S 1 KR 3118/17

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
SG Reutlingen (BWB)
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
1
1. Instanz
SG Reutlingen (BWB)
Aktenzeichen
S 1 KR 3118/17
Datum
13.02.2019
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze
Wird von einer Krankenkasse bereits vor Eingang der Abrechnung eines Krankenhauses von ihr unter Einschaltung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung eine Auffälligkeitsprüfung auf der 3. Stufe der Prüfung von Krankenhausabrechnungen (vgl. BSG, Urteil vom 16.05.2012 – B 3 KR 14/11 R) eingeleitet, die die Richtigkeit der Abrechnung letztendlich bestätigt, besteht ein Anspruch des Krankenhausträgers auf Zahlung der Aufwandspauschale.

Es widerspricht dem nach den Grundsätzen von Treu und Glauben zwischen Krankenhausträger und Krankenkasse bestehenden Gebot zur gegenseitigen Rücksichtnahme, einerseits ein Prüfverfahren vor Rechnungseingang einzuleiten und beim Krankenhausträger durch den MDK Unterlagen anzufordern, andererseits dann aber die Zahlung einer Aufwandspauschale zu verweigern, wenn nach Übersendung der angeforderten Unterlagen die Prüfung die Rechtmäßigkeit der vom Krankenhaus vorgenommenen Abrechnung bestätigt.

Das Verhalten der Krankenkasse, in einem solchen Fall die Zahlung der Aufwandspauschale abzulehnen, stellt sich als rechtsmissbräuchlich dar.
1. Die Beklagte wird verurteilt, an den Kläger 300,00 EUR nebst Zinsen hieraus in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit 27.12.2017 zu zahlen. 2. Die Beklagte hat die Kosten des Verfahrens zu tragen. 3. Die Berufung wird zugelassen.

Tatbestand:

Vorliegend begehrt der Kläger die Zahlung einer Aufwandspauschale von 300,00 EUR nach § 275 Abs. 1c Satz 3 des Fünften Buches des Sozialgesetzbuches (SGB V).

Die im geborene, bei der Beklagten krankenversicherte. wurde vom 24. bis 28.09.2013 beim Kläger, einer Hochschulklinik in der Rechtsform einer rechtsfähigen Anstalt des öffentlichen Rechts, stationär behandelt.

Die hierfür erstellte Rechnung vom 21.11.2013, die am selben Tag bei der Beklagten einging, wurde von der Beklagten nach Angaben des Klägers im Dezember 2013 in vollem Umfang beglichen.

Bereits zuvor hatte die Beklagte dem Kläger mit Schreiben vom 07.10.2013 mitgeteilt, dass sie von der Möglichkeit einer ambulanten Durchführbarkeit der Behandlung bzw. rein vorsorglich von einer kurzstationären Aufnahme mit äußerst begrenzter Verweildauer ausgehe. Zur Abgabe einer sozialmedizinischen Stellungnahme über Art und Umfang ihrer Leistungspflicht werde um Übersendung der in beiliegender Anforderung durch den Sozialmedizinischen Dienst (SMD), datierend ebenfalls vom 07.10.2013, angegebenen Unterlagen gebeten.

Die erbetenen Unterlagen wurden dem SMD nach Angaben des Klägers am 21.10.2013 zur Verfügung gestellt.

Da der Kläger keinerlei Nachricht über den Ausgang der beauftragten SMD-Überprüfung erhalten hatte, ging er im Dezember 2017 davon aus, dass es keine Beanstandungen gebe. Er stellte der Beklagten daher am 04.12.2017 eine Aufwandspauschale i.H.v. 300,00 EUR in Rechnung, deren Begleichung von der Beklagten mit Schriftsatz vom 17.12.2017 unter Hinweis auf die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) abgelehnt wurde. Danach könne die Zahlung der Aufwandspauschale verweigert werden, soweit der Krankenkasse vor Erteilung des Prüfauftrags noch gar keine Rechnung vorliege oder soweit dieser lediglich auf einen künftigen, noch nicht abgerechneten Zeitraum gerichtet sei. Vorliegend sei der SMD am 07.10.2013 gebeten worden, eine Stellungnahme über Art und Umfang ihrer Leistungspflicht abzugeben. Zum Zeitpunkt dieser Auftragsvergabe an den SMD habe keine Rechnung zu dem in Rede stehenden

Sachverhalt vorgelegen, weswegen der Prüfauftrag auch nicht mit dem Ziel einer Minderung der Abrechnung erteilt worden sein könne.

