

**LANDESSOZIALGERICHT NIEDERSACHSEN-BREMEN**

**L 4 KR 15/10**

S 19 KR 332/09 (Sozialgericht Hannover)

**IM NAMEN DES VOLKES**

Verkündet am: 18. Juli 2012  
Krause  
Justizangestellte  
als Urkundsbeamtin der Geschäftsstelle

**URTEIL**

In dem Rechtsstreit

\_\_\_\_\_

Klägerin und Berufungsklägerin,

Prozessbevollmächtigte:

Rechtsanwälte Zimmer pp.,  
Steinring 45 a, 44789 Bochum,

g e g e n

\_\_\_\_\_

Beklagte und Berufungsbeklagte,

Prozessbevollmächtigte:

\_\_\_\_\_

hat der 4. Senat des Landessozialgerichts Niedersachsen-Bremen  
auf die mündliche Verhandlung vom 18. Juli 2012 in Celle  
durch den Vorsitzenden Richter am Landessozialgericht Phieler,  
den Richter am Landessozialgericht Schreck,  
den Richter am Landessozialgericht Dr. Blöcher  
sowie die ehrenamtlichen Richter Franke und Wichmann  
für Recht erkannt:

**Die Berufung wird zurückgewiesen.**

**Die Klägerin hat auch die Kosten des Berufungsverfahrens zu tragen.**

**Der Streitwert beträgt 1.347,89 Euro.**

**Die Revision wird zugelassen.**

## TATBESTAND

Die Klägerin begehrt von der Beklagten die Vergütung von stationären Krankenhausleistungen.

Der bei der Beklagten versicherte [REDACTED] (im Weiteren: Versicherter), geboren 1939, wurde in der Zeit vom 4. bis 6. März 2008 im Hause der Klägerin stationär behandelt. Die Aufnahme erfolgte aufgrund der Überweisung der behandelnden Fachärzte für Innere Medizin [REDACTED] vom 29. Februar 2008. Als Einlieferungsdiagnose nannten die Ärzte: coronare Gefäßerkrankung. Beim Versicherten wurde anschließend eine Herzkatheteruntersuchung im Hause der Klägerin durchgeführt.

Mit Rechnung vom 3. April 2008 berechnete die Klägerin für die Behandlung des Versicherten die DRG F66Z in Höhe von 1.347,89 Euro. Da es sich bei der Herzkatheteruntersuchung grundsätzlich um eine Behandlung handelt, die ambulant durchzuführen ist, schaltete die Beklagte den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) ein. Der Gutachter des MDK führte am 20. Mai 2008 aus, dass gemäß dem Arztbrief die Aufnahme zur selektiven Koronarangiographie bei bekannter coronarer Herzkrankheit erfolgt sei. Es seien keine akuten Beschwerden geschildert worden, deshalb sei eine ambulante Behandlung möglich gewesen. Mit Schreiben vom 20. Mai 2008 teilte die Beklagte der Klägerin dieses Ergebnis mit. Somit könne eine Bezahlung der geforderten DRG F66Z nicht erfolgen.

Mit Schriftsatz der Klägerin vom 3. Dezember 2008, erstellt von [REDACTED] Facharzt für Kardiologie im Krankenhaus der Klägerin, teilte diese der Beklagten mit, dass sich die Situation für sie anders dargestellt habe. Bereits in der nichtinvasiv kardiologischen Vor Diagnostik sei die systolische linksventrikuläre Funktion als deutlich reduziert beschrieben worden. Außerdem sei bei bekannter coronarer Herzkrankheit gemäß MDRD-Formel eine leicht reduzierte glomeruläre Infiltrationsrate zu verzeichnen gewesen, so dass auf eine intravenöse Vorwässerung mit NaCl bei chronischer Niereninsuffizienz im Stadium I sowie Vorliegen einer mindestens mittelgradig reduzierten systolischen linksventrikulären Funktion zurückgegriffen worden sei. Darüber hinaus sei es periinterventionell zu einer relevanten Entgleisung der bestehenden arteriellen Hypertonie mit Blutdruckwerten bis 190 mmHg gekommen. Bei jetzt dokumentierter mittelgradig reduzierter systolischer linksventrikulärer Funktion in der Akut-Koronarangiographie hätten diese Blutdruckwerte

sehr wohl eine Gefährdung bedeutet, die eine stationäre Behandlung erforderlich gemacht hätte.

