

S 12 KR 72/16

Land
Hessen
Sozialgericht
SG Kassel (HES)
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
12
1. Instanz
SG Kassel (HES)
Aktenzeichen
S 12 KR 72/16
Datum
04.05.2016
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 8 KR 226/16 NZB
Datum
25.07.2016
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

Zur Rückforderung und Aufrechnung einer zunächst auf entsprechende Rechnungsstellung nach [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) im Jahr 2014 vorbehaltlos gezahlten Aufwandspauschale, wenn die Krankenkasse zuvor beim MDK zur Rechnungsprüfung ausdrücklich eine Auffälligkeitsprüfung in Auftrag gibt, dabei gegenüber dem MDK auch entsprechende Auffälligkeiten explizit benennt, den Prüfauftrag auf diese Auffälligkeiten stützt, ihn auf der Grundlage dieser am konkreten Einzelfall orientierten Auffälligkeiten spezifiziert, der MDK in seiner anschließenden Prüfanzzeige gegenüber dem Krankenhaus unter ausdrücklichem Verweis auf [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) und zur Wahrung der dortigen 6-Wochen-Frist diese Auffälligkeiten im Einzelnen in Bezug nimmt, insoweit beim Krankenhaus zur Rechnungsprüfung eine Reihe von konkret benannten Krankenunterlagen anfordert oder aber auch im Rahmen einer Krankenhausbegehung vor Ort Einsicht in die Krankengeschichte des konkreten Behandlungsfalles nimmt, die anschließende Rechnungsprüfung des MDK die ursprüngliche Rechnungsstellung des Krankenhauses bestätigt, eine Rechnungskürzung danach unterbleibt, die Krankenkasse im Weiteren die seitens des Krankenhauses ausdrücklich unter Verweis auf [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) in Rechnung gestellte Aufwandspauschale vorbehaltlos ausgleicht, sie später dann aber mit der Begründung zurückfordert und mittels einfachem Zahlungsavis aufrechnet, dass lediglich eine Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit der ursprünglichen Krankenhausabrechnung erfolgt sei, die mit der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (Urteile vom 01.07.2014, [B 1 KR 29/13 R](#) sowie vom 14.10.2014, [B 1 KR 25/13 R](#), [B 1 KR 26/13 R](#) und [B 1 KR 34/13 R](#)) keinen Anspruch auf Zahlung der Aufwandspauschale nach [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) begründe, u.a. das vorgenannte Urteil vom 01.07.2014 dann aber bei der vorbehaltlosen Zahlung der Aufwandspauschale sowohl durch einen entsprechenden Terminbericht als auch die anschließend im Wortlaut erfolgte Veröffentlichung auch bereits bekannt war.

1. Die Beklagte wird verurteilt, der Klägerin 300,00 Euro zzgl. Zinsen hieraus in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz der Europäischen Zentralbank seit dem 14.10.2015 zu zahlen.

2. Die Beklagte hat einschließlich der Kosten der Klägerin insgesamt die Kosten des Rechtsstreits zu tragen.

3. Die Berufung wird nicht zugelassen.

4. Der Wert des Streitgegenstandes wird mit 300,00 Euro festgesetzt.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist mit der am 18.01.2016 beim Sozialgericht in Kassel erhobenen Klage streitig, ob die beklagte Krankenkasse verpflichtet ist, der Klägerin als Krankenhausträgerin aus Anlass einer vollstationären Krankenhausbehandlung eines/einer Versicherten der Beklagten weitere Kosten in Höhe von 300,00 Euro zzgl. Zinsen zu zahlen, nachdem die Beklagte eine dem Grunde und der Höhe nach unbestrittene Rechnungsforderung mit einer von ihr, der Klägerin gegenüber geltend gemachten, von dieser jedoch bestrittenen Rückforderung von 300,00 Euro, einen anderen Versicherten/eine andere Versicherte betreffend, aufgerechnet hat.

Aufgerechnet worden ist als von der Beklagten geltend gemachtem Erstattungs-/Rückzahlungsanspruch insoweit in Höhe von 300,00 Euro die Aufwandspauschale, die die Beklagte der Klägerin aus Anlass einer von der Beklagten im Jahr 2014 nach [§ 275 Abs. 1c Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Krankenversicherung \(SGB V\)](#) eingeleiteten Rechnungsprüfung auf entsprechende Rechnungslegung der Klägerin zunächst noch vorbehaltlos gezahlt hatte, nachdem die Rechnungsprüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) zu keinen Beanstandungen geführt hatte.

Eingeleitet worden war die Rechnungsprüfung, hier konkret eine stationäre Behandlung den Versicherten E. E. betreffend, gegenüber der

Klägerin dabei ursprünglich mit Schreiben des MDK vom 30.04.2014. Dies auch unter ausdrücklicher Bezugnahme von [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) sowie zur Wahrung der dortigen 6-Wochen-Frist, nachdem der MDK von der Beklagten hinsichtlich der Behandlung des vorgenannten Versicherten mit einer Prüfung beauftragt worden sei, u.a. mit der Fragestellung, ob die Hauptdiagnose (HD) korrekt sei, nachdem die vom KH übermittelte HD von der gemeldeten Aufnahmediagnose (J18.0) abweiche, wobei bei weiteren Auffälligkeiten die Fragestellung ggf. erweitert werden könne. Insoweit werde um Übersendung des Krankenhausentlassberichts und des Geriätrisches Assesments gebeten. Sollten darüber hinaus weitere Unterlagen für die Bewertung des Sachverhaltes relevant sein, so seien diese den vorgenannten Unterlagen beizufügen. Die dortige Wiedervorlage sehe schließlich eine Befristung vor. Sollte der MDK bis zum 28.05.2014 keinen Eingang feststellen, werde der Auftrag an die Krankenkasse zurückgegeben, ohne dass die vorgenannt eingeleitete und durch den MDK dann auch entsprechend durchgeführte Prüfung jedoch zu einer Rechnungskürzung geführt hätte. Dies mit der weiteren Folge, dass auf die ausdrücklich unter Bezugnahme von [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) erfolgte anschließende Inrechnungstellung der Aufwandspauschale durch die Klägerin vom 25.11.2014 diese von der Beklagten der Klägerin auch ohne Einschränkungen irgendwelcher Art vorbehaltlos gezahlt worden war.

Im Anschluss an Urteile des Bundessozialgerichtes (BSG) vom 01.07.2014, [B 1 KR 29/13 R](#) und vom 14.10.2014, [B 1 KR 25/13 R](#), [B 1 KR 26/13 R](#) und [B 1 KR 34/13 R](#) gelangte die Beklagte dann jedoch im Weiteren vorliegend und in mehr als 100 weiteren Abrechnungsfällen des Jahres 2014, in denen die Beklagte die Aufwandspauschale im Anschluss an entsprechende Rechnungsprüfungen durch den MDK noch in 2014 vorbehaltlos gezahlt hatte, zu der Auffassung, dass die Aufwandspauschale hier zu Unrecht entrichtet worden sei. Dies nach Aktenlage deshalb, weil mit dem BSG (wie vor) Wortlaut, Entstehungsgeschichte, Regelungssystem und Regelungszweck des [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) verdeutlichten, dass der Anspruch auf Zahlung einer Aufwandspauschale eine Auffälligkeitsprüfung voraussetze, die Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit einer Krankenhausrechnung nach [§ 301 SGB V](#) dabei jedoch keine Auffälligkeitsprüfung im Sinne von [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) darstelle, das Überprüfungsrecht der Krankenkassen auf sachlich-rechnerische Richtigkeit insoweit unabhängig von den engeren Anforderungen einer Auffälligkeitsprüfung bestehe und einem eigenen Prüfrezime unterliege, wobei vorliegend dann gerade keine Auffälligkeitsprüfung erfolgt sei, sondern eine Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit, die richtige Kodierung und Abrechnung betreffend, wofür der Anspruch auf Zahlung einer Aufwandspauschale nach [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) nicht in Betracht komme, die dennoch getätigte Zahlung hier also zu Unrecht vorgenommen worden und die erfolgte Zahlung der Beklagten zurückzuerstatten sei.

Letzteres teilte die Beklagte der Klägerin nach ihren dem Gericht vorgelegten Verwaltungsvorgängen ohne konkreten Einzelfallbezug und insoweit ohne weitere Erläuterung der Anwendbarkeit der vorgenannten Rechtsprechung auch auf den vorliegenden Abrechnungsfall mit Schreiben vom 14.09.2010 allgemein mit und führte weiter aus, dass sie "in den nächsten Tagen alle bei uns vorliegenden Rechnungen über Aufwandspauschalen im Zusammenhang mit der Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit, die wir im Jahr 2014 an Sie gezahlt haben, verrechnen". Letzteres erfolgte dann am 14.10.2015, worauf die Klägerin die vorliegende Klage erhoben hat. Dabei war die Aufrechnung nach Aktenlage dann ebenfalls nicht konkret und einzelfallbezogen gegen einen konkreten Vergütungsanspruch erfolgt, sondern eine Vielzahl aus demselben Rechtsgrund geltend gemachter Rückforderungsansprüche waren ohne konkrete Benennung der Gegenforderung und ohne weitere Erläuterung mit wiederum einer Vielzahl unbestrittener Vergütungsforderungen der Klägerin, seien es originäre Behandlungsvergütungen oder in Rechnung gestellte weitere Aufwandspauschalen, im Rahmen eines Zahlungsvertrags vom 14.10.2015 über 240.538,26 Euro aufgerechnet worden.

Nachdem am 18.01./19.01.2016 beim Sozialgericht in Kassel über die vorliegende Klageerhebung hinaus sodann weit mehr als 100 weitere Klagen der Klägerin gegen die Beklagte in Fallgestaltungen der vorliegenden Art eingegangen waren, von denen mit dem vorliegenden Rechtsstreit 34 auf die erkennende Kammer entfallen sind, hat die Kammer diese Klageerhebungen zum Anlass genommen, der Klägerin, soweit nicht bereits mit der Klageschrift vorgelegt, aufzugeben, die Prüfmitteilungen an das Krankenhaus vorzulegen. Darüber hinaus der Beklagten, die Prüfaufträge an den MDK. Ebenfalls sind die Beteiligten, um der Kammer im Kontext des vorliegenden Rechtsstreits einen näheren Überblick über die Prüfpraxis der Beklagten im hier betroffenen Krankenhaus zu verschaffen, um Mittelung gebeten worden, wie viele vollstationäre Behandlungsfälle die Klägerin im hier betroffenen Rechnungsjahr, d.h. dem Kalenderjahr der Krankenhausbehandlung (bisher) mit der Beklagten abgerechnet habe, wie viele dieser Behandlungsfälle (bisher) einer Rechnungsprüfung zugeführt worden seien, wie viele der einer Rechnungsprüfung zugeführten Behandlungsfälle/Rechnungen unbeanstandet geblieben seien, in wie vielen der unbeanstandet gebliebenen Behandlungsfälle/Rechnungen die Aufwandspauschale gezahlt worden sei, in wie vielen dieser unbeanstandet gebliebenen Fälle die Aufwandspauschale offen sei und in wie vielen Fällen im hier betroffenen Rechnungsjahr die Aufwandspauschale (bisher) auf der Grundlage der o.a. BSG-Rechtsprechung zurückgefordert worden sei.

Letzteres im Weiteren mit der Begründung, dass das Gericht zumindest nach Auffassung des Vorsitzenden der erkennenden Kammer auch zu prüfen haben werde, ob die hier streitigen Rechnungsprüfungen tatsächlich noch Einzelfallprüfungen beinhaltet hätten oder Prüfungen, die ähnlich den sogenannten "Berliner Fällen" konkrete, am Einzelfall orientierte Rechnungsprüfungen gerade nicht mehr beinhalteten. Insoweit sind die Beteiligten darauf hingewiesen worden, dass, sollte sich letzteres anhand des abgefragten Zahlenwerkes aufdrängen, die vorliegende Klage möglicherweise und unabhängig vom Klägervorbringen bereits aus diesem Grund erfolgreich sein könnte. Dies auch wiederum unabhängig davon, dass zumindest in der vorliegenden Fallgestaltung und unabhängig zwischenzeitlich weiter anhängiger Klageverfahren gerade nicht die "Erstzahlung" der Aufwandspauschale im o.a. Abrechnungsfall im Streit stehe, sondern - im Ergebnis - deren Rückforderung/Aufrechnung im Anschluss an eine hier zunächst vorbehaltlose Zahlung der Aufwandspauschale nach Einleitung eines entsprechenden Rechnungsprüfungsverfahrens durch die Beklagte. Das hieße, es werde auch zu prüfen sein, ob die Rückforderungen bzw. die hier streitigen Aufrechnungen auf der Grundlage langjährig gewachsener öffentlich-rechtlicher Beziehungen der Beteiligten und einer dem innewohnenden Verpflichtung zur gegenseitigen Rücksichtnahme nicht gegen Treu und Glauben verstoßen, sich also als treuwidrig darstellen könnten. Dass die Beklagte ein Prüfverfahren nach [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) hier dann auch tatsächlich eingeleitet und dies auch so gewollt habe, dürfte nach dem bekannten Wortlaut der Prüfmitteilungen bzw. Beauftragungen des MDK im Übrigen dann auch kaum von der Hand zu weisen sein, wobei sich die Beklagte hieran mit dem Sozialgericht Mainz, Urteile vom 08.09.2015, [S 14 KR 427/14](#) u. [S 14 KR 56/12](#) wohl auch insgesamt festhalten lassen müsste. Letztlich habe die Beklagte die Rechnungsprüfung zumindest nach Aktenlage nicht nur entsprechend eingeleitet; sie habe sie auch entsprechend abgeschlossen und die hier aufgerechnete Aufwandspauschale dann auch vorbehaltlos gezahlt, worauf das klagende Krankenhaus zumindest in den vorliegenden Fallgestaltungen somit wohl auch habe vertrauen dürfen.

Weiter sind die Beteiligten dann in diesem Zusammenhang noch darauf hingewiesen worden, dass zumindest nach summarischer Prüfung schließlich aber auch die seitens der Klägerin bereits bisher aufgezeigte Kritik an der von der Beklagten in Anspruch genommenen BSG-Rechtsprechung u.a. durch die Sozialgerichte Mainz (wie vor sowie Urteil vom 19.09.2014, [S 3 KR 35/14](#)) und Speyer (Urteil vom 28.07.2015,

[S 19 KR 588/14](#)) nicht von der Hand zu weisen sein dürfte. Folge man dieser nach Auffassung des Vorsitzenden der erkennenden Kammer durchaus gewichtigen Kritik, wäre also der vorliegenden Klage und allen weiteren in der 12. Kammer anhängigen Klagen in dieser Fallkonstellation auch insoweit stattzugeben.

Ebenfalls ist dann noch ausgeführt worden, dass, ließe man die Kritik an der BSG-Rechtsprechung dahingestellt und würde man allein auf die o.a. vorbehaltlose Zahlung sowie die auch tatsächliche Einleitung eines Prüfverfahrens nach [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) abstellen, woran sich die Beklagte festhalten lassen müsste, darüber hinaus keine Abweichung von der BSG-Rechtsprechung vorliegen und die Sache auch keine grundsätzliche Bedeutung haben, für eine Zulassung der Berufung zumindest in den anhängigen Aufrechnungsfällen also auch kein Anlass bestehen dürfte.