Daraufhin hat der Kläger am 27.12.2017 Klage beim Sozialgericht Reutlingen (SG) mit dem Begehren erhoben, die Beklagte zur Zahlung der Aufwandspauschale i.H.v. 300,00 EUR zu verurteilen. Zur Begründung hat er im Wesentlichen vorgetragen, die Voraussetzungen für den Anspruch auf Zahlung einer Aufwandspauschale seien gegeben. Entgegen der Auffassung der Beklagten schließe die Erteilung des Auftrages an den SMD vor Eingang der Rechnung über den stationären Krankenhausaufenthalt nicht den Anspruch auf Zahlung der eingeklagten Aufwandspauschale aus. § 275 Abs. 1c SGB V verlange mitnichten, dass zum Zeitpunkt der Beauftragung des SMD die Rechnung über den stationären Krankenhausaufenthalt bereits vorliegen müsse. Maßgeblich sei allein, ob das Ergebnis der Überprüfung zu einer Abrechnungsminderung führe oder nicht. Der Anspruch auf Aufwendungspauschale könne nicht von der Zufälligkeit des Zugangs der Rechnung vor Beauftragung des SMD abhängen. Denn die Beauftragung des SMD wegen einer Auffälligkeit - und auch nur dann dürfe eine Beauftragung erfolgen – könne zwangsläufig erst nach Übermittlung der Daten gemäß § 301 SGB V erfolgen. Es würde dem Sinn und Zweck der Verpflichtung zur Zahlung einer Aufwandspauschale widersprechen, den Anspruch davon abhängig zu machen, ob eine Rechnung der Krankenkasse vor Beauftragung des SMD zugegangen sei. Denn die Regelung in § 275 Abs. 1c SGB V diene dazu, dem Krankenhaus pauschal den mit der SMD-Überprüfung einhergehenden Aufwand zu vergüten und sogleich die Krankenkassen von unberechtigten Überprüfungen abzuhalten. Die ratio der Norm würde verfehlt, würde man einen Anspruch davon abhängig machen, ob zum Zeitpunkt der Auftragserteilung der Krankenkasse bereits eine Rechnung vorgelegen habe oder nicht. Der mit der Überprüfung einhergehende Aufwand entstehe unabhängig vom Absetzen der Rechnung. Selbst wenn man mit dem BSG verlange, ein Anspruch auf Zahlung einer Aufwandspauschale bestehe nur, wenn die Beauftragung mit dem Ziel erfolgt sei, eine Abrechnungsminderung herbeizuführen, spreche die Auslegung des Prüfauftrages der Beklagten vom 07.10.2013 klar für das Ziel, eine Abrechnungsminderung herbeizuführen. Die Beauftragung des SMD verschlinge Ressourcen, nämlich die der Beklagten bzw. des SMD, der ausschließlich von ihr finanziert werde. Welches Ziel solle die Beklagte mit der Beauftragung des SMD verfolgen, wenn nicht ein finanzielles. Man müsse daher generell davon ausgehen, dass Beauftragungen nach § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V nach Übermittlung der Entlassdaten gemäß § 301 SGB V dem Ziel der Abrechnungsminderung dienen würden. Bei Beauftragung des SMD am 07.10.2013 habe die Beklagte bereits von der Entlassung ihrer Versicherten am 28.09.2013 aus der stationären Behandlung gewusst. Die Beklagte habe daher zum Zeitpunkt der Beauftragung des SMD damit rechnen müssen, in den nächsten Tagen eine Rechnung über den stationären Aufenthalt zu erhalten, nachdem ihre Versicherte bereits aus dem Krankenhaus entlassen worden sei. Ferner habe die Beklagte ihren Prüfauftrag damit begründet, man gehe aufgrund der übermittelten Daten von der Möglichkeit einer ambulanten Durchführbarkeit der Behandlung bzw. rein vorsorglich von einer kurzstationären Aufnahme mit äußerst begrenzter Verweildauer aus. Die Beklagte bringe damit sehr deutlich und unmissverständlich ihre Zweifel an der Notwendigkeit der bereits abgeschlossenen stationären Krankenhausbehandlung zum Ausdruck. Die Erklärung lasse keine andere Auslegung zu, als die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung ganz oder teilweise infrage zu stellen. Selbst wenn man davon ausgehe, die Umstände der Beauftragung des SMD im konkreten Einzelfall würden nicht eindeutig für eine Beauftragung des SMD mit dem Ziel der Rechnungsminderung sprechen, so gelte generell, dass Unklarheiten bei Willenserklärungen zulasten der erklärenden Behörde bzw. Krankenkasse gehen würden. Hätte die Beklagte ein anderes Ziel als eine Rechnungsminderung mit der Beauftragung des SMD verfolgt, hätte sie dies unzweideutig zum Ausdruck bringen müssen. Auch das BSG gehe nicht pauschal davon aus, dass eine Aufwandspauschale immer ausgeschlossen sei, wenn der Prüfauftrag vor Zugang der Rechnung erteilt worden sei. Da sich um einen gesetzlichen Anspruch handle, sei dieser zu verzinsen.

