

---

## S 3 KR 357/21

### Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht	Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	10
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

#### 1. Instanz

Aktenzeichen	S 3 KR 357/21
Datum	26.11.2021

#### 2. Instanz

Aktenzeichen	L 10 KR 7/22 KH
Datum	17.01.2024

#### 3. Instanz

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

Â

**Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Detmold vom 26.11.2021 wird zur¼ckgewiesen.**

Â

**Die Beklagte trägt die Kosten auch des Berufungsverfahrens.**

Â

**Die Revision wird nicht zugelassen.**

Â

**Der Streitwert für das Berufungsverfahren wird auf 300€ festgesetzt.**

Â

---

Â

**Tatbestand:**

Â

Die KlÃ¤gerin begehrt die Zahlung einer Aufwandspauschale.

Â

Die KlÃ¤gerin betreibt ein in den Krankenhausplan Nordrhein-Westfalen aufgenommenes Krankenhaus (*fortan einheitlich: KlÃ¤gerin*). Am 27.05.2019 fÃ¼hrte die KlÃ¤gerin bei der bei der Beklagten krankenversicherten I. (\*Â 02.07.2020) wegen einer SchÃ¤digung des Innenmeniskus im linken Knie eine Arthroskopie mit Teilresektion des Innen- und AuÃ¼enmeniskus, Reduktion des Hoffa-KÃ¶rpers sowie GlÃ¤ttung des Knorpels durch. Nach regelhaftem Verlauf der OP zeigten sich bei der Versicherten postoperativ eine Kreislaufderegulation sowie eine verstÃ¤rkte Blutung, woraufhin die KlÃ¤gerin sie zur Beobachtung stationÃ¤r aufnahm. Am 28.05.2019 entlieÃ¼ sie die Versicherte.

Â

Die KlÃ¤gerin rechnete hierfÃ¼r gegenÃ¼ber der Beklagten insgesamt 1.823,35Â € ab (*Rechnung vom 31.05.2019*), wobei sie

Â

- als Hauptdiagnose i.S.d. Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification (ICD-10-GM) M23.30 (*BinnenschÃ¤digung des Kniegelenkes [internal derangement], Sonstige MeniskusschÃ¤digungen, mehrere Lokalisationen*),
- als Nebendiagnosen nach der ICD-10-GM T81.0 (*Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert: Blutung und HÃ¤matom als Komplikation eines Eingriffes, anderenorts nicht klassifiziert*), M22.4 (*Krankheiten der Patella: Chondromalacia patellae*) und M79.46 (*Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes, anderenorts nicht klassifiziert, Hypertrophie des Corpus adiposum (infrapatellare) [Hoffa-Kastert-Syndrom], nicht nÃ¤her bezeichnete Lokalisation*) sowie daneben
- die Operationen- und ProzedurenschlÃ¼ssel (OPS) 5-811.1h (*Arthroskopische Operation an der Synovialis: Resektion an einem FettkÃ¶rper (z.B. Hoffa-FettkÃ¶rper), Kniegelenk*), 5-812.5 (*Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Meniskusresektion, partiell*) und 5-812.eh (*Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: KnorpelglÃ¤ttung (Chondroplastik), Kniegelenk*)

Â

---

kodierte. Die Beklagte beglich diese Rechnung am 17.06.2019, teilte der KlÄgerin hierzu aber (*mit Schreiben vom 28.11.2019*) nachfolgend mit, dass die abgerechnete Leistung nach dem Katalog ambulant durchfÄhrbarer Operationen, sonstiger stationersetzender Eingriffe und stationersetzender Behandlungen gemÄß [ÄSÄ 115b SGB V](#) im Krankenhaus (*AOP-Katalog*) grundsÄtzlich ambulant zu erbringen und eine vollstationÄre Krankenhausbehandlung nur indiziert sei, wenn sich im konkreten Einzelfall zwingende medizinische GrÄnde dafÄr ergeben, dass die besonderen Mittel eines Krankenhauses notwendig und ambulante BehandlungsmaÄnahmen nicht ausreichend oder nicht mÄglich seien. Das Krankenhaus mÄsse daher bereits zum Zeitpunkt der Abrechnung die medizinischen GrÄnde fÄr die Abrechnung mitteilen. WÄrtlich fÄhrte die Beklagte hierzu weiter aus:

Ä

ÄBegrÄndet das Krankenhaus entgegen seiner Obliegenheit die Notwendigkeit von Krankenhausbehandlung nicht, so ist die Abrechnung nicht schlÄssig, eine hieraus resultierende Forderung nicht fÄllig und die 6-Wochen-Frist nach [ÄSÄ 275 Abs.Ä 1c S.Ä 2 SGBÄ V](#) beginnt nicht zu laufen.

In dem zuvor genannten Behandlungsfall hatten wir uns zunÄchst entschieden, die Forderung zu beglichen. Zweifel an der medizinischen Notwendigkeit einer vollstationÄren Behandlung sind jedoch verblieben, da Sie bis heute keinerlei BegrÄndung mitteilten und sich solche aus dem Datensatz auch nicht ergeben.

Wir beabsichtigen daher, den MDK mit einer medizinischen Beurteilung der Notwendigkeit zu beauftragen [Ä].Ä

Ä

Der daraufhin von der Beklagten noch am 28.11.2019 beauftragte MDK kam zu der EinschÄtzung (*Gutachten T. vom 02.07.2020*), dass sich im Verlauf am OP-Tag Schmerz mit vermehrter FÄrderung durch die bei der OP eingelegte Redon-Drainage und eine Kreislaufdepression ergeben habe. Angesichts dessen sei die postoperative Aufnahme bei stÄrkerer FÄrderung des Redon, Schmerz und Kollapsneigung plausibel.

