

## S 1 KR 243/18

Land  
Baden-Württemberg  
Sozialgericht  
SG Reutlingen (BWB)  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung  
1  
1. Instanz  
SG Reutlingen (BWB)  
Aktenzeichen  
S 1 KR 243/18  
Datum  
13.02.2019  
2. Instanz  
LSG Baden-Württemberg  
Aktenzeichen  
-  
Datum  
-  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
-  
Datum  
-

Kategorie  
Urteil  
Leitsätze

Ein Krankenhausträger hat keinen Anspruch auf Zahlung einer Aufwandspauschale, wenn er die Einleitung eines Prüfverfahrens auf der 3. Stufe der Prüfung von Krankenhausabrechnungen (BSG, Urteil vom 16.05.2012 - [B 3 KR 14/11 R](#)) dadurch veranlasst, dass er trotz Erinnerung die angeforderte medizinische Begründung zur Überschreitung der voraussichtlichen Dauer der Krankenhausbehandlung nicht abgibt.

Verlangt er gleichwohl die Zahlung einer Aufwandspauschale steht seinem Anspruch der Grundsatz von Treu und Glauben entgegen.  
1. Die Klage wird abgewiesen. 2. Der Kläger 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 Sozialgesetzbuchs (SGB V).

Der im geborene, bei der Beklagten krankenversicherte, wurde vom 13. bis 17.12.2013 beim Kläger, einer Hochschulklinik in der Rechtsform einer rechtsfähigen Anstalt des öffentlichen Rechts, stationär behandelt.

Die hierfür erstellte Rechnung vom 31.12.2013 wurde von der Beklagten nach Angaben des Klägers am 24.01.2014 in vollem Umfang beglichen.

Bereits am 20.01.2014 hatte die Beklagte per Datenträgeraustausch (DTA) den Kläger um Übersendung einer medizinischen Begründung gebeten, da die von ihm beantragte Dauer des stationären Aufenthaltes (hier bis 16.12.2013) überschritten werde. Nachdem auch auf ein Erinnerungsschreiben der Beklagten vom 19.02.2014 keine Reaktion des Klägers erfolgte, teilte ihm die Beklagte mit Schreiben vom 07.03.2014 mit, sie habe das Verfahren gemäß [§ 275 SGB V](#) beim Sozialmedizinischen Dienst (SMD) eingeleitet. Ebenfalls unter dem 07.03.2014 forderte der SMD beim Kläger verschiedene Unterlagen an, da unter Würdigung der vorliegenden Angaben eine abschließende sozialmedizinische Beurteilung nicht möglich sei. Die angeforderten Unterlagen wurden vom Kläger nach eigenen Angaben mit Schreiben vom 14.03.2014 an den SMD übersandt.

Nachdem der Kläger keinerlei Nachricht über den Ausgang der beauftragten SMD-Überprüfung erhalten hatte, ging er Anfang Dezember 2017 vom Abschluss der Überprüfung aus und stellte der Beklagten daher am 07.12.2017 eine Aufwandspauschale i.H.v. 300,00 EUR in Rechnung.

Die Beklagte lehnte mit Schreiben vom 08.12.2017 die Zahlung der Aufwandspauschale mit der Begründung ab, sie habe vorliegend um Zusendung einer medizinischen Begründung gebeten. Da kein Eingang zu verzeichnen gewesen sei, habe sie einen Prüfauftrag gemäß [§ 275 SGB V](#) an den SMD erteilen müssen. Das dem SMD-Verfahren vorangestellte Verwaltungsverfahren habe nicht durchgeführt werden können. Daraus resultierend sei die Einschaltung des SMD erforderlich gewesen. Eine Aufwandspauschale zu ihren Lasten scheidet somit aus.

Daraufhin hat der Kläger am 26.01.2018 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 gesetzlichen Voraussetzungen des Anspruchs auf Zahlung einer Aufwandspauschale lägen hier vor. Das Bundessozialgericht (BSG) verlange wider dem Wortlaut des [§ 275 Abs. 1c SGB V](#), dass bereits der Prüfauftrag gezielt zur Abrechnungsminderung erteilt worden sein müsse. Ob eine

