [§ 275 SGB V](#) allgemein die Aufgaben des MDK regelt, der nicht nur bei der Versorgung im Krankenhaus, sondern gerade auch in der vertragsärztlichen Versorgung tätig wird (vgl. auch den Verweis in [§ 275 Abs. 1b](#) auf [§ 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V](#)).

Aus der Entstehungsgeschichte des [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) folgt kein anderes Ergebnis. Es trifft zwar zu, dass in der Begründung des Gesetzentwurfs zur Einführung des [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) auf Streitigkeiten über die richtige Kodierung Bezug genommen wurde (vgl. [BT-Drucks 16/3100, S. 171](#)). Daraus folgt jedoch nicht, dass sich [§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) auch auf die Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit bezieht. Durch die Verwendung des Begriffs "Auffälligkeiten" hat der Gesetzgeber objektiv nach der Systematik des Gesetzes an die Wirtschaftlichkeitsprüfung angeknüpft. Sollte er etwas anderes gewollt haben, wäre dieser Wille im Gesetz nicht hinreichend zum Ausdruck gekommen.

(2) Gegen die Auffassung des 1. Senats des BSG spricht nicht, dass keine ausdrückliche Rechtsgrundlage für die Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit von Krankenhausabrechnungen existiert. Entgegen der Auffassung des SG ist eine besondere Rechtsgrundlage für die Annahme einer Befugnis der Krankenkasse, die sachlich-rechnerische Richtigkeit einer Abrechnung zu überprüfen, nicht erforderlich. Es ist vielmehr eine Selbstverständlichkeit, dass derjenige, der auf Zahlung eines in Rechnung gestellten Betrages in Anspruch genommen wird, diese Rechnung in sachlich-rechnerischer Hinsicht überprüfen kann und darf. Bei der Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit der Abrechnungen anderer Leistungserbringer (z.B. Pflegedienste, Heilmittelerbringer) ist bislang niemand auf die Idee gekommen, für die Durchführung von Prüfungen eine ausdrückliche gesetzliche Ermächtigungsgrundlage zu fordern. Vielmehr setzt das Gesetz voraus, dass Prüfungen der Leistungserbringer erfolgen dürfen und müssen (vgl. z.B. den Wortlaut des [§ 125 Abs. 1 Satz 4 Nr. 4 SGB V](#)). Die Krankenkasse befindet sich insoweit in keiner anderen Position als eine Privatperson, die auf Zahlung z.B. einer Handwerkerrechnung in Anspruch genommen wird.

Das Gesetz setzt eine solche Prüfungsbefugnis in [§ 301 SGB V](#), der selbst, wie das SG zutreffend erkannt hat, keine ausdrückliche Ermächtigung zur Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit normiert, auch voraus. Ohne die Annahme einer solchen Prüfungsbefugnis machen die in [§ 301 SGB V](#) geregelten Informations- und Übermittlungspflichten des Krankenhauses keinen Sinn. Dass der Gesetzgeber eine entsprechende Prüfungsbefugnis der Krankenkassen voraussetzt, ergibt sich auch aus dem systematischen Zusammenhang von [§ 301 SGB V](#). Die Vorschriften der [§§ 300, 301a](#) und [302 SGB V](#) stellen bereits in ihren amtlichen Überschriften den Bezug zur (Prüfung der) Abrechnung

von Leistungserbringern her. Krankenhäuser haben insoweit keine Sonderstellung.

Im Übrigen enthält auch [§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) keine Ermächtigungsgrundlage zur Durchführung von Auffälligkeitsprüfungen, sondern setzt eine entsprechende Prüfungsbefugnis der Krankenkassen voraus. Nach ihrem Wortlaut und vor allem nach ihrer systematischen Stellung im 9. Kapitel des SGB V ("Medizinischer Dienst der Krankenkassen") regelt die Vorschrift ausschließlich die Aufgaben des MDK. Eine Regelung erfolgt dabei darüber hinaus nur insoweit, als das Gesetz Voraussetzungen normiert, unter denen die Krankenkassen zur Einschaltung des MDK generell oder im Regelfall ("soll" in [§ 275 Abs. 4 SGB V](#)) verpflichtet sind. Dass die gesetzlichen Krankenkassen Auffälligkeitsprüfungen durchführen dürfen, hält der Gesetzgeber offensichtlich für selbstverständlich. Für die Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit kann nichts anderes gelten.

