

BUNDESSOZIALGERICHT



Beschluss in dem Rechtsstreit

Az: B 1 KR 60/16 B

L 1 KR 175/14 (LSG Berlin-Brandenburg)
S 3 KR 103/11 (SG Potsdam)

.....,

Klägerin und Beschwerdegegnerin,

Prozessbevollmächtigte:

.....,

g e g e n

AOK Nordost - Die Gesundheitskasse,
Behlertstraße 33 A, 14467 Potsdam,

Beklagte und Beschwerdeführerin.

Der 1. Senat des Bundessozialgerichts hat am 26. August 2016 durch den
Präsidenten M a s u c h sowie die Richter C o s e r i u und Dr. E s t e l m a n n
beschlossen:

Die Beschwerde der Beklagten gegen die Nichtzulassung der Revision im Urteil des Landes-
sozialgerichts Berlin-Brandenburg vom 3. Juni 2016 wird als unzulässig verworfen.

Die Beklagte trägt die Kosten des Beschwerdeverfahrens.

Der Streitwert für das Beschwerdeverfahren wird auf 3033,22 Euro festgesetzt.



JLaw – Gesetze und Urteile
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
[\(mobile App\)](#)



Gründe:

I

- 1 Die Klägerin ist Trägerin eines zur Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherter zugelassenen Krankenhauses. Sie berechnete für die Behandlung des bei der beklagten Krankenkasse Versicherten K. S. (im Folgenden: Versicherter) vom 13. bis 21.12.2009, einschließlich einer mehr als 72-stündigen Stroke-Unit-Behandlung (74 Stunden) insgesamt 7150,36 Euro (*Fallpauschale - Diagnosis Related Group - DRG <2009> B70B: Apoplexie mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 Stunden, ohne intrakranielle Blutung oder ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 Stunden, mit komplizierter intrakranieller Blutung; kodierrelevant hierfür Operationen- und Prozedurenschlüssel - OPS - <2009> 8-981.1: Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls - Mehr als 72 Stunden*). Die Beklagte zahlte die Rechnung, verrechnete später aber 2733,22 Euro mit einer anderen unstreitigen Forderung der Klägerin. Entsprechend dem Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) habe die Klägerin, da eine Stroke-Unit-Behandlung über 72 Stunden hinaus medizinisch nicht erforderlich gewesen sei (kein fluktuierender Verlauf, keine sekundäre neurologische Verschlechterung), nur einen Vergütungsanspruch nach der DRG (2009) B70D (*Apoplexie mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, bis 72 Stunden, ohne intrakranielle Blutung, ohne systemische Thrombolyse, mehr als ein Belegungstag*). Das SG hat die Klage auf Zahlung von 2733,22 Euro sowie einer Aufwandspauschale von 300 Euro nebst Zinsen abgewiesen. Dabei ist es dem von ihm eingeholten gerichtlichen Sachverständigengutachten (Dr. D.) gefolgt, das die medizinische Notwendigkeit und zudem das Vorliegen von Voraussetzungen des OPS (2009) 8-981.x verneint hat, weil es an dem Nachweis eines automatisierten Monitoring fehle. Das LSG hat das SG-Urteil aufgehoben und der Klage stattgegeben. Zur Begründung hat es ausgeführt, es habe auch nach Ablauf von 72 Stunden noch ein akuter Schlaganfall vorgelegen. Nach dem von der Klägerin vorgelegten Privatgutachten (Prof. Dr. N.) sei von einer medizinischen Erforderlichkeit für eine mehr als 72-stündige Stroke-Unit-Behandlung auszugehen. Ein automatisiertes Monitoring von sechs relevanten Parametern habe stattgefunden. Eine dauerhafte Speicherung der überwachten Parameter fordere OPS <2009> 8-981.x nicht. Die Beklagte schulde auch eine Aufwandspauschale von 300 Euro, weil eine Auffälligkeitsprüfung vorgelegen habe (*Urteil vom 3.6.2016*).
- 2 Die Beklagte wendet sich mit ihrer Beschwerde gegen die Nichtzulassung der Revision im LSG-Urteil.