Der Kläger beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, an ihn 300,00 EUR nebst Zinsen hieraus i.H.v. fünf Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit 27.12.2017 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Zur Begründung hat sie im Wesentlichen vorgebracht, es sei vorliegend kein Prüfverfahren mit dem Ziel einer Abrechnungsminderung durchgeführt worden. Das BSG habe in seiner Entscheidung vom 13.11.2012 (B 1 KR 10/12 R) festgestellt, dass eine Aufwandspauschale nicht zu entrichten sei, wenn der Prüfauftrag nicht die gezielte Prüfung einer in der Vergangenheit erteilten Abrechnung zum Gegenstand habe. Dabei gehe das BSG davon aus, dass ein Prüfauftrag regelmäßig erteilt sei, wenn er sich zumindest auch ganz oder teilweise auf einen in der Vergangenheit liegenden Zeitraum erstrecke, für den das Krankenhaus der Krankenkasse eine Rechnung übersandt habe. In seiner Entscheidung vom 16.05.2012 (B 3 KR 12/11 R) komme das BSG zu dem Ergebnis, dass wegen der tatbestandlichen Anbindung der Aufwandspauschale an den Begriff "Minderung des Abrechnungsbetrages" eine Pauschale nicht verlangt werden könne, solange der Krankenkasse eine konkret bezifferte und deshalb der Minderung fähige Abrechnung noch nicht zugegangen sei. Nicht ausgelöst werde eine Aufwandspauschale deshalb, wenn der SMD etwa zur Frage der Erforderlichkeit der Krankenhausbehandlung noch vor Eingang einer ersten Zwischenabrechnung beauftragt werde. Da die Erteilung des Prüfauftrages vorliegend noch vor Eingang der Rechnung erfolgt sei, sei eine Prüfung nach § 275 Abs. 1c SGB V gerade nicht durchgeführt worden, sodass auch kein Anspruch auf Zahlung einer Aufwandspauschale entstanden sein könne.

Zur weiteren Darstellung des Tatbestandes und des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der vorgelegten Beklagten- und der Gerichtsakte Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die beim sachlich und örtlich zuständigen SG vom Kläger zu Recht erhobene (echte) Leistungsklage nach § 54 Abs. 5 des Sozialgerichtsgesetzes – SGG – (ständige Rechtsprechung des BSG, vgl. z.B. BSGE 90, 1; 100, 164; 102, 172; 104, 15) auf Zahlung einer Aufwandspauschale nebst Zinsen hieraus ist zulässig. Vorliegend handelt es sich um einen sogenannten Beteiligtenstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt, kein Vorverfahren durchzuführen und keine Klagefrist zu beachten ist.

Die Klage ist auch begründet. Der Kläger hat einen Anspruch gegen die Beklagte auf Zahlung einer Aufwandspauschale i.H.v. 300,00 EUR

auf der Grundlage des § 275 Abs. 1c Satz 3 SGB V sowie auf Zinsen hieraus.

Nach § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V sind die Krankenkassen in den gesetzlich bestimmten Fällen oder wenn es nach Art, Schwere, Dauer oder Häufigkeit der Erkrankung oder nach dem Krankheitsverlauf erforderlich ist, verpflichtet, bei Erbringung von Leistungen, insbesondere zur Prüfung von Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistung, sowie bei Auffälligkeiten zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung eine gutachtliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (hier: SMD) einzuholen.

Nach § 275 Abs. 1c Satz 1 SGB V ist bei Krankenhausbehandlung nach § 39 eine Prüfung nach Abs. 1 Nr. 1 zeitnah durchzuführen. Die Prüfung nach Satz 1 ist spätestens sechs Wochen nach Eingang der Abrechnung bei der Krankenkasse einzuleiten und durch den SMD dem Krankenhaus anzuzeigen (§ 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V). Falls die Prüfung nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages führt, hat die Krankenkasse nach § 275 Abs. 1c Satz 3 SGB V dem Krankenhaus eine Aufwandspauschale i.H.v. 300,00 EUR zu entrichten.

Mit der zum 01.04.2007 durch das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 26.03.2007 (BGBl. I, Seite 378) eingefügten Regelung des § 275 Abs. 1c SGB V, hierbei insbesondere durch die Regelung des § 275 Abs. 1c Satz 3 SGB V zur Zahlung einer Aufwandspauschale, sollte einer ungezielten und übermäßigen Einleitung von Begutachtungen, die die Abläufe in den Krankenhäusern teils erheblich belasten, für zusätzlichen personellen und finanziellen Aufwand sorgen und in der Regel zu hohen und nicht gerechtfertigten Außenständen und Liquiditätsproblemen führen, entgegengewirkt werden (vgl. BT-Drs. 16//3100, Seite 171).

