
S 93 KR 7696/19

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht	Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	16
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 93 KR 7696/19
Datum	17.09.2020

2. Instanz

Aktenzeichen	L 16 KR 827/20
Datum	02.06.2022

3. Instanz

Datum	-
-------	---

Die Berufung der KlÄgerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Dortmund vom 17.09.2020 wird zurÄckgewiesen.

Die KlÄgerin trÄgt auch die Kosten des Berufungsverfahrens.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Der Streitwert fÄr das Berufungsverfahren wird auf 1.718,62 Euro festgesetzt.

Ä

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten Äber die Erstattung der VergÄtung stationÄrer Krankenhausversorgungen mittels geriatrischer Komplexbehandlung.

In der Zeit vom 28.04.2017 bis zum 24.05.2017 befand sich die im Jahr 1935 geborene und bei der KlÄgerin krankenversicherte B (Versicherte B) in

stationärer Behandlung in dem von der Beklagten betriebenen zugelassenen N-Hospital L. Vom 05.05.2017 bis zum 23.05.2017 wurde dort zudem die im Jahr 1926 geborene Versicherte der Klägerin W (Versicherte W) behandelt.

Mit Rechnung vom 06.06.2017 forderte die Beklagte für die Behandlung der Versicherten B von der Klägerin unter Zugrundelegung der DRG T44Z (Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei infektiösen und parasitären Krankheiten) Krankenhausvergütung in Höhe von 8.246,21 €. Mit Rechnung vom gleichen Tag stellte sie für die Behandlung der Versicherten W unter Zugrundelegung der DRG B44D (Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems ohne schwere motorische Funktionseinschränkung, ohne Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls) 5.837,51 € in Rechnung. Im Rahmen beider Abrechnungen kodierte die Beklagte OPS 8-550.1 (Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 14 Behandlungstage und 20 Therapieeinheiten). Die Klägerin beglich die Rechnungen vollständig, ohne eine Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) einzuleiten.

Am 30.12.2019 hat die Klägerin Klage zum Sozialgericht Dortmund erhoben, mit der sie die teilweise Erstattung von insgesamt 1.718,62 € für beide Behandlungen (995,68 € aus dem Behandlungsfall W, 722,94 € aus dem Behandlungsfall B) begehrt hat, da diese ohne Rechtsgrund gezahlt worden seien. Der OPS 8-550.1 sei jeweils zu streichen, da dessen (strukturelle) Mindestmerkmale von der Beklagten bislang nicht erfüllt würden. So genüge die Dokumentation der Beklagten nicht den nach der Rechtsprechung des BSG (Urteil vom 19.12.2017 [â€‹ B 1 KR 19/17 R](#)) an die von OPS 8-550 vorgesehene wochenbezogene Dokumentation zu stellenden Anforderungen. Dem maßgeblichen Qualitätsbericht des Krankenhauses der Beklagten sei zu entnehmen, dass dort im Behandlungsjahr kein Psychologe, kein Ergotherapeut und kein Logopäde tätig gewesen sei, was der OPS aber voraussetze. Da kein Fall des [Â§ 275 SGB V](#) in der vorliegend maßgeblichen, im Zeitraum vom 01.01.2016 bis 31.12.2019 gültigen Fassung (a.F.) vorliege, sei sie nicht mit Einwendungen gegen die Richtigkeit der Kodierungen ausgeschlossen.

Die Klägerin hat schriftsätzlich beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, an sie 1.718,62 Euro zuzüglich Zinsen in Höhe von 5,00% Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz ab Rechtshängigkeit zu zahlen.

Die Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Die Klägerin behaupte pauschal und ohne Bezug zu den konkreten Einzelfällen, dass die Mindestvoraussetzungen des OPS 8-550 nicht erfüllt seien. Beide Behandlungsfälle seien ungeprüft und vorbehaltlos bezahlt worden. Eine Kodierprüfung sei nicht innerhalb der Fristen der Vereinbarung über das

NÄhere zum Prüfverfahren nach [Â§ 275 Abs. 1c SGB V](#) gemäß [Â§ 17c Abs. 2 KHG](#) vom 03.02.2016 (PrüfvV 2016) eingeleitet worden. Kodierprüfungen unterfielen nicht nur den Ausschlussfristen der PrüfvV, sondern auch der zum Zeitpunkt der Behandlung geltenden sechswöchigen Ausschlussfrist gemäß [Â§ 275 Abs. 1c SGB V](#) a.F.. Mangels Einleitung eines MDK-Prüfverfahrens sei die Klägerin mit Einwendungen gegen die Richtigkeit der Kodierung ausgeschlossen. Die angeforderten Protokolle der Teamsitzungen und die Kooperationsverträge werde sie daher nicht vorlegen.