II

- 3 Die Beschwerde der Beklagten ist unzulässig und daher gemäß § 160a Abs 4 S 1 Halbs 2 SGG iVm § 169 S 3 SGG zu verwerfen. Ihre Begründung entspricht nicht den aus § 160a Abs 2 S 3 SGG abzuleitenden Anforderungen an die Darlegung der geltend gemachten Revisionszulassungsgründe der grundsätzlichen Bedeutung und der Divergenz.
- 4 1. Wer sich - wie hier die Beklagte - auf den Zulassungsgrund der grundsätzlichen Bedeutung der Rechtssache (§ 160 Abs 2 Nr 1 SGG) beruft, muss eine Rechtsfrage klar formulieren und ausführen, inwiefern diese Frage im angestrebten Revisionsverfahren entscheidungserheblich sowie klärungsbedürftig und über den Einzelfall hinaus von Bedeutung ist (vgl zB BSG SozR 3-1500 § 160a Nr 21 S 38; BSG SozR 3-4100 § 111 Nr 1 S 2; s auch BSG SozR 3-2500 § 240 Nr 33 S 151 f mwN).
- 5 Die Beklagte formuliert als Rechtsfragen:
- "a) Wie ist der Begriff des "Monitorings" im Sinne des OPS 8-981.x (Version 2009) zu verstehen? Setzt dieser eine Dokumentation des Krankenhauses voraus, welche zum Nachweis des Erbringens der Voraussetzungen eines OPS auch zu speichern bzw. aufzuzeichnen ist?
 - b) Wie ist der Begriff des "akuten" Schlaganfalls im Sinne des OPS 8-981.x (Version 2009) zu verstehen? Ist hierunter nur die Akutphase des Insultes (die ersten 72 Stunden nach Symptombeginn) zu verstehen oder aber in Übereinstimmung mit dem Kodierleitfaden Schlaganfall der DSG und DGN aus dem Jahre 2008 davon auszugehen, dass insofern auch Patienten als "akuter Schlaganfall" klassifiziert werden können, die einen fluktuierenden Verlauf oder eine sekundäre neurologische Verschlechterung oder einen progredienten Schlaganfall aufweisen?
 - c) Wie verbindlich sind Stellungnahmen/Kodierhinweise des DIMDI, welche im Rahmen der FAQ auf der Homepage veröffentlicht werden?
 - d) Reicht es für die Abrechnung des OPS 8-891.1 (Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 Stunden) aus, dass die Versicherten über einen Zeitraum von 72 Stunden auf der Stroke-Unit verbleiben und somit formell die Anforderungen an den OPS erfüllen oder muss dies auch aus medizinischen Gründen (wie fluktuierender Verlauf, progredienter Schlaganfall etc.) indiziert sein?
 - e) Führt die reine Kodierprüfung in Bezug auf einen OPS, in welchem es ggf. auch um medizinische Fragen gehen kann, bei erfolgreichem Klageverfahren zu einem Anspruch des Krankenhauses auf die Aufwandspauschale oder stellt dies ebenfalls einen Fall der Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit einer Krankenhausabrechnung dar, bei welchem nach bisheriger Rechtsprechung eine Aufwandspauschale nicht beansprucht werden kann?"