(3) Bei der Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit bedarf es auch nicht deshalb eines Rückgriffs auf [§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#), weil andernfalls keine Rechtsgrundlage für die Einschaltung des MDK ersichtlich wäre. Dass sich die gesetzlichen Krankenkassen zur Prüfung von geltend gemachten Ansprüchen des MDK bedienen dürfen, folgt bereits aus der allgemeinen Regelung des [§ 21 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 SGB X](#). Danach kann die Krankenkasse als Behörde im Sinne des SGB X zur Erfüllung ihrer aus [§ 20 SGB X](#) folgenden Amtsermittlungspflichten schriftliche Sachverständigengutachten einholen. Um nichts anderes geht es bei der Einholung einer gutachterlichen Stellungnahme des MDK zur Überprüfung der zutreffenden Kodierung nach einer Krankenhausbehandlung eines Versicherten. [§ 275 SGB V](#) enthält nur insoweit eine Spezialregelung, als er den gesetzlichen Krankenkassen die Beteiligung des MDK in bestimmten Fällen verbindlich oder für den Regelfall ("soll") vorschreibt. Die Einschaltung des MDK in anderen als den in [§ 275 SGB V](#) behandelten Fällen wird damit nicht ausgeschlossen.

Im Übrigen wird der MDK bei der Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit einer Krankenhausabrechnung in der Sache zugunsten des Krankenhauses tätig. Für den geltend gemachten Vergütungsanspruch trägt das Krankenhaus die materielle Beweislast. Sollte nach Ausschöpfung aller möglichen Ermittlungsmaßnahmen von Amts wegen ungeklärt bleiben, ob die vom Krankenhaus gewählte Kodierung zutreffend ist, ginge dies zu Lasten des Krankenhauses mit der Folge, dass das Krankenhaus die geltend gemachte Vergütung nicht bzw. nicht in der begehrten Höhe erhalten könnte. Warum eine Rechtsgrundlage für das Tätigwerden des MDK zugunsten des Krankenhauses erforderlich sein soll, erschließt sich nicht.

(4) Auch aus der Regelung des [§ 276 Abs. 2 Satz 1](#) HS 2 SGB V in der bis zum 31.12.2015 geltenden Fassung (a.F., ab 01.01.2016 [§ 276 Abs. 2 Satz 2 SGB V](#)), wonach die Leistungserbringer, soweit erforderlich, verpflichtet sind, Sozialdaten auf Anforderung des MDK unmittelbar an diesen zu übermitteln, wenn die Krankenkassen nach [§ 275 Abs. 1 bis 3 SGB V](#) eine gutachtliche Stellungnahme oder Prüfung durch den MDK veranlasst haben, folgt nicht, dass im Falle der Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit [§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) zur Anwendung kommen muss. [§ 276 Abs. 2 Satz 1](#) HS 2 SGB V a.F. regelt nach seinem eindeutigen Wortlaut nur die Verpflichtung des Krankenhauses zur Weitergabe von Daten an den MDK. Die Vorschrift schließt die freiwillige Weitergabe durch Krankenhäuser zur Erfüllung der Pflichten aus [§ 301 SGB V](#) und zur Gewährleistung der Schlüssigkeit der Abrechnung nicht aus.