Abschließend ist dann auch noch auf den zum 01.01.2016 in [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) neu eingefügten Satz 4 hingewiesen worden, wonach als Prüfung nach Satz 1 jede Prüfung der Abrechnung eines Krankenhauses anzusehen sei, mit der die Krankenkasse den Medizinischen Dienst beauftragt und die eine Datenerhebung durch den Medizinischen Dienst beim Krankenhaus erfordere. U.a. mit Strack in Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 3. Aufl. 2016, [§ 275 SGB V](#) sei insoweit eine Klarstellung durch den Gesetzgeber dahingehend erfolgt, dass als Einzelfallprüfung nach § 275 Abs. 1c Satz 1 jede Abrechnungsprüfung eines Krankenhauses anzusehen sei, mit der die Krankenkasse den MDK beauftragt habe. Die Anpassung sei bedingt durch die o.a. Rechtsprechung des 1. Senats des BSG, welcher eine Trennung zwischen einer Auffälligkeitsprüfung und einer sachlich-rechnerischen Richtigkeit der Abrechnung vorgenommen habe. Mit der vorgenommenen gesetzlichen Klarstellung sei die Rechtsprechung des BSG insoweit ausgehebelt worden, da die rechtliche Auslegung des BSG nicht dem Ansinnen des Gesetzgebers entsprochen habe.

Zur zeitnahen einvernehmlichen Erledigung des vorliegenden Rechtstreites und sämtlicher in der 12. Kammer, am 18./19.01.2016 eingegangenen, weiter anhängigen Rechtsstreite in Fallgestaltungen der vorliegenden Art (Rückforderungen 2014/Aufrechnung) und nicht zuletzt auch im Hinblick auf die offenkundig bisher gute Zusammenarbeit zwischen der Klägerin und der Beklagten, aber auch weil das Zins- und Kostenrisiko in keinem Verhältnis zur jeweiligen Klageforderung stehe, hat das Gericht den Beteiligten anschließend unter Abwägung möglicher "Erfolgsaussichten" im beiderseitigen Interesse der Beteiligten den Abschluss eines Gesamtvergleichs angeboten, der dann jedoch bereits von der Klägerin, bevor sich die Beklagte selbst geäußert hätte, abgelehnt worden ist, da dieser für die Klägerin keinen wirtschaftlichen Nutzen habe.

Sodann führt die Klägerin zunächst zur Beantwortung der o.a. Fragen des Gerichts weiter aus, dass mit der Beklagten im Jahr 2014 insgesamt 5.752 (nach späteren Angaben der Beklagten 5.330) Krankenhausbehandlungen abgerechnet worden seien. Hiervon seien im Jahr 2014 wiederum 1.344 (1397) Fälle einer Prüfung durch den MDK zugeführt worden. In 594 (716) dieser Fälle sei die Rechnungsstellung der Klägerin akzeptiert worden. 236 seien noch in der Bearbeitung. Die Aufwandspauschale sei schließlich in 457 (382) Fällen gezahlt worden. In 59 (158) Fällen sei die Aufwandspauschale weiterhin offen. Im Jahr 2014 seien darüber hinaus nach bisherigem Kenntnisstand 141 Aufwandspauschalen aufgerechnet worden. Jede einzelne sei nunmehr Streitgegenstand der vor dem Sozialgericht in Kassel erhobenen Klagen.

Im Übrigen sei die Klage dem Grunde und der Höhe nach voll umfänglich begründet, wozu u.a. weiter wie folgt ausgeführt wird:

"In der Sache streiten die Beteiligten über die Wirksamkeit der von der Beklagten vorgenommenen Aufrechnung gemäß [§§ 387 ff. BGB](#) mit einem beklagtenseits behaupteten öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch bzgl. der Aufwandspauschale. Die Beklagte macht mithin einen öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch geltend, für dessen Feststellung anerkanntermaßen auf die zivilrechtlichen Grundsätze der [§§ 812 ff. BGB](#) abzustellen ist. Voraussetzung für einen derartigen Erstattungsanspruch ist folglich, dass die Beklagte den streitgegenständlichen Betrag ohne Rechtsgrund geleistet hat, was hier nicht der Fall gewesen ist. Der Anspruch auf die Zahlung der Aufwandspauschale aus der o.g. Behandlung ist vielmehr vollumfänglich begründet. Die mit der vorliegend erhobenen Leistungsklage verfolgten Vergütungsansprüche der Klägerin aus späteren, anderweitigen Krankenhausbehandlungen von Versicherten der Beklagten sind unstrittig. Übereinstimmend steht zwischen den Beteiligten fest, dass der Klägerin gegenüber der Beklagten laufende Ansprüche aus Anlass von Krankenhausbehandlungen von Versicherten in Höhe der Gesamtsumme der Klageforderung erwachsen sind. Darauf, welche Vergütungsansprüche die Klägerin aufgrund welcher Krankenhausbehandlungen geltend macht, kommt es nicht an (vgl. z.B. BSG, Urteil vom 28.11.2013, [B 3 KR 33/12](#), juris). Die Klägerin hat einen Anspruch gegen die Beklagte auf Zahlung der Aufwandspauschale in Höhe von 300,00 Euro gem. [§ 275 Abs. 1c Satz 3 SGB V](#). Gemäß [§ 275 Abs. 1c Satz 3 SGB V](#) hat die Krankenkasse dem Krankenhaus eine Aufwandspauschale in Höhe von 300,00 Euro zu entrichten, falls bei Krankenhausbehandlungen nach [§ 39 SGB V](#) die Prüfung nach [§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages führt.

a) Aufwandspauschale und sachlich-rechnerische Richtigkeitsprüfung Zunächst ist zu konstatieren, dass die sachlich-rechnerische Richtigkeitsprüfung eine neuerliche Kreation des 1. Senats am Bundessozialgericht darstellt, da für diese Prüfmethode keine Grundlage im Gesetz normiert ist. Intention des 1. Senats ist dabei augenscheinlich, Einschränkung des [§ 275 Abs. 1c](#) - insbesondere der sechswöchigen Prüfeinleitungsfrist nach Abs. 1c S. 2 und der Aufwandspauschale nach Abs. 1c S. 3 - durchzusetzen. Diese Annahme wird unterstrichen durch die Tatsache, dass die Kostenträger erst in jüngster Zeit, namentlich nach Vorliegen der Urteilsgründe zu den oben genannten Urteilen - eine sachlich-rechnerische Richtigkeitsprüfung nachträglich durchgeführt haben wollen. Dies ist insofern konsequent, da die Kostenträger selbst bis zum Vorliegen der Urteilsgründe des Bundessozialgerichts in den oben genannten Entscheidungen von einer Prüfmethode "sachlich-rechnerischer Richtigkeitsprüfung" ebenso keine Kenntnis hatten, wie alle übrigen im Bereich stationärer Abrechnungsstreitigkeiten tätigen Personen und Institutionen. Es ist nochmals explizit zu konstatieren, dass die sachlich-rechnerische Richtigkeitsprüfung eine Kreation des 1. Senats am Bundessozialgericht ist, die keine Grundlage im Gesetz findet. Darüber hinaus widerspricht sich der 1. Senat in den Entscheidungen aus 2014 höchstselbst, wenn er behauptet, dass eine Auffälligkeitsprüfung und eine sachlich-rechnerische Richtigkeitsprüfung zwei unterschiedliche Prüfmethoden darstellen würden. So hat der 1. Senat höchstselbst in seiner Entscheidung vom 17.12.2013 (B 3 KR 52/12 R, iuris, RdNr. 11) Folgendes ausgeurteilt: "Es bestehen Auffälligkeiten, die die Krankenkasse zur Einleitung einer Abrechnungsprüfung unter Anforderung einer gutachtlichen Stellungnahme des MDK berechtigen und verpflichten, wenn die Abrechnung und / oder die vom Krankenhaus zur ordnungsgemäßen Abrechnung vollständig mitgeteilten Behandlungsdaten und/oder weitere zulässig von der Krankenkasse verwertbare Informationen (...) Fragen nach der insbesondere sachlich-rechnerischen - Richtigkeit der Abrechnung und/oder nach der Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots aufwerfen, die die Krankenkasse aus sich heraus ohne weitere medizinische Sachverhaltsermittlung und -bewertung durch den MDK nicht beantworten kann (...)." Damit wird deutlich, dass das Bundessozialgericht - und speziell der 1. Senat - noch im Dezember 2013 die sachlich-rechnerische Richtigkeitsprüfung als Unterfall der

Auffälligkeitsprüfung angesehen hat. Diesen Ausführungen kann mit guten Gründen gefolgt werden, sodass jedoch die aktuelle Entwicklung im Jahr 2014 als contra legem anzusehen ist. Einmal mehr geht der erste Senat mit seinen jüngsten Entscheidungen damit über den Wortlaut des Gesetzes hinaus. Dies ist jedoch unzulässig, da der Wortlaut eines Gesetzes die äußersten Grenzen funktionell vertretbarer und verfassungsrechtlich zulässiger Sinnvarianten absteckt. Entscheidungen, die den Wortlaut einer Norm offensichtlich überschreiten, sind unzulässig. Dass die Gerichte an den Gesetzestext gebunden sind, folgt aus dem Umstand, dass nur dieser Gesetzestext Ergebnis des von der Verfassung vorgegebenen parlamentarischen Gesetzgebungsverfahrens ist. Eine Überschreitung der Wortlautgrenze verstößt sowohl gegen das Gesetzbindungsgebot als auch gegen das Gewaltenteilungsprinzip. Hinzu kommt, dass sich der erste Senat auch mit seiner Entscheidung vom 22.06.2010 (B 1 KR 1110 R, juris) in einen Widerspruch zur aktuellen Rechtsprechung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit setzt. In der Entscheidung vom 22.06.2010 hatte der erste Senat entschieden, dass eine Aufwandspauschale nicht verlangt werden kann, wenn unstreitig feststeht, dass die Hauptdiagnose fehlerhaft kodiert wurde. In dieser Entscheidung wurde mithin festgestellt, dass der MDK zur Prüfung der Kodierung - im dortigen Fall ausschließlich zur Überprüfung der Hauptdiagnose - einzuschalten ist. Eine Differenzierung zwischen Auffälligkeit und sachlich-rechnerischer Richtigkeit wurde nicht vorgenommen. Explizit heißt es in dem Urteil wie folgt (iuris, Rdnr. 14 f.): "Wie der Gesetzeswortlaut des [§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) zeigt, können innerhalb des von § 275 Abs. 1c S. 3 erfassten Bezugsrahmens auch jenseits einer rein medizinischen Beurteilung im engeren Sinne liegende Auffälligkeiten für das Entstehen des Anspruchs ausreichen. Das ist anzunehmen, wenn jedenfalls zu erwarten ist, dass sich die Zweifel einer Krankenkasse an einer ordnungsgemäßen Abrechnung mittels des medizinischen-ärztlichen Sachverständes des MDK (...) klären lassen (...). Diese Voraussetzungen sind hier erfüllt. Bei der beklagten Krankenkasse waren mit Rücksicht auf die vorgenommene auffällige Kodierung Zweifel an der Ordnungsmäßigkeit der Abrechnung aufgekommen." Mithin hat der erste Senat des Bundessozialgerichts bereits zur Aufwandspauschale ausgeurteilt, dass Kodierfragen ebenfalls dem [§ 275 Abs. 1c S.3 SGB V](#) unterfallen und eine Aufwandspauschale zu zahlen ist, sofern die weiteren Tatbestandsvoraussetzungen gegeben sind, was vorliegend unstreitig sein dürfte. Zudem spricht auch die dem Behandlungsfall zu Grunde liegende Prüfanzeige des MDK für eine Auffälligkeitsprüfung. In der Prüfanzeige ist klar und eindeutig eine Prüfung nach [§ 275 Abs. 1 c SGB V](#) angezeigt. Damit ist ebenfalls bereits aus der Prüfanzeige ersichtlich, dass sowohl die Beklagte als auch der MDK eine Auffälligkeitsprüfung durchgeführt wissen wollten. Die nachträgliche Behauptung, es habe eine sachlich-rechnerische Richtigkeitsprüfung vorgelegen, ist nur damit zu begründen, dass die aktuelle Rechtsprechung des 1.Senats den Krankenkassen "in den Schoß" gefallen ist. Die nunmehrige Auffassung der Beklagten widerspricht demnach ausdrücklich dem Prüfauftrag und verstößt gegen den zwischen den Beteiligten geltenden Grundsatz von Treu und Glauben analog [§ 242 BGB](#). Zudem stehen alle juristischen Auslegungsmethoden der Rechtsprechung des 1. Senats am Bundessozialgericht zur hiesigen Streitfrage entgegen. So stützt sich die Beklagte auf eine Rechtsprechung des Bundessozialgerichts, welche nicht mit dem Wortlaut des Gesetzes sowie dessen Systematik zu vereinbaren ist und demnach aufgrund der Grenzfunktion des Gesetzeswortlauts gegen den Grundsatz der Bindung an das Gesetz gemäß [Art. 20 Abs. 3](#) und [Art. 97 Abs. 1 GG](#) verstößt. So wurde bereits in der Klageschrift verdeutlicht, dass die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zur "sachlich-rechnerischen Richtigkeitsprüfung" eine Kreation des 1. Senates ist, welche keine Stütze im Gesetz findet. Der Verstoß gegen den klaren Gesetzeswortlaut lässt sich bereits mit einem kurzen Blick in das Gesetz feststellen. Zunächst normiert [§ 275 Abs.1c SGB V](#) einen Anspruch auf die Aufwandspauschale, sofern lediglich drei Voraussetzungen vorliegen; eine Abrechnungsprüfung des medizinischen Prüfdienstes auf der 3. Stufe des vom BSG aufgestellten Prüfschemas, ein erhöhter Aufwand für den Krankenhausträger aufgrund dieser Prüfung und eine fehlende Minderung des Abrechnungsbetrages. Weitere Tatbestandsvoraussetzungen stellt das Gesetz nicht auf, insbesondere ist dem Gesetz kein Verschuldenselement bei etwaig fehlerhafter Abrechnung durch die Krankenhausträger zu entnehmen. Zudem bezieht sich [§ 275 Abs. 1c Satz 1 SGB V](#) ohne jedwede Einschränkung auf Krankenhausbehandlungen nach [§ 39 SGB V](#) und auf Prüfungen nach [§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#). Dieser Verweis erfasst demnach alle Überprüfungsvorgänge, also insbesondere "Prüfungen von Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistung" und "Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung". Damit unterfällt selbstredend auch die sachlich-rechnerische Richtigkeitsprüfung dem Prüfregime des [§ 275 SGB V](#), sodass in der Folge nicht nur die sechswöchige Prüfeinleitungsfrist des [§ 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V](#) zu beachten ist, sondern auch die Aufwandspauschale gemäß [§ 275 Abs. 1c Satz 3 SGB V](#) beansprucht werden kann. Auch die Historie des [§ 275 Abs.1c S. 3 SGB V](#) führt zu keinem anderen Ergebnis. Dabei ist zu bedenken, dass die Einführung der Aufwandspauschale im Jahre 2007 sowohl den Kostenträgern als auch dem 1. Senat am Bundessozialgericht ein Dorn im Auge war. Da der Gesetzgeber jedoch zu Beginn an der Implementierung und im Folgenden an der Aufrechterhaltung und Ausweitung der Aufwandspauschale festgehalten hat, versuchte der 1. Senat des Bundessozialgerichts von Beginn an, die rechtspolitisch auf Seiten der Kostenträger unerwünschte Aufwandspauschale durch eine Einschränkung des Anwendungsbereiches der Norm des [§ 275 Abs.1c S. 3 SGB V](#) zu begegnen. Zudem widersprechen die Auffassungen des BSG und der Beklagten der Teleologie der gesetzlichen Vorschrift des [§ 275 Abs.1c S. 3 SGB V](#). Die von beiden Benannten vertretene Auffassung zum eingeschränkten Anwendungsbereich der Norm ist mit der Intention des Gesetzgebers zur Einführung und Erhöhung der Aufwandspauschale nicht in Übereinstimmung zu bringen. So hat der Gesetzgeber die Einführung der Aufwandspauschale zum 01.04.2007 wie folgt begründet ([BTDrucksache 16/3100, Seiten 89](#), 171): "Als Beitrag zum Bürokratieabbau wird die übermäßige Nutzung der Einzelfallprüfung durch den Medizinischen Dienst bei der Abrechnung von stationären Fällen eingedämmt. Durch die Einführung einer sechswöchigen Frist und einer Aufwandspauschale werden Anreize für ein zielorientierteres und zügigeres Prüfverfahren gesetzt. Um einer ungezielten und übermäßigen Einleitung von Begutachtungen entgegenzuwirken, wird mit Satz 3 eine Aufwandspauschale von 100,00 Euro eingeführt. Mit der Pauschale wird eine vereinfachte, aber unbürokratische Regelung verfolgt. Sie kann deshalb keine Detailgerechtigkeit in jedem Einzelfall gewährleisten. So sind aufgrund von Umfang und Komplexität der Kodierregeln Fehlabrechnungen mit zu hohen oder zu niedrigen Rechnungsbeträgen grundsätzlich nicht auszuschließen. Dennoch können Krankenkassen, die ihre Einzelfallprüfung gezielt durchführen, Mehrausgaben weitgehend vermeiden." Bereits dieser Passus aus der Gesetzesbegründung zur Einführung der Aufwandspauschale verdeutlicht, dass der Gesetzgeber jedwede MDK-Prüfung im Auge hatte und vor diesem Hintergrund explizit auch von "Umfang und Komplexität der Kodierregeln" gesprochen hat. Dies belegt anschaulich, dass nach der Intention des Gesetzgebers gerade auch Überprüfungen von Kodierungen zum Anspruch auf die Aufwandspauschale führen können, wenn seitens der Kostenträger über den Medizinischen Dienst keine Minderung des Abrechnungsbetrages festzustellen ist. Auch bei der Erhöhung der Aufwandspauschale zum 25.03.2009 hat sich die Intention des Gesetzgebers nicht verändert. So führt dieser in der [BT-Drucksache 16/11429](#) wie folgt aus (Seiten 37, 48): "(...) wird zur Vermeidung übermäßiger Einzelfallprüfungen die Aufwandspauschale erhöht. Die im Zuge des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes mit dem Ziel einer Konzentrierung der Einzelfallprüfungen auf den auch unter Abwägung des Verwaltungsaufwands notwendigen Umfang eingeführte Aufwandspauschale von 100,00 Euro (...) hat nicht in dem erhofften Umfang zu einer Reduzierung der Prüfquote geführt. Damit ist der durch den Prüfumfang ausgelöste Verwaltungsaufwand bei den Krankenhäusern nach wie vor sehr hoch. Mit der Anhebung der von den Krankenkassen bei erfolglosen Einzelfallprüfungen zu zahlenden Aufwandspauschale auf 300,00 Euro soll der Anreiz erhöht werden, von ohne konkreten Verdachtsmomenten initiierten Einzelfallprüfungen abzusehen." Auch in dieser Gesetzesbegründung wird keinerlei Einschränkung des Anspruchs auf die Aufwandspauschale vorgenommen, geschweige denn eine sachlich-rechnerische Richtigkeitsprüfung als vom Anwendungsbereich des [§ 275 SGB V](#) als nicht erfasst angesehen. Vor dem Hintergrund