Dabei bestehen bei der Prüfung von Krankenhausabrechnungen nach zutreffender Rechtsprechung sowohl des 3. als auch des 1. Senats des BSG (Urteile vom 16.05.2012 – B 3 KR 14/11 R – und vom 13.11.2012 - B 1 KR 10/12 R – beide juris -) im Verhältnis zwischen Krankenhäusern, Krankenkassen und dem SMD Auskunfts- und Prüfpflichten auf 3 Ebenen.

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. Dabei handelt es sich um Mindestangaben, die die Krankenkasse insbesondere zur ordnungsgemäßen Abrechnung und zur Überprüfung der Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung benötigt. Genügt die Anzeige des Krankenhauses diesen (Mindest-) Anforderungen nicht, fehlt es bereits an der Fälligkeit der Vergütungsforderung. Deshalb dürfen die Krankenkassen bei Zweifeln oder Unklarheiten in Bezug auf die gemäß § 301 SGB V übermittelten Daten durch nicht-medizinische Nachfragen selbst beim Krankenhaus klären, ob die übrigen Voraussetzungen der Zahlungspflicht im Einzelfall gegeben sind.

Erschließen sich die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung oder weitere Abrechnungsvoraussetzungen den – medizinisch in der Regel nicht besonders ausgebildeten – Mitarbeitern der Krankenkasse aufgrund der Angaben nach § 301 SGB V oder eines Kurzberichts nicht selbst, ist auf der zweiten Stufe der Sachverhaltserhebung ein Prüfverfahren nach § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V einzuleiten. Danach ist beim SMD eine gutachtliche Stellungnahme einzuholen, wenn die vom Krankenhaus erteilten und ansonsten zur Verfügung stehenden Informationen zur Prüfung insbesondere von Voraussetzung, Art und Umfang der Krankenhausbehandlung nicht ausreichen. Dazu hat die Krankenkasse dem SMD nach § 276 Abs. 1 Satz 1 SGB V jedenfalls diejenigen zur Begutachtung erforderlichen Unterlagen vorzulegen, die vom Krankenhaus zur Verfügung gestellt worden sind, also insbesondere die Angaben nach § 301 SGB V. Medizinische Unterlagen "zur Vorprüfung des Vergütungsanspruchs" dürfen dabei die Krankenkassen nicht anfordern, es sei denn, es handele sich um eine medizinische Begründung bei Überschreitung der voraussichtlichen Dauer der Krankenhausbehandlung (vgl. § 301 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V) oder der maßgebliche Landesvertrag nach § 112 SGB V sehe dies ausdrücklich vor (sog. Kurzbericht).

Schließlich hat das Krankenhaus 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 SMD auch über die Anzeige nach § 301 SGB V und einen etwaigen Kurzbericht hinaus alle weiteren Angaben zu erteilen und Unterlagen vorzulegen, die im Einzelfall zur Beantwortung der Prüfanfrage der Krankenkasse benötigt werden. Auf Grundlage des § 276 Abs. 2 Satz 1 Halbsatz 2 SGB V sind die Leistungserbringer verpflichtet, Sozialdaten auf Anforderung des SMD unmittelbar an diesen zu übermitteln, soweit dies für die gutachtliche Stellungnahme und Prüfung erforderlich ist. Auf dieser Grundlage ist der SMD ermächtigt, die erforderlichen Sozialdaten beim Krankenhaus anzufordern; das Krankenhaus ist zu deren Vorlage verpflichtet.

Bei der Prüfung einer Krankenhausabrechnung löst jedoch nicht jede im Zusammenhang mit einer Krankenhausabrechnung erfolgte ergebnislose Rückfrage der Krankenkasse beim Krankenhaus die Zahlungspflicht nach § 275 Abs. 1c Satz 3 SGB V aus. Geeignet, einen Anspruch auf Zahlung einer Aufwandspauschale nach § 275 Abs. 1c Satz 3 SGB V auszulösen, ist nach Rechtsprechung des BSG (Urteil vom 13.11.2012, a.a.O.) allein ein auf der dritten Stufe angesiedeltes, weitergehendes Prüfverfahren stationärer Krankenhausbehandlung. In einem solchen Verfahren geht es um die Prüfung einer Rechnung. Dazu muss die Krankenkasse den SMD beauftragen, eine gutachtliche Stellungnahme abzugeben mit dem Ziel, in Verfolgung des Wirtschaftlichkeitsgebots zu einer Verminderung der in Rechnung gestellten Vergütung zu gelangen, d.h. eine Verminderung des (möglicherweise) vom Krankenhaus zu hoch angesetzten Abrechnungsbetrages zu erreichen.