Ä

Die KlÄgerin forderte von der Beklagten daraufhin die Zahlung einer Aufwandspauschale von 300Ä Ä. Dies lehnte die Beklagte ab. Die PrÄfung habe sie eingeleitet, da die Leistung regelhaft der ambulanten Versorgung zuzuordnen sei. Die KlÄgerin sei ihrer Pflicht, die stationÄre BehandlungsbedÄrftigkeit zu begrÄnden, nicht nachgekommen. Aus diesem Grund lehne sie die Zahlung der Aufwandspauschale ab.

Ä

---

Die Klägerin hat daraufhin am 12.02.2021 Klage zum Sozialgericht Detmold erhoben.

Â

Sie hat vorgetragen, sie habe der Beklagten mit der Aufnahmeanzeige u.a. die Aufnahmediagnose mitgeteilt. In Kenntnis dieser Daten habe die Beklagte die Krankenhausbehandlungskosten bezahlt. Die Beklagte habe also keine Zweifel gehabt, dass ein stationärer Fall vorgelegen habe. Eine medizinische Begründung habe sie nicht angefordert. Erst am 28.11.2019 habe sie ihre verbliebenen Zweifel mitgeteilt. Die Einwendungen der Beklagten gingen daher ins Leere.

Â

Die Klägerin hat beantragt,

Â

die Beklagte zu verurteilen, an sie 300 € nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz hieraus seit Rechtshängigkeit zu zahlen.

Â

Die Beklagte hat beantragt,

Â

die Klage abzuweisen.

Â

Sie hat vorgetragen, mangels einer medizinischen Begründung sei keine Fälligkeit eingetreten. Der durchgeführte Eingriff sei einer nach dem AOP-Katalog. Da sie von der Klägerin keine Angaben dazu erhalten habe, warum das Behandlungsziel mit ambulanten Möglichkeiten nicht erreicht werden können, habe sie sich dazu veranlasst fühlen dürfen, eine MDK-Prüfung einzuleiten. Bei der nicht erfolgten Mitteilung der Gründe durch die Klägerin handle es sich um ein Fehlverhalten.

Â

Das Sozialgericht hat die Beklagte verurteilt, an die Klägerin 300 € nebst Zinsen i.H.v. 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit 13.02.2021 zu zahlen (*Urteil ohne mündliche Verhandlung vom 26.11.2021*). Die tatbestandlichen Voraussetzungen für einen Anspruch auf die Aufwandspauschale seien erfüllt. Die Klägerin sei auch nicht gehindert, diesen Anspruch

---

gegenüber der Beklagten geltend zu machen; die gesetzliche Norm sehe keine Ausnahmefälle vor. Richtig sei zwar, dass nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts ein Krankenhaus die Aufwandspauschale nicht beanspruchen könne, wenn die Krankenkasse zur Einleitung des Prüfverfahrens durch eine fehlerhafte Abrechnung veranlasst worden sei. Eine fehlerhafte Abrechnung habe hier jedoch nicht vorgelegen und sei auch von der Beklagten nicht geltend gemacht worden. Richtig sei zwar auch, dass das Krankenhaus bei Eingriffen aus dem AOP-Katalog die Notwendigkeit der stationären Behandlung gegenüber der Krankenkasse gesondert zu begründen habe. Es könne vorliegend offenbleiben, ob die Klägerin dem in ausreichendem Umfang nachgekommen sei. Rechtsfolge sei, dass die Abrechnung des Krankenhauses nicht fällig werde. Auf den Anspruch auf Zahlung der Aufwandspauschale sei diese Rechtsprechung aber nicht übertragbar. Warum die Beklagte mögliche Zweifel an der Notwendigkeit der stationären Behandlung nicht durch eine Nachfrage bei der Klägerin geklärt habe, erschließe sich nicht. Es sei der Beklagten zumutbar gewesen, die Klägerin zu einer ergänzenden Begründung aufzufordern; der unmittelbaren Einschaltung des MDK habe es nicht bedurft.

Ä

Gegen das ihren Prozessbevollmächtigten am 08.12.2021 zugestellte Urteil wendet sich die Beklagte mit ihrer am 04.01.2022 eingelegten Berufung.

Ä

Zur Begründung wiederholt und vertieft sie ihr Vorbringen aus dem Klageverfahren. Ein Mitarbeiter der Krankenkasse, welcher medizinischer Laie sei, könne anhand der nach [§ 301 SGB V](#) übermittelten Daten nicht erkennen, ob ein regelhaft ambulant durchführbarer Eingriff vorliegend stationär durchzuführen gewesen sei. Sie sei auch nicht verpflichtet, vor Einleitung einer MDK-Prüfung eine Begründung bei dem Krankenhaus nachzufordern (*insoweit unter Verweis auf BSG, Urteil vom 07.03.2023 – B 1 KR 11/22 R*). Den Beteiligten sei als Parteien im wechselseitigen langjährigen Vertragsverhältnis bekannt, welche Pflichten sie hätten. Daher müsse das Krankenhaus auch ohne entsprechende Aufforderung der Krankenkasse seiner Begründungspflicht nachkommen. Es handle sich um eine Bringschuld des Krankenhauses; eine Nachforschungspflicht der Krankenkassen sehe [§ 301 SGB V](#) nicht vor. In der Folge gebe das Krankenhaus Anlass zur Prüfung durch den MDK, wenn es die Durchführung der Krankenhausbehandlung nicht entsprechend gegenüber der Krankenkasse begründe.

