

L 4 KR 985/19

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
4
1. Instanz
SG Reutlingen (BWB)
Aktenzeichen
S 1 KR 3118/17
Datum
13.02.2019
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 4 KR 985/19
Datum
11.12.2020
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

1. In erweiternder Auslegung des [§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) i.V.m. [§ 275 Abs. 1c Satz 3 SGB V](#) (in der bis 31. Dezember 2017 geltenden Fassung) liegt eine Prüfung, die nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrags führt und daher eine Aufwandspauschale auslöst auch dann vor, wenn die Krankenkasse bei einem bereits abgeschlossenen (in der Vergangenheit liegenden) stationären Aufenthalt, ohne die Rechnungsstellung des Krankenhauses abzuwarten, bereits aufgrund der mitgeteilten Daten gemäß [§ 301 SGB V](#) und dem hiernach zu erwarteten Abrechnungsbetrag ohne sachlichen Grund einen Prüfauftrag erteilt, um der späteren Abrechnung (möglicherweise) eine Minderung wegen Unwirtschaftlichkeit entgegenhalten zu können.

2. Ist Rechtshängigkeit ([§ 94 SGG](#)) eingetreten, beginnt der Lauf des Zinsanspruchs in entsprechender Anwendung von [§ 187 Abs. 1 BGB](#) mit dem folgenden Tag (vgl. BSG, Urteil vom 16. Juli 2020 – [B 1 KR 15/19 R](#)).

Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Reutlingen vom 13. Februar 2019 wird mit der Maßgabe zurückgewiesen, dass Zinsen erst ab 28. Dezember 2017 zu zahlen sind.

Die Beklagte trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens.

Die Revision wird zugelassen.

Der Streitwert für das Berufungsverfahren wird endgültig auf 300,00 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist die Zahlung einer Aufwandspauschale gemäß [§ 275 Abs. 1c Satz 3](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) streitig.

Die Klägerin ist als Hochschulklinik gemäß [§ 108 Nr. 1 SGB V](#) ein zugelassenes Krankenhaus und als solches zur Versorgung der gesetzlich Krankenversicherten berechtigt. Die 1938 geborene, bei der Beklagten krankenversicherte A.K. (Versicherte) wurde vom 24. bis 28. September 2013 wegen einer Hornhauttransplantation vollstationär durch die Klägerin behandelt.

Die Klägerin zeigte die Entlassung der Versicherten aus der stationären Behandlung und andere Daten im Wege des Datenträgeraustauschs an; diese wurden im System der Beklagten am 7. Oktober 2013 erfasst. Mit Schreiben vom 7. Oktober 2013 teilte die Beklagte der Klägerin mit, sie gehe "aufgrund der vorliegenden Daten nach [§ 301 SGB V](#) von der Möglichkeit einer ambulanten Durchführbarkeit der Behandlung beziehungsweise rein vorsorglich von einer kurzstationären Aufnahme mit äußerst begrenzter Verweildauer" aus. "Damit eine sozialmedizinische Stellungnahme über Art und Umfang unserer Leistungspflicht abgegeben werden kann, bitten wir möglichst kurzfristig bis zum 29.10.2013, die in der Anforderung durch den Sozialmedizinischen Dienst angegebenen Unterlagen (siehe Anlagen) dorthin zu senden." Beigefügt war das Schreiben des Sozialmedizinischen Dienstes (SMD) der Beklagten vom 7. Oktober 2013 an die Klägerin, in dem dieser auf den Prüfauftrag der Beklagten Bezug nahm, ein Verfahren gemäß [§ 275 SGB V](#) anzeigte und ausführte, dass unter Würdigung der vorliegenden Angaben zum Behandlungsfall der Versicherten eine abschließende sozialmedizinische Beurteilung nicht möglich sei, weshalb um Übersendung der hierfür erforderlichen Unterlagen gebeten werde, wobei insbesondere der Entlassungsbericht, die Tageskurve und der Pflegebericht benötigt würden.

Die Klägerin stellte dem SMD die erbetenen Unterlagen am 21. Oktober 2013 zur Verfügung. Zu dem Ergebnis der Überprüfung äußerte sich die Beklagte gegenüber der Klägerin nicht. Die Rechnung der Klägerin vom 21. November 2013 über die stationäre Behandlung der

Versicherten in Höhe von 6.145,82 EUR beglich die Beklagte im Dezember 2013 in vollem Umfang.

Am 4. Dezember 2017 stellte die Klägerin der Beklagten eine Aufwandspauschale in Höhe von 300,00 EUR in Rechnung. Die Zahlung lehnte die Beklagte mit Schreiben vom 7. Dezember 2017 und der Begründung ab, nach dem Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) vom 13. November 2012 - [B 1 KR 10/12 R](#) - könne die Zahlung der Aufwandspauschale verweigert werden, soweit der Krankenkasse bei Erteilung des Prüfauftrags noch gar keine Rechnung vorliege oder soweit dieser lediglich auf einen künftigen, noch nicht abgerechneten Zeitraum gerichtet sei. Diese Auffassung sei durch das Urteil des BSG vom 28. November 2013 - [B 3 KR 4/13 R](#) - bestätigt worden. Vorliegend sei der SMD am 7. Oktober 2013 gebeten worden, eine Stellungnahme über Art und Umfang ihrer Leistungspflicht abzugeben. Zum Zeitpunkt dieser Auftragsvergabe an den SMD habe ihr keine Rechnung zu dem in Rede stehenden Sachverhalt vorgelegen, weswegen ihr Prüfauftrag auch nicht mit dem Ziel einer Minderung der Abrechnung der Klägerin erteilt worden sein könne.