Ob die Krankenkasse einen gezielten Prüfauftrag zur Abrechnungsminderung erteilt hat, bemisst sich nach den allgemeinen Grundsätzen über die Auslegung von Willenserklärungen aus Sicht des Empfängers. Nach zutreffender Rechtsprechung des BSG (Urteile vom 16.05.2012 und vom 13.11.2012, jeweils a.a.O.) ist ein Prüfauftrag regelmäßig gezielt zur Abrechnungsminderung erteilt, wenn er sich zumindest auch ganz oder teilweise auf einen in der Vergangenheit liegenden Zeitraum erstreckt, für den das Krankenhaus der Krankenkasse eine Rechnung übersandt hat, und wenn er objektiv zur Folge haben kann, dass diese der Krankenkasse bereits vorliegende Abrechnung des Krankenhauses infolge des Prüfergebnisses gemindert wird. Liegt der Krankenkasse demgegenüber bei Erteilung des Auftrags noch gar keine Rechnung vor oder ist der Prüfauftrag lediglich auf einen künftigen, noch nicht einer Abrechnung des Krankenhauses unterfallenden Zeitraum bezogen, fehlt es an einem gezielten Prüfauftrag der Abrechnungsminderung im dargelegten Rechtssinne. Dies ergibt sich bereits aus dem Wortlaut des § 275 Abs. 1c Satz 3 SGB V, der von einer "Minderung des Abrechnungsbetrags" und nicht etwa nur von einer Minderung der Vergütungsforderung spricht.

In der Rechtsprechung des 3. Senats des BSG (vgl. Urteil vom 18.07.2013 – B 3 KR 22/12 R – juris –) zur Prüfung von Krankenhausabrechnungen wurde nie eine Unterscheidung nach der Art der Prüfung erwogen, zumal auch den Gesetzesmaterialien zur Einfügung des § 275 Abs. 1c SGB V an keiner Stelle zu entnehmen ist, dass die Prüfung der ordnungsgemäßen Krankenhausabrechnung nicht auch die sachlich-rechnerische Richtigkeit einer Abrechnung betreffen soll. Auch der 1. Senat des BSG schloss sich dieser Auffassung an (vgl. hierzu BSG, Urteil vom 13.11.2012 – B 1 KR 14/12 R - juris -) und führte mehrfach zur Prüfung nach § 275 SGB V aus, es bestünden Auffälligkeiten, die die Krankenkasse zur Einleitung einer Abrechnungsprüfung unter Anforderung einer gutachtlichen Stellungnahme des SMD berechtigten und verpflichteten, wenn die Abrechnung und/oder die der Krankenkasse vorliegenden Behandlungsdaten bzw. weiteren Informationen "Fragen nach der - insbesondere sachlich-rechnerischen – Richtigkeit der Abrechnung und/oder nach der Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebot aufwerfen würden" (BSG, Urteile vom 13.12.2012 – B 1 KR 24/11 R - und vom 17.12.2013 – B 1 KR 14/13 R und B 1 KR 52/12 R – alle juris –). Ebenso wie der 3. Senat zählte somit auch der 1. Senat des BSG die sachlich-rechnerische Prüfung zur Auffälligkeitsprüfung der §§ 275 Abs. 1 Nr. 1, 275 Abs.1c SGB V.

Der 1. Senat des BSG vertrat dann jedoch erstmals in seinem Urteil vom 01.07.2014 (B 1 KR 29/13 R – juris –) die Auffassung, die Überprüfung nach § 275 Abs. 1c SGB V setze eine Auffälligkeit der Abrechnung voraus. Auffälligkeiten, die die Krankenkasse zur Einleitung einer Abrechnungsprüfung unter Anforderung einer gutachtlichen Stellungnahme des SMD berechtigten, bestünden dann, wenn die Abrechnung und/oder die vom Krankenhaus zur ordnungsgemäßen Abrechnung vollständig mitgeteilten Behandlungsdaten und/oder weitere zulässig von der Krankenkasse verwertbaren Informationen Fragen nach der Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebot aufwerfen würden, die die Krankenkasse aus sich heraus ohne weitere medizinische Sachverhaltsermittlung und -bewertung durch den SMD nicht beantworten könne. Die Auffälligkeitsprüfung betreffe regelmäßig Fälle, in denen die Krankenkasse Zweifel daran haben könne, dass das Krankenhaus seine Leistung unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots erbracht habe. Sie begründe in den Fällen, in denen es zu keiner Abrechnungsminderung komme, einen Anspruch des Krankenhauses auf Zahlung einer Aufwandspauschale.