Ä

Die Beklagte beantragt,

Ä

das Urteil des Sozialgerichts Detmold vom 26.11.2021 aufzuheben und die Klage

---

abzuweisen.

Â

Die KlÃ¤gerin beantragt,

Â

die Berufung zurÃ¼ckzuweisen.

Â

Sie trÃ¤gt vor, die Beklagte habe nicht beweisen kÃ¶nnen, dass ihre Abrechnung nachweislich fehlerhaft sei. Selbst wenn man unterstelle, dass sie die stationÃ¤re BehandlungsbedÃ¼rftigkeit hÃ¤tte begrÃ¼nden mÃ¼ssen, habe die Beklagte bei entsprechenden Zweifeln zunÃ¤chst bei der KlÃ¤gerin nachfragen mÃ¼ssen. Eine den Einzelfall betreffende Ungenauigkeit sei bei der Abrechnung zudem zu akzeptieren; eine Fehlerhaftigkeit verlange dagegen Abrechnungsfehler, die nachweislich eine MDK-Beauftragung erforderlich gemacht haben. Wenn die Beklagte nach Erhalt der â€œ301er-Datenâ€œ eine BegrÃ¼ndung der stationÃ¤ren Behandlungsnotwendigkeit fÃ¼r erforderlich gehalten hÃ¤tte, hÃ¤tte es einer MDK-PrÃ¼fung schon wegen des Fehlens der vermeintlich zwingenden BegrÃ¼ndung nicht bedurft. Die Beklagte berufe sich auf ihr eigenes widersprÃ¼chliches und damit treuwidriges Verhalten. Die von der Beklagten herangezogene Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (*Urteil vom 07.03.2023, a.a.O.*) betreffe einen anderen Fall. In dem dortigen Fall habe die Krankenkasse eine medizinische BegrÃ¼ndung vor der Beauftragung des MDK verlangt, Im vorliegenden Fall habe die Beklagte sie jedoch nicht zur Abgabe einer medizinischen BegrÃ¼ndung aufgefordert, sondern erst im Schreiben vom 28.11.2019 mitgeteilt, dass bei ihr mangels BegrÃ¼ndung Zweifel an der medizinischen Notwendigkeit einer vollstationÃ¤ren Behandlung verblieben seien, da sich auch aus dem Ã¼bermittelten Datensatz die medizinische Notwendigkeit nicht ergebe.

Â

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstands wird auf den Inhalt der Gerichts- sowie der beigezogenen Verwaltungs- und Patientenakten Bezug genommen. Dieser ist Gegenstand der mÃ¼ndlichen Verhandlung gewesen.

Â

### **EntscheidungsgrÃ¼nde:**

Â

Die kraft Zulassung durch das Sozialgericht statthafte ([Ã§ 144 Abs. 3 SGG](#)) und auch im Ã¼brigen zulÃ¤ssige Berufung ist unbegrÃ¼ndet. Das Sozialgericht hat die Beklagte zu Recht zur Zahlung von 300â‚¬ nebst Prozesszinsen verurteilt.

---

Â

1. Die KlÄgerin hat Anspruch auf Zahlung einer Aufwandspauschale gegen die Beklagte. Anspruchsgrundlage ist noch [Â§ 275 Abs. 1c S. 3 SGB V](#) (dazu a). Dessen tatbestandliche Voraussetzungen sind erfüllt (dazu b). Die KlÄgerin muss sich auch nicht entgegenhalten lassen, dass sie die Prüfung durch den MDK durch eine fehlerhafte Abrechnung veranlasst habe (dazu c).

Â

a) Vorliegend findet [Â§ 275 Abs. 1c S. 3 SGB V](#) in der bis Ende 2019 geltenden Fassung (des Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes vom 17.03.2009, [BGBl. I 534](#)) Anwendung, nicht dagegen der erst mit Beginn des Jahres 2020 in Kraft getretene [Â§ 275c Abs. 1 S. 2 SGB V](#) (eingeführt mit dem MDK-Reformgesetz vom 14.12.2019, [BGBl. I 2789](#)). Maßgeblich für die Abgrenzung der zeitlichen Anwendungsbereiche ist der Zugang des Prüfungsauftrags der Beklagten bei der KlÄgerin (BSG, Urteil vom 07.03.2023, [a.a.O. Rn. 10](#); dort unter Verweis auf BSG, Urteil vom 16.07.2020 [â B 1 KR 15/19 R, Rn. 14](#)). Vorliegend ging die Prüfungsfanzeige des MDK vom 02.12.2019 der KlÄgerin noch am selben Tag per Fax zu. Dies ergibt sich aus der von der KlÄgerin zu den Gerichtsakten gereichten Kopie dieser Prüfungsfanzeige, die entsprechende Angaben u.a. zu Datum und Uhrzeit der Faxesendung erkennen lässt.

Â

b) Die tatbestandlichen Voraussetzungen des [Â§ 275 Abs. 1c S. 3 SGB V](#) sind erfüllt. Danach hat, falls die Prüfung nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrags führt, die Krankenkasse dem Krankenhaus eine Aufwandspauschale i.H.v. 300 € zu entrichten. Auch das ungeschriebene Tatbestandsmerkmal, dass der KlÄgerin ein tatsächlicher Aufwand entstanden sein muss (dazu BSG, Urteil vom 22.06.2010 [â B 1 KR 1/10 R, juris Rn. 16](#)), liegt vor.