Am 27. Dezember 2017 erhob die Klägerin beim Sozialgericht Reutlingen (SG) mit dem Begehren Klage, die Beklagte zur Zahlung von 300,00 EUR nebst Zinsen in Höhe von 5 % über dem jeweiligen Basiszinssatz ab 4. Januar 2018 zu verurteilen und machte geltend, die Anspruchsvoraussetzungen für die Zahlung der Aufwandspauschale gemäß [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) seien erfüllt. Diese Regelung verlange eine Überprüfung gemäß [§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#), deren Einleitung spätestens sechs Wochen nach Eingang der Abrechnung und dass eine Minderung des Abrechnungsbetrages nicht erfolge. Die Vorschrift verlange nicht, dass zum Zeitpunkt der Beauftragung des SMD die Rechnung über den stationären Krankenhausaufenthalt bereits vorliege. Maßgeblich sei alleine, ob das Ergebnis der Überprüfung zu einer Abrechnungsminderung führe oder nicht. Das BSG verlange, dass bereits der Prüfauftrag gezielt zur Abrechnungsminderung erteilt worden sei. Der Anspruch auf die Aufwandspauschale könne jedoch nicht von der Zufälligkeit des Zugangs der Rechnung vor Beauftragung des Medizinischen Dienstes abhängen. Dies widerspräche Sinn und Zweck der Verpflichtung zur Zahlung einer Aufwandspauschale. Die Regelung diene gerade dazu, dem Krankenhaus pauschal den mit der Prüfung einhergehenden Aufwand zu vergüten und zugleich die Krankenkassen von unberechtigten Überprüfungen abzuhalten. Die Ratio der Norm würde verfehlt, wenn man einen Anspruch davon abhängig machen wollte, ob zum Zeitpunkt der Auftragserteilung der Krankenkasse bereits eine Rechnung vorgelegen habe oder nicht. Der mit der Überprüfung einhergehende Aufwand entstehe unabhängig vom Absetzen der Rechnung. Selbst wenn man mit dem BSG verlange, dass ein Anspruch auf Zahlung einer Aufwandspauschale nur bestehe, wenn die Beauftragung mit dem Ziel erfolgt sei, eine Abrechnungsminderung herbeizuführen, so spreche die Auslegung des Prüfauftrags der Beklagten vom 7. Oktober 2013 klar für das Ziel, eine Abrechnungsminderung herbeizuführen. Es sei nicht ersichtlich, welches Ziel die Beklagte mit der Beauftragung des SMD verfolgt haben könnte, wenn nicht ein finanzielles. Es sei kein anderes Ziel ersichtlich, als einen vermeintlich zu Unrecht bereits bezahlten Betrag zurückzufordern bzw. einer Rechnung entgegenzuhalten. Vorliegend habe der Beklagten bei Beauftragung des SMD am 7. Oktober 2013 bereits der Entlassungsdatensatz gemäß [§ 301 SGB V](#) vorgelegen, so dass sie von der Entlassung der Versicherten aus der stationären Behandlung am 28. September 2013 gewusst habe. Sie habe daher damit rechnen müssen, in den nächsten Tagen eine Rechnung über den stationären Aufenthalt zu erhalten. Ihren Prüfauftrag vom 7. Oktober 2013 habe die Beklagte zudem damit begründet, dass aufgrund der übermittelten Daten von der Möglichkeit einer ambulanten Durchführung der Behandlung bzw. von einer kurzstationären Aufnahme mit äußerst begrenzter Verweildauer auszugehen sei. Damit habe sie deutlich und unmissverständlich ihre Zweifel an der Notwendigkeit der bereits abgeschlossenen stationären Krankenhausbehandlung zum Ausdruck gebracht. Die Erklärung lasse keine andere Auslegung zu, als die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung ganz oder teilweise infrage zu stellen. Selbst wenn man davon ausginge, dass die Umstände der Beauftragung des SMD im konkreten Einzelfall nicht eindeutig für eine Beauftragung des SMD mit dem Ziel der Abrechnungsminderung sprächen, so gelte generell, dass Unklarheiten bei Willenserklärungen zu Lasten der erklärenden Behörde bzw. Krankenkasse gingen. Hätte die Beklagte ein anderes Ziel als eine Abrechnungsminderung mit der Beauftragung des SMD verfolgt, hätte sie dies unzweideutig zum Ausdruck bringen müssen. Generell müsse man davon ausgehen, dass Beauftragungen nach [§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) nach Übermittlung der Entlassungsdaten gemäß [§ 301 SGB V](#) dem Ziel der Abrechnungsminderung dienten. Auch das BSG gehe nicht pauschal davon aus, dass eine Aufwandspauschale immer dann ausgeschlossen sei, wenn der Prüfauftrag vor Zugang der Rechnung erteilt worden sei. Da es sich bei dem Anspruch nach [§ 275 Abs. 1c Satz 3 SGB V](#) um einen gesetzlichen Anspruch handele, sei dieser zu verzinsen.

Die Beklagte trat der Klage entgegen und führte aus, im vorliegenden Fall sei kein Prüfverfahren nach [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) mit dem Ziel einer Abrechnungsminderung durchgeführt worden. Das BSG habe in seiner Entscheidung vom 13. November 2012 ([a.a.O.](#)) ausgeführt, dass eine Aufwandspauschale nicht zu entrichten sei, wenn der Prüfauftrag nicht die gezielte Prüfung einer in der Vergangenheit erteilten Abrechnung zum Gegenstand habe. Dabei gehe das BSG davon aus, dass ein Prüfauftrag regelmäßig auf eine gezielte Abrechnungsminderung erteilt sei, wenn er sich zumindest auch ganz oder teilweise auf einen in der Vergangenheit liegenden Zeitraum erstrecke, für den das Krankenhaus der Krankenkasse eine Rechnung übersandt habe. In seiner Entscheidung vom 16. Mai 2012 - [B 3 KR 12/11 R](#) - sei das BSG zu dem Ergebnis gekommen, dass wegen der tatbestandlichen Anbindung der Aufwandspauschale an den Begriff "Minderung des Abrechnungsbetrages" eine Pauschale nicht verlangt werden könne, solange der Krankenkasse eine konkret bezifferte und deshalb der Minderung fähige Abrechnung noch nicht zugegangen sei. Nicht ausgelöst werde eine Aufwandspauschale deshalb, wenn der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) zur Prüfung nach [§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) - etwa zur Frage der Erforderlichkeit der Krankenhausbehandlung - noch vor Eingang einer ersten Zwischenabrechnung beauftragt werde. Nicht anders liege der Fall hier. Der Prüfauftrag gemäß [§ 275 Abs. 1 SGB V](#) sei noch vor Eingang der Rechnung für den stationären Aufenthalt der Versicherten erteilt worden. Eine Prüfung gemäß [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) sei mangels vorliegender Rechnung somit gerade nicht durchgeführt worden, so dass kein Anspruch auf Zahlung einer Aufwandspauschale entstanden sein könne. In diesem Sinne habe auch das Landessozialgericht (LSG) für das Saarland in dem Verfahren L 2 KR 1/14 NZB entschieden.

Mit Urteil vom 13. Februar 2019 verurteilte das SG die Beklagte entsprechend des in der mündlichen Verhandlung gestellten Antrags, an den Kläger 300,00 EUR nebst Zinsen hieraus in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit 27. Dezember 2017 zu zahlen und ließ die Berufung zu. Es führte aus, dass im Rahmen der Auskunfts- und Prüfpflichten auf drei Ebenen allein das auf der dritten Stufe angesiedelte Prüfverfahren einer stationären Krankenhausbehandlung eine Aufwandspauschale nach [§ 275 Abs. 1c Satz 3 SGB V](#) auslöse. In einem solchen Verfahren gehe es um die Prüfung einer Rechnung, wobei die Krankenkasse den SMD dazu beauftragen müsse, eine gutachtliche Stellungnahme mit dem Ziel abzugeben, in Verfolgung des Wirtschaftlichkeitsgebots zu einer Minderung der in Rechnung gestellten Vergütung zu gelangen, d.h. eine Verminderung des (möglicherweise) vom Krankenhaus zu hoch angesetzten Abrechnungsbetrages zu erreichen. Wie sich aus dem Wortlaut des Schreibens der Beklagten vom 7. Oktober 2013 ergebe, habe sie mit der in Betracht gezogenen Möglichkeit einer ambulanten Durchführbarkeit der Behandlung bzw. einer rein vorsorglichen kurzstationären Aufnahme mit äußerst begrenzter Verweildauer eine Auffälligkeitsprüfung auf der dritten Stufe durchgeführt. Da jedoch weder zum Zeitpunkt der Einleitung des Prüfverfahrens noch bei dessen Abschluss durch den SMD am 28. Oktober 2013 die von der Klägerin am 21.