dieser Ausführungen ist es mit der gesetzgeberischen Intention mit Blick auf die Aufwandspauschale unvereinbar, den Krankenhasträgern bei allen Überprüfungen im Hinblick auf die Kodierung die Aufwandspauschale verneinen zu wollen. [§ 275 Abs. 1c Satz 3 SGB V](#) stellt eine der klarsten Normen im Sozialgesetzbuch V dar, sodass es - ohne jedwedes Verschuldenselement im Gesetzeswortlaut - zur Zahlung einer Aufwandspauschale kommt, sobald eine Abrechnungsprüfung auf der dritten Stufe des vom BSG aufgestellten Prüfverfahrens erfolgt, das Krankenhaus einen erhöhten Verwaltungsaufwand dadurch erleidet und die Abrechnung nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages führt. Zudem verstößt die Auffassung der Beklagten gegen die im Rahmen der professionellen Rechtsbeziehungen der Beteiligten geltenden Gebote gegenseitiger Rücksichtnahme und Treu und Glaubens analog [§ 242 BGB](#). Der erste Senat des BSG hat in seinen Entscheidungen vom 23.06.2015 ([B 1 KR 17/14 R](#), juris Rdn.18 und [B 1 KR 23/14 R](#), juris, Rdn.19) ausgeführt, dass es bei der Auslegung des Prüfauftrages maßgeblich auf den Empfängerhorizont ankommt. Vor diesem Hintergrund war für die Klägerin bei der o.g. Prüfanzeige des MDK unter ausdrücklicher Benennung des [§ 275 Abs.1 SGB V](#) sowie dem Umstand, dass nach "bei weiteren Auffälligkeiten die Fragestellung ggf. erweitert werden kann", nur eine Auffälligkeitsprüfung zu verstehen. Auch ist - entgegen der Auffassung der Beklagten - die zugrunde liegende Prüfanzeige sehr wohl ein maßgeblicher Indikator für den Willen der Kostenträger bezüglich der Art der Prüfung. So ist es doch sehr erstaunlich, dass bis zur Urteilsverkündung des 1. Senats am 01.07.2014 kein Kostenträger mit auch nur einem Wort eine Ablehnung der Aufwandspauschale postuliert hätte, da eine sachlich-rechnerische Richtigkeitsprüfung der Überprüfung zugrunde gelegt worden sein sollte. Erst durch die den Kostenträgern "in den Schoß gefallene" Rechtsprechung des 1. Senats am Bundessozialgericht haben sich diese auf die sachlich-rechnerische Richtigkeitsprüfung als eigene Prüfarm gestützt. Vor Verkündung des oben genannten Urteils hat sich kein Kostenträger unter Berufung auf eine solch neue Prüfarm der Abrechnung einer Aufwandspauschale verweigert. Letztlich ist auch auf die zwischenzeitlich ergangene Instanzenrechtsprechung zur sachlich-rechnerischen Richtigkeitsprüfung mit Blick auf die Aufwandspauschale zu verweisen. So wird diesseits insbesondere das Urteil des Sozialgerichts Mainz vom 04.05.2015 ([S 3 KR 428/14](#), juris) angeführt. In diesem heißt es auszugsweise wie folgt (juris, Rdn. 22 ff.): "Der Anspruch auf Aufwandspauschale ist nicht deshalb ausgeschlossen, weil die streitgegenständliche Prüfung keine Auffälligkeitsprüfung, sondern eine "Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit" gewesen sein könnte. Die Kammer tritt der diesbezüglichen Rechtsprechung des 1. Senats des BSG (insbesondere im Urteil vom 01.07.2014 - [B 1 KR 29/13 R](#) - Rn. 23) entgegen. Der 1. Senat des BSG vertritt seit dem 01.07.2014 die Auffassung, dass es neben dem Verfahren nach [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) i.V.m. [§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) (vom BSG ungenau "Auffälligkeitsprüfung" genannt) ein weiteres Prüfregime ("Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit") für Abrechnungsfragen bei Krankenhausbehandlungen nach [§ 39 SGB V](#) unter Einschaltung des MDK (SMD) zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen gebe, welches nicht den Beschränkungen und Rechtsfolgen des [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) unterliege. Hierfür fehlt eine gesetzliche Grundlage. Die Auffassung des BSG ist mit Gesetzeswortlaut und -systematik nicht zu vereinbaren und verstößt daher unter Berücksichtigung der Grenzfunktion des Gesetzeswortlaut - gegen den Grundsatz der Bindung an das Gesetz ([Art. 20 Abs. 3](#) und [Art. 97 Abs. 1](#) Grundgesetz - GG -). (...) In [§ 275 Abs. 1c Satz 1 SGB V](#) wird somit ohne jegliche Einschränkung auf Krankenhausbehandlungen nach [§ 39 SGB V](#) und auf Prüfungen nach [§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) Bezug genommen. Ersteres hat zur Folge, dass alle in [§ 39 SGB V](#) geregelten Behandlungsformen dem Prüfregime des [§ 275 Abs.1c SGB V](#) unterliegen (somit - entgegen der Auffassung des BSG, Urteil vom 01.07.2014 - [B 1 KR 1/13 R](#) - Rn. 23 f. - auch ambulante Krankenhausbehandlungen, vgl. [§ 39 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) am Ende; vgl. auch bei Beyer, KH 2015, S. 325 f.). Der Verweis auf [§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) erfasst 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" wird zum Ausdruck gebracht, dass die Aufzählung nicht abschließend ist. "Auffälligkeiten" werden nach dem Gesetzeswortlaut nur bei der "Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung" vorausgesetzt. Zur Begründung seiner Auffassung gibt das BSG den Wortlaut des [§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) verfassend wieder, indem es behauptet, dass nach [§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) die Krankenkassen in den gesetzlich bestimmten Fällen oder wenn es nach Art, Schwere, Dauer oder Häufigkeit der Erkrankung oder nach dem Krankheitsverlauf erforderlich sei, verpflichtet seien, bei Auffälligkeiten zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung eine gutachtliche Stellungnahme des MDK einzuholen (BSG, Urteil vom 01.07.2014 - [B 1 KR 29/13 R](#), Rn. 21). Hierbei wird der Begriff "Auffälligkeiten" entgegen der syntaktischen Stellung im Gesetzeswortlaut vor die Klammer gezogen und somit der Eindruck erweckt, alle Prüfungen nach [§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) setzten Auffälligkeiten voraus. Nachdem [§ 275 Abs. 1 c Satz 1 SGB V](#) jedoch ohne Einschränkung auf [§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) verweist, ist die Aussage des BSG, die Überprüfung nach [§ 275 Abs. 1 c SGB V](#) setze eine Auffälligkeit der Abrechnung voraus (BSG, Urteil vom 01.07.2014 [B 1 KR 29/13 R](#) - Rn. 21) in dieser Allgemeinheit unzutreffend. Der vom BSG verwendete Terminus "Auffälligkeitsprüfungen" lässt sich allenfalls dafür verwenden, innerhalb des [§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) zwischen Prüfungen von Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistung einerseits und Prüfungen der ordnungsgemäßen Abrechnung andererseits zu unterscheiden. Die Prüfung nach [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) erfasst aber ohnehin alle Fälle, in denen die Krankenkasse anlässlich einer Abrechnung einer Krankenbehandlung eine Prüfung durch den MDK / SMD veranlasst. Weitere Differenzierungen sind aus dem Gesetz nicht ersichtlich und angesichts der Weite und Offenheit des Tatbestandes des [§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#), womit alle denkbaren einzelfallbezogenen Prüfanlässe erfasst sind, mit dem Gesetz auch nicht vereinbar. Die Schaffung einer von der Prüfung nach [§ 275 Abs. 1 c SGB V](#) unabhängigen "Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit" durch das BSG entbehrt einer gesetzlichen Grundlage. Auch der vom BSG pauschal zitierte [§ 301 SGB V](#) (vgl. BSG, Urteil vom 01.07.2014 - [B 1 KR 29/13 R](#) - Rn. 17) enthält eine solche nicht. Auf [§ 301 SGB V](#) kann ein Prüfverfahren unter Mitwirkung des MDK / SMD daher nicht gestützt werden. Eine Einbeziehung des MDK ohne Berücksichtigung der Voraussetzungen des [§ 275](#) verstößt überdies gegen [§ 276 Abs. 2 Satz 1 Hs. 1 SGB V](#), nachdem der MDK Sozialdaten nur erheben und speichern darf, soweit dies für die Prüfungen, Beratungen und gutachtlichen Stellungnahmen nach [§ 275 SGB V](#) (...) erforderlich ist. Die vom BSG vorgenommenen terminologischen Unterscheidungen zwischen "Auffälligkeitsprüfungen" und "Prüfungen der sachlich-rechnerischen Richtigkeit" sind nicht nachvollziehbar. Unter einer Überprüfung der "sachlich-rechnerischen Richtigkeit" versteht das BSG wohl eine Prüfung der ordnungsgemäßen Kodierung (BSG, Urteil vom 14.10.2014 - [B 1 KR 26/13](#) - Rn. 17: "Anhaltspunkte für die sachlich-rechnerische Unrichtigkeit der Abrechnung oder zumindest für die Verletzung der Informationsobliegenheiten bestehen etwa in Fällen, in denen die vom Krankenhaus vorgenommene Auslegung und Anwendung von Abrechnungsvorschriften zweifelhaft ist oder sogar bestehender Kodierpraxis widerspricht oder in denen die erforderlichen Angaben unvollständig sind"), während es unter Auffälligkeitsprüfung anscheinend Prüfungen hinsichtlich der primären und sekundären Fehlbelegung sowie hinsichtlich günstiger Behandlungsalternativen versteht (...). In [§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) werden die "Auffälligkeiten" jedoch ausschließlich mit der Frage ordnungsgemäßer Abrechnung in Verbindung gebracht. Semantisch liegt es nahe, die Prüfung der "ordnungsgemäßen Abrechnung" mit der Prüfung der "sachlich-rechnerischen Richtigkeit" gleichzusetzen. Die Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots nach [§ 12 Abs. 1 SGB V](#) spielt aber gerade bei der Prüfung von Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistung eine Rolle, die nach dem Wortlaut des [§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) unabhängig von "Auffälligkeiten" zu prüfen sein sollen. Von Auffälligkeitsprüfungen kann nach Maßgabe des Gesetzestextes daher allenfalls dann gesprochen werden, wenn Fragen der ordnungsgemäßen Abrechnung (Kodierung) betroffen sind, also genau in den Fällen, in denen das BSG die hiervon abzugrenzende "Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit" etablieren will. Allerdings kann eine Krankenkasse auch ohne Veranlassung einer Überprüfung durch den MDK Rechnungen beanstanden und gegebenenfalls eine Vergütung ablehnen oder verrechnen. Sie geht hiermit lediglich prozessuale

