
Datum: 13.09.2016
Gericht: Sozialgericht Aachen
Spruchkörper: 13. Kammer
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: S 13 KR 413/15
ECLI: ECLI:DE:SGAC:2016:0913.S13KR413.15.00

Nachinstanz: Landessozialgericht NRW, L 5 KR 750/16
Sachgebiet: Krankenversicherung
Rechtskraft: rechtskräftig

Tenor:

Die Beklagte wird verurteilt, der Klägerin 300,00 EUR nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 07.07.2015 sowie weitere Mahnkosten in Höhe von 10,00 EUR zu zahlen. Die Kosten des Verfahrens trägt die Beklagte. Der Streitwert wird auf 300,00 EUR festgesetzt. Die Berufung wird zugelassen.

- Tatbestand: 1
- Die Beteiligten streiten über die Zahlung einer Aufwandspauschale für die Prüfung einer Krankenhausabrechnung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK), die nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages geführt hat. 2
- Die Klägerin betreibt ein zugelassenes Krankenhaus. Dort behandelte sie vom 02.03. bis 11.03.2015 einen bei der Beklagten Versicherten. Die Klägerin übermittelte der Beklagte für Krankenhausbehandlung Vergütungsrechnung vom 11.03.2015 nebst den erforderlichen Daten gemäß § 301 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V). Mit Schreiben vom 07.04.2015 zeigte die Beklagte der Klägerin "die Einleitung des Prüfverfahrens wegen Abrechnungsauffälligkeiten und/oder sachlich-rechnerischer Richtigkeit" an; sie habe den MDK "gemäß § 6 Abs. 1e PrüfvV mit der Prüfung beauftragt". Auf Anforderung des MDK übersandte die Klägerin diesem folgende Unterlagen: - Entlassbericht, - Fieberkurve, - Pflegeverlaufsbericht, - Befund, - Laborbericht. In seiner gutachtlichen Stellungnahme vom 3

13.05.2015 kam der MDK nach Auswertung dieser – ausdrücklich als "Beurteilungsgrundlage" aufgelisteten – Unterlagen zum Ergebnis, dass die zu prüfende Kodierung nicht zu beanstanden sei. Die Beklagte teilte der Klägerin mit Schreiben vom 18.05.2015 unter Hinweis auf diese MDK-Stellungnahme ihre "abschließende Entscheidung" mit, dass sich für diesen Behandlungsfall keine Änderung der Abrechnung ergebe.

Mit Rechnung vom 27.05.2015 forderte die Klägerin die Beklagte zur Zahlung einer "Aufwandspauschale bei erfolgloser MDK-Prüfung § 275 Abs. 1c SGB V" in Höhe von 300,00 EUR auf. Die Beklagte wies die Zahlung zurück mit der Begründung, sie habe "den MDK mit einer sachlich- und rechnerischen Richtigkeitsprüfung beauftragt", unter diesem Komplex bearbeite sie "folgende Themenkomplexe: Kodierung". 4

Am 28.12.2015 hat die Klägerin Klage auf Zahlung von 300,00 EUR erhoben. 5

Die Klägerin beantragt schriftsätzlich, 6

die Beklagte zu verurteilen, ihr 300,00 EUR nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 07.07.2015 sowie weitere Mahnkosten in Höhe von 10,00 EUR zu zahlen. 7

Die Beklagte beantragt, 8

die Klage abzuweisen. 9

Sie verweist auf die "ständige Rechtsprechung" des Bundessozialgerichts (BSG); diese differenziere "in einer Vielzahl von Urteilen aus den Jahren 2014/2015 zwischen einer Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit und einer Auffälligkeitsprüfung nach § 275 Abs. 1c SGB V". Die besonderen Regelungen des § 275 Abs. 1c SGB V (Frist, Aufwandspauschale) bzw. der PrüfvV griffen demnach nur in Fällen, in denen eine Prüfung von der Krankenhausabrechnung im Sinne einer Auffälligkeits-/Wirtschaftlichkeitsprüfung erfolge. Davon abzugrenzen sei die Prüfung der Abrechnung auf sachlich-rechnerische Richtigkeit, die nicht an die Rechtsfolgen des § 275 Abs. 1c SGB V anknüpfe. Die Beklagte behauptet, sie habe den MDK "mit einer Prüfung des streitigen Falles hinsichtlich der sachlich-rechnerischen Richtigkeit der Abrechnung" beauftragt. Die Beklagte meint im Übrigen, soweit § 275 Abs. 1c SGB V inzwischen um einen Satz 4 ergänzt worden sei, gelte diese Gesetzesänderung nur für die Zukunft. 10