- 6 a) Soweit es die erste Frage betrifft, lässt der Senat offen, ob ihr eine klare, über den Einzelfall hinausweisende Rechtsfrage zu entnehmen ist oder - eingekleidet in eine abstrakt-generelle Fragestellung - nur die Frage nach der vergütungsrechtlichen Bewertung eines konkret individuellen Sachverhalts, ob also die Beklagte nur die Unrichtigkeit der LSG-Entscheidung rügt. Letzteres ist kein zulässiger Prüfungsgegenstand einer Nichtzulassungsbeschwerde. Die Beklagte legt jedenfalls nicht hinreichend eine grundsätzliche Bedeutung der Rechtsfrage dar. Hierzu bedarf es generell besonderen Vorbringens, wenn es sich - wie hier mit im Jahr 2009 geltenden Regelungen - um ausgelaufenes Recht handelt (*vgl ausführlich BSG SozR 4-1500 § 160a Nr 32 RdNr 10 ff mwN, dort auch zum OPS*). Dementsprechend entbehren Rechtsfragen der grundsätzlichen Bedeutung, wenn die Tatbestandsmerkmale einer Einzelvergütungsvorschrift mit einer normativ vorgegebenen kurzen Geltungsdauer einer rechtstatsächlich stattfindenden fortlaufenden Überprüfung und eventuellen Anpassung mit der Folge unterliegen, dass im Zeitpunkt der Befassung des Revisionsgerichts mit der Norm eine über den Einzelfall hinausweisende Bedeutung nicht mehr erkennbar ist. Bezogen auf die Darlegung der grundsätzlichen Bedeutung unter dem Gesichtspunkt des ausgelaufenen Rechts bedeutet dies, dass im Streit über die Anwendbarkeit einer bestimmten DRG darzulegen ist: (1) Die betroffene Einzelvorschrift (bzw das dort betroffene Tatbestandsmerkmal) hat im konkreten Fall auf die zur Ermittlung der DRG durchzuführende Groupierung Einfluss. (2) Die in der kalenderjahresbezogen anzuwendenden Fallpauschalenvereinbarung (FPV) mitgeregelte betroffene Einzelvorschrift gilt in späteren FPV im Wortlaut unverändert erlöswirksam für die Groupierung fort. (3) Ein sich daraus in einer Vielzahl von Behandlungsfällen bereits ergebender und zukünftig zu erwartender Streit konnte von den am Abschluss des FPV mitwirkenden Vertragsparteien bislang nicht einvernehmlich gelöst werden (*BSG SozR 4-1500 § 160a Nr 32 RdNr 14*).
- 7 Die Beklagte legt schon die zweite Voraussetzung nicht ausreichend dar. Sie führt insoweit - zu Unrecht - nur aus, dass sich die einzelnen Voraussetzungen der OPS 8-981.x "im Laufe der Zeit nicht geändert haben dürften". Infolgedessen setzt sie sich nicht mit OPS (2016) 8-981.x auseinander, der ua in Abänderung von OPS <2009> 8-981.x vorsieht: "24-Stunden-Monitoring von mindestens 6 der folgenden Parameter: Blutdruck, Herzfrequenz, EKG, Atmung, Sauerstoffsättigung, Temperatur, intrakranieller Druck, EEG, evozierte Potentiale. Blutdruck, Temperatur und evozierte Potentiale können auch nichtautomatisiert bestimmt werden. Das Monitoring darf nur zur Durchführung spezieller Untersuchungen oder Behandlungen unterbrochen werden. *Alle Parameter müssen im Abstand von 4 Stunden oder häufiger erhoben und dokumentiert werden*" (Hervorhebungen nicht im Original).
- 8 b) Auch bei der zweiten Frage lässt der Senat offen, ob ihr eine klare, über den Einzelfall hinausweisende Rechtsfrage zu entnehmen ist oder - eingekleidet in eine abstrakt-generelle Fragestellung - nur die Frage nach der vergütungsrechtlichen Bewertung eines konkret individuellen Sachverhalts, ob also die Beklagte nur die Unrichtigkeit der LSG-Entscheidung dergestalt rügt, dass die medizinische Erforderlichkeit einer Stroke-Unit-Behandlung nach Ablauf von