Risiken ein, wenn sie ohne Hinzuziehung medizinischen Sachverständs und ohne vorprozessuale Einsichtnahme in die Behandlungsunterlagen die Leistung verweigert. Nur insoweit ist es terminologisch sinnvoll, zwischen einer Prüfung nach [§ 275 Abs. 1 c SGB V](#) und einer sonstigen Beanstandung durch die Krankenkasse zu differenzieren, und nur in dieser Hinsicht trifft es zu, dass die Krankenkasse jederzeit berechtigt ist, die sachlich-rechnerische Richtigkeit einer Abrechnung von Krankenvergütung mit Blick auf eine Leistungsverweigerung oder nicht verjährte Erstattungsforderung zu überprüfen (vgl. BSG, Urteil vom 01.07.2014 - [B 1 KR 29/13](#) - Rn. 17). Sobald der MDK (SMD) jedoch mit der Prüfung des Falles befasst wird, greifen die Voraussetzungen und potentiellen Rechtsfolgen des [§ 275 Abs. 1 c](#). Ein Anspruch auf Aufwandspauschale kann demzufolge in allen Fällen entstehen, in denen eine Krankenkasse eine Prüfung der Abrechnung einer Krankenbehandlung nach [§ 39 SGB V](#) durch den MDK (SMD) veranlasst. Dies war vorliegend der Fall." Dieser Rechtsauffassung haben sich im Anschluss auch die Sozialgerichte Speyer (Urteil vom 28.07.2015 - [S 19 KR 588/14](#), juris) und Dortmund (Urteil vom 22.06.2015 - [S 40 KR 867/13](#), juris; Urteil vom 06.07.2015 - [S 40 KR 514/13](#), juris) angeschlossen. Darüber hinaus sind auch die Sozialgerichte Halle, Ulm, Gelsenkirchen, München, Darmstadt, Osnabrück, Augsburg und Oldenburg der diesseitigen Rechtsauffassung vollumfänglich gefolgt. Die Sozialgerichte Dortmund und Gelsenkirchen haben ihre Rechtsauffassung zwischenzeitlich auch durch andere Kammern bestätigt (vgl. SG Halle, Urteil vom 27.05.2015 - S 35 KR 570/13, SG Ulm, Urteil vom 18.06.2015 - S 13 KR 2461/14, SG Gelsenkirchen, Urteil vom 21.05.2015 - S 11 KR 160/13, SG München, Gerichtliche Verfügung vom 27.11.2015 - S 7 KR 429/15, SG Darmstadt, Urteil vom 07.12.2015 [S 8 KR 434/14](#), SG Osnabrück, Urteil vom 09.12.2015 - [S 34 KR 238/15](#), SG Augsburg, Urteil vom 15.12.2015 - S 6 KR 97/14, SG Oldenburg, Urteil vom 11.01.2016 - S 62 KR 163/15, SG Dortmund, Urteil vom 19.01.2016 - S 13 KR 357/15, SG Gelsenkirchen, Urteil vom 20.01.2016 - S 17 KR 222/15). Zudem hat höchstaktuell auch das Sozialgericht Aachen zu behaupteten und eingeklagten Rückforderungsansprüchen der Krankenkassen aus Aufwandspauschalen wie vorliegend - zugunsten der klagenden Krankenhausträger Position bezogen. Damit dürfte hinreichend verdeutlicht sein, dass auch die bereits ergangene Instanzenrechtsprechung zur "sachlich-rechnerischen Richtigkeitsprüfung" im Einklang mit der diesseitigen Rechtsauffassung und den bereits vorgetragenen Argumenten den Anspruch auf die Aufwandspauschale aufgrund "sachlich-rechnerischer Richtigkeitsprüfungen" nach Einschaltung des MDK/SMD für nicht einschränkbar erachtet. Sobald ein Medizinischer Prüfdienst mit der Überprüfung der Krankenhausberechnung auf der dritten Stufe betraut ist, entsteht bei Vorliegen der tatbestandlichen Voraussetzungen des [§ 275 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) auch der Anspruch auf die Aufwandspauschale. Jedoch ergibt sich selbst unter Zugrundelegung der contra legem ergangenen Rechtsprechung des ersten Senats am Bundessozialgericht zur sachlich-rechnerischen Richtigkeitsprüfung für den vorliegenden Fall die Begründetheit des klägerischen Anspruchs. So führte das Bundessozialgericht in seinem Urteil vom 01.07.2014 (B 1 KR 29113 R, juris) - in welchem die sachlich-rechnerische Richtigkeitsprüfung erstmals seitens des Senats kreiert worden ist - wie folgt aus (juris, Rdnr. 18): "Jedenfalls dann, wenn sich demgegenüber 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 Mitwirkungspflichten ergeben." Für den vorliegenden Fall ist bereits in keinem Punkt ersichtlich, wodurch sich ein solcher Anhaltspunkt für eine fehlerhafte Abrechnung oder der fehlenden Erfüllung primärer Informationsobliegenheiten ergeben soll. Mangels gesetzlicher oder landesvertraglicher Regelungen war die Klägerin zu keinem Zeitpunkt verpflichtet, weitere Informationen gegenüber der Beklagten mitzuteilen; vielmehr hat sie ihre Informationsobliegenheiten vollständig erfüllt. Darüber hinaus haben - abgesehen von den rechtlich irrelevanten und rein pekuniären Interessen der Beklagten an der Überprüfung stationärer Krankenhausabrechnungen - keinerlei Anhaltspunkte dafür bestanden, dass die Abrechnung der Klägerin anzuzweifeln wäre. Dies hat der MDK in seinem Gutachten, welches vollumfänglich zu Gunsten der Klägerin ausgegangen ist, letztendlich auch bestätigt. Mangels weiterer Informationsobliegenheiten und Anhaltspunkte für eine fehlerhafte Abrechnung treten die oben genannten Ausführungen des BSG für den hier vorliegenden Sachverhalt ohnehin nicht ein. Darüber hinaus hat das Bundessozialgericht in der oben genannten Entscheidung vom 01.07.2014 (B 1 KR 29113 R, juris) selbst ausgeurteilt, dass in Fällen, in denen die Krankenkassen sachlich-rechnerische Auffälligkeiten zum Anlass nehmen, von sich aus gezielt Auffälligkeitsprüfungen einzuleiten, eine Aufwandspauschale zu zahlen ist. So führt das Bundessozialgericht in der Entscheidung wie folgt aus (juris, Rdnr. 23): "Soweit das Krankenhaus dagegen dem MDK lediglich in 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. 1 c S. 3 SGB V](#) keine Anwendung. Das Krankenhaus hat keinen Anspruch auf Zahlung einer Aufwandspauschale, wenn der sachlich-rechnerische Prüfungsvorgang nicht zu einer Rechnungs-minderung führt. Denn es handelt sich nicht um eine Auffälligkeitsprüfung, sondern um eine Mitwirkung des MDK zu Gunsten des beweisbelasteten Krankenhauses, um diesem die Möglichkeit zu eröffnen, seinen aus [§ 301 SGB V](#) abzuleitenden Informationsobliegenheiten bzw. eventuellen (...) Auskunfts- und Mitteilungspflichten zu entsprechen. Etwas anderes gilt nur dann, wenn die Krankenkasse sachlich-rechnerische Auffälligkeiten zum Anlass nimmt, von sich aus gezielt eine Auffälligkeitsprüfung einzuleiten." Im hier vorliegenden Fall hat die Krankenkasse von sich heraus gezielt eine Auffälligkeitsprüfung eingeleitet. Dies verdeutlicht schon die bereits übersandte Prüfanzzeige des MDK, welche höchst selbst von einer Prüfung nach [§ 275 Abs. 1 SGB V](#) spricht. Wir verweisen auf die bereits übersandte Prüfanzzeige und den bisherigen diesseitigen Vortrag. Im Ergebnis ist damit selbst die von der Beklagten zitierte und contra legem ergangene Rechtsprechung des 1. Senats am Bundessozialgericht für den hier vorliegenden Sachverhalt nicht geeignet, den klägerischen Anspruch auf die Aufwandspauschale negieren zu können. Darüber hinaus ist nochmals zu verdeutlichen, dass das Rechtsinstitut der "sachlich-rechnerischen Richtigkeitsprüfung" keinerlei Anknüpfung im SGB V, dem KHEntG oder dem KHG findet. Verdeutlicht wird dies insbesondere dadurch, dass die Krankenhäuser im Falle einer sachlich-rechnerischen Richtigkeitsprüfung keinerlei Berechtigung oder Verpflichtung unterliegen, dem MDK Behandlungsunterlagen zur Verfügung zu stellen, ohne sich Datenschutz- und strafrechtlich relevant zu verhalten. Neben möglichen Sanktionen aus der Bußgeldvorschrift des [§ 43 BDSG](#) steht insbesondere eine Strafbarkeit wegen Verletzung der ärztlichen Schweigepflicht gem. [§ 203 StGB](#) im Raum. So sind die Krankenhäuser nicht berechtigt, Dritten Einsicht in die Behandlungsunterlagen zu gewähren, ohne dass eine Rechtfertigungsgrundlage in Form der Einwilligung der Patienten oder einer gesetzlichen Ermächtigungsgrundlage besteht. Finden nunmehr jedoch die Vorschriften der [§§ 275 ff. SGB V](#) zur Auffälligkeitsprüfung angeblickt keinerlei Anwendung, so fehlt es auch regelmäßig mangels Einwilligung des Patienten an der gesetzlichen Rechtfertigungsgrundlage iSd. [§ 276 Abs. 2 S. 1 SGB V](#). Die Krankenhäuser sind sodann schlichtweg weder berechtigt noch verpflichtet, Dritten - hier insbesondere dem MDK, geschweige denn den Krankenkassen - die erforderlichen Unterlagen für die Begutachtung zur Verfügung zu stellen. Anderweitige Rechtfertigungsgrundlagen für die Krankenhäuser, welche eine mögliche Strafbarkeit wegen Verletzung der ärztlichen Schweigepflicht gem. [§ 203 StGB](#) auf Rechtfertigungsebene verhindern könnten, bestehen nicht. Auch für eine analoge Anwendung des [§ 276 Abs. 2 SGB V](#) besteht keinerlei Raum, da seitens des Gesetzgebers bereits keine planwidrige Regelungslücke besteht. Der Gesetzgeber höchst selbst hat in den Vorschriften zur stationären Krankenhausabrechnungsprüfung [§§ 275 ff. SGB V](#) normiert. Neben diesem Prüfregime hat der Gesetzgeber gezielt und bewusst keine weitere Abrechnungsprüfung vorgesehen, sodass die Grundvoraussetzung einer analogen Anwendung - namentlich eine planwidrige Regelungslücke - ernsthaft nicht behauptet werden kann. Auch

dieses Rechtsproblem verkennt das BSG, wenn es in dem oben genannten Urteil ausführt, dass der MDK im Rahmen einer "sachlich-rechnerischen Richtigkeitsprüfung" Einsicht in die Patientenunterlagen erhalten könne. Mit keinem Wort geht das Bundessozialgericht auf eine etwaige Anspruchsnorm zu Gunsten des MDK ein, welche gleichzeitig eine Rechtfertigungsgrundlage für das Krankenhaus mit Blick auf eine zulässige und rechtmäßige Übersendung von Behandlungsunterlagen darstellt. In Ermangelung einer expliziten gesetzlichen Regelung sowie der Unmöglichkeit einer analogen Anwendung des [§ 276 SGB V](#) sind die Krankenträger auch nicht berechtigt und verpflichtet, in Fällen sachlich-rechnerischer Richtigkeitsprüfungen Unterlagen an den MDK herauszugeben. Diesbezüglich verweisen wir auch nochmals explizit auf die bereits oben benannten Urteile der Sozialgerichte Speyer und Osnabrück, welche insbesondere den Patientendatenschutz in den Blick nehmen. Letztlich hat der Gesetzgeber höchstselbst durch das mit Wirkung zum 01.01.2016 in Kraft getretene Krankenhausstrukturgesetz [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) klarstellend um einen vierten Satz ergänzt, welcher wie folgt lautet: "Als Prüfung nach S. 1 ist jede Prüfung der Abrechnung eines Krankenhauses anzusehen, mit der die Krankenkasse den medizinischen Dienst beauftragt und die eine Datenerhebung durch den medizinischen Dienst beim Krankenhaus erfordert." Ausweislich der Gesetzesbegründung ([BT-Drucksache 18/6586, Seite 80](#), 121) wollte der Gesetzgeber damit klarstellend die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts korrigieren. Aufgrund dieser gesetzgeberischen Klarstellung besteht kein Zweifel daran, dass die Rechtsauffassung sowohl des 1. Senats als auch der hiesigen Beklagten zum streitgegenständlichen Rechtsproblem von Grund auf fehlerhaft gewesen ist. Eine Prüfung unter Einschaltung eines Medizinischen Prüfdienstes auf der dritten Stufe des vom BSG in ständiger Rechtsprechung angewandten dreistufigen Prüfverfahrens löst mithin bei Vorliegen der übrigen Tatbestandsvoraussetzungen des [§ 275 Abs. 1c S. 3 SGB V](#) einen Anspruch auf die Aufwandspauschale aus, unabhängig davon, welchen Namen die Prüfung trägt. Letztlich bleibt festzuhalten, dass die Instanzenrechtsprechung im Nachgang zu der Rechtsprechung des 1. Senats am BSG und dessen Kreation einer behaupteten neuen Abrechnungsprüfung "sachlichen-rechnerischer Richtigkeit" entschieden entgegengetreten ist. Die oben genannten Sozialgerichte haben mit ihren Entscheidungen explizit die Rechtsauffassung des BSG als fehlerhaft und contra legem eingestuft. In Ergänzung zu diesen Entscheidungen unterstreicht der gesamte diesseitige Vortrag die Rechtsauffassung der Instanzgerichte. Zudem zeige die diesseits angeführte Instanzenrechtsprechung, welche sich gegen die contra legem ergangene Rechtsprechung des 1. Senats am BSG stellt, dass der 1. Senat den Boden der Rechtsordnung durch seine Entscheidung zum hier streitgegenständlichen Rechtsproblem verlassen hat. Die Instanzenrechtsprechung verdeutlicht zudem, dass bei einer Lobbyismus-gestützten Rechtsprechung eines einzelnen Senats an einem Bundesgericht das eigene Denken nicht aufhören sollte und seitens der Sozialgerichte berechtigterweise auch weiterhin selbständig die Rechtslage bewertet wird. Eine rechtliche Herleitung der von der Beklagten vertretenen Rechtsauffassung ist schlichtweg auf Grundlage der geltenden Rechtslage unmöglich. Der 1. Senat des Bundessozialgerichts verstößt gegen das Gewaltenteilungsprinzip, indem er sich selbst als Gesetzgeber aufspielt, ohne dass ihm diese Kompetenz als Organ der Judikative zustünde. Eine gesetzliche Regelung des tatsächlichen Gesetzgebers, welche die Rechtsauffassung des BSG auch nur in Ansätzen stützen könnte, existiert nicht. Die eigenmächtige Kreation einer "sachlich-rechnerischen Richtigkeitsprüfung" unter Einschaltung eines medizinischen Prüfdienstes ist vor dem Hintergrund des Gewaltenteilungsprinzips verfassungswidrig. Auch in der Literatur besteht einhellig die Auffassung, dass der 1. Senat des Bundessozialgerichts mit seiner Rechtsprechung zur "sachlich-rechnerischen Richtigkeit" contra Legem vorgegangen ist (u.a. Schütz, Aufwandspauschale nach [§ 275 Abs. 1 c S. 3 SGB V](#), jurisPR-SozR 24/2015 Anm. 4; Beyer, Die faktische Eliminierung der Aufwandspauschale, KH 2015, 324; Wallhäuser, Aufwandspauschale des Krankenhauses für MDK-Konsultationen: Welche Prüfung ist statthaft?, AMK 2015, Nr. 11 5., 18; Knispel, Zu den Auskunfts- und Prüfpflichten zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen bei der Prüfung von Krankenhausrechnungen nach der Rechtsprechung des BSG, GesR 2015, 200). Zudem kommt ein aktuelles Rechtsgutachten des ehemaligen Vorsitzenden des 3. Senats am Bundessozialgericht, Herrn Dr. Ulrich Hambüchen, nachvollziehbar, plausibel und rechtsfehlerfrei zu dem klägerseits vertretenen Ergebnis. Die dortigen Ausführungen werden ergänzend zur hiesigen Argumentation vollumfänglich zum diesseitigen Vortrag gemacht. Im Ergebnis greift die gesamte sachlich-rechnerische Richtigkeitsrechtsprechung des Bundessozialgerichts für Aufwandspauschalen nicht ein. Vielmehr hat das BSG am 28.11.2013 ([B 3 KR 4/ 13 R](#), juris) ausgeurteilt, dass die Aufwandspauschale dann zu zahlen ist, wenn die gesetzlichen Tatbestandsvoraussetzung des [§ 275 Abs. 1 c S. 3 SGB V](#) erfüllt sind. Diese grundlegende Voraussetzung der Aufwandspauschale, namentlich einer Abrechnungsprüfung nach [§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#), die Anforderung von Sozialdaten durch den MDK nebst erhöhten Aufwandes für die Klägerin, die fehlende Minderung des Abrechnungsbetrages und die fehlende nachweisliche Veranlassung zum MDK-Prüfverfahren durch die Klägerin liegen vor.