Die Beteiligten haben sich übereinstimmend mit einer Entscheidung der Kammer durch Urteil ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt. 11

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der zwischen den Beteiligten gewechselten Schriftsätze und den sonstigen Inhalt der Gerichtsakte sowie der beigezogenen Verwaltungsakten der Beklagten, die bei der Entscheidung vorgelegen haben, Bezug genommen. 12

Entscheidungsgründe: 13

Die Kammer konnte ohne mündliche Verhandlung durch Urteil entscheiden, weil sich die Beteiligten übereinstimmend mit dieser Verfahrensweise einverstanden erklärt haben (§ 124 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz – SGG). 14

Die Klage ist zulässig und begründet. Die Klägerin hat Anspruch auf Zahlung der Aufwandspauschale gemäß § 275 Abs. 1c Satz 3 SGB V in Höhe von 300,00 EUR, da die 15

von der Beklagten eingeleitete die Prüfung der Abrechnung der Behandlung des Versicherten vom 02.03. bis 11.03.2015 im Krankenhaus der Klägerin nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages geführt hat.

Rechtsgrundlage des in dem streitgegenständlichen Behandlungsfall mit Rechnung vom 11.03.2015 geltend gemachten Vergütungsansprüche der Klägerin war § 109 Abs. 4 SGB V i.V.m. dem aus § 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V folgenden Krankenhausbehandlungsanspruch des Versicherten. Die näheren Einzelheiten über Aufnahme und Entlassung der Versicherten, Kostenübernahme, Abrechnung der Entgelte sowie die Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung ist in den zwischen der Krankenhausesellschaft Nordrhein-Westfalen einerseits und verschiedenen Krankenkassen sowie den Landesverbänden der Krankenkassen andererseits geschlossenen Verträge nach § 112 Abs. 2 Nr. 1 und 2 SGB V geregelt. Es sind dies der zwar gekündigte, aber in der Übergangszeit bis zum Abschluss eines neuen Vertrages offensichtlich weiter angewandte Vertrag über "Allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung" (KBV) und der Vertrag zur "Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung" (KÜV). 16

Nach § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V sind die Krankenkassen in den gesetzlich bestimmten Fällen oder wenn es nach Art, Schwere, Dauer oder Häufigkeit der Erkrankung oder nach dem Krankheitsverlauf erforderlich ist, verpflichtet, "bei Erbringung von Leistungen, insbesondere zur Prüfung von Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistung sowie bei Auffälligkeiten zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung" eine gutachtliche Stellungnahme des MDK einzuholen. Hierzu bestimmt § 275 Abs. 1c SGB V in der hier maßgeblichen bis 31.12.2015 geltenden Fassung, dass bei Krankenhausbehandlung nach § 39 eine Prüfung nach Abs. 1 Nr. 1 zeitnah durchzuführen ist (Satz 1), die Prüfung nach Satz 1 spätestens sechs Wochen nach Eingang der Abrechnung bei der Krankenkasse einzuleiten und durch den Medizinischen Dienst dem Krankenhaus anzuzeigen ist (Satz 2) und, falls die Prüfung nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages führt, die Krankenkasse dem Krankenhaus eine Aufwandspauschale in Höhe von 300,00 EUR zu entrichten hat (Satz 3). Auf der Grundlage dieser gesetzlichen Vorgaben hat die Beklagte eine Prüfung der Krankenhausabrechnung vom 11.03.2015 durch den MDK eingeleitet. Der MDK hat im Rahmen dieser Prüfung Daten bei der Klägerin erhoben; er hat den Krankenhausesentlassungsbericht, die Fieberkurve, den Pflegeverlaufsbericht, Befunde und einen Laborbericht bei der Klägerin angefordert, ausgewertet und zur Beurteilungsgrundlage seiner gutachtlichen Stellungnahme gemacht. Die Prüfung hat nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages geführt. 17

Soweit die Beklagte unter Hinweis auf eine "ständige Rechtsprechung" – offenbar nach Lektüre der Urteile des BSG vom 01.07.2014 (B 1 KR 29/13 R, B 1 KR 1/13 R und B 1 KR 48/12 R), 14.10.2014 (B 1 KR 26/13 R) und 23.06.2015 (B 1 KR 13/14 R) – meint, sie habe die Aufwandspauschalen nicht zu zahlen, weil es sich in dem streitigen Behandlungsfall um eine Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit der Abrechnung gehandelt habe und diese Prüfungen nicht den Vorgaben des § 275 Abs. 1c SGB V unterliege, verkennt sie die Rechtslage hinsichtlich des Geltungsbereichs des § 275 Abs. 1c SGB V. 18