72 Stunden nicht mehr bestanden habe. Insoweit legt die Beklagte die Klärungsbedürftigkeit nicht dar.

- 9 Eine Rechtsfrage ist nicht klärungsbedürftig, obwohl das BSG sie noch nicht ausdrücklich behandelt hat, wenn die Antwort praktisch außer Zweifel steht, sodass eine weitere Klärung oder Fortentwicklung des Rechts nicht mehr zu erwarten ist (*vgl zB BSG Beschluss vom 16.4.2012 - B 1 KR 25/11 B - Juris RdNr 7 mwN*). Insbesondere wenn Beschwerdeführer nicht Rechtsfragen von struktureller Bedeutung für die Abrechnungsbestimmungen im dargelegten Sinne, sondern bloß die quantitative Bedeutung der Fortwirkung einer in der Vergangenheit normenvertraglich geltenden Vergütungsvorschrift aufzeigen, müssen sie regelmäßig besondere Sorgfalt darauf verwenden, den Klärungsbedarf darzulegen. Die gebotene substantiierte Darlegung der Klärungsbedürftigkeit von im OPS verwendeten, streitigen Begriffen erfordert, dass der Beschwerdeführer ausführt, warum ausnahmsweise noch ein über die Frage der zutreffenden Auslegung durch das Tatsachengericht hinausgehender Klärungsbedarf besteht, obwohl die Auslegung von Vergütungsvorschriften lediglich nach Wortlaut und -ergänzend- Systematik erfolgt. Die Auslegung einer der jährlichen Überprüfung und eventuellen Anpassung unterliegenden vertraglichen Einzelvergütungsvorschrift hat nämlich in der Regel keine grundsätzliche Bedeutung, wenn sie keine wesentlichen Auslegungsprobleme aufwirft sowie die hierfür anzuwendenden Auslegungsmethoden einfach und geklärt sind. So liegt es regelmäßig bei der Auslegung des OPS. Der vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) herausgegebene OPS ist dadurch charakterisiert, dass er Operationen und Prozeduren unter Verwendung medizinischer Begriffe definiert und strukturiert. Die Inkorporierung dieser Klassifikation in die Vergütungsvorschriften bedeutet - soweit die Vertragsparteien nicht etwas anderes ausdrücklich bestimmen -, dass den medizinischen Begriffen des OPS der Sinngehalt zukommt, der ihnen im medizinisch-wissenschaftlichen Sprachgebrauch beigemessen wird. Dieser den Regelungsgehalt determinierende Sprachgebrauch kann - wortlautorientiert - wie eine Tatsache als Vorfrage für die Auslegung im gerichtlichen Verfahren durch Beweiserhebung ermittelt werden. Insofern gilt hier nichts anderes als bei Fragen (rein) tatsächlicher Art, die nicht zur Überprüfung durch das Revisionsgericht gestellt werden können (*vgl zum Ganzen BSG SozR 4-1500 § 160a Nr 32 RdNr 17 f*).
- 10 Die Beklagte trägt nichts dazu vor, warum die Feststellung des Sinngehalts des Begriffs "akuter Schlaganfall" im medizinisch-wissenschaftlichen Sprachgebrauch über die korrekte Ermittlung des Sprachgebrauchs hinaus durch das Revisionsgericht klärungsbedürftig ist.
- 11 c) Hinsichtlich der dritten Frage legt die Beklagte den Klärungsbedarf ebenfalls nicht hinreichend dar. Sie geht - obwohl vom LSG unter Bezugnahme auf die Rechtsprechung des erkennenden Senats dargelegt (*vgl nur BSGE 109, 236 = SozR 4-5560 § 17b Nr 2, RdNr 23 f; seither stRspr*) - schon nicht darauf ein, in welcher Weise Festlegungen im OPS zum Gegenstand normativ geltender Regelungen des Krankenhausvergütungsrechts werden. Auch setzt sie sich



nicht mit dem Urteil des erkennenden Senats vom 1.7.2014 (*BSG SozR 4-2500 § 301 Nr 2 RdNr 16 und 22*) auseinander, in dem er der Auffassung des DIMDI nur den Rang einer Erkenntnisquelle neben anderen fachkundigen Stellungnahmen zuweist. Die Klägerin zeigt nicht auf, dass nach dieser Rechtsprechung gleichwohl noch Klärungsbedarf verblieben ist.