Das Sozialgericht hat die Klage mit Urteil vom 17.09.2020 abgewiesen. Zur Begründung hat es im Wesentlichen ausgeführt, die Zahlungen der Klägerin zur Vergütung der streitgegenständlichen Behandlungsfälle, die nach DRG B44D beziehungsweise T44Z abzurechnen gewesen seien und in denen die Beklagte jeweils den OPS-Kode 8-550.1 habe kodieren dürfen, seien nicht rechtsgrundlos erfolgt. Die Prüfung dieser Behandlungsfälle beschränke sich auf den Sachverhalt, wie er sich aus den auf der Grundlage des [Â§ 301 Abs. 1 SGB V](#) ermittelten Daten darstelle, eine Erhebung von Sozialdaten sei ausgeschlossen. Da eine Einzelfallprüfung im Sinne des [Â§ 275 SGB V](#) a.F., dem seit dem Jahr 2016 auch sachlich-rechnerische Richtigkeitsprüfungen unterfielen, im Verwaltungsverfahren nicht erfolgt sei, verbiete sich deren Nachholung im gerichtlichen Verfahren. Nach Ablauf der Ausschlussfrist des [Â§ 275 Abs. 1c S. 2 SGB V](#) a.F. sei die Krankenkasse nach der Rechtsprechung des BSG auf diejenigen Daten beschränkt, die das Krankenhaus der Krankenkasse im Rahmen seiner Informationsobligationen bei der Krankenaufnahme und zur Abrechnung zur Verfügung gestellt habe. Diese Begrenzung der Sachverhaltsermittlung wirke auch im Gerichtsverfahren fort. Anhaltspunkte dafür, dass in den Behandlungsfällen der Versicherten B und W die Voraussetzungen des streitigen OPS nicht erfüllt sein könnten, seien nicht ersichtlich.

Gegen das ihr am 02.11.2020 zugestellte Urteil richtet sich die Berufung der Klägerin vom 01.12.2020. Zur Begründung wiederholt sie ihr erstinstanzliches Vorbringen. Nach wie vor habe die Beklagte die Erfüllung der Voraussetzungen des OPS 8-550 nicht nachgewiesen. Das Sozialgericht gehe rechtsirrig davon aus, dass die Prüfung der Voraussetzungen des streitgegenständlichen OPS auf die nach [Â§ 301 Abs. 1 SGB V](#) ermittelten Daten beschränkt sei. Vorliegend gehe es um die Prüfung der strukturellen Voraussetzungen des OPS 8-550, welche bei jedem Fall gleich vorhanden sein müssten. Dabei gehe es um die Teilnahme aller vier Berufsgruppen an den wöchentlichen Teamsitzungen und um deren ordnungsgemäße Dokumentation. Bislang liege eine obligatorische, ordnungsgemäße Dokumentation der Beklagten nicht vor. [Â§ 275 SGB V](#) a.F. und dessen Einwendungsausschlussfristen kämen nicht zur Anwendung. Es seien vorliegend sachlich-rechnerische Prüfungen durchgeführt worden, für die ein MDK-Gutachten nicht erforderlich gewesen sei, weil es sich um ein eigenständiges Prüfregime handle. In den hier streitgegenständlichen Fällen gehe es um die dem BSG bekannte Prüfungsart der Leistungsprüfung. Sie sehe sich gestützt durch ein Urteil des Sozialgerichts Koblenz vom 03.12.2020 (S 1 KR 1171/19), wonach die hiesige Struktur- und Leistungsprüfung nicht unter [Â§ 275 Abs. 1 SGB V](#) falle, sowie durch einen

Hinweis des LSG Berlin-Brandenburg vom 11.10.2021. Aus der Rechtsprechung des BSG (Hinweis auf Urteil vom 10.11.2021 [â B 1 KR 36/20 R](#)) folge nicht, dass bei einer StrukturprÃ¼fung ein MDK-PrÃ¼fverfahren eingeleitet werden mÃ¼sse. Die Frage, ob eine sachlich-rechnerische RichtigkeitsprÃ¼fung ab dem 01.01.2016 zwingend die Einleitung eines MDK-PrÃ¼fverfahrens nach [Â§ 275 Abs. 1c SGB V](#) a.F. nach sich ziehe, habe das BSG bisher nicht entschieden.