Die von der Beklagten beauftragte Ärztin für Neurologie und Sozialmedizin vom MDK [REDACTED] führte in ihrer Stellungnahme vom 11. Dezember 2008 aus, dass bei periinterventionell erhöhtem RR hier ein Belegungstag nachvollziehbar sei. Daraufhin erkannte die Beklagte mit Schreiben vom 11. Dezember 2008 die DRG F66Z mit einem Tag und UGVD-Abschlag (Abschlag für die Unterschreitung der unteren Grenzverweildauer) an.

Die Zahlung der Beklagten hierfür erfolgte gleichwohl zunächst nicht.

Die Klägerin hat Klage erhoben, die am 8. April 2009 beim Sozialgericht (SG) Hannover eingegangen ist. Mit der Klage hat sie die Zahlung von 1.347,89 Euro nebst Zinsen begehrt. Zur Begründung hat sie ausgeführt, dass die stationäre Behandlung notwendig gewesen sei, weil eine sog. „Vorwässerung“ durch Infusion von 1000 ml Kochsalzlösung habe durchgeführt werden müssen. Diese werde bei Patienten, die ein erhöhtes Risiko für eine Nierenfunktionsstörung hätten, 12 Stunden vor dem Legen des Herzkatheters durchgeführt. Denn die Kontrastmittelexposition während der Herzkatheteruntersuchung könne zu einem akuten Nierenversagen führen. Bei dem Versicherten habe ein Diabetes mellitus vorgelegen. Da ein Diabetes mellitus häufig mit einer eingeschränkten Nierenfunktion assoziiert werde, sei er als Risikopatient eingestuft worden, der eine sog. „Vorwässerung“ benötigt habe. Im Übrigen habe sich der Versicherte in einem mäßigen Allgemeinzustand befunden. Darüber hinaus habe eine Verengung der Halsschlagader beidseits bestanden. Im Herzkatheter habe sich dann die eingeschränkte Funktion der linken Herzkammer bestätigt. Nach dem Eingriff habe der Versicherte mehrfach medikamentös auf eine Blutdruckentgleisung hin behandelt werden müssen, und zwar zuletzt um 19.00 Uhr. Die Herzkatheteruntersuchung sei gegen 12.00 Uhr durchgeführt und die Leistenarterie apparativ bis 19.30 Uhr komprimiert worden. In den Nachtstunden habe eine weitere Kontrolle der Einstichstelle und des Blutdruckes stattgefunden. Aus diesen Gründen sei der gesamte stationäre Aufenthalt in voller Länge medizinisch begründet.

Die Beklagte hat das Gutachten des MDK vom 14. September 2009 zu den Akten gereicht, wonach die zuvor genannten Ausführungen der Klägerin nach über neun Monaten nach der Entlassung abgefasst worden seien und in offensichtlichem Widerspruch zu den Ausführungen im Arztbrief des [REDACTED] vom 11. März 2008 stehen würden. Eine chronische Niereninsuffizienz im Stadium I werde sowohl im vorliegenden Arztbrief wie auch in den Daten, die nach § 301 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) zu übermitteln seien, nicht genannt. Im Entlassungsbericht werde sowohl die Diagnose

Niereninsuffizienz als auch die intravenöse Vorwässerung mit Natriumchlorid nicht genannt.