Die vom 1. Senat des BSG erstmals in drei Urteilen vom 01.07.2014 (B 1 KR 29/13 R, B 1 KR 1/13 R und B 1 KR 48/12 R) vorgenommene Unterscheidung einer "Auffälligkeitsprüfung" und einer Prüfung der "sachlich-rechnerischen Richtigkeit" von Krankenhausabrechnungen findet im Gesetz keine Stütze. Insbesondere fehlt es für eine Prüfung der "sachlich-rechnerischen Richtigkeit" von Krankenhausrechnungen durch den MDK unter Erhebung von Daten beim Krankenhaus außerhalb des Prüfregime des § 275 Abs. 1 Nr. 1, Abs. 1c SGB V an jeglicher 19

gesetzlichen oder sonstigen rechtlichen Grundlage. Ausschließlich für den Bereich der vertragsärztlichen Versorgung bestimmt § 106a Abs. 2 Satz 1 SGB V, dass die kassenärztliche Vereinigung – nicht der MDK (!) – "die sachliche und rechnerische Richtigkeit der Abrechnungen" der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen feststellt. Für die Prüfung von Krankenhausabrechnungen unter Beteiligung des MDK gelten allein die §§ 275 bis 277 SGB V.

20

Allerdings führt nicht jedwede Beteiligung des MDK an einer Prüfung der Krankenhausabrechnung zur Anwendung von § 275 Abs. 1c SGB V. Als Grundlage des Prüfverfahrens hat das Krankenhaus im Rahmen der wechselseitigen Leistungsbeziehungen zur Krankenkasse diejenigen Angaben zu machen und Unterlagen beizubringen, die zur Beurteilung der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit im Einzelfall erforderlich sind. Hierzu hat das BSG im Urteil vom 22.04.2009 (B 3 KR 24/07 R, Rz. 15 bis 20) grundlegend ausgeführt: "a) Rechtsgrundlage der Auskunftspflicht ist § 100 Abs. 1 Satz 3 SGB X. Danach ist das Krankenhaus verpflichtet, dem Leistungsträger "im Einzelfall auf Verlangen Auskunft zu erteilen, soweit es für die Durchführung von dessen Aufgaben nach diesem Gesetzbuch erforderlich" ist und entweder der Betroffene eingewilligt hat (§ 100 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB X) oder dies gesetzlich zugelassen ist (§ 100 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB X) ; Demgemäß können im Rahmen eines bis zu dreistufigen Prüfverfahrens Auskunfts- und Mitwirkungspflichten wie folgt bestehen: b) Zwingend, nämlich i.S von § 100 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB X gesetzlich zugelassen, sind auf der ersten Stufe der Sachverhaltserhebung die Angaben nach § 301 Abs. 1 SGB V. Danach besteht die Pflicht, der Krankenkasse bei Krankenhausbehandlung u.a. den Grund der Aufnahme sowie die Einweisungsdiagnose und die Aufnahmediagnose zu übermitteln (§ 301 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V). Hiermit ist aus datenschutzrechtlichen Gründen abschließend und enumerativ aufgelistet, welche Angaben der Krankenkasse bei einer Krankenhausbehandlung ihrer Versicherten auf jeden Fall zu übermitteln sind (vgl. BT-Drucks 12/3608, 124). Dazu rechnen u.a. die Stammdaten des Versicherten, Detaildaten über Aufnahme, Verlegung, Art der Behandlung und Entlassung einschließlich der Angabe des einweisenden Arztes mit Einweisungsdiagnose, Aufnahmediagnose und Änderung von Diagnosen, die medizinische Begründung für die Verlängerung der Verweildauer sowie Datum und Art der durchgeführten Operationen und Prozeduren, nicht hingegen die Behandlungsunterlagen der Versicherten, die in § 301 SGB V nicht erwähnt sind (vgl. BSGE 90, 1 = SozR 3-2500 § 112 Nr. 3). Nach der zu Grunde liegenden Vorstellung sind damit die Mindestangaben bezeichnet, die die Krankenkasse insbesondere zur ordnungsgemäßen Abrechnung und zur Überprüfung der Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung benötigt (vgl. BT-Drucks 12/3608, 124). Genügt die Anzeige schon diesen (Mindest-)Anforderungen nicht, fehlt es bereits an der Fälligkeit der Vergütungsforderung (BSG SozR 4-2500 § 109 Nr.1 RdNr. 12). Darüber hinaus normiert § 2 Abs. 1 Satz 2 KÜV eine weitere - vertraglich vereinbarte - Pflicht des Krankenhauses. Besteht nämlich aus Sicht der Krankenkasse in Einzelfällen Anlass, die Notwendigkeit und Dauer der stationären Behandlung zu überprüfen, so kann die Krankenkasse vor Beauftragung des MDK unter Angabe des Überprüfungsanlasses eine Stellungnahme des Krankenhauses zu den einzelnen Behandlungsfällen anfordern. Das Krankenhaus hat sodann die Notwendigkeit und/oder Dauer der stationären Behandlung mittels Kurzberichts zu erläutern (§ 2 Abs. 1 Satz 3 KÜV). Die Weitergabe solcher Daten verletzt nicht die ärztliche Schweigepflicht oder den Datenschutz (vgl. auch § 15 KBV). Diese ergänzende Berichtspflicht umfasst jedoch nicht die Übersendung von ärztlichen Unterlagen an die Krankenkasse und ist auf begründete Einzelfälle zu beschränken. Daraus folgt, dass die Krankenkasse dieses Instrumentarium keinesfalls als eine Art "Regelanfrage" ausgestalten darf; der Kurzbericht soll lediglich dazu dienen, die Entscheidungsgrundlage der Krankenkassen vor Einschaltung des MDK zu erweitern und konkrete Zweifel auszuräumen. c) Erschließen sich die Notwendigkeit der