Die KlÃ¤gerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Dortmund vom 17.09.2020 zu Ã¤ndern und die Beklagte zu verurteilen, ihr 1.718,62 Euro nebst Zinsen i. H. v. 2 Prozentpunkten Ã¼ber dem Basiszinssatz seit RechtshÃ¤ngigkeit zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurÃ¼ckzuweisen.

Sie hÃ¤lt die Entscheidung des Sozialgerichts fÃ¼r zutreffend. Streitig sei allein die ErfÃ¼llung des OPS-Merkmals der âTeambesprechungâ, mithin ein einzelfallbezogenes Merkmal. Mit der Einwendung bezÃ¼glich der BehandlungsfÃ¤lle der Versicherten B und W, bei der wÃ¤hentlichen Teambesprechung seien nicht alle Berufsgruppen anwesend gewesen, sei die KlÃ¤gerin im Gerichtsverfahren mangels fristgerechter Einleitung einer EinzelfallprÃ¼fung durch den MDK nach [Â§ 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V](#) a.F. ausgeschlossen. Das von der KlÃ¤gerin entwickelte Konstrukt einer âLeistungsprÃ¼fungâ entbehre jeglicher Grundlage. Die EinfÃ¼hrung des [Â§ 275 Abs. 1c Satz 4 SGB V](#) a.F. zum 01.01.2016 habe zur Folge gehabt, dass sich der Anwendungsbereich der PrÃ¼fV auf sachlich-rechnerische PrÃ¼fungen erweitert habe.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichtsakten sowie der Verwaltungsakte der KlÃ¤gerin verwiesen, der Gegenstand der mÃ¼ndlichen Verhandlung gewesen ist.

Â

EntscheidungsgrÃ¼nde:

Die zulÃ¤ssige, insbesondere statthafte Berufung der KlÃ¤gerin ist unbegrÃ¼ndet. Das Sozialgericht hat die als echte Leistungsklage im Sinne des [Â§ 54 Abs. 5 SGG](#) statthafte Klage zu Recht abgewiesen, denn die KlÃ¤gerin hat keinen Anspruch auf Erstattung von 1.718,62 Â nebst der geltend gemachten Zinsen aus den streitigen BehandlungsfÃ¤llen.

Die Voraussetzungen eines als Rechtsgrundlage des streitgegenstÃ¤ndlichen Erstattungsanspruchs einzig in Betracht kommenden Ã¶ffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruchs liegen nicht vor. Der im Ã¶ffentlichen Recht auch ohne ausdrÃ¼ckliche Normierung seit langem anerkannte Ã¶ffentlich-rechtliche

Erstattungsanspruch setzt u.a. voraus, dass im Rahmen eines öffentlichen Rechtsverhältnisses Leistungen ohne rechtlichen Grund erbracht oder sonstige rechtsgrundlose Vermögensverschiebungen vorgenommen worden sind (vgl. BSG, Urteil vom 21.04.2015 [B 1 KR 7/15 R](#), Rn. 8 m.w.N.). Daran fehlt es, weil die Klägerin die Vergütungen für die Behandlungsfälle der Versicherten W und B nicht ohne Rechtsgrund erbrachte. Es kann nicht festgestellt werden, dass das Krankenhaus der Beklagten die Voraussetzungen des OPS 8-550 in den streitigen Behandlungsfällen nicht erfüllte und diesen ihren Abrechnungen nicht zugrunde legen durfte.

Der Vergütungsanspruch für die Krankenhausbehandlung und damit korrespondierend die Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse entsteht unabhängig von einer Kostenzusage unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten kraft Gesetzes, wenn die Versorgung in einem zugelassenen Krankenhaus erfolgt und i.S. von [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) erforderlich und wirtschaftlich ist (ständige Rechtsprechung, vgl. etwa BSG, Urteil vom 16.08.2021 [B 1 KR 18/20 R](#), Rn. 8).