Im Entlassungsbericht vom 3. November 2008 sei von einer periinterventionelle Entgleisung der arteriellen Hypertonie nicht berichtet worden. Im Gegensatz dazu sei jedoch betont worden, dass nach durchgeführter Koronarangiographie Beschwerdefreiheit bestanden habe.

Mit Gerichtsbescheid vom 11. Dezember 2009 hat das SG die Klage abgewiesen. Zur Begründung hat es ausgeführt, dass die Klage bereits in Höhe von 896,85 Euro unzulässig sei, da die Beklagte nach dem unwidersprochenen Vortrag die DRG F66Z mit Kurzliegerabschlag bereits vergütet habe und insofern kein Rechtsschutzbedürfnis mehr bestehe. Die weitergehende Klage sei hingegen unbegründet. Die Klägerin habe keinen materiellen Anspruch auf Erstattung der weiteren Kosten in Höhe von 451,04 Euro anlässlich der Behandlung des Versicherten in der Zeit vom 4. bis 6. März 2009. In Übereinstimmung mit der Rechtsauffassung der Beklagten sei nur ein Behandlungstag als notwendig zu erkennen. Weitere medizinische Ermittlungen durch Beiziehung der Patientenakte oder Einholung eines Sachverständigengutachtens seien unter Berücksichtigung der sukzessive nachgeschobenen inhaltlichen Begründung nicht angezeigt gewesen. Die medizinischen Einwendungen der Klägerin seien teilweise nämlich bereits Gegenstand der vorgerichtlichen Begutachtung gewesen. Die periinterventionelle Blutdruckeinstellung sowie die folgenden Kontrollen hätten insbesondere dazu geführt, dass ein stationärer Belegungstag medizinisch nachvollziehbar sei. Auf die weiteren Umstände, insbesondere die behauptete Niereninsuffizienz und die behauptete Vorwässerung könne sich die Klägerin nicht berufen. Nach den Grundsätzen des venire contra factum proprium sei die Klägerin mit ihren Einwendungen ausgeschlossen, weil dieses Verhalten treuwidrig sei. Sie habe über die Zeit des gesamten vorgerichtlichen Verfahrens und des Sozialgerichtsprozesses bis hin zur Anhörung des Gerichtsbescheides Umstände zurückgehalten, die möglicherweise prüfungsrelevant gewesen seien. Sie habe damit die frühzeitig gebotene vollständige Sachaufklärung im Rahmen des Prüfungsverfahrens durch den MDK vereitelt.

Gegen den am 17. Dezember 2009 zugestellten Gerichtsbescheid hat die Klägerin Berufung eingelegt, die am 13. Januar 2010 beim Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen eingegangen ist. Zur Begründung hat sie ausgeführt, dass die Verwerfung der Klage als unzulässig nicht berechtigt sei. Sie habe zu Recht 1.347,89 Euro eingeklagt, da bislang auch keine Teilzahlung durch die Beklagte erfolgt sei. Darüber hinaus liege bei ihr

kein treuwidriges Verhalten vor. Die Beklagte sei bereits vorprozessual auf die Vorwässerung hingewiesen worden.

Mit Schreiben vom 1. März 2010 hat die Beklagte einen Teilbetrag in Höhe von 896,85 Euro anerkannt. Mit Schriftsatz vom 6. April 2010 hat die Klägerin dieses Teilanerkennnis angenommen.

Die Klägerin beantragt,

den Gerichtsbescheid des SG Hannover vom 11. Dezember 2009 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin für die stationäre Behandlung des Versicherten [REDACTED] weitere 451,04 Euro nebst 2 % Zinsen über dem jeweiligen Basiszinssatz ab dem 18. April 2008 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält den angefochtenen Gerichtsbescheid, modifiziert durch das angenommene Teilanerkennnis, für zutreffend.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Rechtsstreits wird auf die Gerichts- sowie die Verwaltungsakten der Beklagten verwiesen, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind.