b) Keine Rückwirkung der BSG-Rechtsprechung zur "sachlich-rechnerischen Richtigkeit" Zudem kann die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts keine Rückwirkung entfalten. Selbst wenn man für einen kurzen Moment die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zur sachlich-rechnerischen Richtigkeit für richtig erachten sollte was diesseits vehement verneint wird - kann diese für bereits vor Verkündung des Urteils am 01.07.2014 keinerlei Anwendung finden. Festzuhalten ist nochmals, dass die Kreation der sachlich-rechnerischen Richtigkeitsprüfung contra legem durch den 1. Senat des BSG erst mit Urteil vom 01.07.2014 statuiert worden ist. Weder eine gesetzliche noch eine landesvertragliche Norm sehen eine solche Prüfvariante unter Einschaltung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung vor. Die ausgeurteilte Rechtslage entspringt ausschließlich richterlicher Urteilsfindung, welche bis zur Verkündung des Urteils am 01.07.2014 weder vorhersehbar noch Gegenstand der juristischen Diskussion gewesen ist. Die oben genannte Rechtsprechung kann demnach keine Wirkung für die Vergangenheit entfalten. Zu berücksichtigen ist zunächst, dass die verfassungsrechtliche Vorgabe, wonach sich Rechtssubjekte in gewissem Maße auf den (Fort-)bestand einer rechtlichen Regelung verlassen können, verletzt ist. So sind Regelungsänderungen, deren Rechtsfolgen rückwirkend in bereits abgeschlossene Rechtsbeziehungen eingreifen, grundsätzlich unzulässig und bedürfen einer besonderen Begründung. Eine derartige Begründung ist aber vorliegend weder abgegeben worden noch ersichtlich. Die Annahme einer sachlich-rechnerischen Richtigkeitsprüfung für vor Verkündung der BSG-Entscheidung vom 01.07.2014 stellt einen Verstoß gegen den Grundsatz von Treu und Glauben dar. Auch die gesetzlichen Krankenkassen sind vor Verkündung der BSG-Rechtsprechung vom 01.07.2014 nicht auf die Idee gekommen, eine Prüfmethode "sachlich-rechnerische Richtigkeitsprüfung" unter Einschaltung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung zu postulieren. Es wird sich keine Willensäußerung einer gesetzlichen Krankenversicherung finden lassen, welche vor dem 01.07.2014 eine solche Prüfmethode gegenüber den leistungserbringenden Krankenhäusern angezeigt hat. Hinzuweisen ist auf den Beschluss des LSG NRW vom 27.03.2013 ([L 11 KA 96/12 B ER](#), juris). Das dortige Verfahren hatte die Nachbesetzung einer Arztstelle in einem MVZ zum Gegenstand. Das BSG hatte ausgeurteilt, dass für eine solche Nachbesetzung eine Frist von sechs Monaten zu beachten sei (BSG, Urteil vom 19.10.2011, AZ: [B 6 KA 23/11 R](#), juris). Dieser Statuierung einer sechsmonatigen Frist für die Nachbesetzung von Arztstellen in einem MVZ ist - und hier ist die Parallele zum vorliegenden Sachverhalt - weder gesetzlich noch landesvertraglich geregelt und entspringt einzig und allein der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts. Das LSG NRW hat in seiner oben genannten Entscheidung sodann beschlossen, dass weder ein rechtskundiger Verfahrensbevollmächtigter, geschweige denn eine juristische ungebildete Naturalperson diese Rechtsprechung hat erahnen können. Das LSG führte dazu folgendermaßen aus (Juris, Rn. 45 f.): "Demzufolge greift die Frist allenfalls für Fälle nach Bekanntwerden der Entscheidung des BSG. (...). Das BSG ist dem nicht entgegengetreten, hat vielmehr für die Konstruktion der 6-Monats-Frist einen sich nach vom wortlautlösenden Ansatz gewählt. Unter Vertrauensschutzgesichtspunkt erweist sich dies im Einzelfall - wie hier - als problematisch. Folgt man dem BSG, wird das Eigentumsrecht des MVZ infolge nicht unmittelbar aus dem Gesetz ableitbarer Erwägungen eingeschränkt. Dann aber greift die Schranken-Schranke mit der Folge, dass dem Vertrauensschutz besonderes Gewicht

beizumessen ist. Dies wiederum führt dazu, dass der Antragstellerin die 6-Monats-Frist im Dezember 2011 nicht entgegengehalten werden kann. Dies könnte darauf hindeuten, dass jedenfalls vorliegend eine Frist für den Nachbesetzungsantrag erst ab Bekanntwerden der Entscheidung des BSG vom 19.10.2011 läuft (...)." Diese Rechtsprechung lässt sich auf den vorliegenden Fall einer nicht ausdrücklich aus dem Gesetz oder einer landesvertraglichen Regelung resultierenden Prüfarzt "sachlich-rechnerischer Richtigkeitsprüfung" unter Einschaltung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung vollständig übertragen. Diese Prüfarzt ist sowohl den leistungserbringenden Krankenhäusern als auch den rechtskundigen Verfahrensbevollmächtigten erst mit der Urteilsverkündung vom 01.07.2014 zur Kenntnis gelangt. Für den hier vorliegenden Fall hat dies zur Folge, dass für die abgerechnete Aufwandspauschale die sachlich-rechnerische Richtigkeitsrechtsprechung des Bundessozialgerichts keine Anwendung finden kann. Es bleibt letztlich nochmals unterstreichen, dass eine anderweitige Rechtsauffassung gegen den Grundsatz von Treu und Glauben gemäß [§ 242 BGB](#), welcher auch in die vorliegenden sozialrechtlichen Rechtsbeziehungen der Beteiligten einwirkt, verstößt.

c) Unwirksamkeit der Verrechnung einer bereits vorbehaltlos gezahlten Aufwandspauschale Zudem verweisen wir auf die bereits durch Sozialgerichte bestätigte Rechtsauffassung, dass eine einmal vorbehaltlos gezahlte Aufwandspauschale aus Gründen Treu und Glaubens analog [§ 242 BGB](#) nicht zurückverlangt werden kann (so insbesondere: SG Stralsund, Urteil vom 10.08.2012 - [S 3 KR 181/11](#), juris Leitsatz): "Eine unter Hinweis auf das Urteil des Bundessozialgerichts vom 22.6.2010 (Az. [B 1 KR 1/10 R](#)) erfolgte Rückforderung der zuvor durch die Krankenkasse vorbehaltlos gezahlten Aufwandspauschale iSd [§ 275 Abs. 1c S 3 SGB V](#) ist in der Regel nicht mit dem Grundsatz von Treu und Glauben vereinbar. Eine gleichwohl erklärte Aufrechnung der Krankenkasse mit anderen Forderungen des Krankenhauses ist daher unwirksam." In Rdn. 21 heißt es sodann wie folgt: "Zum anderen ist jedoch entscheidungserheblich zu berücksichtigen, dass die Zahlung einer Aufwandspauschale regelmäßig erst nach Abschluss des Einzelfallprüfverfahrens durch den MDK in Betracht kommt, weil erst zu diesem Zeitpunkt festgestellt werden kann, ob die Prüfung "nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages" geführt hat. Mit der vorbehaltlosen Zahlung der Aufwandspauschale kann daher das Krankenhaus in der Regel darauf vertrauen, dass die Prüfung ihrer Leistungsabrechnung abgeschlossen ist." Die Beklagte hat den Anspruch auf die Aufwandspauschale ursprünglich vorbehaltlos beglichen, bevor sodann aktuell die Verrechnung durchgeführt wurde. Das Urteil des SG Stralsund ist vollumfänglich auf den hiesigen Fall anzuwenden. Der Hauptanspruch ist demnach vollumfänglich begründet.

d) Zinsanspruch Gleiches gilt für den Zinsanspruch. Dieser beruht auf [§ 69 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) i.V.m. [§ 286 Abs. 1, Abs. 2 Nr. 3](#) i.V.m. [§ 288 Abs. 1 BGB](#). Die Beklagte ist durch die Verrechnung mit weiteren unstrittigen Vergütungsansprüchen der Klägerin am 14.10.2015 in Verzug geraten, sodass nicht nur Prozess-, sondern auch Verzugszinsen durch die Beklagte zu zahlen sind. Dies entspricht auch der aktuellen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts vom 18.06.2014 (B 3 KR 10113, juris, Rdnr. 12). Dort hat das BSG Folgendes ausgeurteilt: "Insbesondere fehlt es an einer vertraglichen Regelung zwischen den Krankenhausträgern und den Krankenkassen über die Modalitäten der Zahlung der Aufwandspauschale nach [§ 275 Abs. 1c S. 3 SGB V](#), sodass es hierbei den allgemeinen Fälligkeits-Verzugs- und Verjährungsregelungen bleiben muss."

Das Nichtzustandekommen des vom Gericht angeregten Vergleichs und das vorgenannt weitere Vorbringen der Klägerin hat das Gericht sodann zum Anlass genommen, gegenüber den Beteiligten nochmals ausdrücklich die o.a. Auflagen und rechtlichen Hinweise des Gerichts in Bezug zu nehmen. Weiter hat das Gericht um Mitteilung gebeten, nachdem der Rechtsstreit aus derzeitiger Sicht allein auf der Grundlage von Rechtsfragen zu entscheiden sein werde, die nach summarischer Prüfung zu entscheidenden Rechtsfragen dabei von der Klägerin umfassend dargelegt worden seien und sich - unabhängig vom Ergebnis - auch die o.a. Hinweise des Gerichts hierauf beziehen würden, ob Einverständnis mit einer Entscheidung durch die Kammer in Kammerbesetzung ohne mündliche Verhandlung bestehe. Die einschl. Aktenvorlage erteilten Auflagen blieben hiervon selbstverständlich unberührt. Zur Erfüllung der Auflagen und auch weiterem Tatsachenvortrag werde der Beklagten, zugestellt am 24.02.2016, aber auch der Klägerin, zugestellt am 23.02.2016, schließlich nach [§ 106a Abs. 2 SGG](#) eine Frist bis 11. April 2016 (Eingang bei Gericht) gesetzt. Insoweit werde ausdrücklich darauf hingewiesen, dass das Gericht nach [§ 106a Abs. 3 SGG](#) Erklärungen und Beweismittel, die erst nach Ablauf dieser Frist vorgebracht würden, zurückweisen und den Rechtsstreit ohne weitere Ermittlungen entscheiden könne, wenn 1. ihre Zulassung nach der freien Überzeugung des Gerichts die Erledigung des Rechtsstreits verzögern würde, was u.a. dann der Fall wäre, wenn erst durch die verspätete Vorlage weitere Ermittlungen notwendig würden und 2. der Beteiligte die Verspätung nicht genügend entschuldige und 3. der Beteiligte - was hiermit erfolgt - über die Folgen einer Fristversäumung belehrt worden sei. Darüber hinaus wäre der Entschuldigungsgrund auf Verlangen des Gerichts glaubhaft zu machen, wobei Satz 1 nur dann nicht gelte, wenn es mit geringem Aufwand möglich wäre, den Sachverhalt auch ohne Mitwirkung des Beteiligten zu ermitteln. Insoweit sei das Gericht auf die prozessuale Mitwirkung der Beteiligten angewiesen.

Die Klägerin hat sich anschließend mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung ausdrücklich einverstanden erklärt und sich in der Sache u.a. durch weitere Urteile des SG Detmold vom 04.02.2016, S 24 KR 130/15, des SG Würzburg, Urteil vom 12.02.2016, S 11 KR 550/15, des SG Trier, Urteil vom 17.02.2016, S 5 KR 100/15 und des SG Fulda, Urteil vom 25.02.2016, S 4 KR 25/15 weiterhin bestätigt gesehen.

Ersteres hat das Gericht seinerseits wiederum zum Anlass genommen, die Klägerin noch darauf hinzuweisen, dass dem Gericht unabhängig davon, dass eine Stellungnahme der Beklagten bisher selbst noch nicht vorliege, auch seitens der Klägerin weitere entscheidungsrelevante Informationen fehlten. Dies jedenfalls dann, wenn man einen Anspruch zumindest dem Grunde nach unterstellen würde. Zwar wende sich die Klägerin hier im Ergebnis gegen die Rechtmäßigkeit einer von der Beklagten aufgerechneten Aufwandspauschale nach [§ 275 Abs. 1c SGB V](#), streitig sei dann hier konkret jedoch nicht diese Aufrechnung, sondern eine weitere konkrete Vergütungsforderung in der aufgerechneten Höhe. Insoweit sei unter Bezugnahme auf die bereits gesetzten Fristen für jeden Einzelfall unter Vorlage der entsprechenden Unterlagen mitzuteilen, wann diese Aufrechnung mit welcher konkreten Forderung auf der Grundlage welcher unstrittigen Rechnung/en vorgenommen worden sei. U.a. für den möglichen Zinsanspruch sei insoweit nämlich zu beachten, dass ein solcher allenfalls ab dem Tag der vollzogenen Aufrechnung bestehen könnte, wobei vorliegend der 14.10.2015 geltend gemacht werde. Dies aber auch nur dann, wenn die Vergütungsforderung/Rechnung, mit der ganz oder teilweise aufgerechnet worden sei, an diesem Tag selbst bereits fällig gewesen sei. Sollte dies noch nicht der Fall gewesen sein, bestünde ein Zinsanspruch erst ab dem Tag der Fälligkeit dieser weiteren Vergütungsforderung und der Klageantrag wäre entsprechend anzupassen.

Die Klägerin hat sodann die Umstände der im o.a. Umfang jeweils erfolgten Aufrechnung u.a. durch Vorlage des o.a. Zahlungsavis im Einzelnen erläutert. Mangels dort erfolgter konkreter Benennung der jeweiligen Gegenforderungen könne sie zu letzterem nichts weiter vortragen, ohne dass sich die Beklagte hierzu im Weiteren näher geäußert hätte.

Die Klägerin beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, der Klägerin 300,00 Euro zzgl. Zinsen hieraus in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz der Europäischen Zentralbank seit dem 14.10.2015 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,
die Klage abzuweisen.

Die Beklagte, die sich schließlich ebenfalls mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt hat, tritt der Klageerhebung mit der o.a. BSG-Rechtsprechung entgegen. Sie habe den MDK Hessen mit einer Prüfung des streitigen Falles hinsichtlich der sachlich-rechnerischen Richtigkeit der Abrechnung beauftragt. Das BSG differenziere insoweit in seiner ständigen Rechtsprechung in einer Vielzahl von Urteilen aus den Jahren 2014/2015 zwischen einer Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit und einer Auffälligkeitsprüfung nach [§ 275 Absatz 1c SGB V](#). Die besonderen Regelungen des [§ 275 Absatz 1c SGB V](#) (Frist, Aufwandspauschale) bzw. der PrüfVV würden demnach nur in Fällen greifen, in denen eine Prüfung der Krankenhausabrechnung i.S. einer Auffälligkeits-/Wirtschaftlichkeitsprüfung erfolge. Diese Prüfungen würden das Vorliegen der Voraussetzungen des [§ 12 Absatz 1 Satz 1 SGB V](#) bei der durchgeführten Behandlung hinterfragen. Es gehe also um eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung, die das Maß des Notwendigen nicht überschreiten dürfe. In der Praxis seien dies daher Prüfungen, die darauf abzielten, ob die stationäre Krankenbehandlung überhaupt oder der Dauer nach erforderlich gewesen sei (primäre oder sekundäre Fehlbelegung). Davon abzugrenzen sei die Prüfung der Abrechnung auf sachlich-rechnerische Richtigkeit, die nach dem BSG immer dann durchzuführen sei, wenn sich Anhaltspunkte ergäben, dass die Rechnung sachlich-rechnerisch nicht korrekt sei und/oder das Krankenhaus seine primären Informationsobliegenheiten und ggf. Pflichten über die Abrechnungsgrundlage nicht erfüllt habe. Zu prüfen sei also, ob eine Krankenhausbehandlung unter Anwendung der rechtlichen Vorgaben (FPV, ICD-10, OPS, DKR) zutreffend kodiert und abgerechnet worden sei. Die Krankenkassen seien verpflichtet, die Krankenhausrechnung zunächst auf ihre sachlich-rechnerische Richtigkeit zu überprüfen. Im streitgegenständlichen Fall sei der MDK schließlich beauftragt worden, die sachlich-rechnerische Richtigkeit der Abrechnung des der Klageforderung zugrundeliegenden Aufenthaltes des Versicherten bei der Klägerin zu überprüfen. Es sei allein um die Frage gegangen, ob hier der streitgegenständliche Fall mit der verwendeten Kodierung sachgerecht abgebildet worden sei. Somit sei ausschließlich die Frage der zutreffenden Kodierung geprüft worden. Da das durchgeführte Procedere nicht an die Rechtsfolgen des [§ 275 Absatz 1c SGB V](#) angeknüpft habe, sei auch keine Verpflichtung der Beklagten gegeben gewesen, an die Klägerin die mit der Klage geltend gemachte Forderung zu zahlen.