Â

aa) Zunächst hat eine Prüfung i.S.d. [Â§ 275 Abs. 1c S. 3 SGB V](#) stattgefunden. Gemeint ist, wie sich aus dem systematischen Zusammenhang mit [Â§ 275 Abs. 1c S. 2](#) und 4 SGB V ergibt, eine Prüfung nach Satz 1 derselben Vorschrift ([â \[Die\] Prüfung nach S. 1 â](#)), der seinerseits auf [Â§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) verwies. Vorliegend hat der MDK eine solche Prüfung durchgeführt, indem er im Auftrag der Beklagten prüfte, ob die medizinische Notwendigkeit der Aufnahme in ein Krankenhaus zur stationären Versorgung bestand. Dieser Prüfungsauftrag ergibt sich aus der bereits genannten Prüfungsfanzeige des MDK vom 02.12.2019. Gegenstand des Prüfungsverfahrens war damit eine Auffälligkeitsprüfung betreffend die Wirtschaftlichkeit der Krankenhausbehandlung, wobei die Unterscheidung zwischen Auffälligkeits- und sachlich-rechnerischer Prüfung (dazu noch BSG, Urteil vom 10.11.2021 [â B 1 KR 43/20 R, Rn. 14 m.w.N.](#)) durch [Â§ 275 Abs. 1c S. 4 SGB V](#) (i.d.F. des

---

Krankenhausstrukturgesetzes vom 10.12.2015, [BGBl. I 2229](#)) ohnehin mit Wirkung ab 2016 entfallen ist.

Ä

bb) Der Klägerin ist auch ein tatsächlicher Aufwand entstanden. Denn zur Durchführung seiner Prüfung hat der MDK die Klägerin ausweislich der genannten Prüfungsanzeige um

Ä

âbersendung smtlicher Behandlungsunterlagen, die geeignet sind, die Fragestellung der Krankenkasse bezogen auf den Prüfungsgegenstand vollumfnglich zu beantworten bzw. die zur Beurteilung von Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistung sowie zur Prüfung der ordnungsgemgen Abrechnungen bentigt werden

Ä

gebeten und diese dem MDK daraufhin Entlassungs- und OP-Bericht, die Patientenakte in Auszgen, die nach [ 301 SGB V](#) zu bermittelnden Daten sowie die Krankenhausabrechnung bersandt. Diese Unterlagen lagen dem MDK ausweislich dessen Gutachtens vom 02.07.2020 vor. Dass die Anforderung des MDK gnzlich unkonkret war (*BSG, Urteil vom 10.11.2021* â [B 1 KR 16/21 R, Rn. 17 f. m.w.N.](#)), ist in diesem Zusammenhang ohne Belang und drfte lediglich fr eine etwaige Prklusion i.S.d. [ 7 Abs. 2 S. 6](#) der Prfverfahrensvereinbarung vom 03.02.2016 eine Rolle spielen, nicht aber die im Rahmen eines Prfverfahrens bestehenden Mitwirkungsobliegenheiten des Krankenhauses entfallen lassen.

Ä

cc) Schlielich fhrte die Prfung auch nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages. Der MDK ist in seinem Gutachten vom 02.07.2020 vielmehr zu dem Ergebnis gekommen, dass die postoperative Aufnahme bei strkerer Frderung des Redon, Schmerz und Kollapsneigung plausibel gewesen sei. Auch die Beklagte hat in der Folge keine Erstattungsforderung o.. gegenber der Klgerin geltend gemacht.

Ä

c) Die Beklagte kann dem Anspruch auf die Aufwandspauschale auch nicht mit Erfolg entgegenhalten, die Klgerin habe die MDK-Prfung durch eine fehlerhafte Abrechnung veranlasst. Dabei hegt der Senat bereits erhebliche Zweifel daran, ob die Abrechnung der Klgerin tatschlich fehlerhaft war (*dazu aa*). Im Ergebnis bedarf dies vorliegend keiner Entscheidung, denn jedenfalls war die Beklagte angesichts aller Umstnde des vorliegenden Einzelfalls ihrerseits durch Treu und Glauben gehindert, sich gegenber dem Anspruch auf die Aufwandspauschale auf

---

die vermeintliche Fehlerhaftigkeit der Abrechnung zu berufen (*dazu bb*).

Ä

aa) Der Beklagten ist zuzugeben, dass nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts kein Anspruch auf Zahlung einer Aufwandspauschale besteht  $\hat{=}$  auch wenn keine Verminderung des Abrechnungsbetrags eintritt  $\hat{=}$ , wenn das Pr $\frac{1}{4}$ fverfahren durch ein Fehlverhalten des Krankenhauses veranlasst worden ist. Insoweit f $\frac{1}{4}$ hrt nicht nur eine fehlerhafte Abrechnung zum Fortfall des Anspruchs auf Aufwandsentsch $\ddot{=}$ digung, sondern bereits ein Fehlverhalten des Krankenhauses, das urs $\ddot{=}$ chlich f $\frac{1}{4}$ r eine MDK-Beauftragung war. Anderenfalls k $\ddot{=}$ nnnte das Krankenhaus aus der Verletzung seiner Informationspflichten Vorteile ziehen (*st.Rspr.; vgl. dazu etwa BSG, Urteil vom 07.03.2023, a.a.O. Rn.Ä 13Ä f. m.w.N.*). Vorliegend bestehen indes erhebliche Bedenken, ob die Abrechnung der KI $\ddot{=}$ gerin tats $\ddot{=}$ chlich  $\hat{=}$  fehlerhaft $\hat{=}$  im vorgenannten Sinne war.