November 2013 erstellte Rechnung vorgelegen habe, habe es entsprechend der Rechtsprechung des BSG an einem gezielten Prüfauftrag zur Abrechnungsminderung gefehlt, da die von der Beklagten vor Rechnungseingang eingeleitete Prüfung lediglich zu einer Minderung der Vergütungsforderung habe führen können. Für eine solche Prüfung sei nach dem Wortlaut des [§ 275 Abs. 1c Satz 3 SGB V](#) die Zahlung einer Aufwandspauschale nicht vorgesehen. An sich scheide der geltend gemachte Anspruch auf Zahlung einer Aufwandspauschale damit aus. Allerdings sei zu berücksichtigen, dass die Beziehungen zwischen den Krankenkassen und Krankenhäusern diese nach der Rechtsprechung des BSG in partnerschaftlicher Weise zur gegenseitigen Rücksichtnahme nach den Grundsätzen von Treu und Glauben verpflichteten und damit wechselseitige Ansprüche auch begrenzt sein könnten. Vorliegend habe die Beklagte dem SMD einen Auftrag zur Prüfung einer abgeschlossenen stationären Krankenhausbehandlung erteilt, obwohl ihr noch keine Rechnung hierfür vorgelegen habe. Eine Notwendigkeit, den SMD bereits vor Rechnungseingang mit einer Prüfung auf der dritten Stufe zu beauftragen, habe für die Beklagte nicht bestanden. Angesichts der gesetzlich ausdrücklich eingeräumten Möglichkeit, eine Prüfung innerhalb von sechs Wochen nach Eingang der Abrechnung einzuleiten, erschließe sich nicht, aus welchem Grund die Beklagte gleichwohl die Notwendigkeit gesehen habe, bereits vor Rechnungseingang ein Prüfverfahren einzuleiten. Da die Klägerin in Befolgung des von der Beklagten eingeleiteten Prüfauftrags die angeforderten Unterlagen vorgelegt habe, widerspreche es nach den Grundsätzen von Treu und Glauben dem zwischen der Klägerin und der Beklagten bestehenden Gebot der gegenseitigen Rücksichtnahme, einerseits ein Prüfverfahren vor Rechnungseingang einzuleiten und bei der Klägerin durch den SMD Unterlagen anzufordern, andererseits dann aber die Zahlung einer Aufwandspauschale zu verweigern, wenn die Klägerin dem Begehren auf Übersendung der Unterlagen nachkomme und durch die Prüfung die Rechtmäßigkeit der vorgenommenen Abrechnung bestätigt werde. Dieses Verhalten der Beklagten stelle sich als rechtsmissbräuchlich dar, weshalb der geltend gemachte Zahlungsanspruch bestehe.

Gegen das der Beklagten am 25. Februar 2019 zugestellte Urteil hat diese am 19. März 2019 beim LSG Baden-Württemberg Berufung eingelegt und geltend gemacht, das Urteil des SG widerspreche der aktuellen Gesetzeslage. Das BSG habe in seiner Entscheidung vom 13. November 2012 ([a.a.O.](#)) ausgeführt, dass es dann, wenn der Krankenkasse bei Erteilung des Auftrags an den MDK noch keine Rechnung des Krankenhauses vorliege oder der Prüfauftrag lediglich auf einen künftigen, noch nicht einer Abrechnung des Krankenhauses unterfallenden Zeitraum bezogen sei, an einem gezielten Prüfauftrag zur Abrechnungsminderung fehle. Im Hinblick auf den Wortlaut des [§ 275 Abs. 1c Satz 3 SGB V](#) ("Minderung des Abrechnungsbetrages" und nicht etwa "Minderung der Vergütungsforderung") komme das BSG zu dem Schluss, dass eine Aufwandspauschale nicht verlangt werden könne, solange der Krankenkasse eine konkret bezifferte und deshalb minderungsfähige Abrechnung noch nicht zugegangen sei. Der Gesetzgeber habe eine Aufwandspauschale nur dann gewähren wollen, wenn das Krankenhaus bereits eine Abrechnung erteilt habe. Für andere Sachverhalte sei eine Aufwandspauschale nicht vorgesehen und lasse sich auch nicht mit allgemeinen Rechtssätzen wie Treu und Glauben und gegenseitiger Rücksichtnahme begründen. Auf die Befindlichkeiten der Krankenkassen und auf deren Aufwand bei zweifelhaften Rechnungen werde auch keine Rücksicht genommen, obwohl allgemein bekannt sei, dass Krankenkassen bei der Überprüfung von Rechnungen völlig abhängig von den Informationen seien, die sie von den Krankenhäusern erhielten und von den Daten, die übermittelt würden. Verständlicherweise wollten die Krankenkassen nicht in jedem Fall des Dialogs mit den Krankenhäusern eine Aufwandspauschale bezahlen, weil dies dazu führen würde, dass die Krankenhäuser eine "allgemeine Korrespondenzgebühr" erhielten. Dies habe der Gesetzgeber aber nicht vorgesehen. Es sei daher richtig, dass die Aufwandspauschale nur bei einem eng begrenzten Sachverhalt verlangt werden könne, der das Vorhandensein einer Rechnung voraussetze und eine Prüfung durch die Krankenkasse, die dann letztendlich nicht zu einer Abrechnungsminderung führe. Für alle anderen Prüfungen und Dialoge sei eine gesonderte Bezahlung der Krankenhäuser nicht vorgesehen. Aus diesem Grund habe auch das Sozialgericht für das Saarland in seiner Entscheidung vom 7. November 2013 (S 23 KR 737/13) die Verpflichtung zur Zahlung einer Aufwandspauschale verneint.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Reutlingen vom 13. Februar 2019 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend und verweist darauf, dass die Besonderheit des streitigen Sachverhalts darin liege, dass die Beklagte den SMD zu einem Zeitpunkt mit der Prüfung der Notwendigkeit der stationären Krankenhausbehandlung der Versicherten beauftragt habe, zu dem sie bereits Kenntnis von deren Entlassung aus dem Krankenhaus gehabt habe. Bei dem Prüfauftrag habe es daher nur um eine Abrechnungsprüfung gehen können. Dies habe auch die Beklagte gewusst. Sie habe in vergleichbaren Fällen schon wiederholt versucht, durch unverzügliche Beauftragung des SMD nach Eingang des Entlassungsdatensatzes der Zahlungsverpflichtung gemäß [§ 275 Abs. 1c Satz 3 SGB V](#) zu entgehen. Soweit die Beklagte meine, aus dem Urteil des BSG vom 13. November 2012 ([a.a.O.](#)) ergebe sich, dass per se keine Aufwandspauschale geschuldet werde, wenn die Beauftragung des SMD vor Zugang der Rechnung erfolge, so treffe dies nicht zu. Das BSG habe in jenem Verfahren eine gänzlich andere Fallgestaltung vor Augen gehabt, als sie vorliegend zu beurteilen sei. So solle keine Aufwandspauschale ausgelöst werden, wenn die Krankenkasse die Notwendigkeit zukünftiger Maßnahmen überprüfen lassen wolle. Dies sei in der Regel dann der Fall, wenn zum Zeitpunkt der Beauftragung des MDK die Rechnung noch nicht vorliege. Demgegenüber sei die Versicherte im vorliegenden Fall nur drei Tage vollstationär behandelt worden und im Zeitpunkt der Beauftragung des SMD habe der Entlassungsdatensatz der Krankenkasse bereits vorgelegen und sie habe minütlich mit dem Zugang der Rechnung rechnen müssen. Damit sei objektiv klar gewesen, dass der Auftrag der Krankenkasse nur eine Rechnungsminderung zum Ziel gehabt haben könne, was von der Beklagten auch nicht bestritten worden sei. Die Forderung nach einer Aufwandspauschale habe nichts mit einer "allgemeinen Korrespondenzgebühr" zu tun. Vielmehr werde mit ihr in pauschalierter Weise dem Krankenhaus der Aufwand erstattet, der durch die Beauftragung des MDK durch Krankenkassen entstehe. Die Aufwandspauschale falle nur in den Fällen an, bei denen die Krankenkasse nicht nach Abschluss der Überprüfung die geleistete Vergütung ganz oder teilweise zurückfordere. Sie sei damit keine Kommunikationspauschale, sondern ein Instrument, das die Krankenkassen zu einem wirtschaftlichen Einsatz des MDK anhalten solle.

Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung des Senats durch Urteil ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt.

Wegen weiterer Einzelheiten des Sachverhaltes und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Senatsakte, die Akte des SG sowie die von der Beklagten vorgelegte Verwaltungsakte Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

1. Die nach [§ 151 Abs. 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) form- und fristgerecht eingelegte Berufung der Beklagten, über die der Senat mit Einverständnis der Beteiligten gemäß [§ 124 Abs. 2 SGG](#) ohne mündliche Verhandlung entscheiden konnte, ist auch im Übrigen zulässig. Sie ist aufgrund Zulassung im Urteil des SG insbesondere statthaft ([§ 143](#) i.V.m. [§ 144 Abs. 1 Nr. 1 SGG](#)). An die Zulassung ist der Senat gebunden ([§ 144 Abs. 3 SGG](#)).

2. Die Berufung ist jedoch nicht begründet. Das SG hat die Beklagte zu Recht verurteilt, an die Klägerin als Aufwandspauschale einen Betrag in Höhe von 300,00 EUR nebst Zinsen hieraus in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit Rechtshängigkeit zu zahlen. Allerdings begann die Verzinsungspflicht nicht am Tag der Klagerhebung (27. Dezember 2017), sondern erst am Folgetag und damit am 28. Dezember 2017.

a. Die Klage ist zulässig. Die Klägerin hat mit der erhobenen (echten) Leistungsklage nach [§ 54 Abs. 5 SGG](#) die richtige Klageart gewählt; denn bei der auf Zahlung einer Aufwandspauschale gerichteten Klage eines Krankenträgers gegen eine Krankenkasse handelt es sich um einen sog. Parteienstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt. Ein Vorverfahren war mithin nicht durchzuführen, die Einhaltung einer Klagefrist nicht geboten (BSG, Urteil vom 13. November 2013 – [B 3 KR 33/12 R](#) – juris, Rn. 9). Die Klägerin hat den Zahlungsanspruch auch konkret beziffert. Dies gilt auch für den geltend gemachten Zinsanspruch. Insofern reicht die Bezugnahme auf den Basiszinssatz aus (Bacher, in: BeckOK ZPO, 35. Ed. 2020, § 253 Rn. 67).

b. Die Klage ist auch begründet. Der Klägerin steht die Aufwandspauschale in der geltend gemachten Höhe von 300,00 EUR zu.

aa. Rechtsgrundlage für die geltend gemachte Aufwandspauschale ist [§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) i.V.m. [§ 275 Abs. 1c Satz 3 SGB V](#) in der bis 31. Dezember 2017 geltenden Fassung des Art. 3 Nr. 8a des Gesetzes zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 (Krankenhausfinanzierungsreformgesetz - KHRG) vom 17. März 2009 ([BGBl. I, S. 534](#); im Folgenden: [§ 275 Abs. 1c Satz 3 SGB V](#) a.F.).

Gemäß [§ 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 MDK einzuholen. Nach [§ 275 Abs. 1c Satz 1 a.F.](#) ist bei Krankenhausbehandlung nach [§ 39 SGB V](#) eine Prüfung nach Abs. 1 Nr. 1 zeitnah durchzuführen. Die Prüfung nach Satz 1 ist spätestens sechs Wochen nach Eingang der Abrechnung bei der Krankenkasse einzuleiten und durch den MDK dem Krankenhaus anzuzeigen (Satz 2). Nach Satz 3 der Regelung hat die Krankenkasse dem Krankenhaus eine Aufwandspauschale in Höhe von 300,00 EUR zu entrichten, falls die Prüfung nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrags führt.

bb. Die Voraussetzungen für einen Anspruch der Klägerin auf die Aufwandspauschale sind vorliegend erfüllt. Zu den Grundvoraussetzungen gehört zum einen, dass überhaupt eine Prüfung im Sinne des [§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) i.V.m. [§ 275 Abs. 1c Satz 1 SGB V](#) a.F. mit dem Ziel einer Verminderung des Rechnungsbetrages für die Krankenhausbehandlung eingeleitet und durchgeführt wurde (hierzu (1)) und zum anderen, dass bei dem Krankenhaus durch die erneute Befassung mit dem Behandlungsfall ein zusätzlicher Verwaltungsaufwand entstand (hierzu (3)). Die Prüfung darf im Übrigen nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrags geführt haben (hierzu (4)). Von einem gezielten Prüfauftrag zur Abrechnungsminderung ist auch dann auszugehen, wenn die Krankenkasse bei einem in der Vergangenheit liegenden, d.h. bereits beendeten stationären Aufenthalt einen gezielten Prüfauftrag schon vor Rechnungsstellung des Krankenhauses, und zwar im Vorgriff auf eine erwartete, möglicherweise nicht ordnungsgemäße Abrechnung der Krankenhausleistungen erteilt, ohne dass hierfür ein sachlich tragfähiger Grund vorliegt (hierzu (2)).

(1) Für eine die Aufwandspauschale auslösende Prüfung reicht nicht jegliche ergebnislose Rückfrage der Krankenkasse beim Krankenhaus im Zusammenhang mit Krankenhausabrechnungen aus (ständige Rechtsprechung; vgl. BSG, Urteil vom 22. Juni 2010 – [B 1 KR 1/10 R](#) – juris, Rn. 13; BSG, Urteil vom 16. Mai 2012 – [B 3 KR 12/11 R](#) – juris, Rn. 13; BSG, Urteil vom 13. November 2012 – [B 1 KR 10/12 R](#) – juris, Rn. 10). So genügt eine Anfrage aus anderen zulässigen Gründen, wie bspw. eine vermutete Unterversorgung von Versicherten im Krankenhaus aufzudecken oder die Notwendigkeit ergänzender diagnostischer bzw. therapeutischer Maßnahmen im Anschluss an die Krankenhausbehandlung eines Versicherten abzuklären, nicht (BSG, Urteil vom 13. November 2012, [a.a.O.](#), auch zur Stichprobenprüfung nach [§ 17c Abs. 2 Krankenhausfinanzierungsgesetz \(KHG\)](#) in der bis zum 31. Juli 2013 geltenden Fassung (a.F.)).