## ENTSCHEIDUNGSGRÜNDE

Die zulässige Berufung der Klägerin ist nicht begründet.

Rechtsgrundlage des Vergütungsanspruchs der Klägerin ist § 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V i.V.m. § 1 Satz 1 Nr. 1 des Gesetzes über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen - Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG) - in der Fassung von Art. 2 Nr. 1 Fallpauschalenänderungsgesetz vom 17. Juli 2003, BGBl I 1461 und der Pflegesatzverordnung für das Jahr 2007 sowie dem am 1. November 1992 in Kraft getretenen Vertrag zwischen der Niedersächsischen Krankenhausgesellschaft und den zuständigen Verbänden der Krankenkassen (sog Sicherstellungsvertrag, im Weiteren: SV). Danach

entsteht die Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse - unabhängig von einer Kostenzusage - unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten, wenn die Versorgung in einem zugelassenen Krankenhaus durchgeführt wird und im Sinne von § 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V erforderlich ist. Der Behandlungspflicht zugelassener Krankenhäuser im Sinne des § 109 Abs. 4 Satz 2 SGB V steht ein Vergütungsanspruch gegenüber, der auf der Grundlage der gesetzlichen Ermächtigung in § 16 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) in der Pflegesatzvereinbarung zwischen Krankenkasse und Krankenhausträger festgelegt wird.

Eine im Sinne dieser Vergütungsvoraussetzungen nach § 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V „erforderliche“ Leistung hat die Klägerin nicht erbracht. Hiernach haben Versicherte Anspruch auf vollständige Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus nur, wenn die Aufnahme nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann. Die von der Klägerin durchgeführte vollstationäre Herzkatheteruntersuchung hätte der Versicherte deshalb nur beanspruchen können und wäre von der Beklagten als solche zu bezahlen, wenn die Versorgungsziele des § 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V mit ambulanter Diagnostik nicht zu erreichen gewesen wären.

Zwischen den Beteiligten ist unstreitig, dass die Herzkatheteruntersuchung in der Regel Gegenstand der vertragsärztlichen Versorgung und daher ambulant durchzuführen ist. Als stationäre Leistung hätte die Herzkatheterdiagnostik deshalb nur erbracht und abgerechnet werden können, wenn entweder der Versicherte an weiteren gravierenden gesundheitlichen Beschwerden gelitten hätte, die nur mit den spezifischen Möglichkeiten des Krankenhauses zu bewältigen gewesen wären, oder wenn eine ambulante Versorgung für den Versicherten nicht in dem notwendigen Maße zur Verfügung gestanden hätte.

Die Klägerin beruft sich darauf, dass die begleitenden gesundheitlichen Beschwerden des Versicherten die spezifischen Möglichkeiten des Krankenhauses bedingt hätten.

Die Klägerin hat es jedoch unterlassen, auf der ersten Stufe der Sachverhaltserhebung, nämlich in den Angaben nach § 301 Abs. 1 SGB V, diese notwendigen Begleitumstände der Beklagten mitzuteilen. Aus diesem Grund ist die Forderung der Klägerin nicht fällig geworden.