Wegen der weiteren Einzelheiten, insbesondere wegen des jeweiligen weiteren Vorbringens der Beteiligten wird Bezug genommen auf den Inhalt der Gerichtsakte insgesamt; ebenso wird Bezug genommen auf die beigezogenen Verwaltungsvorgänge der Beklagten, deren wesentlicher, den vorliegenden Rechtsstreit betreffender Inhalt gleichfalls Gegenstand der Entscheidungsfindung war, wobei die Beklagte trotz ausdrücklicher Aufforderung bis zuletzt den vom Gericht erbetenen Prüfauftrag allein als unvollständig einsehbarer EDV-Maske und nicht im Fließtext vorgelegt hat. Dabei nimmt der Prüfauftrag, soweit einsehbar, zwar nicht ausdrücklich auf [§ 275 SGB V](#) Bezug, es wird jedoch ausdrücklich eine DRG-Prüfung auf der Grundlage der dann auch vom MDK in seiner Prüfanzzeige aufgelisteten, konkreten o.a. Auffälligkeiten in Auftrag gegeben.

Entscheidungsgründe:

Der Rechtsstreit konnte mit Einverständnis der Beteiligten von der Kammer ohne mündliche Verhandlung durch Urteil entschieden werden ([§ 124 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz - SGG -](#)).

Die Klage ist nach der ständigen Rechtsprechung der Kammer, die sich an die höchstrichterliche Rechtsprechung anlehnt, im Leistungserbringungsrecht und damit als Klage im Gleichordnungsverhältnis als allgemeine (echte) Leistungsklage zulässig (vgl. hierzu bereits BSG in [SozR 3 - 2500 § 39 Nr. 4](#), BSG, Urteil vom 17. Mai 2000, [B 3 KR 33/99 R](#) und BSG, Urteil vom 13. Dezember 2001, [B 3 KR 11/01 R](#)). Im Übrigen ergibt sich die Zuständigkeit der Sozialgerichte für Streitigkeiten aus dem Abrechnungsverhältnis zwischen Krankenhaus und Krankenkasse (vgl. schon BSG, Urteile vom 17. Mai 2000 und 13. Dezember 2001 wie vor) insoweit aber auch ausdrücklich aus [§ 51 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGG](#), in der im Zeitpunkt der Klageerhebung geltenden Fassung, der u.a. auch Streitigkeiten zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen in Angelegenheiten des SGB V der Sozialgerichtsbarkeit zuweist.

Die Klage ist sodann auch insgesamt begründet. Die Beklagte ist im ausgeurteilten Umfang verpflichtet, der Klägerin im Nachgang zur hier streitigen, nicht näher konkretisierten Aufrechnung unbestrittener vollstationärer Krankenhausbehandlungskosten bzw. unbestrittener weiterer Aufwandspauschalen mit einem von der Beklagten sinngemäß geltend gemachten Anspruch auf Rückerstattung einer nach [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) in Höhe von 300,00 Euro vorbehaltlos gezahlten Aufwandspauschale an im Übrigen unbestrittenen Krankenhausbehandlungskosten bzw. Aufwandspauschalen weitere 300,00 Euro zzgl. Zinsen hieraus i.H.v. 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz der Europäischen Zentralbank seit dem 14.10.2015 zu zahlen. Die insoweit durch das o.a. Zahlungsverfügung spätestens mit dem 14.10.2015 vollzogene Aufrechnung war mit der Klägerin rechtswidrig.

Soweit die Aufrechnung mit einer dem Grunde und der Höhe nach selbst unbestrittenen Behandlungsvergütung erfolgt ist, folgt der Zahlungsanspruch den [§§ 108, 109 SGB V](#), § 17 KHG, § 7ff. KHEntG iVm dem Vertrag über die allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung gemäß [§ 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#) zwischen der Hessischen Krankenhausgesellschaft und den Krankenkassen(verbänden), wonach die Beklagte verpflichtet ist, die stationäre Krankenhausbehandlung ihrer Versicherten im Krankenhaus der Klägerin in voller Höhe zu vergüten. Die Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse entsteht (vgl. hierzu ausführlich Hessisches Landessozialgericht, Urteil vom 21. August 2014, [L 8 KR 128/13](#)) insoweit unabhängig von einer Kostenzusage nämlich unmittelbar mit Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten kraft Gesetzes, wenn die Behandlung - wie hier - in einem zugelassenen Krankenhaus durchgeführt und iSv [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) erforderlich ist (stRspr, u.a. BSG, Urteil vom 8. November 2011, [B 1 KR 8/11 R](#)).

Soweit die Aufrechnung mit einer in einem anderen Behandlungsfall in Rechnung gestellten, dem Grunde und der Höhe nach selbst unbestrittenen weiteren Aufwandspauschale erfolgt ist, folgt der Zahlungsanspruch unmittelbar aus [§ 275 Abs. 1c SGB V](#).

Diese jeweils dem Grunde und der Höhe nach selbst unbestrittenen fälligen Forderungen der Klägerin gegenüber der Beklagten bestehen fort, da die am 14.10.2015 vollzogene Aufrechnung rechtswidrig war.

Ob mit dem schlüssigen Vortrag der Klägerin, der von der Klägerin nachvollziehbar aufgezeigten o.a. weiteren sozialgerichtlichen Rechtsprechung, den insoweit seitens der Klägerin vorgebrachten, auch aus Sicht der Kammer durchaus mehr als gewichtigen Gründen bereits deswegen, weil der von der Beklagten für sich in Anspruch genommenen o.a. Rechtsprechung des BSG zum Nichtvorliegen der Anspruchsvoraussetzungen für das Entstehen einer Aufwandspauschale nach [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) in Fallkonstellationen der von einer Krankenkasse veranlassten sachlich-rechnerischen Prüfung einer Krankenhausrechnung durch den MDK nicht zu folgen sei, ohne dass sich die Beklagte mit dieser dem BSG nicht folgenden Rechtsprechung oder den weiteren Argumenten der Klägerin selbst auch nur ansatzweise auseinandergesetzt hätte, ja noch nicht einmal mit den weiteren rechtlichen Hinweisen der Kammer bzw. den insoweit aufgezeigten Besonderheiten in der vorliegenden Fallkonstellation, lässt die Kammer dabei in Fallkonstellationen der vorliegenden Art, also in Fällen einer ausdrücklichen Beauftragung einer Auffälligkeitsprüfung nach [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) bzw. einer als solchen durchgeführten MDK-Prüfung und einer anschließend zunächst auch vorbehaltlos erfolgten Zahlung der Aufwandspauschale, dabei jedoch ausdrücklich dahingestellt.

Insoweit kann trotz ansonsten nachvollziehbarer rechtlicher Kritik ebenfalls dahingestellt bleiben, ob nicht der Vorwurf einer (zugunsten der Krankenkassen) Lobbyismus-gestützten Rechtsprechung oder aber auch einer ideologischen Rechtsauslegung durch das BSG einer sachlich-rechtlichen Auseinandersetzung, zumal wenn dieser Vorwurf von einem Organ der Rechtspflege kommt, selbst zuwiderlaufen dürfte. Dies umso mehr, als auf der Grundlage einer zwischenzeitlich mehr als 20 jährigen Erfahrung der Kammer in GKV-Rechtsstreiten oft auch und gerade die Prozessvertretung Versicherter z.B. im Hilfsmittelbereich oder aber auch im Rahmen von [§ 37 SGB V](#) geführter Rechtsstreite und insoweit insgesamt im Leistungserbringungsrecht, also auch vorliegend - um den Sprachgebrauch der Klägerin aufzunehmen - Lobbyismus-geprägt ist und dabei vermeintliche Versicherteninteressen letztlich hinter dem Interesse des Leistungserbringers zurückzustehen erscheinen. Dabei verkennt die Kammer ebenso wenig eine seit Jahren zumindest aus Versichertensicht "krankenkassenfreundliche" sozialgerichtliche Rechtsprechung. Dies ist dann aber auch allein einer seit Jahren zunehmend leistungseinschränkenden, zwischenzeitlich über nahezu sämtliche bundespolitisch relevanten Parteigrenzen hinweg, überwiegend (finanz-)politisch geprägten Gesetzgebung innerhalb der GKV zuschreiben, die zwar auch aus Sicht der Kammer seit langem zumindest sozialpolitisch mehr als zu "bedauern" ist, den verfassungsrechtlich zulässigen Rahmen zumindest bisher jedoch nicht oder allenfalls in wenigen Ausnahmefällen verlassen hat.

Weiterhin dahingestellt bleibt sodann, ob mit dem Bayerischen Landessozialgericht (Urteile vom 24.11.2015, [L 5 KR 390/12](#), vom 24.09.2015, [L 5 KR 244/13](#), vom 14.07.2015, [L 5 KR 461/13](#) und [L 5 KR 374/14](#)) im hiesigen Krankenhausabrechnungsstreit überhaupt eine wirksame Aufrechnung vorliegt. Auch hiermit hat sich die Beklagte erst gar nicht rechtlich auseinandergesetzt, obwohl entsprechende Ausführungen der Klägerin auch insoweit Anlass hierfür geboten hätten.

Die Aufrechnung einer Krankenkasse bedarf zu deren Wirksamkeit mit den vorgenannten Entscheidungen nämlich einer eindeutigen Aufrechnungserklärung, ein Zahlungsavis oder die Ankündigung einer Aufrechnung reichen hierfür nicht aus. Zwar ist grundsätzlich eine Aufrechnung auch zwischen Krankenversicherungsträgern und Klinikträgern trotz Fehlens der Voraussetzungen des § 51 Sozialgesetzbuch - Allgemeiner Teil (SGB I) möglich, denn es besteht allgemein die Möglichkeit, einer öffentlich-rechtlichen Forderung im Wege der Aufrechnung entgegenzutreten. Dabei sind die Regelungen in den [§§ 387ff BGB](#) anzuwenden (vgl. Bayerisches Landessozialgericht wie vor, mzwN). Voraussetzung dieses einseitigen Gestaltungsrechts, mit dem die wechselseitige Tilgung zweier Forderungen bewirkt wird, ist dann gemäß [§ 387 BGB](#), dass sich zum Zeitpunkt der wirksamen Aufrechnungserklärung gegenseitige, gleichartige, und fällige bzw. erfüllbare Forderungen gegenüberstehen, wobei die zur Aufrechnung gestellte Gegenforderung uneingeschränkt wirksam und fällig sein muss, die Hauptforderung jedoch lediglich erfüllbar.

Die Aufrechnung ist schließlich aber bereits dann rechtswidrig, wenn es an einer wirksamen Aufrechnungserklärung im Sinne des [§ 388 BGB](#) fehlt, welche die insoweit erforderlichen Mindestvoraussetzungen erfüllt (vgl. Bayerisches Landessozialgericht wie vor u.a. unter Verweis auf BSG, Urteil vom 22.07.2004, [B 3 KR 21/03 R](#)). Gefordert ist dabei u.a. eine eindeutige wörtliche oder zumindest sinngemäße Erklärung der Aufrechnung. Allein die Ankündigung einer Aufrechnung für den Fall, dass nach Verstreichen einer gesetzten Frist keine Rechnungskorrektur erfolge oder innerhalb dieser Frist der Rückforderungsbetrag nicht zurückgezahlt werde, stellt keine solche Aufrechnungserklärung dar. Gleiches gilt für ein Zahlungsavis, soweit dieses keine entsprechend eindeutige Erklärung beinhaltet. Insbesondere mit dem Bayerischen Landessozialgericht (wie vor) auch dann nicht, wenn dort nur angeführt ist, dass im Rahmen einer Abrechnung mehrere Rechnungen zusammengefasst und einem Konto des Krankenhauses gutgeschrieben worden seien, aus der überwiesenen Gesamtsumme heraus jedoch nicht zuordenbar ist, welche der dort aufgeführten Rechnungen des Krankenhauses in welcher Höhe durch Aufrechnung zum Erlöschen gebracht werden sollte. Gleiches gilt mit dem Bayerischen Landessozialgericht (wie vor), wenn dort weder erklärt oder erkennbar wird, in welcher Reihenfolge und in welcher Höhe jeweils unstrittige Forderungen des Krankenhauses zum Erlöschen gebracht werden sollten und danach nicht ermittelt werden kann, auf welche Forderung des Krankenhauses der Überweisungsbetrag konkret zu beziehen ist.

Selbst wenn man dann im Gesamtverhalten einer Krankenkasse eine konkludente Aufrechnungserklärung sehen würde, würde es gleichfalls aber an der notwendigen Bestimmtheit der Aufrechnungserklärung fehlen, wenn gleichzeitig, damit das Erlöschen der jeweiligen Forderungen festgestellt werden kann, Art und Umfang in der Erklärung nicht eindeutig bezeichnet würden. Dazu gehörten insbesondere Angaben über die Höhe, den Rechtsgrund, die Bezugszeiten, die Fälligkeit der Forderung sowie die Darlegung, ob die Forderung bestands- bzw. rechtskräftig festgestellt worden ist.

Selbst wenn das zwischen der Klägerin und der Beklagten bestehende Dauerabrechnungsverhältnis insoweit dazu führte, dass nicht allzu hohe Anforderungen an die Voraussetzung einer Aufrechnung zu stellen wären, so müssten doch Minimalanforderungen an die Bestimmtheit einer Aufrechnungserklärung eingehalten werden. Andernfalls könnten die Wirkungen der Aufrechnung im Sinne des [§ 389 BGB](#) nicht festgestellt werden. Um Rechtssicherheit zu erlangen, muss für alle Beteiligten klar sein, welche Forderungen, in welcher Höhe und für welchen Zeitraum durch Aufrechnung zum Erlöschen gebracht werden sollen. Dies erfordert auch die Rechtsklarheit, um sicherzustellen welche - bislang - unstrittigen Forderungen erloschen sein sollen.

Es darf also nicht unklar bleiben, in welcher Höhe die einzelnen Hauptforderungen ggf. in welcher Reihenfolge getilgt wurden, da eine Aufrechnung rechtsgestaltend wirkt, sich die beabsichtigte Rechtsänderung also klar und eindeutig aus der Erklärung ergeben muss.

Fehlt es an der erforderlichen Bestimmtheit, ist die Aufrechnungserklärung unwirksam (Bayerisches Landessozialgericht, wie vor mzwN).