Rechtsgrundlage der von der Beklagten geltend gemachten Vergütung sind [§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) i.V.m. [§ 7 Satz 1 KHEntgG](#) und [§ 17b KHG](#), die Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2017 (FPV 2017) und die von den Vertragsparteien auf Bundesebene getroffene Vereinbarung zu den DKR für das Jahr 2017. Die von der Krankenkasse zu zahlende Vergütung errechnet sich im Wesentlichen nach der mit Hilfe einer zertifizierten Software (Grouper) ermittelten DRG. Für die Zuordnung eines Behandlungsfalles zu einer DRG sind maßgebliche Kriterien die Hauptdiagnose, die Nebendiagnosen, eventuell den Behandlungsverlauf wesentlich beeinflussende Komplikationen, die im Krankenhaus durchgeführten Prozeduren sowie weitere Faktoren (Alter, Geschlecht etc.). Die Diagnosen werden mit einem Code gemäß dem vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) seit Mai 2020 vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebenen ICD-10 verschlüsselt. Die Prozeduren werden nach dem ebenfalls vom DIMDI herausgegebenen OPS kodiert. Aus diesen Codes wird dann zusammen mit den weiteren maßgeblichen Faktoren unter Verwendung eines Groupers die entsprechende DRG ermittelt (sogenannte Groupierung), anhand derer die von der Krankenkasse zu zahlende Vergütung errechnet wird (ausführlich dazu [BSG, Urteil vom 08.11.2011 B 1 KR 8/11 R](#), [BSGE 109, 236](#)).

Nach diesen Grundsätzen konnte die Beklagte für die geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlungen der Versicherten W und B den OPS 8-550.1 kodieren, so dass DRG T44Z bzw. DRG B44D angesteuert wurden. Der Senat kann nicht feststellen, dass die Beklagte wie die im Rahmen der von ihr begehrten Kostenerstattung insoweit beweispflichtige Klägerin (vgl. BSG, Urteil vom 14.10.2014 [B 1 KR 27/13 R](#), Rn. 19, juris) behauptet die Mindestmerkmale des OPS 8-550 (2017) hinsichtlich der streitgegenständlichen Behandlungsfälle nicht erfüllte.

OPS 8-550 (2017) setzt als Mindestmerkmal unter anderem $\hat{\square}$ einzig hierauf beziehen sich die vom Senat zu prüfenden Einwendungen der KIÄgerin $\hat{\square}$ voraus:

- $\hat{\square}$ WÄentliche Teambesprechung unter Beteiligung aller Berufsgruppen einschließlich der fachÄrztlichen Behandlungsleitung mit wochenbezogener Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele

$\hat{\square}$!

- Teamintegrierter Einsatz von mindestens 2 der folgenden 4 Therapiebereiche: Physiotherapie/Physikalische Therapie, Ergotherapie, LogopÄdie/faziorale Therapie, Psychologie/Neuropsychologie $\hat{\square}$

Ä

Ein Prüfverfahren gemäß [Ä§ 275 Abs. 1c SGB V](#) a.F. hat die KIÄgerin in den streitgegenständlichen Behandlungsfällen nicht eingeleitet. Nach [Ä§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) a.F. 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. [Ä§ 275 Abs. 1c](#) Sätze 1 und [2 SGB V](#) a.F. bestimmen ferner, dass bei einer Krankenhausbehandlung Ä nach [Ä§ 39 SGB V](#) eine Prüfung nach Satz 1 Nr. 1 zeitnah durchzuführen und spätestens sechs Wochen nach Eingang der Abrechnung bei der Krankenkasse einzuleiten und durch den MDK dem Krankenhaus anzuzeigen ist. Als Prüfung nach Satz 1 ist jede Prüfung der Abrechnung eines Krankenhauses anzusehen, mit der die Krankenkasse den MDK beauftragt und die eine Datenerhebung durch den MDK beim Krankenhaus erfordert.

Der mit Wirkung zum 01.01.2016 eingefügte Satz 4 erweiterte die Anwendbarkeit des [Ä§ 275 Abs. 1c SGB V](#) a.F. (sowie der PrüfV 2014) auch auf sachlich-rechnerische Prüfungen. Bei abstrakten Strukturanalysen im Jahr 2017 handelt es sich aber nicht um eigenständige Prüfverfahren, die $\hat{\square}$ bezogen auf von der KIÄgerin konkret geprüfte Behandlungsfälle $\hat{\square}$ einem eigenständigen Prüfregime unterliegen würden. Hierfür fehlte es im vorliegend maßgeblichen Zeitraum an einer gesetzlichen Grundlage (vgl. BSG, Urteil vom 10.11.2021 $\hat{\square}$ [B 1 KR 36/20 R](#) $\hat{\square}$, Rn. 19, juris).