Wie das Bundessozialgericht (BSG) mehrfach entschieden hat, bestehen im Verhältnis zwischen Krankenhäusern, Krankenkassen und dem MDK Auskunfts- und Prüfpflichten auf drei Ebenen (vgl. zuletzt Urteil des BSG vom 14. Mai 2012, Az.: B 3 KR 14/11 R - bislang unveröffentlicht). Danach ist das Krankenhaus auf der Grundlage von § 100 Abs. 1 Satz 3 Sozialgesetzbuch Zehntes Buch (SGB X) verpflichtet, der Krankenkasse im Einzelfall auf Verlangen Auskunft zu erteilen, soweit es für die Durchführung von deren Aufgaben nach diesem Gesetzbuch erforderlich ist und entweder der Betroffene eingewilligt hat oder dies gesetzlich zugelassen ist. Hiervon ausgenommen sind nach § 100 Abs. 2 SGB X nur Angaben, die den Arzt oder ihm nahestehende Personen der Gefahr aussetzen würden, wegen einer Straftat oder einer Ordnungswidrigkeit verfolgt zu werden. Danach ist die Erhebung von Sozialdaten bei den Krankenhäusern für die Zwecke der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zugelassen, soweit sie nach Maßgabe der Prüfaufträge von Krankenkassen und dem MDK u.a. für die Prüfung der Leistungspflicht und die Erbringung von Leistungen an Versicherte und für die Beteiligung des Medizinischen Dienstes erforderlich sind. Demgemäß bestehen nach der o. g. Rechtsprechung des BSG im Urteil vom 16. Mai 2012 (aaO) im Rahmen eines bis zu dreistufigen Prüfverfahrens Auskunfts- und Mitwirkungspflichten wie folgt:

Zwingend sind auf der ersten Stufe der Sachverhaltserhebung zunächst die Angaben nach § 301 Abs. 1 SGB V. Danach besteht die Pflicht des Krankenhauses, der Krankenkasse bei Krankenhausbehandlung die wesentlichen Aufnahme- und Behandlungsdaten zu übermitteln. Aus datenschutzrechtlichen Gründen ist abschließend und enumerativ aufgelistet, welche Angaben der Krankenkasse bei einer Krankenhausbehandlung ihrer Versicherten auf jeden Fall zu übermitteln sind. Dazu zählen nach § 301 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V vor allem die Stammdaten des Versicherten sowie Detailangaben zur Aufnahme, Verlegung, Art der Behandlung und Entlassung einschließlich der Angabe des einweisenden Arztes mit Einweisungs- und Aufnahmediagnose, aber auch die medizinische Begründung für eine Verlängerung der Verweildauer sowie Datum und Art der durchgeführten Operationen und Prozeduren. Nach der zugrunde liegenden Vorstellung des Gesetzgebers sind damit die Mindestangaben bezeichnet, die die Krankenkasse insbesondere zur ordnungsgemäßen Abrechnung und zur Überprüfung der Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung benötigt. Genügt die Anzeige des Krankenhauses diesen Anforderungen nicht, fehlt es bereits an der Fälligkeit der Vergütungsforderung. Deshalb dürfen die Krankenkassen bei Zweifeln oder Unklarheiten in Bezug auf die gem. § 301 SGB V übermittelten Daten durch nicht-medizinische Nachfragen selbst beim Krankenhaus klären, ob die jeweilige Voraussetzungen der Zahlungspflicht im Einzelfall gegeben sind, wenn - etwa wie hier - keine ausreichenden Angaben zum Grund der Krankenhausaufnahme ersichtlich sind. Erschließen sich die Notwendigkeit der Krankenhausbe-

handlung oder weiterer 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. 2 SGB V einzuleiten. Im Rahmen einer nach diesen Voraussetzungen ordnungsgemäß eingeleiteten Prüfung hat das Krankenhaus schließlich auf der dritten Stufe der Sachverhaltserhebung - wenn sich also unter Auswertung der auf der ersten und zweiten Stufe verfügbaren Sozialdaten kein abschließendes Ergebnis finden lässt - dem MDK auch über die Anzeige nach § 301 SGB V und über einen etwaigen Kurzbericht hinaus alle weiteren Angaben mitzuteilen und alle Unterlagen vorzulegen, die im Einzelfall zur Beantwortung der Prüfanfrage der Krankenkasse benötigt werden. Die Ausschlussfrist des § 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V besitzt nur für die dritte Ebene der Sachverhaltsermittlung Bedeutung. Prüfung im Sinne von § 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V ist demnach nicht jede Befassung des MDK mit medizinischen Fragen aus Anlass der den Krankenkassen zwingend aufgetragenen Kontrolle von Krankenhausabrechnungen. Erfasst demzufolge die Ausschlusswirkung des § 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V nur MDK-Prüfaufträge auf der dritten Stufe der Abrechnungsprüfung, so folgt daraus im Umkehrschluss, dass die Rechnungskontrolle auf den beiden ersten Prüfebeneen unabhängig hiervon erfolgt.