(5) Aus [§ 17c Abs. 2](#) und [4 KHG](#) und der nach [§ 17c Abs. 2 KHG](#) geschlossenen Vereinbarung über das Nähere zum Prüfverfahren nach [§ 275 Absatz 1c SGB V](#) (Prüfverfahrensvereinbarung - PrüfVV) zwischen dem GKV-Spitzenverband und der Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V. ergibt sich ebenfalls nicht, dass die Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit unter [§ 275 Abs. 1 Nr. 1, Abs. 1c SGB V](#) zu subsumieren ist. Zwar nennen [§§ 3](#) und [4 PrüfVV](#) die "Korrektheit der Abrechnung" als Gegenstand der Prüfung. Soweit damit die Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit gemeint sein sollte, handelt sich jedoch lediglich um die - rechtsirrig - Meinung der Parteien der Vereinbarung über Inhalt und Reichweite von [§ 275 Abs. 1c SGB V](#). [§ 17c Abs. 2 KHG](#) ermächtigt den Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft nur dazu, "das Nähere zum Prüfverfahren nach [§ 275 Absatz 1c](#)" SGB V zu regeln. Die Regelungsbefugnis ist damit auf die gesetzlichen Grenzen des Prüfverfahrens nach [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) begrenzt. Wie [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) auszulegen ist, ergibt sich, wie bereits dargelegt, aus dem vom 1. Senat des BSG zutreffend ermittelten Willen des Gesetzgebers und unterliegt nicht der Gestaltungsfreiheit der Parteien der PrüfVV.

(6) Aus der zum 01.01.2016 durch das Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz - KHSG) vom 10.12.2015, [BGBl. I 2229](#), eingeführten Regelung des [§ 275 Abs. 1c Satz 4 SGB V](#), wonach als Prüfung nach [§ 275 Abs. 1c Satz 1 SGB V](#) jede Prüfung der Abrechnung eines Krankenhauses anzusehen ist, mit der die Krankenkasse den MDK beauftragt und die eine Datenerhebung durch den MDK beim Krankenhaus erfordert, folgt für die hier streitgegenständliche Rechtslage bis zum 31.12.2015 kein anderes Ergebnis.

In der Beschlussempfehlung des Ausschusses für Gesundheit zu dem Gesetzentwurf ([BT-Drucks 18/6586, S. 110](#) f.) heißt es hierzu:

"In einem Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) (BSG 1 KR 29/13R) hat der erkennende 1. Senat eine rechtliche Differenzierung zwischen Auffälligkeitsprüfungen und Prüfungen auf sachlich-rechnerische Richtigkeit einer Krankenhausrechnung vorgenommen. Während er auf Auffälligkeitsprüfungen [§ 275 Absatz 1c](#) anwendet, ist er der Auffassung, dass diese Vorschrift für Prüfungen der sachlich-rechnerischen Richtigkeit nicht gilt. Für Letztere gelte weder die Frist des [§ 275 Absatz 1c Satz 2](#) noch die Pflicht zur Entrichtung einer Aufwandspauschale nach [§ 275 Absatz 1c Satz 3](#). Vielmehr unterlägen sie einem eigenen Prüfregime. Infolge dieses Urteils sind zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen Probleme entstanden, weil Krankenkassen sich bei Prüfungen der Krankenhausabrechnungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) vermehrt auf den Standpunkt stellen, es handele sich um Prüfungen der sachlich-rechnerischen Richtigkeit, bei denen keine Aufwandspauschale zu zahlen und keine Frist zu beachten sei. Hinzu kommt, dass im Schrifttum teilweise kritisiert wird, dass es für die Trennung der beiden Prüfarten im Gesetz keine hinreichende Stütze gebe und es an Abgrenzungskriterien fehle.

Deshalb wird mit der Neuregelung des [§ 275 Absatz 1c Satz 4](#) nunmehr bestimmt, dass sich die Fristen- und Anzeigeregulierung des Satzes 2 und die Regelung zur Aufwandspauschale in Satz 3 auf jede Prüfung der Abrechnung einer stationären Behandlung beziehen, mit der eine Krankenkasse den MDK beauftragt und die eine Datenerhebung durch den MDK beim Krankenhaus erfordert. Dies gilt sowohl für die vom 1. Senat des BSG angesprochenen Auffälligkeitsprüfungen als auch für die Prüfungen auf sachlich-rechnerische Richtigkeit. Mit der Voraussetzung, dass es sich um Prüfungen handeln muss, die eine Datenerhebung durch den MDK erfordern, wird auf das vom BSG entwickelte System der dreistufigen Sachverhaltsermittlung Bezug genommen. Dadurch wird in Übereinstimmung mit diesem Ansatz zum