Ä

(1) Eine Abrechnung ist zwar dann fehlerhaft, wenn ein Krankenhaus seine Mitteilungspflichten aus [ÄSÄ 301 Abs.Ä 1 S.Ä 1 Nr.Ä 3 SGBÄ V](#) verletzt und insbesondere einen Grund der Aufnahme nicht mitteilt. Denn eine formal ordnungsgem $\ddot{=}$ Ä $\hat{=}$  Abrechnung setzt eine ordnungsgem $\ddot{=}$ Ä $\hat{=}$  Information der Krankenkasse  $\ddot{=}$ ber die vom Krankenhaus abgerechnete Versorgung nach Maßgäbe der Informationsobliegenheiten und ggf. -pflichten voraus, insbesondere aus [ÄSÄ 301 SGBÄ V](#) sowie ggf. erg $\ddot{=}$ nzenden sicherstellungsvertraglichen Bestimmungen (*vgl. BSG, Urteil vom 21.04.2015,  $\hat{=}$  B 1 KR 10/15 R, Rn.Ä 10*). Zur hiernach gebotenen Information geh $\ddot{=}$ rt, dass das Krankenhaus in F $\ddot{=}$ llen, in denen regelhaft ambulante Behandlung ausreichend ist, nicht nur eine Aufnahmediagnose benennt, die  $\ddot{=}$ rtzliche Behandlung rechtfertigen kann, sondern Angaben zu Begleiterkrankungen oder zu sonstigen Gr $\frac{1}{4}$ nden macht, die Anlass f $\frac{1}{4}$ r die station $\ddot{=}$ re Versorgung des Versicherten h $\ddot{=}$ tten geben k $\ddot{=}$ nnen. Ohne solche Angaben dar $\frac{1}{4}$ ber, warum ausnahmsweise eine station $\ddot{=}$ re Behandlung erforderlich ist, fehlen Informationen  $\ddot{=}$ ber den  $\hat{=}$ Grund der Aufnahme $\hat{=}$  i.S.d. [ÄSÄ 301 Abs.Ä 1 S.Ä 1 Nr.Ä 3 SGBÄ V](#) und damit eine der zentralen Angaben, die eine Krankenkasse f $\frac{1}{4}$ r die ordnungsgem $\ddot{=}$ Ä $\hat{=}$  Abrechnungspr $\frac{1}{4}$ fung ben $\ddot{=}$ tigt. Lassen weder die  $\ddot{=}$ bermittelte Hauptdiagnose noch die OPS-Nummer den naheliegenden Schluss zu, dass die Behandlung station $\ddot{=}$ r erfolgen musste, hat das Krankenhaus von sich aus schon zur Begr $\frac{1}{4}$ ndung der F $\ddot{=}$ lligkeit der Forderung gegen $\frac{1}{4}$ ber der Krankenkasse die erforderlichen erg $\ddot{=}$ nzenden Angaben zu machen (*zum Ganzen BSG, Urteil vom 21.04.2015, a.a.O. Rn.Ä 11; Urteil vom 14.10.2014  $\hat{=}$  B 1 KR 27/13 R, Rn.Ä 21; vgl. auch bereits BSG, Urteil vom 16.05.2012  $\hat{=}$  B 3 KR 14/11 R, juris Rn.Ä 34; Urteil vom 21.03.2013  $\hat{=}$  B 3 KR 28/12 R, juris Rn.Ä 16*).

Ä

(2) Der vorliegend stattgehabte Eingriff konnte regelhaft ambulant durchgef $\frac{1}{4}$ hrt werden. Dies ergibt sich bereits daraus, dass s $\ddot{=}$ mtliche von der KI $\ddot{=}$ gerin

---

kodierten OPS-Kodes in Abschnitt 1 des AOP-Kataloges gelistet sind, der OPS 5-811.1h für Patienten im Alter ). Hierfür spricht des Weiteren, dass Nebendiagnosen nur kodiert werden dürfen, wenn sie einen zusätzlichen Ressourcenverbrauch verursacht haben (vgl. die Deutschen Kodierrichtlinien , dort D003I).

Ä

Eine weitere Prüfung, ob die Klägerin die Nebendiagnose T81.0 auch in der Sache zutreffend kodiert, ist dagegen zweifellos dem MDK auf zweiter und nötigenfalls dritter Stufe vorbehalten.

Ä

Der Einwand der Beklagten aus der mündlichen Verhandlung vor dem Senat, ob eine stationäre Aufnahme notwendig sei oder nicht, hängt letztlich von der Schwere der Komplikation ab, greift dagegen gerade angesichts des beschränkten medizinischen Prüfungsumfanges auf erster Stufe jedenfalls nicht ohne Weiteres durch. Selbst wenn die Annahme der Beklagten zuträfe – was der Senat nicht zu entscheiden braucht –, dürfte dem Begriff der Komplikation im medizinisch-wissenschaftlichen Sprachgebrauch eine gewisse Schwere ohnehin immanent sein. Allein der Umstand, dass bei einem operativen Eingriff Blut fließt, dürfte die Kodierung von T81.0 dagegen nicht rechtfertigen, sondern auch bei minimalinvasiven Eingriffen wie der vorliegend in Rede stehenden Arthroskopie des Kniegelenks unvermeidlich und damit keine Komplikation sein.