Ausreichend für einen Anspruch aus [§ 275 Abs. 1c Satz 3 SGB V](#) a.F. ist auch nicht, dass die Krankenkasse eine Abrechnungsprüfung auf der Grundlage der an sie übermittelten Abrechnungsdaten des Krankenhauses gemäß [§ 301 SGB V](#) ohne Hinzuziehung des MDK vornimmt (erste Stufe eines Prüfverfahrens) und ebenso wenig, dass Mitarbeiter der Krankenkasse aufgrund dieser Angaben oder eines etwa vorliegenden Kurzberichts auf der zweiten Stufe der Sachverhaltserhebung ein Prüfverfahren nach [§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) einleiten und hierbei beim MDK unter Vorlage aller sich im Verfügungsbereich der Krankenkasse befindlichen Unterlagen eine gutachtliche Stellungnahme einholen. Geeignet, einen Anspruch aus [§ 275 Abs. 1c Satz 3 SGB V](#) a.F. auszulösen, ist erst ein auf der dritten Stufe angesiedeltes, weitergehendes Prüfverfahren der stationären Krankenhausbehandlung, bei dem das Krankenhaus verpflichtet ist, dem MDK alle weiteren Auskünfte zu erteilen und Unterlagen vorzulegen, die zur Beantwortung der Prüfanfrage der Krankenkasse im Einzelfall benötigt werden. Rechtsgrundlage hierfür war im streitigen Zeitraum [§ 276 Abs. 2 Satz 1 Halbsatz 2 SGB V](#) in der bis 31. Dezember 2015 gültig gewesenen Fassung (a.F.; seit 1. Januar 2016: [§ 276 Abs. 2 Satz 2 SGB V](#)). Danach sind die Leistungserbringer verpflichtet, Sozialdaten auf Aufforderung des Medizinischen Dienstes unmittelbar an diesen zu übermitteln, sofern die Krankenkassen nach [§ 275 Abs. 1 bis 3 SGB V](#) eine gutachtliche Stellungnahme oder Prüfung durch den MDK veranlasst haben und diese für die gutachtliche Stellungnahme und Prüfung erforderlich sind. Nur auf dieser dritten Stufe der Sachverhaltsermittlung, wenn also der MDK auf Veranlassung der Krankenkasse Sozialdaten zur Rechnungsprüfung beim Krankenhaus gemäß [§ 276 Abs. 2 Satz 1 Halbsatz 2 SGB V](#) a.F. (seit 1. Januar 2016: [§ 276 Abs. 2 Satz 2 SGB V](#)) angefordert hat und es nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages gekommen ist, kommt die Pflicht zur Zahlung einer Aufwandspauschale in Betracht.

Bei einer die Aufwandspauschale auslösenden Prüfung muss die Krankenkasse den MDK gezielt beauftragt haben, eine gutachtliche Stellungnahme abzugeben, mit dem Ziel, in Verfolgung des Wirtschaftlichkeitsgebots zu einer Verminderung der Vergütung zu gelangen,

d.h. eine Verminderung des (möglicherweise) vom Krankenhaus zu hoch angesetzten Abrechnungsbetrages im Einzelfall zu erreichen (vgl. BSG, Urteil vom 22. Juni 2010, [a.a.O.](#), Rn. 13). Soweit das BSG in ständiger Rechtsprechung und insbesondere auch in den von der Beklagten herangezogenen Urteilen vom 13. November 2012 ([a.a.O.](#)) und 16. Mai 2012 ([a.a.O.](#)) davon ausgeht, dass für die Auslösung einer Aufwandspauschale ein gezielter Prüfauftrag der Krankenkasse zur Abrechnungsminderung erforderlich ist, legt es ausgehend vom Wortlaut des [§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) ("Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung") und des [§ 275 Abs. 1c Satz 3 SGB V](#) ("Minderung des Abrechnungsbetrags") naturgemäß zu Grunde, dass der Krankenkasse zum Zeitpunkt der Erteilung des Prüfauftrags bereits eine Abrechnung der erbrachten Krankenhausleistungen vorliegt, da nur dann ein Prüfauftrag mit dem Ziel einer Minderung gerade des Abrechnungsbetrags in Betracht kommt. Entsprechend geht das BSG im Grundsatz davon aus, dass es zur Auslösung einer Aufwandspauschale erforderlich ist, dass das Krankenhaus die erbrachte Leistung bereits abgerechnet hat, zumindest in Form einer Zwischenrechnung (vgl. BSG, Urteil vom 16. Mai 2012, [a.a.O.](#), Rn. 12). Dementsprechend betonte das BSG bspw. in seinem Urteil vom 13. November 2012 ([a.a.O.](#), Rn. 14), dass es an einem gezielten Prüfauftrag zur Abrechnungsminderung fehle, wenn der Krankenkasse bei Erteilung des Auftrags noch gar keine Rechnung vorliege. Allerdings hat es in jener Entscheidung auch deutlich gemacht, dass allein das Vorliegen einer Rechnung nicht ausreichend sei, weil es für das Auslösen einer Aufwandspauschale erforderlich sei, dass der Prüfauftrag gezielt zur Abrechnungsminderung erteilt werde. Dies komme nur dann in Frage, wenn sich der Prüfauftrag zumindest auch ganz oder teilweise auf einen in der Vergangenheit liegenden Zeitraum erstrecke, für den das Krankenhaus der Krankenkasse eine Rechnung übersandt habe. Diesem Verfahren lag ein Sachverhalt zu Grunde, bei dem die Versicherte wegen einer psychiatrischen Erkrankung bereits vier Wochen stationär behandelt und die Beklagte seitens des Krankenhauses um eine (weitere) Kostenübernahmeerklärung gebeten worden war, worauf die Krankenkasse den MDK mit der Prüfung beauftragte, wie lange die weitere stationäre Behandlung medizinisch erforderlich sei. Da der Prüfauftrag nicht die gezielte Prüfung einer in der Vergangenheit erteilten Abrechnung zum Gegenstand hatte, verneinte das BSG die Auslösung einer Aufwandspauschale. Dabei machte es auch deutlich, dass es angesichts des konkreten Prüfauftrags auf das Vorliegen einer ersten Krankenhausabrechnung, etwa in Form einer Zwischenabrechnung, nicht ankam.