- 12 d) Hinsichtlich der vierten Frage legt die Beklagte - ungeachtet der auch hier aufzuwerfenden Frage, ob sie damit nur die Unrichtigkeit der LSG-Entscheidung rügt - die Entscheidungserheblichkeit nicht dar. Nach den Feststellungen des LSG war es nämlich medizinisch erforderlich, den Versicherten auch nach Ablauf von 72 Stunden noch in der Stroke Unit zu behandeln. Eine Verfahrensrüge hat die Beklagte insoweit nicht erhoben. Im Übrigen kann ein Verfahrensmangel nach § 160 Abs 2 Nr 3 SGG nicht auf § 128 Abs 1 S 1 SGG (*Grundsatz der freien Beweiswürdigung*) gestützt werden. Das Vorbringen, die Entscheidung sei falsch, reicht nicht aus, um die Revision zuzulassen (*vgl BSG SozR 1500 § 160a Nr 7; s ferner BSG Beschluss vom 29.7.2016 - B 1 KR 35/16 B - RdNr 13 mwN*).
- 13 e) Die Beklagte legt die Klärungsbedürftigkeit der fünften Rechtsfrage nicht hinreichend dar. Das Bedürfnis für die Klärung einer Rechtsfrage fehlt, wenn ihre Beantwortung nach der dazu ergangenen höchstrichterlichen Rechtsprechung keinem vernünftigen Zweifel unterliegt, die Frage also "geklärt" ist (*vgl zB BSG Beschluss vom 21.10.2010 - B 1 KR 96/10 B - RdNr 7 mwN*).
- 14 Nach der Rechtsprechung des 1. Senats des BSG ist die Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit keine Auffälligkeitsprüfung iS von § 275 Abs 1c SGB V (§ 301 SGB V). Das Überprüfungsrecht der Krankenkassen (KKn) auf sachlich-rechnerische Richtigkeit besteht unabhängig von den engeren Anforderungen einer Auffälligkeitsprüfung. Es unterliegt einem eigenen Prüfregime (*stRspr: s BSGE 116, 165 = SozR 4-2500 § 301 Nr 4, RdNr 17; BSG SozR 4-2500 § 301 Nr 3 RdNr 16 mwN; BSG SozR 4-2500 § 301 Nr 5 RdNr 21; BSG SozR 4-2500 § 108 Nr 4 RdNr 25, auch für BSGE vorgesehen; BSG SozR 4-5560 § 17b Nr 6 RdNr 24*). Die Überprüfung der richtigen Kodierung und Abrechnung betrifft die sachlich-rechnerische Richtigkeit der geforderten Vergütung (*vgl BSG SozR 4-2500 § 301 Nr 2 RdNr 21; BSG SozR 4-2500 § 301 Nr 3 RdNr 17; BSG SozR 4-2500 § 301 Nr 5 RdNr 23; BSGE 116, 130 = SozR 4-2500 § 276 Nr 6, RdNr 15; BSG Urteil vom 21.4.2015 - B 1 KR 8/15 R - Juris RdNr 21 = USK 2015-14; BSG SozR 4-5560 § 17b Nr 6 RdNr 25*). Wenn sich 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 erfüllte, trifft das Krankenhaus spätestens auf Anforderung der KK die Obliegenheit, an der Aufklärung des Sachverhalts mitzuwirken, insbesondere auch die Behandlungsunterlagen an den MDK oder das Gericht herauszugeben (*vgl BSG SozR 4-2500 § 301 Nr 3 RdNr 16*). Die gesetzliche Sechs-Wochen-Frist (§ 275 Abs 1c SGB V) erfasst demgegenüber nur die Prüfung aufgrund einer Auffälligkeit. Der Anspruch auf Zahlung einer Aufwandspauschale ist bei der Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit - unabhängig vom Ausgang - ausgeschlossen (*vgl*



BSG SozR 4-5560 § 17b Nr 6 RdNr 25). Wenn das Krankenhaus dem MDK im Rahmen der Abklärung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit der Abrechnung entsprechend seinen bestehenden Mitwirkungsobliegenheiten oder -pflichten die Möglichkeit eröffnet, die Behandlungunterlagen einzusehen und/oder eine Krankenhausbegehung durchzuführen, hat das Krankenhaus keinen Anspruch auf Zahlung einer Aufwandspauschale (§ 275 Abs 1c S 3 SGB V), auch wenn der sachlich-rechnerische Prüfvorgang nicht zu einer Rechnungsminderung führt (*BSGE 116, 165 = SozR 4-2500 § 301 Nr 4, RdNr 23*).