Ä

bb) Letztlich lässt der Senat diese Frage allerdings dahinstehen. Denn selbst wenn die Abrechnung der Klägerin fehlerhaft gewesen wäre, wäre es der Beklagten nach Treu und Glauben jedenfalls verwehrt, sich gegenüber dem Anspruch auf die Aufwandspauschale hierauf zu berufen. Unter Berücksichtigung aller Umstände des vorliegenden Einzelfalles verstiehe die Beklagte vielmehr gegen die ihr obliegenden Rücksichtnahmepflichten (*dazu*), indem sie unmittelbar den MDK beauftragte, obwohl sie stattdessen auch nur eine medizinische Begründung nachfordern bzw. einen Kurzbericht nach den Vorschriften des Sicherungsvertrages hätte einholen können (*dazu*). Die Einwände der Beklagten hiergegen greifen zu kurz (*dazu*).

Ä

(1) Es ist in ständiger Rechtsprechung anerkannt, dass die Vertragsbeziehungen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen in partnerschaftlicher Weise zu gegenseitiger Rücksichtnahme nach dem Grundsatz von Treu und Glauben verpflichten und dass diese Sonderrechtsbeziehung auch wechselseitig bestehende Ansprüche begrenzen kann (BSG, Urteil vom 22.06.2010, [a.a.O.](#) Rn. 20 m.w.N., dort zur Begrenzung des Anspruchs auf die Aufwandspauschale, wenn das Krankenhaus die Abrechnungsprüfung durch eigenes Fehlverhalten veranlasst

---

hat). Dementsprechend fördern die Krankenkassen, der MDK und die Krankenhäuser das Prüfverfahren in konstruktiver Zusammenarbeit durch; Konflikte zwischen den Vertragspartnern bei der Abrechnungsprüfung im Krankenhausbereich sollen durch das Prüfverfahren gerade vermieden und gerichtliche Auseinandersetzungen vermindert werden (*BSG, Urteil vom 07.03.2023, a.a.O. Rn. 14 m.w.N.*). Näher ausbuchstabiert ist die Verpflichtung zur gegenseitigen Rücksichtnahme in [§ 69 Abs. 1 S. 3 SGB V](#) i.V.m. [§ 241 Abs. 2 BGB](#), wonach ein Schuldverhältnis nach seinem Inhalt jeden Teil zur Rücksicht auf die Rechte, Rechtsgüter und Interessen des anderen Teils verpflichten kann (*zur Anwendbarkeit im Abrechnungsverhältnis von Krankenhäusern und -kassen vgl. BSG, Urteil vom 28.11.2013 – B 3 KR 33/12 R, Rn. 21*).

Ä

(2) Indem die Beklagte unmittelbar den MDK mit einer Abrechnungsprüfung beauftragte, obwohl sie stattdessen auch zunächst einen Kurzbericht oder eine medizinische Begründung bei der Klägerin hätte anfordern können, verletzte sie diese Rücksichtnahmepflichten gegenüber der Klägerin. Denn mit der Abrechnungsprüfung entstand aufseiten der Klägerin ein tatsächlicher Aufwand (*dazu bereits oben b/bb*), der vermieden worden wäre, wenn die Beklagte von der Beauftragung des MDK abgesehen und die Klägerin stattdessen zunächst zu einer medizinischen Begründung oder einem Kurzbericht aufgefordert hätte. Zwar ist nicht von der Hand zu weisen, dass auch eine medizinische Begründung oder ein Kurzbericht einen gewissen Aufwand verursachen. Dass dieser Aufwand dem vergleichbar wäre, der durch ein MDK-Prüfverfahren entsteht, ist jedoch nicht erkennbar. Angesichts der jedenfalls nicht allzu strengen Anforderungen an eine medizinische Begründung i.S.d. [§ 301 Abs. 1 S. 1 Nr. 3 SGB V](#) erscheint dies vielmehr fernliegend, zumal die Krankenhäuser entsprechende Angaben ohnehin mit der Abrechnung zu machen haben (*zur Gleichheit von Zweck und Inhalt eines Kurzberichts auf der einen und einer medizinischen Begründung bei Streit bloß über eine sekundäre Fehlbelegung auf der anderen Seite vgl. zudem BSG, Urteil vom 07.03.2023, a.a.O. Rn. 25*).

Ä

Darüber hinaus ging die Beklagte vorliegend auch von Anfang an davon aus, dass die Rechnung noch nicht föllig war und damit auch die Sechswochenfrist zur Einleitung und Anzeige der Abrechnungsprüfung aus [§ 275 Abs. 1c S. 2 SGB V](#) noch nicht lief (*vgl. dazu BSG, Urteil vom 13.11.2012 – B 1 KR 14/12 R, juris Rn. 31; Urteil vom 21.03.2013, a.a.O. Rn. 13; Urteil des Senats vom 01.02.2023 – L 10 KR 297/21 KH, juris Rn. 30*). Dies ergibt sich unzweifelhaft aus dem Inhalt des beigezogenen Verwaltungsvorgangs. Danach teilte die Beklagte ebendies der Klägerin mit ihrem Schreiben vom 28.11.2019 anlässlich der Einleitung des Prüfverfahrens selbst mit. Auch gegenüber dem MDK wies die Beklagte mit ihrem Prüfungsauftrag auf Folgendes hin:

Ä

---

â□□ Ambulante Leistung. Keine 6-Wochen-Frist nach [Â§Â 275 Abs.Â 1c S.Â 2 SGBÂ V](#). KH hat Notwendigkeit von Krankenhausbehandlung nicht begrÃ¼ndet. [â□!]â□□

Â

Wenn die Beklagte aber selbst davon ausging, die Rechnung sei nicht fÃ¼llig, erschlieÃ¼t sich jedenfalls nicht ohne Weiteres, weshalb sie dennoch den MDK beauftragte, anstatt zunÃ¼chst einen Kurzbericht bzw. eine medizinische BegrÃ¼ndung bei der KIÃ¼gerin anzufordern. Dies gilt umso mehr, als die EinschÃ¼tzung der Beklagten, die Rechnung sei nicht fÃ¼llig gewesen, weil es ergÃ¼nzender Angaben zum Grund der Aufnahme bedurft hÃ¼tte, aus den oben (*unter aa*) ausgefÃ¼hrten GrÃ¼nden zumindest zweifelhaft war, die Beklagte also nicht davon ausgehen durfte, dass auch die KIÃ¼gerin die vermeintliche Fehlerhaftigkeit der Abrechnung wÃ¼rde erkennen kÃ¼nnen.