Krankenhausbehandlung oder weitere Abrechnungsvoraussetzungen den - medizinisch in der Regel nicht besonders ausgebildeten - Mitarbeitern der Krankenkasse aufgrund der Angaben nach § 301 SGB V oder eines Kurzberichts nicht selbst, ist auf der zweiten Stufe der Sachverhaltserhebung ein Prüfverfahren nach § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V einzuleiten. Danach ist beim MDK eine gutachtliche Stellungnahme einzuholen, wenn die vom Krankenhaus erteilten Informationen zur Prüfung insbesondere von Voraussetzung, Art und Umfang der Krankenhausbehandlung nicht ausreichen. Dazu sind dem MDK nach § 276 Abs. 1 Satz 1 SGB V jedenfalls diejenigen zur Begutachtung erforderlichen Unterlagen vorzulegen, die vom Krankenhaus zur Verfügung gestellt worden sind, also insbesondere die Angaben nach § 301 SGB V; vom Versicherten überlassene Unterlagen sind bei dessen Zustimmung zur Verfügung zu stellen (§ 276 Abs. 1 Satz 2 SGB V). Der erkennende Senat hat daraus abgeleitet, dass den Krankenkassen kein Recht zusteht, selbst in die ärztlichen Behandlungsunterlagen Einsicht zu nehmen (BSGE 90, 1 = SozR 3-2500 § 112 Nr. 3). Daraus folgt aber nicht, dass die Krankenkassen nach Bundesrecht verpflichtet wären, Krankenhausrechnungen auch dann in voller Höhe zu begleichen, wenn sie innerhalb angemessener Frist substantiierte und der Höhe nach bezifferte Einwendungen gegen die Abrechnung geltend machen (BSG SozR 4-2500 § 112 Nr. 3). Vielmehr erlegt § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V den Krankenkassen gerade die Pflicht auf, bei Zweifeln über die Erbringung von Leistungen, insbesondere zur Prüfung von Voraussetzungen, Art und Umfang, sowie bei Auffälligkeiten zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung eine gutachtliche Stellungnahme des MDK einzuholen (BSG, Urteil vom 20.11.2008 - B 3 KN 4/08 KR R , RdNr. 18; ebenso BSG, Urteil vom 16.12.2008 - B 1 KN 3/08 KR R , jeweils RdNr.32). Diese schon von Gesetzes wegen vorgesehene Prüfpflicht der Krankenkassen wird in § 2 Abs. 1 Satz 4 KÜV ausdrücklich wiederholt, wobei aber auch nochmals klargestellt wird, dass es sich um Überprüfungen "im Einzelfall" handeln muss, also keine generelle und anlasslose Einschaltung des MDK in Betracht kommt. Der Gesetzgeber hat diese Problematik ebenfalls erkannt und nunmehr mit § 275 Abs. 1c SGB V (i.d.F. des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes vom 26.3.2007 (BGBl. I 378), in Kraft seit dem 1.4.2007) eine Konkretisierung der MDK-Überprüfungen vorgenommen, um die von einzelnen Krankenkassen "in unverhältnismäßiger und nicht sachgerechter Weise zur Einzelfallsteuerung" genutzten Prüfmöglichkeiten einzuschränken (so die Gesetzesbegründung, BT-Drucks 16/3100 S 171). Die Überprüfung eines Krankenhauses (§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V) ist nunmehr zeitnah durchzuführen, und zwar innerhalb von sechs Wochen nach Eingang der Abrechnung des Krankenhauses (§ 275 Abs. 1c Satz 1 und 2 SGB V). Mit dieser Fristsetzung und der in § 275 Abs. 1c Satz 3 SGB V zu Lasten der Krankenkasse vorgesehenen Aufwandspauschale von 100 Euro bei ergebnisloser Prüfung soll "als Beitrag zu dem angestrebten Bürokratieabbau Anreize gesetzt werden, um Einzelfallprüfungen zukünftig zielorientierter und zügiger einzusetzen" (so BT-Drucks 16/3100 S 171; vgl. auch Sieper, Die Einschränkung des außergerichtlichen MDK-Überprüfungsverfahrens nach § 275 Abs. 1c SGB V, GesR 2007, 446). d) Im Rahmen einer nach diesen Voraussetzungen ordnungsgemäß eingeleiteten Prüfung hat das Krankenhaus schließlich auf der dritten Stufe der Sachverhaltserhebung dem MDK auch über die Anzeige nach § 301 SGB V und den Kurzbericht hinaus alle weiteren Angaben zu erteilen und Unterlagen vorzulegen, die im Einzelfall zur Beantwortung der Anfrage der Krankenkasse benötigt werden. Rechtsgrundlage hierfür ist § 276 Abs. 2 Satz 1 Halbsatz 2 SGB V. Danach galt: "Haben die Krankenkassen nach § 275 Abs. 1 bis 3 eine gutachtliche Stellungnahme oder Prüfung durch den Medizinischen Dienst veranlasst, sind die Leistungserbringer verpflichtet, Sozialdaten auf Anforderung des Medizinischen Dienstes unmittelbar an diesen zu übermitteln, soweit dies für die gutachtliche Stellungnahme und Prüfung erforderlich ist." Auf dieser Grundlage ist der MDK ermächtigt, die erforderlichen Sozialdaten bei den Krankenhäusern anzufordern (vgl BSGE 90, 1 = SozR 3-2500 § 112 Nr. 3) und das