- 15 Hingegen setzt die Überprüfung nach § 275 Abs 1c SGB V eine Auffälligkeit der Abrechnung voraus. Nach § 275 Abs 1 Nr 1 SGB V sind die KKn in den gesetzlich bestimmten Fällen oder wenn es nach Art, Schwere, Dauer oder Häufigkeit der Erkrankung oder nach dem Krankheitsverlauf erforderlich ist, verpflichtet, bei Auffälligkeiten zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung eine gutachtliche Stellungnahme des MDK einzuholen. Es bestehen Auffälligkeiten, die die KK zur Einleitung einer Abrechnungsprüfung unter Anforderung einer gutachtlichen Stellungnahme des MDK berechtigen, wenn die Abrechnung und/oder die vom Krankenhaus zur ordnungsgemäßen Abrechnung vollständig mitgeteilten Behandlungsdaten und/oder weitere zulässig von der KK verwertbare Informationen Fragen nach der Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots aufwerfen, die die KK aus sich heraus ohne weitere medizinische Sachverhaltsermittlung und -bewertung durch den MDK nicht beantworten kann (*vgl BSGE 116, 165 = SozR 4-2500 § 301 Nr 4, RdNr 21; BSG Urteil vom 23.6.2015 - B 1 KR 24/14 R - Juris = NZS 2015, 745, RdNr 9; BSG SozR 4-2500 § 275 Nr 29 RdNr 12*).
- 16 Die Beklagte geht - wie schon ihre Fragestellung und ihre Begründung zeigt - selbst davon aus, dass sie den MDK eindeutig mit der Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit beauftragt hat. Sie verweist selbst auf einschlägige Rechtsprechung des erkennenden Senats (*BSG SozR 4-5560 § 17b Nr 6 RdNr 25*), wonach die sachlich-rechnerische Richtigkeit der geforderten Vergütung die richtige Kodierung und Abrechnung umfasst. Sie zeigt nicht auf, warum bei einer "reinen Kodierprüfung", also einem auf die Prüfung der korrekten Abrechnung gerichteten Prüfungsauftrag noch eine durch ein Revisionsverfahren zu klärende grundsätzliche Frage über dessen rechtliche Einordnung bestehen kann. Sie legt auch nicht dar, dass nach den vom LSG zitierten Passagen aus dem Urteil des erkennenden Senats vom 1.7.2014 (*BSGE 116, 165 = SozR 4-2500 § 301 Nr 4, RdNr 23*) - vermeintlich - noch ein Klärungsbedarf bestehen könnte.
- 17 2. Wer sich - wie hier die Beklagte - auf den Zulassungsgrund der Divergenz (§ 160 Abs 2 Nr 2 SGG) beruft, muss entscheidungstragende abstrakte Rechtssätze im Urteil des Berufungsgerichts einerseits und in einem Urteil des BSG, des GmSOGB oder des BVerfG andererseits gegenüberstellen und Ausführungen dazu machen, weshalb beide miteinander unvereinbar sein sollen (*vgl zB BSG Beschluss vom 19.9.2007 - B 1 KR 52/07 B - Juris RdNr 6*) und das Berufungsurteil auf dieser Divergenz beruht (*BSG Beschluss vom 14.5.2007 - B 1 KR 21/07 B - Juris RdNr 9*). Erforderlich ist, dass das LSG bewusst einen abweichenden Rechtssatz aufgestellt und



nicht etwa lediglich fehlerhaft das Recht angewendet hat (*vgl zB BSG Beschluss vom 15.1.2007 - B 1 KR 149/06 B - RdNr 4; BSG SozR 3-1500 § 160 Nr 26 S 44 f mwN*). Diesen Anforderungen genügt die Beschwerdebegründung der Beklagten nicht.