Â

Der Senat sagt mit alledem nicht, dass die Krankenkassen vor Beauftragung des MDK stets oder auch nur regelmÃ¼Ã¼ig eine medizinische BegrÃ¼ndung oder einen Kurzbericht bei dem Krankenhaus anzufordern hÃ¼tten, um nicht ggf. ihre RÃ¼cksichtnahmepflichten zu verletzen. Entscheidend sind insoweit allein die UmstÃ¼nde des jeweiligen Einzelfalls. Insbesondere in FÃ¼llen, in denen die Fehlerhaftigkeit der Abrechnung nicht ernsthaft in Zweifel stehen kann, hÃ¼lt auch der Senat eine andere Beurteilung fÃ¼r naheliegend.

Â

(3) Die Beklagte kann dem auch nicht mit Erfolg entgegenhalten, sie sei trotz fehlender FÃ¼lligkeit der Abrechnung berechtigt gewesen, den MDK zu beauftragen (*dazu* ), und dem Grunde nach auch weder zur Einholung eines Kurzberichts noch zur Anforderung einer medizinischen BegrÃ¼ndung verpflichtet gewesen (*dazu* ). Auch diese EinwÃ¼nde verfangen nicht (*dazu* ). Mit der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts steht dies in Einklang (*dazu* ).

Â

(a) Die Beklagte war nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts nicht gehindert, den MDK mit einer PrÃ¼fung zu beauftragen, selbst wenn die zu prÃ¼fende Abrechnung fehlerhaft und deshalb noch nicht fÃ¼llig gewesen wÃ¼re (*zu einer formal ordnungsgemÃ¼Ã¼en Abrechnung als Grundvoraussetzung der FÃ¼lligkeit nochmals BSG, Urteil vom 21.04.2015, a.a.O. Rn.Â 10*). Danach schlieÃ¼t es die Berechtigung der Krankenkasse nicht aus, den Sachverhalt vorgerichtlich mit den ihr zur VerfÃ¼gung stehenden MÃ¼glichkeiten aufzuklÃ¼ren, wenn ein Krankenhaus fÃ¼lligkeitsbegrÃ¼ndende Informationspflichten verletzt. Die Beauftragung des MDK diene gerade der vorprozessualen, mÃ¼glichst einen Rechtsstreit vermeidenden KlÃ¼rung von Sachverhalten. Eine Krankenkasse handle danach nicht pflichtwidrig, wenn sie nach dem gescheiterten Verlangen einer medizinischen BegrÃ¼ndung den MDK einschaltet, anstatt die Forderung nicht zu

---

erfüllen oder nach Zahlung aufzurechnen (so BSG, Urteil vom 07.03.2023, [a.a.O. Rn. 27 f.](#)).

Ä

(b) Auch ergibt sich aus dem Sicherstellungsvertrag grundsätzlich keine Verpflichtung der Krankenkassen, vor Beauftragung des MDK stets einen Kurzbericht beim Krankenhaus einzuholen. Der Sicherstellungsvertrag räumt den Krankenkassen lediglich die Möglichkeit ein, einen Kurzbericht anzufordern, verpflichtet sie hierzu aber nicht (vgl. BSG, Urteil vom 07.03.2023, [a.a.O. Rn. 25](#), dort zum rheinland-pfälzischen Landesvertrag). Gemäß [§ 2 Abs. 1 S. 1](#) des nordrhein-westfälischen Sicherstellungsvertrages kann die Krankenkasse vor Beauftragung des MDK unter Angabe des Überprüfungsanlasses eine Stellungnahme des Krankenhauses zu einzelnen Behandlungsfällen anfordern, wenn aus ihrer Sicht in Einzelfällen Anlass besteht, die Notwendigkeit und Dauer der stationären Behandlung zu überprüfen; gemäß [§ 2 Abs. 1 S. 2](#) des Sicherstellungsvertrages erlaubt das Krankenhaus dann die Notwendigkeit der stationären Behandlung (Kurzbericht nach Muster der Anl. 1). Gleiches gilt für die Anforderung einer medizinischen Begründung. Kraft Bundesrechts dürfen die Krankenkassen bei Zweifeln oder Unklarheiten in Bezug auf die gemäß [§ 301 SGB V](#) übermittelten Daten durch nichtmedizinische Nachfragen selbst beim Krankenhaus klären, ob die jeweiligen Voraussetzungen der Zahlungspflicht im Einzelfall gegeben sind, wenn etwa keine ausreichenden Angaben zum Grund der Krankenhausaufnahme ersichtlich sind (vgl. BSG, Urteil vom 16.05.2012, [a.a.O. Rn. 19](#)), eine stets vor Einschaltung des MDK zu beachtende Pflicht besteht aber auch insoweit nicht.