Nach der Vorstellung des Gesetzgebers gilt die Ausschlusswirkung der Sechs-Wochenfrist des § 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V also 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 Prüfebeneen verbleibt es hingegen bei der allgemeinen Verpflichtung der Krankenkassen, die von den Krankenhäusern vorgelegten Abrechnungen zügig auf ihre sachlich und rechnerische Richtigkeit zu überprüfen. Beschränkt sind sie hierbei nach Ablauf der Frist des § 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V aber insoweit, als der medizinische Sachverhalt nicht mehr durch Ermittlungen des MDK gem. § 276 Abs. 2 Satz 1 Halbs. 2 SGB V überprüft oder weiter aufgeklärt werden kann. Entsprechende Prüfaufträge an den MDK sind unzulässig und die Krankenhäuser nicht mehr zu Übermittlung von Sozialdaten verpflichtet.

Nach der Rechtsprechung des BSG im Urteil vom 16. Mai 2012, Az.: B 3 KR 14/11 R (a.a.O.) wirkt die Begrenzung der Sachverhaltsermittlung auch im Gerichtsverfahren fort.

Verfahrensrechtliches Gegenstück zur Verantwortung der Krankenkassen für die beschleunigte Prüfung und Bezahlung der Krankenhausrechnungen ist auf Seite der Krankenhäuser die ordnungsgemäße Information der Krankenkassen über die von ihnen abgerechneten Versorgungsleistungen nach Maßgabe der Mitwirkungsobliegenheiten, insbesondere

aus § 301 SGB V in der Verbindung mit dem SV. In diesen Vorschriften ist abschließend aufgezählt, welche Angaben die Krankenhäuser den Krankenkassen bei einer Krankenhausbehandlung ihrer Versicherten unmittelbar zu übermitteln haben. Fehlt es an einer dieser Angaben, so tritt nach ständiger Rechtsprechung des BSG mangels formal ordnungsgemäßer Abrechnung bereits die Fälligkeit der abgerechneten Forderung nicht ein. Im Urteil vom 16. Mai 2012, Az.: B 3 KR 14/11 R (a.a.O.) hat das BSG dem dort klagenden Krankenhaus eine Vergütung für eine grundsätzlich ambulant zu erbringende Leistung (Polysomnographie) nicht zugesprochen, obwohl in der Aufnahmeanzeige als Diagnose "Schlafstörung, nicht näher bezeichnet (G 47.9)" und in der Entlassungsanzeige zusätzlich diverse andere Nebendiagnosen genannt waren. Der erkennende Senat versteht die Rechtsprechung des BSG im genannten Urteil dahingehend, dass es aufgrund der fehlenden Angaben zur Notwendigkeit der stationären Behandlung in der Aufnahmeanzeige nicht zu einer Fälligkeit der Forderung des dortigen Krankenhauses gekommen ist und die Fälligkeit auch durch ein Nachholen der Diagnosen in der Entlassungsanzeige nicht begründet werden konnte. Denn, wie das BSG ausführt, ist auf Seiten der Krankenhäuser die ordnungsgemäße Information der Krankenkassen über die von ihnen abgerechneten Versorgungen nach Maßgabe der Mitwirkungsobliegenheiten, insbesondere aus § 301 SGB V in Verbindung mit dem SV, zu berücksichtigen.