Ausdruck gebracht, dass § 275 Absatz 1c nur für Prüfungen auf der dritten Stufe der Sachverhaltserhebung anwendbar ist. Dies ist dann der Fall, wenn der MDK den Prüfauftrag der Krankenkasse nur mit Angaben und Unterlagen des Krankenhauses erfüllen kann und deshalb eine Prüfung durchführen muss, die Außenwirkung auf das Krankenhaus hat. Durch eine derartige Prüfung entsteht dem Krankenhaus ein besonderer Aufwand, der - falls es nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages kommt - durch die Pauschale zu entschädigen ist.

Die Neuregelung hat zugleich zur Folge, dass Sachverhaltsermittlungen, die eine Einsichtnahme in Unterlagen des Krankenhauses oder sonstige Datenanforderungen beim Krankenhaus erfordern, ausgeschlossen sind, wenn die Frist nach Satz 2 ungenutzt abgelaufen ist. Dies gilt unabhängig davon, ob es sich um eine Prüfung der sachlichen und rechnerischen Richtigkeit der Krankenhausabrechnung oder um eine Auffälligkeitsprüfung handelt.

Dadurch sollen die bereits mit den Sätzen 2 und 3 verfolgten Zwecke der Beschleunigung und Planungssicherheit gestärkt werden. (...)"

Diese Ausführungen machen deutlich, dass der Gesetzgeber an die seit Mitte 2014 entwickelte Rechtsprechung des 1. Senats des BSG anknüpfen und diese für die Vergangenheit nicht ändern wollte. Die Einführung von [§ 275 Abs. 1c Satz 4 SGB V](#) hat er ausdrücklich als Neuregelung bezeichnet, die notwendigerweise erst ab dem 01.01.2016 greifen kann.

Soweit die Klägerin meint, soweit in den zitierten Materialien von einer "Neuregelung" gesprochen werde, handele es sich um ein redaktionelles Versehen, weil in der ursprünglichen Begründung des Gesetzentwurfs die Einführung von [§ 275 Abs. 1c Satz 4 SGB V](#) als Klarstellung bezeichnet worden sei, hält der Senat dies für abwegig. Für ein "redaktionelles Versehen" existieren keinerlei Anhaltspunkte. Vielmehr stellen die zitierten Ausführungen des Ausschusses für Gesundheit eine gewichtige Stellungnahme aus der Mitte des Parlaments dar, die den Willen des Gesetzgebers eher wiedergibt, als die Begründung eines Gesetzentwurfs. Der Gesetzentwurf ist im Ausschuss für Gesundheit diskutiert und dann mit der Begründung angenommen worden, die in der zitierten Bundestagsdrucksache wiedergegeben wird. Soweit ursprünglich eine Klarstellung beabsichtigt gewesen sein sollte, hat sich der federführende Ausschuss dem offensichtlich nicht angeschlossen.

(7) Schließlich ist [§ 275 Abs. 1 Nr. 1, Abs. 1c SGB V](#) in der bis zum 31.12.2015 geltenden Fassung im vorliegenden Fall auch nicht deshalb anzuwenden, weil der MDK in seinem Anforderungsschreiben an die Klägerin ausdrücklich auf [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) Bezug genommen hat. Maßgeblich dafür, ob eine Prüfung nach [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) stattfindet, ist allein die objektive Rechtslage und nicht die Rechtsauffassung des MDK. Ein etwaiges Vertrauen der Klägerin dahingehend, dass [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) einschlägig ist, wäre nicht schutzwürdig. Im Übrigen musste der Klägerin spätestens im Zeitpunkt der Rechnungsstellung bekannt sein, dass das BSG in Konstellationen der vorliegenden Art von einer Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit ausgeht.

cc) Mit ihren verfassungsrechtlichen Einwänden gegen die Rechtsprechung des 1. Senats des BSG vermag die Klägerin nicht durchzudringen. Sie unterscheiden bereits nicht hinreichend zwischen den unterschiedlichen verfassungsrechtlichen Maßstäben, anhand derer fachgerichtliche Entscheidungen zu überprüfen sind, und können auch in der Sache nicht überzeugen.