Dies mit der Folge, dass das Krankenhaus in einer solchen Fallkonstellation keine Aufrechnung erklärt, sondern eine Verrechnung

vorgenommen hat. Bei einer Verrechnung werden jedoch allein gegenseitige offene Forderungen ausgeglichen, wobei sich die Modalitäten der Verrechnung nach dem jeweiligen Verkehrsbereich oder anhand gesetzlicher Regelungen bestimmen und hier nach [§ 52 SGB I](#) nur zwischen Leistungsträgern möglich wäre, was dann aber bereits daran scheitert, dass die Klägerin kein Leistungsträger im vorgenannten Sinne ist.

Legt man dies zugrunde, bestünden mit den dem Gericht von der Klägerin vorgelegten Unterlagen, wobei die Beklagte ihrer Bringschuld insoweit trotz Fristsetzung nach [§ 106a Abs. 2 SGG](#) erst gar nicht nachgekommen ist, bereits erhebliche Bedenken, ob hier durch das o.a. Schreiben vom 14.09.2015 und das nachfolgende Zahlungsavis vom 14.10.2015 überhaupt eine wirksame Aufrechnung vorliegt.

Dies dürfte mit der vorgenannten Rechtsprechung, die auch die erkennende Kammer überzeugt, bereits nicht der Fall sein, bleibt aber auch dahingestellt.

Stattdessen stellt die Kammer in der vorliegenden Fallkonstellation mit dem Sozialgericht Mainz (Urteile vom 08.09.2015, [S 14 KR 427/14](#) und [S 14 KR 56/12](#)) allein darauf ab, dass sich eine Krankenkasse nicht nachträglich darauf berufen kann, die Prüfung durch den MDK habe der sachlich-rechnerischen Richtigkeit gegolten, wenn der MDK auf Veranlassung der Krankenkasse in der Prüfanzeige wie auch hier mitteilt, dass es sich um eine von der zuständigen Krankenkasse beauftragte Prüfung nach [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) handelt und die Krankenkasse auf entsprechende Inrechnungstellung der Aufwandspauschale, d.h. unter ausdrücklicher Bezugnahme auf [§ 275 Abs. 1c SGB V](#), diese auch ohne jeglichen Vorbehalt "anstandslos" ohne "wenn und aber" als solche bezahlt, die Krankenkasse also selbst davon ausgegangen ist, eine die Aufwandspauschale nach [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) auslösende Rechnungsprüfung in Auftrag gegeben zu haben. Dies aus Sicht des Krankenhauses erst Recht, wenn wie hier seitens des MDK sogar konkrete Auffälligkeiten benannt werden, die die Rechnungsprüfung als solches veranlasst haben, darüber hinaus weiter ausdrücklich darauf hingewiesen wird, dass bei weiteren Auffälligkeiten die Fragestellung ggf. auch erweitert werden könne und der MDK dann auch im Zusammenwirken mit dem Krankenhaus tatsächlich eine Prüfung unter medizinischen Gesichtspunkten durchführt.

Dass die Beklagte hier eine solche Prüfung tatsächlich nicht in Auftrag gegeben haben will, also - dies klingt in der Klageerwiderung jedenfalls an bzw. wird entsprechend behauptet - zumindest seitens der Beklagten gegenüber dem MDK keine ausdrückliche Bezugnahme auf [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) erfolgt sei, ist nach den dem Gericht vorgelegten Unterlagen trotz - auch unter Verweis auf [§ 106a SGG](#) - wiederholter Fristsetzung nicht nachgewiesen. Der Prüfauftrag wurde nämlich zumindest nicht im Fließtext vorgelegt. Stattdessen allein die o.a. EDV-Maske, die zwar keinen ausdrücklichen Hinweis auf [§ 275 SGB V](#) ausweist, dann aber ebenso ausdrücklich die o.a. Auffälligkeiten auflistet, auf die dann der MDK in seiner o.a. Prüfanzeige gegenüber der Klägerin als Grund für die nach [§ 275 SGB V](#) angezeigte Prüfung verweist.

Insoweit muss die Beklagte dann aber auch zumindest den o.a. Inhalt der Prüfanzeige des MDK gegen sich gelten lassen. Selbst mit der Rechtsprechung des 1. Senats des BSG muss sich die Krankenkasse im Rahmen der Abrechnungsprüfung nämlich Prüfanzeigefehler des MDK zurechnen lassen (BSG, Urteil vom 13.11.2012, [B 1 KR 24/11 R](#) unter Hinweis auf BSG, Urteil vom 16.05.2012, [B 3 KR 14/11 R](#)). Die Zurechnung des Handelns des MDK in diesem Rechtsverhältnis mit Wirkung gegenüber den Krankenkassen ergibt sich dabei mit dem BSG (wie vor) nicht aus der analogen Anwendung zivilrechtlicher Zurechnungstatbestände, sondern unmittelbar aus [§ 275 SGB V](#). Hiernach sind die Krankenkassen gehalten, das Wirtschaftlichkeitsgebot des [§ 12 Abs. 1 SGB V](#) durch die entsprechende Vergabe von Prüfaufträgen an den MDK durchzusetzen. Auch würde ansonsten mit dem BSG der Regelungszweck des [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) unterlaufen werden. Krankenhäuser können sich danach gegenüber Krankenkassen auf das Unterlassen oder die Verspätung der Prüfanzeige als rechtserhebliche Mängel des Prüfverfahrens nach [§ 275 Abs. 1 Nr. 1 und Abs. 1c SGB V](#) berufen, obwohl sie der Sphäre des MDK zuzurechnen sind. Vorliegend kann letztlich nichts anderes gelten.

Wenn das SG Detmold (Urteil vom 04.02.2016, [S 24 KR 380/15](#)) es danach für widersprüchlich erachtet, wenn eine Krankenkasse einerseits einen offensichtlich auf [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) gestützten Prüfauftrag an den MDK erteilt, im Gerichtsverfahren aber die Ansicht vertritt, es habe sich um eine [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) nicht unterfallende Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit gehandelt, ist dem nichts hinzuzufügen. Insoweit muss sie ihren eigenen Prüfauftrag an den MDK, jedenfalls aber die Prüfanzeige des MDK gegenüber dem Krankenhaus gegen sich gelten lassen.

Darüber hinaus muss sich die Beklagte dann aber auch an dieser Stelle bereits wieder die vorbehaltlose Zahlung auf die Inrechnungstellung der Aufwandspauschale entgegenhalten und fragen lassen, warum sie eine Rechnung für etwas zahlt, was sie nicht nur rein rechtlich, sondern auch tatsächlich nicht in Auftrag gegeben haben will.

Mit dem SG Mainz (wie vor) ist die Beklagte, die sich trotz entsprechenden Hinweises des Gerichts auch hiermit wiederum rechtlich nicht auseinandergesetzt hat, nach Auffassung der Kammer insoweit schon aus Vertrauensschutzgesichtspunkten zwangsnötig an einen von ihr bestimmten Charakter des Prüfauftrags bzw. zumindest daran gebunden, wie ihn der MDK tatsächlich ausgeführt hat. Jede andere Handhabung würde das Prüfreime der Beklagten im Rahmen des [§ 275 SGB V](#) zu einem willkürlichen machen und die Klägerin als Krankenhausträgerin - Vertrauensschutz zuwider - nachträglich dem Gutdünken der Beklagten aussetzen. Dies umso mehr, als sich im Rahmen langjährig gewachsener öffentlich-rechtlicher Rechtsbeziehungen ein Krankenhaus darauf verlassen können muss, dass sich der öffentlich-rechtliche Krankenversicherer - aber auch der MDK - im Rahmen der beiden zustehenden Spielräume als solches gesetzeskonform verhält und deren Verwaltung Dritten gegenüber auch entsprechend ausgerichtet ist.

Hiervon kann nicht mehr ausgegangen werden, wenn ein Krankenversicherer entweder nach eindeutiger Auftragserteilung oder aber vom MDK insoweit tatsächlich erfolgter Auftragserfüllung eine Leistung - wie hier durch entsprechenden Rechnungsausgleich - ausdrücklich nach Wissen und Wollen als solche erbringt, sich später hieran dann jedoch nicht mehr festhalten lassen will.

Dies verstößt mit der Klägerin gleich einer unzulässigen Rechtsausübung auf der Grundlage der hier langjährig gewachsenen öffentlich-rechtlichen Beziehungen der Beteiligten und einer dem innewohnenden Verpflichtung zur gegenseitigen Rücksichtnahme gegen Treu und Glauben und erweist sich als insgesamt treuwidrig.

Dies weiter mit der Folge, dass zumindest ein Anspruch auf Rückzahlung der vorbehaltlos gezahlten Aufwandspauschale zumindest in

Fallkonstellationen der vorliegenden Art unter keinem rechtlichen Gesichtspunkt besteht.

Das SG Stralsund (a.a.O., mwN.) verweist dabei zu Recht bereits 2012 folgerichtig daraufhin, dass die Vertragsbeziehungen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen diese in partnerschaftlicher Weise zu gegenseitiger Rücksichtnahme verpflichten, wobei nach dem Grundsatz von Treu und Glauben diese Sonderrechtsbeziehung auch wechselseitig bestehende Ansprüche begrenzen kann.

Dies erst Recht, als § 275 bzw. dann konkret [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) die Krankenhäuser sowohl den Krankenkassen als auch dem MDK gegenüber einem Prüfregime unterwirft, das für sich weit über die (Offenbarungs-)Pflichten des § 301 SGB V oder aber aus den sich hier zwischen den Beteiligten ansonsten (nach wie vor) bestehenden Verträgen hinausgeht. Hier etwa dem am 01.06.2002 in Kraft getretenem Vertrag über die allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung gemäß [§ 112 Abs. 2 S. 1 Nr. 1 SGB V](#) bzw. dem Vertrag zur Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung nach [§ 112 Abs. 2 S. 1 Nr. 2 SGB V](#) vom 01.08.1990. Kommen Krankenhäuser diesen erweiterten Pflichten nach, obwohl sie hierzu an sich weder gesetzlich noch vertraglich verpflichtet gewesen wären, besteht auch und gerade insoweit kein Verwertungsverbot (vgl. BSG, Urteil vom 14.10.2014, [B 1 KR 34/13 R](#)). Einem Missbrauch zu Lasten der Krankenhäuser, der hier sicherlich nicht unterstellt werden kann, wäre Tür und Tor eröffnet. Von einer allein "freiwilligen" Überlassung von Unterlagen durch das Krankenhaus kann insoweit dann in der vorliegenden Fallgestaltung aber jedenfalls keine Rede mehr sein.

Zu den wechselseitigen Auskunft-, Prüf- und Mitwirkungspflichten zwischen Krankenhäusern, Krankenkassen und MDK hat das BSG nämlich ein dreistufiges Prüfschema entwickelt (vgl. BSG, Urteile vom 22.04.2009, [B 3 KR 24/07 R](#), vom 21.03.2013, [B 3 KR 28/12 R](#) und vom 18.07.2013, [B 3 KR 22/12 R](#)). Danach sind zwingend auf der ersten Stufe der Sachverhaltsermittlung zunächst Angaben nach [§ 301 Abs. 1 SGB V](#) zu machen. Hiernach ist das Krankenhaus verpflichtet, der Krankenkasse die wesentlichen Aufnahme- und Behandlungsdaten zu übermitteln. Aus datenschutzrechtlichen Gründen ist dann enumerativ aufgelistet, welche Angaben der Krankenkasse bei einer Krankenhausbehandlung von Versicherten zu übermitteln sind. Erschließen sich aufgrund dieser Angaben oder eines evtl. landesvertraglich vorgesehenen Kurzberichts die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung oder weitere Abrechnungsvoraussetzungen den medizinisch in der Regel nicht besonders ausgebildeten Mitarbeitern der Krankenkasse nicht, hat diese auf der zweiten Stufe der Sachverhaltserhebung ein Prüfverfahren nach [§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) einzuleiten und beim MDK eine gutachtliche Stellungnahme einzuholen. Diese ist auf der Grundlage der der Krankenkasse zur Verfügung stehenden Unterlagen - also insbesondere den Angaben nach [§ 301 SGB V](#) - sowie ggf. den vom Versicherten überlassenen medizinischen Befunden zu erstellen ([§ 276 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#)). Lässt sich auch unter Auswertung dieser Sozialdaten ein abschließendes Ergebnis nicht finden, bestehen also weiterhin Zweifel an Notwendigkeit/Dauer der Krankenhausbehandlung oder liegen Auffälligkeiten in Bezug auf eine ordnungsgemäße Abrechnung vor, so hat das Krankenhaus schließlich auf der dritten Stufe der Sachverhaltserhebung dem MDK gemäß [§ 276 Abs. 2 Satz 1 Halbs. 2 SGB V](#) alle weiteren Angaben zu erteilen und Unterlagen vorzulegen, soweit sie im Einzelfall zur Beantwortung der Prüfanfrage der Krankenkasse benötigt werden. Auf dieser Grundlage ist der MDK ermächtigt, die erforderlichen Sozialdaten beim Krankenhaus anzufordern; das Krankenhaus ist zu deren Vorlage verpflichtet, weil in einem solchen Fall allein durch die Angaben gemäß [§ 301 SGB V](#) und einen etwaigen Kurzbericht eine zuverlässige Beurteilung der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit oder anderer Fragen der Abrechnung nicht möglich ist.

All dies weiterhin erst Recht, wenn man - wie das und mit dem SG Stralsund (a.a.O.) - an dieser Stelle auf die Gesetzesbegründung zu [§ 275 Abs. 1c Satz 3 SGB V](#) zurückgreift, wonach mit der (Aufwands-)Pauschale "eine vereinfachte, aber unbürokratische Regelung verfolgt" werde, die "deshalb keine Detailgerechtigkeit in jedem Einzelfall gewährleisten" könne, zumal "aufgrund von Umfang und Komplexität (auch und gerade) der Kodierregeln (Hervorhebung durch die erkennende Kammer) Fehlabbrechnungen mit zu hohen oder zu niedrigen Rechnungsbeträgen grundsätzlich nicht auszuschließen" seien.

Diese Begründung bringt nicht nur mit dem SG Stralsund, sondern auch der von diesem zitierten seinerzeitigen BSG-Rechtsprechung (Urteil vom 22.06.2010, a.a.O.) eindeutig zum Ausdruck, dass keine Streitigkeiten gewollt seien, in denen die Beteiligten bürokratieverursachend - mittelbare Auseinandersetzungen über die Richtigkeit oder Fehlerhaftigkeit einer Kodierung des Krankenhauses führten, indem möglicherweise Rechtsschutz zu der Frage in Anspruch genommen werde, ob das Krankenhaus nach den jeweiligen Umständen des Einzelfalles von der Krankenkasse die ihm entstandenen Kosten in Form der Aufwandspauschale des [§ 275c Abs. 1c Satz 3 SGB V](#) beanspruchen könne.

Dass dem Grundsatz von Treu und Glauben gerade auch im Verhältnis Krankenhausträger/Krankenkasse eine herausragende Bedeutung zukommt, hat selbst das BSG mit Urteil vom 08.09.2015, [B 1 KR 1/15 R](#) nochmals bestätigt. Dies gilt dann auch nicht nur bezogen auf ein im Klageverfahren abgegebenes Anerkenntnis, nachdem auch im Falle der Krankenhausvergütung kein Subordinationsverhältnis existiert, sondern ein Vergütungsanspruch im Gleichordnungsverhältnis und der anerkennende Beteiligte mit dem Anerkenntnis das Beurteilungsrisiko bezüglich der dem Anerkenntnis zugrunde gelegten tatsächlichen und rechtlichen Vorstellungen übernimmt, dies gilt mit dem BSG, Urteil vom 21.04.2015, [B 1 KR 11/15 R](#) auch insgesamt im Verhältnis der vorliegend Beteiligten untereinander, wenn sich das - nachträgliche - Verhalten eines Beteiligten, hier der beklagten Krankenkasse als insgesamt in sich widersprüchlich und zumindest in der vorliegenden konkreten Sachverhaltskonstellation aus Vertrauensschutzgesichtspunkten als zumindest im Ergebnis insgesamt willkürlich und letztlich auch als illoyal erweist.