Soweit das Krankenhaus dagegen dem SMD lediglich im Rahmen der Abklärung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit der Abrechnung entsprechend seinen bestehenden Mitwirkungsobliegenheiten oder -pflichten die Möglichkeit eröffne, die Behandlungsunterlagen einzusehen und/oder eine Krankenhausbegehung durchzuführen, finde § 275 Abs. 1c Satz 3 SGB V keine Anwendung. Dieses Überprüfungsrecht der Krankenkassen von Krankenhausabrechnungen auf sachlich-rechnerische Richtigkeit unterliege einem eigenen Prüfregime. Um eine solche Prüfung auf sachlich-rechnerische Richtigkeit handle es sich bei einer Prüfung der zutreffenden Kodierung der Haupt- und/oder Nebendiagnosen (vgl. hierzu auch BSG, Urteil vom 14.10.2014 - B 1 KR 26/13 R - juris -). Das Krankenhaus habe keinen Anspruch auf Zahlung einer Aufwandspauschale, wenn der sachlich-rechnerische Prüfvorgang nicht zu einer Rechnungsminderung führe. Denn es handle sich nicht um eine Auffälligkeitsprüfung, sondern um eine Mitwirkung des SMD zu Gunsten des beweisbelasteten Krankenhauses, um diesem die Möglichkeit zu eröffnen, seinen aus § 301 SGB V abzuleitenden Informationsobliegenheiten bzw. eventuellen Auskunfts- und Mitteilungspflichten zu entsprechen.

Diese Rechtsprechung des BSG, insbesondere die Unterscheidung zwischen Auffälligkeitsprüfung und Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit mit eigenem Prüfregime, hat in der erst- und zweitinstanzlichen Rechtsprechung breite Ablehnung erfahren (vgl. hierzu die Übersicht bei Makoski, jurisPR-MedizinR 3/2017 Anm. 5) Für die Annahme des BSG, es gebe neben der Auffälligkeitsprüfung ein weiteres Prüfregime ("Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit") für Abrechnungsfragen bei Krankenhausbehandlungen, fehle eine gesetzliche Grundlage. Die Auffassung des BSG sei mit Gesetzeswortlaut und -systematik nicht zu vereinbaren und verstoße daher – unter Berücksichtigung der Grenzfunktion des Gesetzeswortlauts – gegen den Grundsatz der Bindung an das Gesetz. Bestätigt werde die Richtigkeit dieser Auffassung durch den mit dem Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung vom 10.12.2015 (BGBl. I, Seite 2229) zum 01.01.2016 in § 275 Abs. 1c SGB V eingefügten Satz 4. Danach sei als Prüfung nach Satz 1 jede Prüfung der Abrechnung eines Krankenhauses anzusehen, mit der die Krankenkasse den SMD beauftrage und die die Datenerhebung durch den SMD beim Krankenhaus erfordere. Ausweislich der hierzu bestehenden Gesetzesmaterialien (BT-Drs. 18/6586, Seite 110) seien in Folge des Urteiles des BSG (B 1 KR 29/13 R, a.a.O.) zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen Probleme entstanden, weil Krankenkassen sich bei Prüfung der Krankenhausabrechnungen durch den SMD vermehrt auf den Standpunkt stellten, es handle sich um Prüfungen der sachlich-rechnerischen Richtigkeit, bei denen keine Aufwandspauschale zu zahlen und keine Frist zu beachten sei. Hinzu komme, dass im Schrifttum teilweise kritisiert werde, dass es für die Trennung der beiden Prüfarten im Gesetz keine hinreichende Stütze gebe und es an Abgrenzungskriterien fehle. Deshalb werde mit der Neuregelung des § 275 Abs. 1c Satz 4 SGB V nunmehr bestimmt, dass sich die Fristen- und Anzeigeregelung des Satzes 2 und die Regelung zur Aufwandspauschale in Satz 3 auf jede Prüfung der Abrechnung einer stationären Behandlung beziehe, mit der eine Krankenkasse den SMD beauftrage und die eine Datenerhebung durch den SMD beim Krankenhaus erfordere. Dies gelte sowohl für die vom 1. Senat des BSG angesprochenen Auffälligkeitsprüfungen als auch für die Prüfungen auf sachlich-rechnerische Richtigkeit. Nach der in erst- und zweitinstanzlicher Rechtsprechung vertretenen Auffassung handle es sich bei dieser Neuregelung nicht um eine Änderung einer früher bestehenden Rechtslage, sondern um eine Klarstellung, die auch auf die Zeit vor dem 01.01.2016 Anwendung finde.

Die gegen die o.g. Urteile des BSG vom 25.10.2016 und vom 28.03.2016 erhobenen Verfassungsbeschwerden (1 BvR 318/17 und 1 BvR 1474/17) wurden vom Bundesverfassungsgericht mit Beschluss vom 26.11.2018 nicht zur Entscheidung angenommen.