Das BVerfG ist keine Superrevisionsinstanz und prüft deshalb fachgerichtliche Entscheidungen nicht in allen Einzelheiten nach. Es beschränkt sich in ständiger Rechtsprechung vielmehr auf eine Prüfung der Verletzung spezifischen Verfassungsrechts. Insoweit hat es drei Kontrollmaßstäbe entwickelt: Hat das Fachgericht die Grenzen richterlicher Rechtsfortbildung bzw. Entscheidungsfindung überschritten, hat es bei der Auslegung und Anwendung des einfachen Rechts einen Fehler begangen, der auf einer grundsätzlich unrichtigen Anschauung von Bedeutung und Tragweite der Grundrechte beruht, oder hat es willkürlich gehandelt (vgl. Pieroth/Aubel, JZ 2003, S. 504 (505)). Die beiden zuletzt genannten Maßstäbe beziehen sich auf die fachgerichtliche Entscheidung in sachlich-inhaltlicher Hinsicht: Der von dem Fachgericht seiner Entscheidung zugrunde gelegte abstrakte Rechtssatz wird einer Prüfung in Bezug auf die Verknennung der Bedeutung und Tragweite eines betroffenen Grundrechts unterzogen; am Willkürverbot wird das Ergebnis der richterlichen Entscheidungsfindung in sachlich-inhaltlicher Hinsicht gemessen. Prüfungsmaßstab ist im ersten Fall das betroffene Grundrecht selbst und im zweiten Fall [Art. 3 Abs. 1 GG](#) (vgl. Pieroth/Aubel, JZ 2003, S. 504 (505, 506 m.w.N.)). Demgegenüber geht es bei der Prüfung der Grenzen richterlicher Entscheidungsfindung um die Kontrolle von richterlicher Rechtsfortbildung im engeren Sinne sowie der schlichten Rechtsanwendung durch Gesetzesauslegung in methodisch-kompetenzieller Hinsicht. Prüfungsmaßstab ist insoweit [Art. 2 Abs. 1 GG](#) i.V.m. mit dem Gewaltenteilungsprinzip des [Art. 20 Abs. 2 GG](#) und der Bindung an Recht und Gesetz gemäß [Art. 20 Abs. 3 GG](#) (vgl. Pieroth/Aubel, JZ 2003, S. 504 (505 f.)).

Gemessen an diesen Maßstäben vermag der Senat eine Verletzung von Verfassungsrecht nicht festzustellen.

(1) Eine Verknennung der Bedeutung und Tragweite von Grundrechten der Klägerin liegt offensichtlich nicht vor. Die Klägerin ist als Anstalt des öffentlichen Rechts von den hier nicht einschlägigen prozessualen Grundrechten abgesehen nicht grundrechtsfähig. Es ist im Übrigen auch bei privaten Krankenhausträgern nicht ansatzweise ersichtlich, dass und warum die Versagung einer Aufwandspauschale in Höhe von 300,00 EUR im Falle der Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit durch die Krankenkasse unter Beteiligung des MDK die bei privaten Krankenhausträgern durch [Art. 12 Abs. 1 GG](#) geschützte Berufsausübungsfreiheit unverhältnismäßig beeinträchtigen soll. Die Aufwandspauschale ist für die wirtschaftliche Leistungs- und Funktionsfähigkeit von Krankenhäusern von untergeordneter Bedeutung. Die Nichtgewährung einer Leistung stellt zudem keinen abwehrrechtlich relevanten Eingriff in die Berufsausübungsfreiheit dar.

(2) Die Rechtsprechung des 1. Senats des BSG, der der erkennende Senat folgt, verstößt auch nicht gegen das Willkürverbot des [Art. 3 Abs. 1 GG](#), wobei dahinstehen kann, ob sich die Klägerin als nicht grundrechtsfähige juristische Person des öffentlichen Rechts hierauf überhaupt berufen könnte (offen gelassen von BVerfG, Beschluss der 3. Kammer des Ersten Senats vom 19.03.2014 - [1 BvR 2169/13](#) u.a. -, juris Rn. 4).