Vorliegend hat die Klägerin auf der ersten Stufe der Sachverhaltsübermittlung nach § 301 SGB V keine ausreichenden Angaben gemacht, die einen stationären Aufenthalt des Versicherten begründen konnten. Jedenfalls befinden sich in der Akte der Beklagten keine Angaben, die die Behandlung des Versicherten im Hause der Klägerin rechtfertigen könnten. Auf der Verordnung von Krankenhausbehandlung der

ist als Diagnose ausschließlich die coronare Gefäßerkrankung (I25.9/G) genannt. Es wurden keine Angaben zu Begleiterkrankungen oder zu sonstigen Gründen gemacht, die Anlass für die stationäre Versorgung des Versicherten hätten geben können. Denn die Herzkatheteruntersuchung ist grundsätzlich unstreitig der vertragsärztlichen ambulanten Versorgung zugewiesen und nur in begründeten Ausnahmefällen stationär zu erbringen. In derartigen Fällen ist nach Auffassung des erkennenden Senats über die Angabe der Krankheit hinaus auch eine Mitteilung darüber erforderlich, warum ausnahmsweise eine stationäre Behandlung erforderlich ist. Im Sinne von § 301 Abs. 1 Nr. 3 SGB V fehlen daher Informationen über den Grund der stationären Aufnahme und damit eine der zentralen Angaben, die eine Krankenkasse für die ordnungsgemäße Abrechnung zur Prüfung benötigt. Aus diesem Grund ist die Forderung der Klägerin nicht fällig geworden. Der Rechtsprechung des BSG im Urteil vom 16. Mai 2012, Az.: B 3 KR 14/11 (a.a.O.), wie sie hier verstanden wird, folgend tritt die Fälligkeit auch nicht später ein, weil das Krankenhaus nach § 242 Bürgerliches Gesetzbuch mit dem Nachholen der

Begründung für den stationären Aufenthalt ausgeschlossen ist. Denn die Nachholung erfolgte erst nach mehreren Schriftwechseln und ca. 8 Monate nach der Abrechnung durch die Klägerin (2. April 2008), nämlich in der ärztlichen Stellungnahme vom 3. Dezember 2008.

Dem steht auch nicht die Einholung des Gutachtens des MDK durch die Beklagte entgegen.

Denn wie bereits das BSG im Urteil vom 16. Mai 2012, Az.: B 3 KR 14/11 R (aaO) ausgeführt hat, ist die Einschaltung des MDK mit eigenen Ermittlungen nur auf der 3. Ebene der Sachverhaltsermittlung relevant. Vorliegend ist jedoch der MDK bereits auf der 1. bzw. 2. Ebene der Sachverhaltsermittlung tätig geworden, weil die Klägerin die relevanten Angaben nach § 301 Abs 1 SGB V nicht mitgeteilt hat.

Aus diesem Grund bleibt es bei der fehlenden Fälligkeit der Forderung der Klägerin. Ein Nachholen der Begründung, warum stationär und nicht ambulant behandelt wurde, ist dem Urteil des BSG vom 16. Mai 2012 nach hiesigem Verständnis folgend nicht möglich, denn ansonsten hätte das BSG zu einer Bezahlung der dortigen Krankenhausforderung kommen müssen. Die Berufung ist daher zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Abs. 1 Satz 1 Sozialgerichtsgesetz (SGG) i.V.m. § 154 Abs. 1 und 2 Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO). Dabei hat der Senat berücksichtigt, dass die Beklagte die Rechnung der Klägerin wegen fehlender Fälligkeit insgesamt nicht bezahlen musste. Die tatsächliche - verspätet erfolgte - Zahlung der Beklagten löst daher keine Kostenfolge zu deren Lasten aus.

Die Entscheidung über den Streitwert folgt aus § 197a Abs. 1 Satz 1 SGG i.V.m. § 63 Abs. 2, § 52 Abs. 1 und 3 Gerichtskostengesetz (GKG).

Der Senat hat die Revision gem § 160 Abs. 2 Nr 1 SGG wegen der Frage der Fälligkeit der Forderung bei nachgeholter Begründung zugelassen.