Letzteres einerseits aus den vorstehend aufgezeigten Besonderheiten, andererseits aber - wie im Verlauf des Rechtsstreits aufgezeigt - auch im Hinblick auf die gerichtsbekannte, seit Jahren immer wieder kunden- und versichertenorientiert, an den jeweiligen Standorten der hier betroffenen Krankenhäuser einschlägig pressewirksam vermarktete, bisher offenkundig gute Zusammenarbeit zwischen den Beteiligten.

All dies mit der Folge, dass sich die hier streitige Aufrechnung in der vorliegend allein rechtlich relevanten Fallkonstellation, einer unzulässigen Rechtsausübung gleich, schon aus diesem Grund als rechtswidrig erweist, ohne dass es insoweit noch auf das weitere Vorbringen der Klägerin ankam.

Auch nicht darauf, dass bereits vor der hier erfolgten vorbehaltlosen Zahlung der Aufwandspauschale im Anschluss an das o.a. Urteil des BSG vom 01.07.2014, [B 1 KR 29/13 R](#), schon dem Terminbericht des BSG Nr. 29/14 vom 02.07.2014 entnommen werden konnte, dass die 6-Wochen-Frist des [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) nach Auffassung des 1. Senats des BSG nur für Auffälligkeitsprüfungen, nicht aber für die Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit gelten sollte, woraus sich zwangsnotwendig dann auch bereits aus diesem Grund das Nichtentstehen der Aufwandspauschale hätte ableiten lassen können, die hier - erst später - erfolgte Zahlung der Aufwandspauschale also nicht nur mit Wissen

und Wollen der Beklagten erfolgt wäre, sondern darüber hinaus sogar wider besseren Wissens.

Letzteres erst Recht, als die Beklagte - wie eine Vielzahl weiterer Rechtsstreitigkeiten zeigt, in denen es später dann auch überhaupt erst zu keinen weiteren Zahlungen durch die Beklagte mehr gekommen ist - durch nichts gezwungen war, Rechnungen über Aufwandspauschalen - anders als unmittelbar die Krankenhausvergütung selbst betreffende Rechnungen - innerhalb bestimmter Fristen ungeprüft zu begleichen und dann auch zumindest im Zeitpunkt der hier erfolgten Inrechnungstellung das Urteil vom 01.07.2014 selbst auch bereits im Wortlaut veröffentlicht war.

All dies darüber hinaus umso mehr, als Auffälligkeiten im von der Beklagten und dem MDK hier geltend gemachten Umfang mit dem BSG (Urteil vom 17.12.2013, [B 1 KR 14/13 R](#)) letztlich auch allein einen Anfangsverdacht begründen müssen, ohne dass es dafür eines konkreten Verdachts bedarf oder die Krankenkasse ihre Beweggründe offenbaren müsste; dies umso mehr, als sich dann auch und gerade - wie auch hier - aus dem Prüfauftrag/der Prüfanzeige die Fakten ergeben, die zur in Auftrag gegebenen Abrechnungsprüfung Anlass gegeben haben, wobei die Krankenkasse die Auffälligkeiten noch nicht einmal "im Zweifelsfall zu belegen hat". Ungezielte und nicht durch Rechnungsauffälligkeiten gekennzeichnete Abrechnungsprüfungen und sogenannte "ins Blaue hinein" sind insoweit zwar unzulässig, hindern das Entstehen der Aufwandspauschale jedoch nicht. Stattdessen wäre, läge keine Auffälligkeit im dargelegten Sinne vor, seitens des MDK der Prüfauftrag abzulehnen, da ansonsten mit der Klägerin keine Legitimation bestünde, die Krankenakten einzusehen.

Das Krankenhaus darf nämlich auch und gerade die Herausgabe von dennoch angeforderten Krankenakten, die über das für die Abrechnung Erforderliche ([§ 301 SGB V](#)) hinausgehen, unter Hinweis auf das Fehlen von Auffälligkeiten verweigern (siehe hierzu auch Gerlach in Hauck/Noftz, SGB V, [§ 275 SGB V](#), Rz. 45, 46 sowie SG Osnabrück, Urteil vom 23.03.2016, S 34 KR 851/15).

Auch hierzu fehlt trotz entsprechenden klägerischen Vortrags jegliche Stellungnahme der Beklagten.

Eben an einer solchen Verweigerungsmöglichkeit war die Klägerin dann aber auch wieder im Vertrauen auf die o.a. Prüfmitteilung ausdrücklich gehindert, ohne dass der Beklagten und dem MDK damit unterstellt würde, die Klägerin bewusst in "diese Falle gelockt zu haben".

Weder das eine noch das andere stünde dann aber auch dem Entstehen der Aufwandspauschale in der vorliegenden Fallkonstellation entgegen.

All dies auch unabhängig davon, dass mit den weiteren o.a. Ausführungen der Klägerin sogar einiges dafür sprechen könnte, dass hier selbst mit der o.a. BSG-Rechtsprechung die Voraussetzungen für das Entstehen der Aufwandspauschale vorgelegen haben könnten, nachdem die Beklagte im hier vorliegenden Fall als Krankenkasse von sich aus zumindest nach Aktenlage bzw. ihr zumindest auf der Grundlage der Prüfanzeige zurechenbar auch gerade eine Auffälligkeitsprüfung selbst gezielt eingeleitet hat, was mit der Klägerin auch insoweit nämlich wieder bereits die o.a. Prüfanzeige des MDK mehr als verdeutlicht, welche höchst selbst von einer Prüfung nach [§ 275 Abs. 1 SGB V](#) spricht.

Im Ergebnis wäre damit selbst die von der Beklagten zitierte und nach Auffassung der Klägerin contra legem ergangene o.a. Rechtsprechung des 1. Senats des BSG für den hier vorliegenden Sachverhalt nicht geeignet, den klägerischen Anspruch auf die Aufwandspauschale negieren zu können, was die Kammer jedoch dahingestellt sein lässt.

All dies weiterhin auch unabhängig davon, dass sich das Prüfregime der Beklagten hier bzw. in der Masse zumindest im Jahr 2014 ähnlich den angesprochenen sogenannten "Berliner Fällen" zumindest im Ergebnis, wenn man der Klägerin keine bewussten Fehlabbrechnungen unterstellt, auch insgesamt als willkürlich darstellen dürfte. Dies nachdem die Beklagte im Jahr 2014 ausweislich des seitens der Klägerin mitgeteilten Zahlenwerks nahezu 24%, also fast ein Viertel, nach dem Zahlenwerk der Beklagten sogar ca. 26%, also mehr als ein Viertel der zwischen den Beteiligten abgerechneten Krankenhausbehandlungsfälle einer Rechnungsprüfung zugeführt hat, was mit den o.a. Ausführungen der Klägerin zur Gesetzessystematik des [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) und dessen Entstehungsgeschichte dem insoweit verabsolgten Bürokratieabbau diametral entgegengestanden haben und auch von daher bereits die Verhängung der Aufwandspauschale gerechtfertigt haben dürfte. Das Gesetz hatte nämlich gerade solche Regelfallbeurteilungen ausdrücklich vermeiden wollen und generell der Zahlung der Aufwandspauschale nach [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) unterworfen, wie aktuell zum 01.01.2016 seitens des Gesetzgebers durch [§ 275 Abs. 1c Satz 4](#) nochmals entsprechend klargestellt. Die Aufwandspauschale hat insoweit von Beginn an einen Anreiz setzen sollen, Einzelfallprüfungen zielorientierter und zügiger einzusetzen und damit einen Beitrag zum angestrebten Bürokratieabbau zu leisten. Die Vorschrift soll eine einfache und unbürokratische Regelung sein; Detailgerechtigkeit soll gerade nicht in jedem Einzelfall gewährleistet sein. Gerade deshalb wurde auch die Entschädigung der Krankenhäuser für den - zusätzlichen - Verwaltungsaufwand pauschaliert. Insoweit spricht dann aber einiges dafür, dass auf der Grundlage des vorgenannten Zahlenwerkes die der Beklagten eingeräumten Prüfungsmöglichkeiten nach wie vor in unverhältnismäßiger und nicht sachgerechter Weise zur Einzelfallsteuerung genutzt werden, aus welchen, nach Aktenlage weder erkennbaren noch von der Beklagten offenbarten Gründen auch immer. Dies umso mehr, als systematische Mängel bei der Abrechnung der Krankenhäuser im Rahmen einer verdachtsunabhängigen Stichprobenprüfung nach [§ 17c Krankenhausfinanzierungsgesetzes \(KHG\)](#) auch erst gar nicht geltend gemacht worden sind. Zwar erfasst die verdachtsunabhängige Stichprobenprüfung grundsätzlich die Abrechnungen gegenüber allen Krankenkassen. Weil diese Möglichkeit aber bisher ungenügend von den Krankenkassen in Anspruch genommen worden war, ist parallel zu den Änderungen bei der Einzelfallprüfung nach Absatz 1c die Einleitung einer verdachtsunabhängigen Stichprobenprüfung erleichtert sowie die Prüfung gleichgewichtiger ausgestaltet worden; um eine solche Prüfung geht es dann hier selbst mit dem Vorbringen der Beklagten jedoch erst gar nicht (siehe hierzu u.a. Strack in Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, [§ 275 SGB V](#), RnR. 18, 19; Gerlach in Hauck/Noftz, SGB, [§ 275 SGB V](#), RnR. 30ff).

Auch all dies lässt die Kammer jedoch wiederum ausdrücklich dahingestellt.

Ebenfalls dahingestellt bleibt insoweit, ob hier der von der Klägerin u.a. unter Verweis auf Hambüchen und das von diesem erstellte, in den Rechtsstreit eingeführte Rechtsgutachten, geltend gemachte Verstoß gegen das Rückwirkungsverbot den streitigen Anspruch ebenfalls bereits für sich begründen würde. Der Widerspruch zur/die Abweichung von der Rechtsprechung des BSG im o.a. Urteil des 1. Senates vom 22.06.2010, wie auch von der Klägerin selbst aufgezeigt, dürfte jedenfalls auch nach Auffassung der Kammer offenkundig sein.

Der Klage war zumindest in der vorliegenden besonderen Fallkonstellation im ausgeurteilten Umfang bereits und allein aus den aufgezeigten o.a. Vertrauensschutzgesichtspunkten heraus insgesamt stattzugeben. Dabei folgt der Anspruch auf die geltend gemachten und ausgeurteilten Zinsen u.a. dem hier mit dem Vollzug der rechtswidrigen Aufrechnung eingetretenen weiteren Verzug aus § 10 Abs. 5 des Hessischen Vertrages über die allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung (zum Zinsanspruch im Leistungserbringungsrecht vgl. u.a. bereits BSG, Urteile vom 04.03.2004, [B 3 KR 4/03 R](#) und vom 19.04.2007, [B 3 KR 10/06 R](#)). Dies auch hinsichtlich des Zinszeitpunktes, nachdem die Kammer im Anschluss auf das Schweigen der Beklagten zu den konkreten Modalitäten der hier einzelfallbezogenen Aufrechnung davon ausgehen musste, dass die streitige Aufrechnung vorliegend nicht nur als solche am 14.10.2015 auch tatsächlich vollzogen worden ist, sondern die dem gegenübergestandenen unbestrittenen weiteren, auch und gerade seitens der Beklagten bis zur vorliegenden Entscheidung zu keinem Zeitpunkt, auch nicht im Anschluss an die nach [§ 106a Abs. 2 SGG](#) erfolgte Fristsetzung, näher verifizierten Vergütungsforderungen, auch selbst an diesem Tag fällig waren.

Die Kostenentscheidung folgt den [§§ 197a, 183 SGG](#) i.V.m. [§ 154](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VWGO), nachdem [§ 193 Abs. 1 und 4 SGG](#) gemäß [§ 197a Abs. 1 Satz 1](#), 2. Halbsatz SGG hier keine Anwendung finden, da weder die Klägerin noch die Beklagte zu dem in [§ 183 SGG](#) genannten, privilegierten Personenkreis gehören.

Die Entscheidung über die Nichtzulassung der Berufung folgt [§ 144 Abs. 1 und 2 SGG](#), nachdem der Beschwerdewert 750,00 Euro nicht übersteigt und auch keine Leistungen für mehr als 1 Jahr im Streit sind. Insoweit vermochte die Kammer weder eine über den Einzelfall hinausgehende grundsätzliche Bedeutung der Rechtssache noch die rechtserhebliche bzw. entscheidungsrelevante Abweichung ihrer Entscheidung von einer Entscheidung des Hessischen Landessozialgerichts, des Bundessozialgerichts, des Gemeinsamen Senats der obersten Gerichtshöfe des Bundes oder des Bundesverfassungsgerichts zu erkennen, auf der die Entscheidung der Kammer beruhen würde. Insoweit ausdrücklich auch keine entscheidungsrelevante Abweichung von der von der Beklagten für sich in Anspruch genommenen o.a. Rechtsprechung des 1. Senats des BSG, da die Kammer in der vorliegenden Fallkonstellation (Aufrechnung des vermeintlichen Rückforderungsanspruchs einer ursprünglich vorbehaltlos gezahlten Aufwandspauschale) für ihre Entscheidung auf diese Abweichung gerade nicht abstellt, sondern den streitigen Anspruch bereits aus anderen Gründen unabhängig von einer solchen möglichen Abweichung als gegeben ansieht (Rechtsmittelbelehrung I), ohne dass sich die Beklagte trotz einer Vielzahl von Hinweisen im Vorbringen der Klägerin, aber auch eine Reihe rechtlicher Hinweise des Gerichts hierzu veranlasst gesehen hätte, hierzu selbst rechtlich Stellung zu nehmen. Auch trotz der nach [§ 106a Abs. 2 SGG](#) ebenfalls insoweit erfolgten Fristsetzung nicht. Noch nicht einmal daraufhin, dass die Kammer für den Fall, dass man die Kritik an der BSG-Rechtsprechung dahingestellt ließe und stattdessen allein auf die o.a. vorbehaltlose Zahlung sowie die auch tatsächliche Einleitung eines Prüfverfahrens nach [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) abstellen würde, woran sich die Beklagte festhalten lassen müsste, bereits angedeutet hatte, dass insoweit keine Abweichung von der BSG-Rechtsprechung vorliegen und die Sache danach auch keine grundsätzliche Bedeutung haben, für eine Zulassung der Berufung zumindest in der vorliegenden Fallkonstellation also auch kein Anlass bestehen dürfte. Wenn die Beklagte dabei trotz all dieser Hinweise im Hinblick auf das beim Hessischen Landessozialgericht gegen das o.a. Urteil des SG Darmstadt vom 07.12.2015 anhängige Berufungsverfahren hier einen Ruhensantrag gestellt hat, spricht dies für sich. Insoweit ist bereits die Klägerin diesem Antrag ausdrücklich nicht näher getreten, geht es doch im dortigen Verfahren unmittelbar um die Zahlung der Aufwandspauschale selbst, also gerade nicht um die Aufrechnung zurückgeforderter, zuvor vorbehaltlos gezahlter Aufwandspauschalen, was die Besonderheit der vorliegenden Fallkonstellation gerade begründet. Allein die Vielzahl der insoweit anhängigen Rechtsstreite begründet abschließend dann aber ebenfalls auch keine grundsätzliche Bedeutung.

Gegen die Streitwertfestsetzung, die der Höhe der hier allein maßgeblichen, mit der Klageerhebung insgesamt streitigen Forderung folgt, findet nach [§ 25 Abs. 3 Satz 1](#) Gerichtskostengesetz (GKG) selbst wiederum die Beschwerde statt.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2017-02-28