Auch dem Urteil des BSG vom 16. Mai 2012 ([a.a.O.](#)) lag eine mehrwöchige stationäre psychiatrische Behandlung zu Grunde, wobei die Versicherte innerhalb von 12 Monaten zum dritten Mal aufgenommen worden war. Nach Eingang einer ersten Zwischenabrechnung erteilte die Beklagte dem MDK einen Prüfauftrag, in dem sie auf die dritte stationäre Aufnahme innerhalb von 12 Monaten verwies und um Klärung der Frage bat, ob die stationäre Aufnahme medizinisch notwendig sei, und wenn ja, bis wann dies der Fall sei. In diesem Fall bejahte das BSG das Vorliegen einer Abrechnungsprüfung im Sinne von [§ 275 Abs. 1c Satz 3 SGB V](#) a.F. und führte aus, dass hiervon regelmäßig dann auszugehen sei, wenn der dem MDK erteilte Prüfauftrag bei objektiver Betrachtungsweise eine Herabsetzung der im Raum stehenden Krankenhausvergütung zur Folge haben könne und im Zeitpunkt der Auftragserteilung an den MDK zumindest bereits eine erste Krankenhausrechnung ordnungsgemäß erstellt und bei der Krankenkasse eingegangen sei. In diesem Fall werde unwiderleglich vermutet, dass Ziel des beauftragten MDK-Gutachtens eine Minderung der bereits geforderten und zukünftig zu erwartenden Vergütung sei. Ob dies der Fall sei, beurteile sich ausschließlich nach den äußeren Umständen des Sachverhalts, nicht aber nach der inneren Willensrichtung der Beteiligten. Daher sei ohne Bedeutung, ob die Mitarbeiter der Krankenkasse vom Eingang der Zwischenrechnung bereits Kenntnis hatten oder ob sie dem MDK auch ohne Rechnungsstellung seitens des Krankenhauses einen Prüfauftrag hätten erteilen wollen. Diese Umstände lägen in der ausschließlichen Verantwortung der Binnenorganisation der Krankenkassen und sei äußerer Erkenntnis in der Regel nicht zugänglich, so dass sie für die Beurteilung der objektiven Ziele einer von der Krankenkasse eingeleiteten MDK-Prüfung keine Bedeutung haben könnten (BSG, Urteil vom 16. Mai 2012, [a.a.O.](#) juris, Rn. 17).

Weiter führte das BSG sodann aus, dass wegen der tatbestandlichen Anbindung der Aufwandspauschale an den Begriff "Minderung des Abrechnungsbetrags" eine Pauschale folglich nicht verlangt werden könne, solange der Krankenkasse eine konkret bezifferte und deshalb der Minderung fähige Abrechnung noch nicht zugegangen sei. Nicht ausgelöst werde eine Aufwandspauschale deshalb, wenn der MDK zur Prüfung nach [§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) - etwa zur Frage der Erforderlichkeit der Krankenhausbehandlung - noch vor Eingang einer ersten Zwischenabrechnung beauftragt werde. Dabei gewonnene Erkenntnisse könnten zwar durchaus dazu führen, dass es später nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages komme. Der Wortlaut des [§ 275 Abs. 1c Satz 3 SGB V](#) a.F. wäre aber überspannt, wenn man in solchen Fällen, in denen eine Vergütungsforderung des Krankenhauses noch gar nicht beziffert sei, bereits die Möglichkeit zur Zahlung einer Aufwandspauschale statuieren würde. Den Krankenkassen stehe deshalb die Zeitspanne zwischen dem Zugang der Krankenhausaufnahmeanzeige und einer ersten Zwischenabrechnung, innerhalb derer die Krankenkassen zur Frage der Erforderlichkeit der Krankenhausbehandlung dem MDK einen Prüfauftrag erteilen können, ohne hierdurch eine Aufwandspauschale auszulösen, selbst wenn es aufgrund der hierbei gewonnenen Erkenntnisse später nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages kommt. Vorausgesetzt hat das BSG dabei aber, dass ein solcher frühzeitiger Prüfauftrag durch sachlich tragfähige Gründe gerechtfertigt ist. Dies bedeutet im Umkehrschluss, dass ein solcher frühzeitiger Prüfauftrag, der gerade nicht durch sachlich Gründe gerechtfertigt ist, durchaus eine Aufwandspauschale auslösen kann, mithin gerade auch dann, wenn noch keine Rechnungsstellung durch das Krankenhaus erfolgt ist.

Das BSG hat damit eine Zeitspanne beschrieben, nämlich zwischen dem Zugang der Krankenhausaufnahmeanzeige und einer ersten Zwischenabrechnung, innerhalb derer die Krankenkassen zur Frage der Erforderlichkeit der Krankenhausbehandlung dem MDK einen Prüfauftrag erteilen können, ohne hierdurch eine Aufwandspauschale auszulösen, selbst wenn es aufgrund der hierbei gewonnenen Erkenntnisse später nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages kommt. Vorausgesetzt hat das BSG dabei aber, dass ein solcher frühzeitiger Prüfauftrag durch sachlich tragfähige Gründe gerechtfertigt ist. Dies bedeutet im Umkehrschluss, dass ein solcher frühzeitiger Prüfauftrag, der gerade nicht durch sachlich Gründe gerechtfertigt ist, durchaus eine Aufwandspauschale auslösen kann, mithin gerade auch dann, wenn noch keine Rechnungsstellung durch das Krankenhaus erfolgt ist.

Vorliegend lag kein sachlich tragfähiger Grund vor, den SMD bereits am 7. Oktober 2012, dem Tag, an dem sie von der Klägerin erfahren hatte, dass der (in der Vergangenheit liegende) stationäre Aufenthalt ihrer Versicherten bereits am 28. September 2012 geendet hatte, mit der Prüfung der Wirtschaftlichkeit der stationären Behandlung der Versicherten zu beauftragen, ohne zuvor die Rechnungsstellung der Klägerin abzuwarten. Aus diesem Grund ist die vorliegende Fallgestaltung auch nicht mit jenen vergleichbar, die den von der Beklagten herangezogenen Urteilen des BSG zu Grunde lagen und auf die sie ihre Rechtsauffassung stützt, die Auslösung einer Aufwandspauschale sei stets ausgeschlossen, wenn der Prüfauftrag schon erteilt wird, bevor eine Leistungsabrechnung des Krankenhauses vorliegt.

Die Beklagte erteilte dem SMD im Sinne der vorstehenden Ausführungen einen frühzeitigen Prüfauftrag zur Frage der Erforderlichkeit der bereits abgeschlossen gewesenen stationären Behandlung und deren Dauer. So erlangte die Beklagte im Wege des Datenträgeraustauschs am 7. Oktober 2013 Kenntnis davon, dass die am 24. September 2013 stationär aufgenommene Versicherte am 28. September 2013 entlassen wurde, und die Beklagte beauftragte noch am selben Tag den SMD mit einer Prüfung gemäß [§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) und dem Ziel, zu prüfen, ob die stationäre Behandlung der Versicherten erforderlich war und ob hilfsweise eine kurzstationäre Aufnahme mit äußerst

begrenzter Verweildauer ausreichend gewesen wäre. Die Besonderheit liegt vorliegend darin, dass zum Zeitpunkt der Erteilung des Prüfauftrags am 7. Oktober 2013 die stationäre Behandlung der Versicherten bereits beendet war und der Behandlungsfall damit abgeschlossen war. Eine Rechnung der Klägerin lag zu diesem Zeitpunkt freilich noch nicht vor. Dem Prüfauftrag der Beklagten ist nicht zu entnehmen, aus welchem Grund sie die Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Krankenhausbehandlung schon zu diesem frühen Zeitpunkt veranlasste und die Rechnungsstellung nicht abwartete. Die Beklagte nannte auch im weiteren Verlauf keinen Grund für ihren frühzeitigen Prüfauftrag. Sie äußerte sich diesbezüglich weder in ihrem Schreiben an die Klägerin vom 7. Dezember 2017, mit dem sie die Zahlung der Aufwandspauschale ablehnte, noch im Rahmen des nachfolgenden gerichtlichen Verfahrens. Die Beklagte hat stattdessen ausschließlich geltend gemacht, eine Aufwandspauschale sei nicht ausgelöst worden, weil ihr zum Zeitpunkt der Erteilung ihres Prüfauftrags an den SMD noch keine Abrechnung des Krankenhauses vorgelegen habe. Im Sinne des [§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) i.V.m. [§ 275 Abs. 1c Satz 3 SGB V](#) a.F. habe daher eine Abrechnungsprüfung, die eine Aufwandspauschale auslösen könne, nicht vorgelegen.