Zur Einleitung von Prüfverfahren gezwungen gewesen sein mag die KIÄgerin in den streitigen Behandlungsfällen nicht, Einwendungen kann sie gleichwohl nur hinsichtlich solcher Umstände geltend machen, die $\hat{\square}$ was hier nicht der Fall ist $\hat{\square}$ unstreitig feststehen (vgl. lediglich informationshalber BSG, Terminbericht Nr. 22/22 vom 23.06.2022 zum Verfahren [B 1 KR 19/21 R](#)).

Soweit die Klägerin das Vorliegen der Voraussetzungen des streitgegenständlichen OPS bezweifelt, da das Krankenhaus der Beklagten im Zeitraum der Behandlung der Versicherten W und B keine Ergotherapeuten, Logopäden und Psychologen beschäftigt habe, belegt sie dies nicht und kann der Senat die Nichtinzuziehung dieser Berufsgruppen im Rahmen der streitigen Behandlungsfälle nicht feststellen. Die Klägerin stützt sich bei ihrer Annahme nicht etwa auf Erkenntnisse aus einer vom MDK abstrakt durchgeführten Strukturanalyse (vgl. hierzu BSG, Urteil vom 10.11.2021 [B 1 KR 36/20 R](#), juris), sondern beruft sich auf die Angaben im Qualitätsbericht 2017 des beklagten Krankenhauses. Diesem lässt sich indes entnehmen, dass in Bezug auf die Berufsgruppe der Ergotherapeuten und Psychologen Kooperationen mit den an das Krankenhaus angegliederten Praxen bestanden bzw. hinsichtlich der Berufsgruppe der Logopäden die Logopädische Praxis am N-Hospital hinzugezogen wurde.

[§ 2 Abs. 2 KHEntgG](#) verlangt nicht, dass Heilmittel im DRG-Krankenhaus nur durch von ihm angestelltes Personal abgegeben werden können, sondern nur die Erbringung der Leistungen unter seiner Weisungsdirektive (vergleiche dazu auch BSG, Urteil vom 26.04.2022 [B 1 KR 15/21 R](#) Rn. 18 ff., juris).

Auch nach dem insoweit maßgeblichen Wortlaut des OPS muss die Beteiligung der genannten Berufsgruppen nicht über eigenes Personal sichergestellt werden. Vergütungsregelungen für die routinemäßige Abwicklung in zahlreichen Behandlungsfällen sind nach der Rechtsprechung des BSG streng nach ihrem Wortlaut und den dazu vereinbarten Anwendungsregeln zu handhaben; dabei gibt es grundsätzlich keinen Raum für weitere Bewertungen und Abwägungen. Ergeben sich bei der Abrechnung Wertungswidersprüche und sonstige Ungereimtheiten, haben es die zuständigen Stellen durch Änderung des Fallpauschalenkatalogs, der OPS-Codes und der DKR in der Hand, für die Zukunft Abhilfe zu schaffen. Eine systematische Interpretation der Vorschriften kann lediglich im Sinne einer Gesamtschau der im inneren Zusammenhang stehenden Bestimmungen des Regelwerks erfolgen, um mit ihrer Hilfe den Wortlaut der Leistungslegende klarzustellen (ständige Rechtsprechung, vgl. BSG [SozR 3-5565 Â§ 14 Nr. 2](#); BSG, [SozR 4-2500 Â§ 109 Nr. 11](#) Rn. 18). Da das DRG-basierte Vergütungssystem vom Gesetzgeber als jährlich weiterzuentwickelndes ([Â§ 17b Abs. 2 Satz 1 KHG](#)) und damit âlernendesâ System angelegt ist, sind bei zutage tretenden Unrichtigkeiten oder Fehlsteuerungen in erster Linie die Vertragsparteien berufen, diese mit Wirkung für die Zukunft zu beseitigen (BSG, Urteil vom 08.11.2011 [B 1 KR 8/11 R](#), Rn. 27, juris m.w.N.). Nach dem Wortlaut des OPS 8-550 (2017) ist es nicht ausgeschlossen, eine Beteiligung der Berufsgruppen wie hier über Kooperationen sicherzustellen (ebenso SG Aachen, Urteil vom 09.02.2021 [SÄ 13Ä KR 559/19](#), Rn. 9, juris). Der Qualitätsbericht stellt somit keinen Beleg für die fehlende Beteiligung der maßgeblichen Berufsgruppen dar.