Damit steht fest, dass ein Anspruch auf Zahlung einer Aufwandspauschale nur dann besteht, wenn eine Prüfung einer Krankenhausabrechnung auf Auffälligkeit hin auf der dritten Stufe erfolgt ist, die nach Prüfung der beim Krankenhausträger angeforderten und von ihm übersandten Unterlagen durch den SMD zu keiner Minderung des Abrechnungsbetrages geführt hat.

Unter Beachtung der dargestellten gesetzlichen Grundlagen und der vom BSG aufgestellten Grundsätze steht für die Kammer zur Überzeugung zunächst fest, dass die Beklagte hier Zweifel an der Notwendigkeit und/oder Dauer der vom Kläger erbrachten stationären Krankenhausbehandlung hatte. Dies ergibt sich aus dem Wortlaut ihres an den Kläger gerichteten Schreibens vom 07.10.2013, in dem diesem von der Beklagten mitgeteilt wurde, aufgrund der vorliegenden Daten nach § 301 SGB V gehe sie von der Möglichkeit einer ambulanten Durchführbarkeit der Behandlung beziehungsweise rein vorsorglich von einer kurzstationären Aufnahme mit äußerst begrenzter Verweildauer aus. Gegenstand der daraufhin von der Beklagten eingeleiteten Prüfung ist somit das von ihr für möglich gehaltene Vorliegen einer primären und/oder sekundären Fehlbelegung, also eine Auffälligkeitsprüfung im Sinne der dargestellten Rechtsprechung des BSG.

Weiter steht zur Überzeugung der Kammer fest, dass hier eine Auffälligkeitsprüfung auf der dritten Stufe durchgeführt wurde. Dies belegt

die Beauftragung des SMD durch die Beklagte, der seinerseits mit Schreiben vom 07.10.2013 zur Erfüllung seines Prüfauftrages vom Kläger im Einzelnen genannte Unterlagen (Entlassungsbericht, Tageskurve, Pflegebericht) angefordert hat. Ausdrücklich weist der SMD in diesem Schreiben darauf hin, dass unter Würdigung der vorliegenden Angaben ihm eine abschließende sozialmedizinische Beurteilung – ohne Übersendung der von ihm für erforderlich gehaltenen Unterlagen – nicht möglich sei. Auch die Beklagte selbst weist in Ihrem Schreiben vom 07.10.2013 darauf hin, dass eine Übersendung der vom SMD im in der Anlage beigefügten Schreiben vom 07.10.2013 erbetenen Unterlagen an diesen erfolgen solle. Dies belegt zur Überzeugung der Kammer, dass die Beklagte selbst davon ausging, eine Prüfung auf der ersten und zweiten Stufe sei anhand der ihr vorliegenden Unterlagen auch unter Inanspruchnahme des SMD nicht ausreichend, um die stationäre Krankenhausbehandlung abschließend beurteilen zu können.

Allerdings lag weder im Zeitpunkt der Einleitung des Prüfverfahrens noch bei Abschluss des Prüfverfahrens durch den SMD am 28.10.2013 die vom Kläger am 21.11.2013 erstellte Rechnung der Beklagten vor. Zwar musste der Beklagten aufgrund der ihr nach § 301 SGB V übersandten Daten im Zeitpunkt der Erteilung des Prüfauftrages bewusst sein, dass die stationäre Krankenhausbehandlung der bei ihr versicherten Patientin im Zeitpunkt der Erteilung des Prüfauftrages am 07.10.2013 bereits abgeschlossen war. Ihr musste somit bewusst sein, dass sich die von ihr eingeleitete Auffälligkeitsprüfung auf einen abgeschlossenen, in der Vergangenheit liegenden Zeitraum erstreckt. Allerdings lag – wie dargestellt – weder im Zeitpunkt der Erteilung des Prüfauftrages noch bei Abschluss der Prüfung eine Krankenhausabrechnung vor. Entsprechend der dargestellten Rechtsprechung des BSG fehlt es somit - ungeachtet des Vorbringens des Klägers - an einem gezielten Prüfauftrag zur Abrechnungsminderung, da die hier von der Beklagten vor Rechnungseingang eingeleitete Prüfung lediglich zu einer Minderung der Vergütungsforderung führen konnte. Für diese ist jedoch nach dem eindeutigen Wortlaut des § 275 Abs. 1c Satz 3 SGB V die Zahlung einer Aufwandspauschale gerade nicht vorgesehen. Damit würde an sich der geltend gemachte Anspruch auf Zahlung einer Aufwandspauschale ausscheiden.

Allerdings ist hier zu berücksichtigen, dass nach zutreffender Rechtsprechung des BSG die Beziehungen zwischen den Krankenkassen und Krankenhäusern in partnerschaftlicher Weise zur gegenseitigen Rücksichtnahme nach den Grundsätzen von Treu und Glauben verpflichten und damit auch wechselseitige Ansprüche begrenzt sein können (vgl. BSG, Urteile vom 08.09.2009 – B 1 KR 11/09 R und B 1 KR 8/09 R - und vom 17.12.2009 - B 3 KR 12/08 R - alle juris –).