Nachdem die Beklagte keinen Grund für ihren frühzeitigen Prüfauftrag nannte und ein tragfähiger sachlicher Grund dafür, den SMD schon vor Eingang einer Rechnung der Klägerin mit einer Prüfung der Erforderlichkeit der stationären Behandlung zu beauftragen, auch nicht ersichtlich ist, ist nicht erkennbar, welchem anderen Ziel der frühzeitige Prüfauftrag hätte dienen sollen, als jenem, der Klägerin nach Abrechnung der Krankenhausbehandlung ggf. eine Minderung entgegenhalten zu können, weil die stationäre Behandlung dem Wirtschaftlichkeitsgebot widersprach, weil die Behandlung auch ambulant durchführbar bzw. stationär mit einer kürzeren Verweildauer möglich gewesen wäre. Der Senat ist daher davon überzeugt, dass die unmittelbar nach Eingang der Daten gemäß [§ 301 SGB V](#) und vor Eingang der Abrechnung der Klägerin erfolgte Beauftragung des SMD allein dazu diene, eine gezielte Abrechnungsprüfung im Sinne der Rechtsprechung des BSG, d.h. nach Rechnungsstellung zu vermeiden, um so die Auslösung einer Aufwandspauschale zu verhindern, falls die Prüfung - wie dies vorliegend auch der Fall war - eine Unwirtschaftlichkeit der stationären Behandlung nicht bestätigte. Ein Fall der oben erwähnten und im Urteil des BSG vom 16. Mai 2012 (a.a.O.) beschriebenen Art, in dem eine frühzeitige Prüfung nach [§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) erfolgt, ohne dass die Kostenfolge des [§ 275 Abs. 1c Satz 3 SGB V](#) a.F. ausgelöst wird, liegt hier somit nicht vor. Vielmehr erweist sich das Vorgehen der Beklagten als missbräuchlich.

(2) Der Senat erachtet es in Fallkonstellationen der vorliegenden Art für geboten, in erweiternder Auslegung des [§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) i.V.m. [§ 275 Abs. 1c Satz 3 SGB V](#) a.F. von einem gezielten Prüfauftrag zur Abrechnungsminderung auch dann auszugehen, wenn die Krankenkasse bei einem in der Vergangenheit liegenden, d.h. bereits beendeten stationären Aufenthalt einen gezielten Prüfauftrag schon vor Rechnungsstellung des Krankenhauses, und zwar im Vorgriff auf eine erwartete, möglicherweise nicht ordnungsgemäße Abrechnung der Krankenhausleistungen erteilt, ohne dass hierfür ein sachlich tragfähiger Grund vorliegt. Nach Auffassung des Senats liegt im Sinne des [§ 275 Abs. 1c Satz 3 SGB V](#) a.F. eine "Prüfung", die "nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrags führt" und daher eine Aufwandspauschale auslöst, nicht nur vor, wenn nach erfolgter Abrechnung und daraufhin veranlasster Auffälligkeitsprüfung keine Minderung des Abrechnungsbetrags erfolgt, sondern auch dann, wenn die Krankenkasse bei einem bereits abgeschlossenen (in der Vergangenheit liegenden) stationären Aufenthalt, ohne die Rechnungsstellung des Krankenhauses abzuwarten, bereits aufgrund der mitgeteilten Daten gemäß [§ 301 SGB V](#) und dem hiernach zu erwarteten Abrechnungsbetrag ohne sachlichen Grund einen Prüfauftrag erteilt, um der späteren Abrechnung (möglicherweise) eine Minderung wegen Unwirtschaftlichkeit entgegenhalten zu können.

Dieser Auslegung steht - entgegen der Ansicht der Beklagten - nicht entgegen, dass der Gesetzgeber die Auslösung einer Aufwandspauschale nur für eng begrenzte Sachverhalte vorgesehen hat. Sie trägt vielmehr Sinn und Zweck der Regelung des [§ 275 Abs. 1c Satz 3 SGB V](#) a.F. Rechnung und dem Ziel des Gesetzgebers, mit dieser Regelung den bürokratischen Aufwand und dessen Folgen infolge der Kontrolle von Krankenhausabrechnungen auf Krankenseite möglichst gering zu halten.

Nach den gesetzlichen Regelungen liegt es in der Verantwortung der Krankenkassen, Krankenhausabrechnungen auch in medizinischer Hinsicht zu überprüfen und auch bei der Erbringung der Leistungen der Krankenhäuser auf die Einhaltung des Wirtschaftlichkeitsgebots ([§ 2 Abs. 1 Satz 1, § 4 Abs. 3, § 12 SGB V](#)) zu achten, das uneingeschränkt auch im Bereich des Leistungserbringerrechts gilt ([§ 70 Abs. 1 SGB V](#)). Entsprechend basiert [§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) einerseits auf der Pflicht der Krankenkassen, nur solche Leistungen zu bewilligen, sowie der Pflicht der Krankenhäuser andererseits, nur solche Leistungen zu bewirken, die ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind und das Maß des notwendigen nicht überschreiten. Der Anspruch auf Vergütung stationärer Krankenhausbehandlung nach [§ 39 SGB V](#) setzt deshalb u.a. voraus, dass die Behandlung notwendig bzw. erforderlich war, und es obliegt den Krankenkassen, gerade diese Voraussetzungen zu überprüfen und hierzu gegebenenfalls den MDK einzuschalten. Allerdings hat der Gesetzgeber den Umfang der Prüftätigkeit des MDK kritisch bewertet und deshalb mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) vom 26. März 2007 ([BGBl. I, S. 378](#)) die Regelung des [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) eingefügt. In der Gesetzesbegründung ([BT-Drucks. 16/3100, S. 171](#)) heißt es hierzu: "Von einzelnen Krankenkassen wird die Prüfungsmöglichkeit in unverhältnismäßiger und nicht sachgerechter Weise zur Einzelfallsteuerung genutzt. Dies führt zu unnötiger Bürokratie. Für einzelne Kassenarten liegen Hinweise zu Prüfquoten im Rahmen der Einzelfallprüfung in Höhe von 45 Prozent der Krankenhausfälle vor. Dies belastet die Abläufe in den Krankenhäusern teils erheblich, sorgt für zusätzlichen personellen und finanziellen Aufwand und führt in der Regel zu hohen und nicht gerechtfertigten Außenständen und Liquiditätsproblemen. Eine zeitnahe Prüfung ist nicht immer gewährleistet. Teilweise werden weit zurückliegende Fälle aus Vorjahren geprüft. Als Beitrag zu dem angestrebten Bürokratieabbau werden Anreize gesetzt, um Einzelfallprüfungen künftig zielorientierter und zügiger einzusetzen. Mit der Pauschale wird eine vereinfachte, aber unbürokratische Regelung verfolgt. Sie kann deshalb keine Detailgerechtigkeit in jedem Einzelfall gewährleisten." Zudem wurde darauf hingewiesen, dass die Krankenkassen Mehrausgaben bei gezielter Durchführung ihrer Einzelfallprüfung weitgehend vermeiden könnten. Soweit systematische Mängel bei der Abrechnung vermutet würden, könne dies im Rahmen der verdachtsunabhängigen Stichprobenprüfung nach [§ 17c](#) des KHG (a.F.) geprüft werden. Seine mit der Aufwandspauschale verfolgte Zielvorstellung hat der Gesetzgeber mit dem KHRG vom 17. März 2009 nochmals konkretisiert. Weil deren ursprüngliche Höhe "nicht in dem erhofften Umfang zu einer Reduzierung der Prüfquote geführt" habe, hat er die Aufwandspauschale nach [§ 275 Abs. 1c Satz 3 SGB V](#) von 100,00 EUR auf 300,00 EUR angehoben. Damit sollte der Anreiz erhöht werden, von ohne konkrete Verdachtsmomente initiierten Einzelfallprüfungen abzusehen ([BT-Drucks. 16/11429, S. 47](#)).