Ebenso wenig hat die Klägerin das Fehlen der wöchentlichen Teambesprechung mit wochenbezogener Dokumentation belegt, sondern behauptet gleichsam ins Blaue hinein, dass die ihr nicht vorliegende Dokumentation des Krankenhauses nicht den nach der Rechtsprechung des BSG

zu stellenden Anforderungen gemäß § 275 Abs. 1c SGB V. Die Beklagte ist zur Vorlage der entsprechenden Unterlagen mangels Einleitung eines Prüfverfahrens im Sinne des [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) a.F. hingegen nicht verpflichtet, dem Senat ist deren Anforderung verwehrt. Das BSG hat bereits entschieden (Urteil vom 10.11.2021 – [B 1 KR 36/20 R](#), Rn. 21), dass es selbst im Falle eines anders als hier von der Krankenkasse eingeleiteten Prüfverfahrens dem Zweck der Beschleunigung und Konzentration widersprechen würde, wenn sie nur bei Umsetzung der auf den Einzelfall bezogenen MDK-Begutachtung an die in der PrüfverfahrensVorgabe geregelten Fristen gebunden wäre und etwa bei vom MDK übersehenen oder ausdrücklich ausgeklammerten Gesichtspunkten wie im der Entscheidung zugrundeliegenden Fall die Erfüllung von Strukturvoraussetzungen bestimmter OPS-Kodes (auch zeitlich) unbeschränkt weiter prüfen könnte. Dies bedeutet im Umkehrschluss aber auch, dass sie bei erst gar nicht eingeleitetem Prüfverfahren außerhalb der Frist des [§ 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V](#) a.F. nicht weiter prüfen und in diesem Zusammenhang Unterlagen vom Krankenhaus anfordern kann. Der Verzicht der Klägerin auf ein Prüfverfahren ist auch im Rahmen der Beweiswürdigung zu berücksichtigen. Er bewirkt eine Beweiserleichterung bis hin zur Umkehr der Beweislast zugunsten des Krankenhauses (vgl. dazu ebenfalls informationshalber BSG, Terminbericht Nr. 22/22 vom 23.06.2022 zum Verfahren [B 1 KR 19/21 R](#)).

Soweit die Klägerin unter Verweis auf ein Urteil des Sozialgerichts Koblenz vom 03.12.2020 (S 1 KR 1171/19) meint, die im vorliegenden Verfahren von ihr geforderte Struktur- und Leistungsprüfung falle nicht unter [§ 275 SGB V](#) a.F., verkennt sie, dass die dort streitigen Behandlungsfälle aus dem Jahr 2015 stammten, die Anwendbarkeit des [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) a.F. folglich noch nicht auf sachlich-rechnerische Prüfungen erweitert worden und zudem eine Prüfung durch den MDK offenbar von der Krankenkasse anders als hier eingeleitet worden war. Unverständlich erscheint vor diesem Hintergrund, warum die Klägerin das Urteil des BSG vom 10.11.2021 ([B 1 KR 36/20 R](#)) gerade mit der Begründung für nicht einschlägig hält, dass dort ein MDK-Prüfverfahren eingeleitet worden sei. Die von der Klägerin übersandten richterlichen Hinweise aus mehreren Verfahren des LSG Berlin-Brandenburg ebenfalls vom 10.11.2021 berücksichtigen naturgemäß nicht die Entscheidungsgründe des am gleichen Tag vor dem BSG verhandelten Revisionsverfahrens – [B 1 KR 36/20 R](#).

Den Beweis des Nichtvorliegens der Voraussetzungen zur Abrechenbarkeit des streitgegenständlichen OPS und damit das Vorliegen einer rechtsgrundlosen Zahlung hat die Klägerin nach alledem nicht erbracht.

Mangels Zahlungsanspruchs der Klägerin scheidet auch der geltend gemachte Zinsanspruch aus.

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

Anlass, die Revision zuzulassen, hat nicht bestanden ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)).

Die Streitwertfestsetzung folgt aus [§ 197a Abs. 1 Teilsatz 1 SGG](#) i.V.m. [§ 63 Abs. 2](#), [§ 52 Abs. 1](#) und 3, [§ 47 Abs. 1 GKG](#).

§

Erstellt am: 09.09.2022

Zuletzt verändert am: 23.12.2024