Krankenhaus zu deren Vorlage verpflichtet, soweit auch mit medizinischer Expertise nur durch die Angaben gemäß § 301 SGB V und einen ergänzenden Kurzbericht eine zuverlässige Beurteilung der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit oder anderer Fragen der Abrechnung nicht möglich ist. Auf der Vertragsebene wird dies durch § 2 Abs. 2 Satz 2 KÜV ausdrücklich bestätigt." Soweit das BSG in der zitierten Entscheidung auf Vorschriften des Rheinland-Pfälzischen KÜV abstellt, stimmen diese im Wesentlichen wortgleich mit dem nordrhein-westfälischen KÜV überein.

In einer späteren Entscheidung vom 16.05.2012 (B 3 KR 14/11 R, Rz. 22, 23) hat das BSG 21 ergänzend ausgeführt: "e) Die Ausschlussfrist des § 275 Abs. 1c S 2 SGB V besitzt nur für die dritte Ebene der Sachverhaltsermittlung Bedeutung, also für die Erhebung von Sozialdaten beim Krankenhaus gemäß § 276 Abs. 2 S 1 Halbs. 2 SGB V. "Prüfung" i.S. von § 275 Abs. 1c S 2 SGB V ist demnach nicht jede Befassung des MDK mit medizinischen Fragen aus Anlass der den Krankenkassen zwingend aufgetragenen Kontrolle von Krankenhausabrechnungen (vgl. dazu eingehend BSGE 106, 214 = SozR 4-2500 § 275 Nr. 3, RdNr. 19; ebenso BSG vom 16.5.2012 - B 3 KR 12/11 R , RdNr. 10). Prüfungstätigkeit im Sinne dieser Norm entfaltet der MDK vielmehr erst dann, wenn auch von ihm die Ordnungsgemäßheit einer Abrechnung nicht allein anhand der vom Krankenhaus bei der Aufnahme oder der Abrechnung überlassenen Daten beurteilbar ist und deshalb gemäß § 276 Abs. 2 S 1 Halbs. 2 SGB V beim Krankenhaus selbst zusätzliche Sozialdaten erhoben werden müssen - wenn also der Sachverhalt nur anhand zusätzlicher medizinischer Unterlagen und Angaben des Krankenhauses und/oder seiner Mitarbeiter zu klären ist, also insbesondere die Krankenbehandlungsakte oder Teile davon eingesehen werden müssen. Dies folgt aus dem systematischen Zusammenhang mit der Aufwandspauschale des § 275 Abs. 1c S 3 SGB V. Dieser kommt, wie das BSG bereits entschieden hat, kein Straf- oder Sanktionscharakter zu, sondern sie dient - wie schon die Bezeichnung "Aufwandspauschale" zum Ausdruck bringt - dem Ausgleich eines besonderen Zusatzaufwandes infolge der nochmaligen und zeitaufwändigen Befassung mit einem bereits abgeschlossenen Versorgungsvorgang. Zahlungsansprüche nach § 275 Abs. 1c S 3 SGB V können deshalb nur entstehen, wenn dem Krankenhaus auf den Prüfantrag hin überhaupt ein tatsächlicher Aufwand entstanden ist, der über die Erfüllung der üblichen Mitteilungs- und Abrechnungsobliegenheiten hinaus reicht (vgl. BSGE 106, 214 = SozR 4-2500 § 275 Nr. 3, RdNr. 16 f). Demgemäß kann die Ausschlussfrist des § 275 Abs. 1c S 2 SGB V für die Prüftätigkeit des MDK auch nur dann von Bedeutung sein, wenn sie über eine Beratung der Krankenkasse auf der Grundlage der dieser vom Krankenhaus bereits überlassenen Daten hinausreicht und - auf der Basis von § 276 Abs. 2 S 1 Halbs. 