- 18 Sie macht Abweichungen des Berufungsurteils von einer Entscheidung des BSG geltend, indem sie lediglich pauschal behauptet, das LSG weiche in entscheidungserheblicher Weise vom Urteil des BSG in SozR 4-5560 § 17b Nr 6 ab. Es qualifiziere die reine Kodierprüfung als Auffälligkeitsprüfung.
- 19 Ergänzend weist der Senat darauf hin, dass es dem Gebot, effektiven Rechtsschutz (*Art 19 Abs 4 GG*) durch das gesetzlich vorgesehene Rechtsmittel der Nichtzulassungsbeschwerde zu gewähren, widerspräche, wenn dem durch die LSG-Entscheidung Beschwerkten trotz bestehender Divergenz zu Rechtsprechung des BSG oder grundsätzlicher Bedeutung der Rechtssache der Zugang zur Revisionsinstanz nur deshalb verwehrt würde, weil das LSG - wie vorliegend - seine abweichenden entscheidungstragenden abstrakten Rechtssätze nicht ausdrücklich formuliert, sondern nur implizit zugrunde gelegt oder - anders als vorliegend - sich jeder Andeutung enthalten hat. Die Rechtsprechung des BSG trägt dem aber Rechnung. Sie lässt es genügen, wenn der Beschwerdeführer darlegt, dass das LSG von einer Entscheidung ua des BSG abgewichen ist, indem es einen der höchststrichterlichen Rechtsprechung widersprechenden abstrakten Rechtssatz nur sinngemäß und in scheinbar fallbezogene Ausführungen gekleidet entwickelt hat. In einem solchen Fall muss der Beschwerdeführer jedoch darlegen, dass sich aus den Ausführungen des Berufungsurteils unzweifelhaft der sinngemäß zugrunde gelegte abstrakte Rechtssatz schlüssig ableiten lässt, den das LSG als solchen auch tatsächlich vertreten wollte (*vgl BSG Beschluss vom 4.8.2016 - B 1 KR 29/16 B - RdNr 17*). Hier hat das LSG den dem MDK erteilen Auftrag, eine Kodierprüfung vorzunehmen, dahin ausgelegt, dass die Beklagte ihn mit einer Auffälligkeitsprüfung beauftragt habe, weil "die Krankenkasse Zweifel hatte, dass das Krankenhaus der Klägerin seine Leistungen unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes erbrachte hatte". Dabei ist das LSG davon ausgegangen, dass die Beklagte "von Anfang an den Verdacht (*gehabt habe*), dass die Voraussetzungen einer neurologischen Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalles nicht vorgelegen haben könnten", der MDK dies so verstanden habe (*zur Berücksichtigung des maßgeblichen Empfängerhorizonts des MDK vgl BSG SozR 4-2500 § 275 Nr 6 RdNr 10 und 13 f mwN; BSG Urteil vom 23.6.2015 - B 1 KR 24/14 R - Juris RdNr 9 = KHE 2015/40; BSG SozR 4-2500 § 275 Nr 15; BSG SozR 4-2500 § 275 Nr 29 RdNr 19*) und deswegen die "Klägerin (...) auf die Anforderung der Prüfanzeige hin die Unterlagen eingereicht und (*hier fehlt wohl ein "nicht"*) etwa dem MDK in Erfüllung anderer Obliegenheiten überlassen" habe. Insoweit hätte die Beklagte unter Hinweis auf die Begründung des LSG darlegen können, dass das LSG - entgegen der oben (1. e) zitierten Rechtsprechung (*vgl auch BSG SozR 4-2500 § 301 Nr 3 RdNr 16*) - den abstrakten Rechtssatz aufgestellt hat, eine sachlich-rechnerische Prüfung liege immer schon dann nicht vor, wenn die KK einen Prüf-



auftrag erteile, der erfordere, dass der MDK sich vom Krankenhaus Behandlungsunterlagen vorlegen lassen müsse.

- 20 3. Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Abs 1 S 1 Teils 3 SGG iVm § 154 Abs 2 VwGO, diejenige über den Streitwert auf § 197a Abs 1 S 1 Teils 1 SGG iVm § 63 Abs 2 S 1, § 52 Abs 1 und 3, § 47 Abs 1 und 3 GKG.



JLaw – Gesetze und Urteile
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
[\(mobile App\)](#)



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)