Die vorstehende Auslegung des [§ 275 Abs. 1c Satz 3 SGB V](#) a.F. trägt dem mit Einführung der Aufwandspauschale verfolgten Ziel des Gesetzgebers Rechnung, die den Krankenkassen obliegende Prüfmöglichkeit zielorientiert einzusetzen, diese jedoch nicht in unverhältnismäßiger und nicht sachgerechter Weise zu nutzen. Würde man demgegenüber im Sinne der Auffassung der Beklagten für die Auslösung einer Aufwandspauschale - quasi als ungeschriebenes Tatbestandsmerkmal - stets verlangen, dass der Krankenkasse die Krankenhausleistungen bereits vor Erteilung eines Prüfauftrags zumindest in Form einer Zwischenrechnung in Rechnung gestellt wurden, so

fürte dies in Fallgestaltungen der vorliegenden Art entgegen dem gesetzgeberischen Ziel gerade dazu, dass die Krankenkassen die Auslösung einer Aufwandspauschale stets vermeiden könnten. Hierzu wäre lediglich erforderlich, dass sie unmittelbar nach Zugang der Daten gemäß [§ 301 SGB V](#) und vor Rechnungsstellung durch das Krankenhaus eine Prüfung gemäß [§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) mit dem Ziel einleiten, die Erforderlichkeit einer stationären Behandlung bzw. deren Verweildauer zu prüfen, um dann nach erfolgter Rechnungsstellung im Falle einer Unwirtschaftlichkeit die entsprechenden Einwendungen mit dem Ziel der Rechnungsminderung zu erheben. Die mit Einführung der Aufwandspauschale geschaffenen Anreize, um sachwidrige Prüfaufträge der Krankenkassen an den MDK zu verhindern, blieben in Fallgestaltungen der vorliegenden Art wirkungslos, da eine Aufwandspauschale nicht ausgelöst würde. Es wäre daher nicht zu erwarten, dass nur im Falle von Auffälligkeiten, bei denen die ernsthafte Möglichkeit einer Minderung des Abrechnungsbetrags im Raum steht, eine Prüfung veranlasst wird. Denn die Auslösung einer Aufwandspauschale ließe sich allein schon mit einem zügigen, vor Rechnungsstellung erteilten Prüfauftrag vermeiden.

(3) Für die Klägerin entstand aufgrund des Prüfauftrags der Beklagten in ihrem Organisationsbereich durch die erneute Befassung mit dem Behandlungsfall ein Verwaltungsaufwand, der über die Erfüllung der üblichen Mitteilungs- und Abrechnungsobliegenheiten hinausging. Dies wird von der Beklagten auch nicht in Zweifel gezogen.

(4) Schließlich führte die von der Beklagten veranlasste Prüfung nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages. Die Rechnung der Klägerin vom 21. November 2013 über die stationäre Behandlung der Versicherten beglich die Beklagte im Dezember 2013 in vollem Umfang, ohne hiergegen Einwände zu erheben.

3. Der Anspruch auf die begehrten Zinsen ergibt sich als Anspruch auf Prozesszinsen aus [§ 69 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) i.V.m. [§§ 291 Satz 1, Halbsatz 1, Satz 2, 288 Abs. 1 Satz 2](#) Bürgerliches Gesetzbuch (BGB). Etwas Anderes ist zwischen den Beteiligten vertraglich ([§ 112 SGB V](#)) nicht geregelt. Deshalb gelten für die Rechtsbeziehungen der Beteiligten die Zinsvorschriften des BGB entsprechend. Danach gilt: Ist Rechtshängigkeit ([§ 94 SGG](#)) eingetreten, beginnt der Lauf des Zinsanspruchs in entsprechender Anwendung von [§ 187 Abs. 1 BGB](#) mit dem folgenden Tag (vgl. BSG, Urteil vom 16. Juli 2020 - [B 1 KR 15/19 R](#) - juris, Rn. 33; Urteil vom 9. April 2019 - [B 1 KR 5/19 R](#) - juris, Rn. 39; Urteil vom 25. Oktober 2018 - [B 7 AY 2/18 R](#) - juris, Rn. 22; Feldmann, in Staudinger, Kommentar zum BGB, 2019, § 291 Rn. 19 m.w.N.; a.A. noch BSG, Urteil vom 23. Juni 2015 - [B 1 KR 24/14 R](#) - juris, Rn. 16; Urteil vom 28. November 2013 - [B 3 KR 4/13 R](#) - juris, Rn. 27: Beginn der Verzinsung ab dem Tag der Rechtshängigkeit). Da die Klageschrift beim SG am 27. Dezember 2017 einging, hat die Klägerin Anspruch auf Prozesszinsen ab 28. Dezember 2017. Dementsprechend war der Tenor zu korrigieren. Soweit die Klägerin bei Klageerhebung Zinsen zunächst erst ab 4. Januar 2018 geltend machte und ihr Begehren insoweit nachfolgend erweiterte, handelt es sich um eine zulässige Änderung des Antrags und nicht um eine Klageänderung (vgl. [§ 99 Abs. 3 Nr. 2 SGG](#)).

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

5. Der Senat hat die Revision wegen grundsätzlicher Bedeutung der Rechtssache gemäß [§ 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG](#) zugelassen.

6. Die endgültige Festsetzung des Streitwerts beruht auf [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i.V.m. [§ 63 Abs. 2 Satz 1](#), [§ 52 Abs. 3 Satz 1](#), [§ 47 Abs. 1](#) Gerichtskostengesetz (GKG). Dabei war der Verzinsungsantrag nicht streitwerterhöhend zu berücksichtigen, da es sich insofern um eine Nebenforderung im Sinne von [§ 43 Abs. 1 GKG](#) handelt.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2021-01-08