2 SGB V - eine eigenständige Erhebung von Sozialdaten zum Gegenstand hat. f) Erfasst demzufolge die Ausschlusswirkung des § 275 Abs. 1c S 2 SGB V nur MDK-Prüfaufträge auf der 3. Stufe der Abrechnungsprüfung, so folgt daraus im Umkehrschluss, dass die Rechnungskontrolle auf den beiden ersten Prüfebeneen unabhängig hiervon erfolgt. Die Wahrnehmung der dabei anfallenden Prüftätigkeit ist den Krankenkassen indes nicht freigestellt; sie sind - ebenso wie die Krankenhäuser - grundsätzlich zur beschleunigten Rechnungsabwicklung verpflichtet (vgl. dazu insbesondere BSG SozR 4-2500 § 112 Nr. 6 RdNr. 16 m.w.N.; BSGE 102, 181 = SozR 4-2500 § 109 Nr. 15, RdNr. 37 f; BSGE 105, 150 = SozR 4-2500 § 109 Nr. 20, RdNr. 13). Daran hat sich durch die Einführung des § 275 Abs. 1c SGB V nichts geändert. Die Abrechnungsprüfung ist weiterhin eine elementare Aufgabe zur Wahrung der Wirtschaftlichkeit der Versorgung und obliegt den Krankenkassen (vgl. BSGE 106, 214 = SozR 4-2500 § 275 Nr. 3 RdNr.19; ebenso BSG vom 16.5.2012 - B 3 KR 12/11 R , RdNr. 10). Nach der Vorstellung des Gesetzgebers gilt die Ausschlusswirkung der Sechs-Wochen-Frist des § 275 Abs. 1c S 2 SGB V aber nicht für den gesamten Prüfvorgang der Krankenkassen, sondern ausschließlich auf der Ebene der Sachverhaltserhebung durch den MDK unter

Einbeziehung des Krankenhauses. Auf den beiden vorgeschalteten Prüfebene verbleibt es hingegen bei der allgemeinen Verpflichtung der Krankenkassen, die von den Krankenhäusern vorgelegten Abrechnungen zügig auf ihre sachliche und rechnerische Richtigkeit zu überprüfen. Beschränkt sind sie hierbei nach Ablauf der Frist des § 275 Abs. 1c S 2 SGB V aber insoweit, dass der medizinische Sachverhalt nicht mehr durch Ermittlungen des MDK gemäß § 276 Abs. 2 S 1 Halbs. 2 SGB V überprüft oder weiter aufgeklärt werden kann. Entsprechende Prüfaufträge an den MDK sind unzulässig und die Krankenhäuser nicht mehr zur Übermittlung von Sozialdaten verpflichtet."

Im vorliegenden Fall hat eine Prüfung der Krankenhausabrechnung durch den MDK auf der dritten Stufe der Sachverhaltserhebung stattgefunden. Denn der MDK hat Daten (Krankenhausentlassungsbericht, Fieberkurve, Pflegeverlaufsbericht, Befunde, Laborbericht) beim Krankenhaus erhoben. Dies führte zur Anwendung der Vorgaben und Rechtsfolgen des § 275 Abs. 1c SGB V, unabhängig davon, ob man die Tätigkeit des MDK – wie der Gesetzgeber in § 275 Abs. 1 Satz 1 SGB V – als "Prüfung von Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistung" oder als "Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung bei Auffälligkeiten" qualifiziert oder – wie der 1. Senat des BSG in freier Rechtsauslegung und -schöpfung seit den Urteilen vom 01.07.2014 – als "Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit". Egal, in welchem Prüfregime der MDK bei der Prüfung von Krankenhausabrechnungen tätig wird: Sobald er von der Krankenkasse in die Prüfung einbezogen wird und selbst Daten beim Krankenhaus erhebt, findet § 275 Abs. 1c SGB V Anwendung. 22