Ein verfassungsgerichtliches Eingreifen unter dem Gesichtspunkt der Verletzung von [Art. 3 Abs. 1 GG](#) in seiner Ausprägung als Willkürverbot kommt nicht bei jedem Fehler in der Rechtsanwendung, sondern nur in seltenen Ausnahmefällen in Betracht ([BVerfGE 62, 189](#) (192); [70, 93](#) (97)). Selbst eine zweifelsfrei fehlerhafte Gesetzesanwendung begründet noch keinen Verstoß gegen den allgemeinen Gleichheitssatz. Hinzukommen muss vielmehr, dass die fehlerhafte Rechtsanwendung unter Berücksichtigung der das Grundgesetz beherrschenden Gedanken nicht mehr verständlich ist (vgl. [BVerfGE 69, 248](#) (254); [74, 102](#) (127); 83, 82 (84); stRspr.). Willkür liegt erst vor, wenn eine offensichtlich einschlägige Norm nicht berücksichtigt oder der Inhalt einer Norm in krasser Weise missdeutet wird. Von willkürlicher Missdeutung kann dagegen nicht gesprochen werden, wenn das Gericht sich mit der Rechtslage eingehend auseinandersetzt und seine

Auffassung nicht jedes sachlichen Grundes entbehrt ([BVerfGE 87, 273](#) (278 f.); [96, 189](#) (302); [BVerfGK 16, 245](#) (248)).

Letzteres ist hier der Fall. Der 1. Senat des BSG hat sich mit der bis zum 31.12.2015 geltenden Rechtslage eingehend auseinander gesetzt und dabei insbesondere zutreffend berücksichtigt, dass das Krankenhaus für den geltend gemachten Vergütungsanspruch die materielle Beweislast trägt. Vor diesem Hintergrund ist es ohne weiteres verständlich, dass eine Krankenkasse die sachlich-rechnerische Richtigkeit der vorgelegten Abrechnung prüfen können muss. Dass dem Krankenhaus wegen dieser Prüfung, die letztlich seinem eigenen Interesse dient, ein pauschaler Aufwendersatz zustehen soll, ist begründungsbedürftig und bedürfte deshalb einer ausdrücklichen gesetzlichen Regelung, wie sie frühestens durch die Einführung von [§ 275 Abs. 1c Satz 4 SGB V](#) zum 01.01.2016 erfolgt ist. Ohne eine solche Regelung ist es gerade auch im Hinblick auf den systematischen Zusammenhang zwischen [§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) und [§§ 106, 106a SGB V](#) a.F. (siehe dazu oben bb) (1)) - gerade vom Ergebnis der Gesetzesauslegung her betrachtet - sachlich gerechtfertigt, [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) in der bis zum 31.12.2015 geltenden Fassung eng auszulegen und auf die Prüfung der Einhaltung des Wirtschaftlichkeitsgebotes zu beschränken. Dies gilt umso mehr, als gerade auch im vorliegenden Fall nicht ersichtlich ist, dass dem klagenden Krankenhaus durch die Prüfung ein nennenswerter Aufwand entstanden ist. Der Aufwand der Klägerin beschränkte sich auf die bloße Übersendung medizinischer Unterlagen.

(3) Schließlich liegt auch kein Verstoß gegen die verfassungsrechtlichen Grenzen richterlicher Entscheidungsfindung vor.