Die Beklagte hat hier dem SMD einen Auftrag zur Prüfung einer abgeschlossenen stationären Krankenhausbehandlung erteilt, obwohl ihr noch keine Rechnung hierfür vorlag. Eine Notwendigkeit, den SMD bereits vor Rechnungseingang mit einer Prüfung auf der dritten Stufe zu beauftragen, bestand für die Beklagte nicht. So bestimmt § 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V ausdrücklich, dass eine Prüfung spätestens sechs Wochen nach Eingang der Abrechnung bei der Krankenkasse einzuleiten und durch den SMD dem Krankenhaus anzuzeigen ist. Ohne Vorliegen der Rechnung bestand für die Beklagte keine Gefahr, diese in § 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V genannte Frist zur Einleitung des Prüfverfahrens zu versäumen. Aus welchem Grund die Beklagte gleichwohl die Notwendigkeit sah, bereits vor Rechnungseingang ein Prüfverfahren einzuleiten, erschließt sich der Kammer nicht.

In Befolgung des ihm von der Beklagten erteilten Prüfauftrages wurden dann vom SMD beim Kläger mit Schreiben vom 07.10.2013 Unterlagen zur Durchführung der Prüfung angefordert. Diesem Begehren auf Übersendung von Unterlagen an den SMD ist der Kläger nachgekommen. Nach Überzeugung der Kammer widerspricht es dem nach den Grundsätzen von Treu und Glauben zwischen Kläger und Beklagter bestehenden Gebot zur gegenseitigen Rücksichtnahme, einerseits ein Prüfverfahren vor Rechnungseingang einzuleiten und beim Kläger durch den SMD Unterlagen anzufordern, andererseits dann aber die Zahlung einer Aufwandspauschale zu verweigern, wenn der Kläger dem Begehren auf Übersendung von Unterlagen nachkommt und durch die Prüfung die Rechtmäßigkeit der von ihm vorgenommenen Abrechnung bestätigt wird. Nach Auffassung der Kammer stellt sich dieses Verhalten der Beklagten als rechtsmissbräuchlich dar, sodass der hier geltend gemachte Zahlungsanspruch besteht. Hierbei kann offenbleiben, ob – wie in dem von der Beklagten vorgelegten Beschluss des Landessozialgerichtes für das Saarland vom 09.01.2015 (L 2 KR 1/14 NZB) angesprochen – diese Vorgehensweise in unzähligen Fällen von der Beklagten praktiziert wurde.

Neben dem Anspruch auf Zahlung der Aufwandspauschale i.H.v. 300,00 EUR hat der Kläger auch Anspruch auf Zinsen hieraus i.H.v. fünf Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit 27.12.2007. Mangels anderweitiger Rechtsgrundlage ergibt sich dieser Anspruch aus den §§ 291, 288 Abs. 1 Satz 2 des Bürgerlichen Gesetzbuches (vgl. hierzu BSG, Urteil vom 28.11.2013 - B 3 KR 4/13 R – juris –). Während zunächst mit der am 27.12.2017 beim SG eingegangenen Klageschrift vom selben Tag die Zahlung von Zinsen ab 04.01.2018 begehrt wurde, beantragte dann der Kläger mit seinem Schriftsatz vom 31.08.2018 die Zahlung von Zinsen seit Rechtshängigkeit, hier also ab 27.12.2017. Entsprechend § 99 Abs. 3 Nr. 3 SGG handelt es sich bei dieser Erweiterung des Nebenantrages um keine Klagänderung, Zulässigkeitsbedenken hieran bestehen somit nicht.

Die Kostentscheidung beruht auf § 197a Abs. 1 SGG i.V.m. § 154 Abs. 2 der Verwaltungsgerichtsordnung, da weder Kläger noch Beklagte zu den in § 183 SGG genannten Personen gehören.

Bei dem hier 750,00 EUR nicht übersteigenden Wert des Beschwerdegegenstandes ist die Berufung nach §§ 143, 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG an sich nicht statthaft. Allerdings ist vorliegend nach § 144 Abs. 2 Nr. 1 SGG die Berufung zuzulassen, da die Rechtssache grundsätzliche Bedeutung hat. Diese ergibt sich einerseits aus der Tatsache, dass nach Angaben des Klägers in mehreren gleichgelagerten Fällen von der Beklagten die geforderte Zahlung einer Aufwandspauschale abgelehnt wurde, andererseits aus der Tatsache, dass zu der hier streitgegenständlichen Frage nach Kenntnis der Kammer noch keine obergerichtlichen Entscheidungen ergangen sind.
Rechtskraft
Aus
Login
BWB
Saved
2019-03-21