Dass dies nicht nur dem Gesetz (in seiner bis 31.12.2015 geltenden Fassung), sondern auch dem Willen des Gesetzgebers dieser Bestimmung entspricht, ergibt sich aus der Einfügung des Satz 4 in § 275 Abs. 1c SGB V durch Artikel 6 Nr. 21a des Gesetz zur Reform zur Struktur der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz – KHSG) vom 10.12.2015 (BGBl. I S. 2229). Dieser lautet: "Als Prüfung nach Satz 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." Zwar ist Artikel 6 Nr. 21a KHSG erst am 01.01.2016 in Kraft getreten (vgl. Artikel 9 Abs. 1 KHSG). Jedoch wird aus der Gesetzesbegründung deutlich, dass der eingefügte Satz 4 eine Auslegungsbestimmung ("als Prüfung nach Satz 1 ist. anzusehen") enthält, die auch für die Vergangenheit und bereits abgerechnete Behandlungsfälle gilt. So heißt es in der Begründung zu § 275 Abs. 1c Satz 4 SGB V (vgl. BT-Drucksache 18/6586, S. 110): "In einem Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) (BSG 1 KR 29/13R) hat der erkennende 1. Senat eine rechtliche Differenzierung zwischen Auffälligkeitsprüfungen und Prüfungen auf sachlich-rechnerische Richtigkeit einer Krankenhausrechnung vorgenommen. Während er auf Auffälligkeitsprüfungen § 275 Absatz 1c anwendet, ist er der Auffassung, dass diese Vorschrift für Prüfungen der sachlich-rechnerischen Richtigkeit nicht gilt. Für Letztere gelte weder die Frist des § 275 Absatz 1c Satz 2 noch die Pflicht zur Entrichtung einer Aufwandspauschale nach § 275 Absatz 1c Satz 3. Vielmehr unterlägen sie einem eigenen Prüfregime. Infolge dieses Urteils sind zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen Probleme entstanden, weil Krankenkassen sich bei Prüfungen der Krankenhausabrechnungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) vermehrt auf den Standpunkt stellen, es handele sich um Prüfungen der sachlich-rechnerischen Richtigkeit, bei denen keine Aufwandspauschale zu zahlen und keine Frist zu beachten sei. Hinzu kommt, dass im Schrifttum teilweise kritisiert wird, dass es für die Trennung der beiden Prüfarten im Gesetz keine hinreichende Stütze gebe und es an Abgrenzungskriterien fehle. Deshalb wird mit der Neuregelung des § 275 Absatz 1c Satz 4 nunmehr bestimmt, dass sich die Fristen- und Anzeigeregulierung des Satzes 2 und die 23

Regelung zur Aufwandspauschale in Satz 3 auf jede Prüfung der Abrechnung einer stationären Behandlung beziehen, mit der eine Krankenkasse den MDK beauftragt und die eine Datenerhebung durch den MDK beim Krankenhaus erfordert. Dies gilt sowohl für die vom 1. Senat des BSG angesprochenen Auffälligkeitsprüfungen als auch für die Prüfungen auf sachlich-rechnerische Richtigkeit. Mit der Voraussetzung, dass es sich um Prüfungen handeln muss, die eine Datenerhebung durch den MDK erfordern, wird auf das vom BSG entwickelte System der dreistufigen Sachverhaltsermittlung Bezug genommen. Dadurch wird in Übereinstimmung mit diesem Ansatz zum Ausdruck gebracht, dass § 275 Absatz 1c nur für Prüfungen auf der dritten Stufe der Sachverhaltserhebung anwendbar ist. Dies ist dann der Fall, wenn der MDK den Prüfauftrag der Krankenkasse nur mit Angaben und Unterlagen des Krankenhauses erfüllen kann und deshalb eine Prüfung durchführen muss, die Außenwirkung auf das Krankenhaus hat. Durch eine derartige Prüfung entsteht dem Krankenhaus ein besonderer Aufwand, der – falls es nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages kommt – durch die Pauschale zu entschädigen ist." Mit der Regelung des § 275 Abs. 1c Satz 4 SGB V wird also kein neues Recht für künftige, ab 01.01.2016 zu behandelnde Fälle geschaffen, sondern – auch für davor liegende Prüffälle im Sinne von § 275 Abs. 1c Satz 1 bis 3 SGB V – klargestellt, dass als Prüfung nach Satz 1 jede Prüfung einer Krankenhausabrechnung gilt, mit der die Krankenkasse den MDK beauftragt und die eine Datenerhebung durch den MDK beim Krankenhaus erfordert. Da dies auf den hier streitbefangenen Fall zutrifft, hat die Beklagte die Aufwandspauschale von 300,00 EUR zu zahlen.