Zum einen kann die Klägerin als juristische Person des öffentlichen Rechts einen solchen etwaigen Verstoß nicht geltend machen. Dass die Anwendung und Auslegung der Gesetze durch die Gerichte den verfassungsrechtlichen Vorgaben insbesondere durch das Rechtsstaatsprinzip genügt, ist nur über [Art. 2 Abs. 1 GG](#) auch zugunsten der Einzelnen gewährleistet (vgl. [BVerfGE 132, 99](#) (127, Rn. 73)). Geltend gemacht wird damit aber die Verletzung eines materiellen Grundrechts (vgl. [BVerfGE 75, 192](#) (200)), als dessen Träger der Staat und seine organisatorischen Untergliederungen - von einzelnen, hier nicht einschlägigen Ausnahmen abgesehen (vgl. etwa [BVerfGE 107, 299](#) (309 f.) m.w.N.) - ausgeschlossen sind (so nunmehr ausdrücklich BVerfG, Beschluss des 1. Senats vom 16.12.2014 - [1 BvR 2142/11](#) -, juris Rn. 59).

Zum anderen hat der 1. Senat des BSG und, ihm folgend, auch der erkennende Senat die aus [Art. 2 Abs. 1](#) i.V.m. [Art. 20 Abs. 2 und 3 GG](#) folgenden Grenzen richterlicher Entscheidungsfindung nicht überschritten.

Die Auslegung des einfachen Gesetzesrechts einschließlich der Wahl der hierbei anzuwendenden Methode ist Sache der Fachgerichte und vom Bundesverfassungsgericht nicht umfassend auf ihre Richtigkeit zu untersuchen. Das Bundesverfassungsgericht beschränkt seine Kontrolle, auch soweit es um die Wahrung der Kompetenzgrenzen aus [Art. 20 Abs. 2 Satz 2 und Abs. 3 GG](#) geht, auf die Prüfung, ob das Fachgericht bei der Rechtsfindung die gesetzgeberische Grundentscheidung respektiert und von den anerkannten Methoden der Gesetzesauslegung in vertretbarer Weise Gebrauch gemacht hat (vgl. [BVerfGE 82, 6](#) (13); [96, 375](#) (394 f.); 111, 54 (81 f.); BVerfG, Beschluss des Zweiten Senats vom 15. Januar 2009 - [2 BvR 2044/07](#) -, [NJW 2009, S. 1469](#) (1470)).

Letzteres ist hier der Fall. Die vom 1. Senat des BSG und vom erkennenden Senat vertretene Auffassung, dass [§ 275 Abs. 1 Nr. 1, Abs. 1c SGB V](#) in der bis zum 31.12.2015 geltenden Fassung auf die Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit einer Krankenhausabrechnung keine Anwendung findet, gründet sich, wie unter bb) (1) und (2) dargelegt, auf systematische Erwägungen und wendet damit anerkannte Methoden der Gesetzesauslegung an. Die gesetzgeberische Grundentscheidung, dass (nur) die gegenüber der Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit regelmäßig aufwendigere Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Krankenhausbehandlung einen Aufwendersatzanspruch des Krankenhauses begründet, wird respektiert.

2. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 1 VwGO](#).

3. Gründe, die Revision zuzulassen ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)), liegen nicht vor.

a) Ungeachtet der Frage, ob und in welchem Umfang im gesamtem Bundesgebiet noch Fälle zur Gewährung der Aufwenderspauschale nach dem bis zum 31.12.2015 geltenden Recht anhängig sind, ist nicht ersichtlich, dass und warum die Frage, ob [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) in der bis zum 31.12.2015 geltenden Fassung bei einer Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit einer Krankenhausabrechnung zur Anwendung kommt, in Anbetracht der gefestigten Rechtsprechung des BSG klärungsbedürftig oder erneut klärungsbedürftig geworden sein könnte.

b) Ebenso wenig kommt die Zulassung der Revision unter Berücksichtigung der von der Klägerin zitierten Entscheidung des BSG vom 10.03.2015 - [B 1 KR 2/15 R](#) in Betracht. Die Prüfung, ob Zusatzentgelte entstanden sind, lässt sich ohne weiteres unter Zugrundelegung der ständigen Rechtsprechung des BSG vornehmen. Vor diesem Hintergrund ist eine Klärungsbedürftigkeit nicht gegeben.

4. Die Streitwertfestsetzung beruht auf [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) iVm [§ 63 Abs. 2 Satz 1](#), [§ 52 Abs. 1](#) und 3, [§ 47 Abs. 1 GKG](#).

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2016-10-26