Ä

(c) Beides ist aber vorliegend nicht entscheidend. Denn dass die Beklagte berechtigt war, unmittelbar den MDK einzuschalten, bedeutet nicht, dass sie sich nicht i.R.d. [§ 69 Abs. 1 S. 3 SGB V](#) i.V.m. [§ 241 Abs. 2 BGB](#) entgegenhalten lassen müsste, dass sie dies getan hat, obwohl ihr mit der Anforderung eines Kurzberichts bzw. einer medizinischen Begründung mildere Mittel zur Verfügung standen. Beides sind unterschiedliche Fragen. Dass sie nicht nur berechtigt, sondern verpflichtet gewesen wäre, den MDK einzuschalten, ist nicht erkennbar. Auch die Beklagte hat hierzu nichts weiter vorgetragen, insbesondere auch nicht, woraus sich eine entsprechende Verpflichtung vorliegend ergeben soll. Grundlage für die im Einzelfall bestehende Obliegenheit, vor Einschaltung des MDK zunächst einen Kurzbericht oder eine medizinische Begründung einzuholen, sind dementsprechend wie ausgeführt auch nicht der Sicherstellungsvertrag oder [§ 301 Abs. 1 S. 1 Nr. 3 SGB V](#), sondern die Verpflichtung der Beteiligten zur gegenseitigen Rücksichtnahme aufgrund des Gebotes zur konstruktiven Zusammenarbeit ([§ 69 Abs. 1 S. 3 SGB V](#) i.V.m. [§ 241 Abs. 2 BGB](#)).

Ä

---

---

Nichts anderes gilt für das Vorbringen der Beklagten, den Krankenhäusern seien ihre gegenseitigen Rechte und Pflichten aus dem Abrechnungsverhältnis bekannt; sie treffe hinsichtlich der Mitteilung des Grundes der Aufnahme i.S.d. [§ 301 Abs. 1 S. 1 Nr. 3 SGB V](#) eine Bringschuld. Denn selbst wenn die Klägerin vorliegend verpflichtet gewesen wäre, ergänzende Angaben zum Grund der Aufnahme zu machen, bedeutete dies jedenfalls im vorliegend allein zu beurteilenden Fall nicht, dass die Beklagte sich nicht i.R.d. [§ 69 Abs. 1 S. 3 SGB V](#) i.V.m. [§ 241 Abs. 2 BGB](#) entgegenhalten lassen müsste, dass sie unmittelbar den MDK beauftragt hat, anstatt zuvor einen Kurzbericht oder eine medizinische Begründung einzuholen. Insoweit geltend die obigen Erwägungen gleichermaßen.

Ä

(d) Die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts verlangt keine andere Beurteilung. In dem von der Beklagten in Anspruch genommenen Urteil (vom 07.03.2023, [a.a.O. Rn. 12](#)) hat letzteres vielmehr selbst ausgeführt, dass der Anspruch auf Zahlung einer Aufwandspauschale ausscheidet,

Ä

Ä wenn das Krankenhaus seine Pflicht verletzt, auf Verlangen der KK (!) eine medizinische Begründung für die Dauer der Krankenhausbehandlung zu geben, und es dadurch das Prüfverfahren veranlasst hat.Ä

Ä

Dementsprechend hat das Bundessozialgericht (*a.a.O. Rn. 25*) im dortigen Fall darauf abgestellt, dass nach dem erfolglosen Versuch, eine medizinische Begründung für die streitige Verweildauer zu erhalten, die Anforderung eines Kurzberichts keinen weitergehenden Erfolg versprochen habe; das Krankenhaus habe deutlich zu erkennen gegeben, der Krankenkasse keine weiteren medizinischen Informationen geben zu wollen. So liegt der vorliegende Fall aber gerade nicht. Vielmehr hat die Beklagte vorliegend weder eine medizinische Begründung noch einen Kurzbericht angefordert, sondern unmittelbar und sehenden Auges eine MDK-Abrechnungsprüfung veranlasst.

Ä

Auch dass die Klärung der Abrechnungsstreitigkeit durch das MDK-Gutachten im beiderseitigen Interesse lag, nachdem der MDK die Richtigkeit der Abrechnung bestätigte (*vgl. dazu BSG, Urteil vom 07.03.2023, a.a.O. Rn. 28*), vermag danach jedenfalls im vorliegenden Fall nicht zu rechtfertigen, dass die Beklagte nicht zunächst wenigstens versuchte, eine entsprechende Klärung mithilfe milderer Mittel herbeizuführen. Inwieweit bereits bei Einleitung des Prüfverfahrens überhaupt beurteilt werden konnte, dass dessen Ergebnis im beiderseitigen Interesse liegen würde, mag dahinstehen.

---

Â

2. Der Anspruch auf Prozesszinsen folgt aus [Â§Â§Â 291, 288 Abs.Â 1 S.Â 2 BGB](#) (BSG, Urteil vom 23.06.2015 â [B 1 KR 24/14 R](#), Rn.Â 14Â f.).

Â

3. Kostenentscheidung und Streitwertfestsetzung beruhen auf [Â§Â 197a Abs.Â 1 S.Â 1 SGG](#) i.V.m. [Â§Â 154 Abs.Â 2 VwGO](#) bzw. [Â§Â§Â 63 Abs.Â 2 S.Â 1, 52 Abs.Â 3 S.Â 1, 47 Abs.Â 1 S.Â 1 GKG](#).

Â

4. Anlass, gemÃÃ [Â§Â 160 Abs.Â 2 SGG](#) die Revision zuzulassen, besteht nicht.

Â

Erstellt am: 11.09.2024

Zuletzt verÃndert am: 23.12.2024