Die Klägerin kann die geltend gemachte Aufwandspauschale auch aus einem anderen beanspruchen. Entgegen der Behauptung der Beklagten lässt sich der Akte nicht entnehmen, dass der MDK mit einer Prüfung (nur) "hinsichtlich der sachlich-rechnerischen Richtigkeit der Abrechnung" beauftragt worden ist. Laut Anzeige der Beklagten vom 07.04.2015 wurde der MDK "gemäß § 6 Abs. 1e PrüfV mit der Prüfung beauftragt", und zwar "wegen Abrechnungsauffälligkeiten und/oder sachlich-rechnerischer Richtigkeit". Wenn die Anzeigepflicht gem. § 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V nicht bloß eine bedeutungs- und folgenlose Alibifunktion hat, muss das Krankenhaus erkennen können, aus welchem Grund die Prüfung eingeleitet worden ist. Nach der Anzeige durfte/musste die Klägerin also auch von einer Auffälligkeitsprüfung ausgehen. In der Anzeige vom 07.04.2015 wurde der Prüfauftrag an den MDK ausdrücklich unter Bezugnahme auf "§ 6 Abs. 1e PrüfV" begründet. In der Klageerwidlung hat die Beklagte unter Hinweis auf die BSG-Rechtsprechung zwischen einer Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit einerseits und einer Auffälligkeitsprüfung nach § 275 Abs. 1c SGB V andererseits unterschieden und ausgeführt, die besonderen Regelungen des § 275 Abs. 1c SGB V (Frist, Aufwandspauschale) bzw. der PrüfV griffen nur in Fällen, in denen eine Auffälligkeits-/Wirtschaftlichkeitsprüfung erfolge. Davon abzugrenzen sei die Prüfung der Abrechnung auf sachlich-rechnerische Richtigkeit. Ausgehend von dieser Auffassung kann es im vorliegenden Fall der Anzeige vom 07.04.2015 zufolge nur um eine Auffälligkeitsprüfung gegangen sein. Denn die Beklagte hatte die Prüfung gerade auf "§ 6 Abs. 1e PrüfV" – sie meinte vermutlich "§ 6 Abs. 1 Buchstabe (e) PrüfV" – gestützt, also die "Vereinbarung über das Nähere zum Prüfverfahren nach § 275 Absatz 1c SGB V" (in der für Behandlungsfälle ab 01.01.2015 geltenden Fassung). Nach der PrüfV findet die Regelung über die Aufwandspauschale (§ 275 Abs. 1c Satz 3 SGB V) nur in zwei Fallgestaltungen keine Anwendung: a) im Fall eines Vorverfahrens gem. § 5 PrüfV (vgl. § 5 Abs. 7 PrüfV) b) bei Beauftragung des MDK gem. §§ 6 und 7 PrüfV ausschließlich dann, wenn die MDK-Prüfung "aufgrund einer Korrektur" (von Datensätzen durch das Krankenhaus) nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages führt (vgl. § 7 Abs. 5 Satz 5 PrüfV). Ausweislich des vorgelegten Verwaltungsvorganges liegt keine dieser Ausnahmefälle vor; es wurde kein Vorverfahren nach § 5 PrüfV durchgeführt; das nach § 6 Abs. 1 Buchstabe (e)

PrüfvV eingeleitete MDK-Verfahren führte zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages, ohne dass das Krankenhaus eine Korrektur von Datensätzen vorgenommen hatte. Daraus folgt, dass auch nach Maßgabe der PrüfvV in der für den streitigen Behandlungsfall maßgeblichen Fassung die Regelung über die Aufwandspauschale nach § 275 Abs. 1c Satz 3 SGB V Anwendung findet.

Der Zinsanspruch und der Mahnkostenanspruch ergeben sich unter dem Gesichtspunkt des Verzuges aus § 69 Abs.1 Satz 3 SGBV i.V.m. §§ 286, 288 Abs.1 und Abs. 4 BGB. 25

Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Abs. 1 Satz 1 SGG i.V.m. §§ 154 Abs. 1, 161 Abs. 1, 162 Abs. 1 und 2 Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO). 26

Die Streitwertfestsetzung beruht auf § 197a Abs. 1 Satz 1 SGG i.V.m. § 52 Abs. 1 und 3 Gerichtskostengesetz (GKG). 27

Die Kammer hat die Berufung zugelassen, weil sie der Rechtssache grundsätzliche Bedeutung beizumisst (§ 144 Abs. 1 Satz 1, Abs. 2 Nr. 1 SGG). 28