Krankenkasse einen gezielten Prüfauftrag zur Abrechnungsminderung erteilt habe, bestimme sich laut BSG nach den allgemeinen Grundsätzen über die Auslegung von Willenserklärungen. Hier habe er einen Anspruch auf Zahlung einer Aufwandspauschale, da die Überprüfung seiner Abrechnung durch den SMD nicht zu einer Minderung des Rechnungsbetrages geführt habe. Die Abgabe einer medizinischen Begründung sei weder nach dem Wortlaut von [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) noch nach der Rechtsprechung des BSG ein Tatbestandsmerkmal. Allein entscheidend sei, ob die Überprüfung durch den SMD zu einer Abrechnungsminderung geführt habe oder nicht. Er verstehe den Einwand der Beklagten, die Zahlung einer Aufwandspauschale wegen unterbliebener medizinischer Begründung verweigern dürfen, dahingehend, das Krankenhaus habe pflichtwidrig entgegen [§ 301 Abs. 1 Nr. 3 SGB V](#) einen unvollständigen Datensatz übermittelt. Dass der Datensatz vollständig gewesen sei, werde durch das Verhalten der Beklagten belegt, da sie auf seine Rechnung geleistet habe. Zudem lasse sich dem Schreiben vom 19.02.2014 zweierlei entnehmen. Die medizinische Begründung habe dem SMD vorgelegt werden sollen. Ferner werde wohl die Auffassung vertreten, das Krankenhaus hätte Unterlagen zur Verfügung stellen müssen. Das Schreiben der Beklagten zeige also, dass man nach eigenem Verständnis bereits eine Prüfung nach [§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) eingeleitet habe, denn nur unter diesen Voraussetzungen sei er verpflichtet, dem SMD Unterlagen zu übersenden. Sollte die Beklagte der Auffassung sein, sie habe zu diesem Zeitpunkt noch kein Prüfverfahren eingeleitet, das das Krankenhaus zur Übersendung von Unterlagen an den SMD verpflichten würde, so wäre ein entsprechendes Verständnis einerseits mit [§§ 275, 276 SGB V](#), andererseits mit datenschutzrechtlichen Vorgaben unvereinbar. Ohne gesetzlichen Erlaubnistatbestand oder Zustimmung des betroffenen Patienten dürfe er der Beklagten sowie dem SMD gegenüber keine personenbezogenen Daten über die Vorgaben nach [§ 301 SGB V](#) hinaus offenbaren. Da es sich beim Anspruch auf Zahlung einer Aufwandspauschale um einen gesetzlichen Anspruch handele, 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 26.01.2018 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Zur Begründung hat sie im Wesentlichen vorgetragen, nach [§ 301 Abs. 1 Nr. 3 SGB V](#) habe das Krankenhaus neben Tag, Uhrzeit etc. auch, falls die Dauer der Krankenhausbehandlung überschritten werde, auf Verlangen der Krankenkasse eine medizinische Begründung per DTA diesbezüglich zu übersenden. Da dies nicht erfolgt und der Kläger somit seinen Mitwirkungspflichten nicht nachgekommen sei, habe am 07.03.2014 ein Prüfauftrag gemäß [§ 275 SGB V](#) an den SMD erteilt werden müssen. Die Prüfung durch den SMD sei somit allein aufgrund der Tatsache eingeleitet worden, dass der Kläger seinen Informationspflichten nicht nachgekommen sei. Er habe die Einleitung des Prüfverfahrens somit selbst verschuldet. Vor diesem Hintergrund scheide ein Anspruch des Klägers auf die Aufwandspauschale aus. Sonst könnte dem Krankenhaus ein Vorteil durch Zurückhaltung der Daten entstehen.

Zur weiteren Darstellung des Sachverhaltes 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 jedoch unbegründet. Der Kläger hat keinen 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 drei 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 handle 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 Wirtschaftlichkeitsgebots 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 Wirtschaftlichkeitsgebots 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

einzuholen 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 Prüfungsvorgang 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 Auskunft- 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 u.a. vom 25.10.2016 und vom 28.03.2016 erhobenen Verfassungsbeschwerden wurden vom Bundesverfassungsgericht (BVerfG) mit Beschluss vom 26.11.2018 ([1 BvR 318/17](#), [1 BvR 1474/17](#), [1 BvR 2207/17](#) – juris -) 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 zur Überzeugung der Kammer zunächst fest, dass die Beklagte hier Zweifel an der Dauer der vom Kläger erbrachten stationären Krankenhausbehandlung hatte. Dies belegt bereits die am 20.01.2014 per DTA dem Kläger übermittelte Bitte der Beklagten um Übersendung einer medizinischen Begründung. In diesem Anforderungsschreiben weist die Beklagte darauf hin, die vom Kläger beantragte Dauer des stationären Aufenthaltes (hier bis 16.12.2013) werde (mit der tatsächlich bis zum 17.12.2013 dauernden Krankenhausbehandlung) überschritten. Dabei nimmt die Beklagte in diesem Schreiben Bezug auf [§ 301 SGB V](#). Nach [§ 301 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V](#) in der hier maßgebenden Fassung vom 21.07.2012 sind die nach § 108 zugelassenen Krankenhäuser, zu denen der Kläger gehört, verpflichtet, den Krankenkassen bei Krankenhausbehandlung unter anderem die voraussichtliche Dauer der Krankenhausbehandlung sowie, falls diese überschritten wird, auf Verlangen der Krankenkasse die medizinische Begründung zu übermitteln. Weiter nimmt das Anforderungsschreiben auf § 2 Abs. 3 Bezug. Hierbei handelt es sich um die Regelung in der zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft geschlossenen Vereinbarung gemäß [§ 301 Abs. 3 SGB V](#) über das Verfahren zur Abrechnung und Übermittlung der Daten nach [§ 301 Abs. 1 SGB V](#) (Datenübermittlungs-Vereinbarung). Nach § 2 Nr. 3 dieser Datenübermittlungs-Vereinbarung umfasst die Datenübermittlung in Übereinstimmung mit der Regelung in [§ 301 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V](#) unter anderem die voraussichtliche Dauer der Krankenhausbehandlung sowie, falls diese überschritten wird, auf Verlangen der Krankenkasse die medizinische Begründung. 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, die dem Kläger von der Beklagten mit Schreiben vom 20.01.2014 mitgeteilt wurde. Diesem Schreiben war das Schreiben des SMD, ebenfalls vom 07.03.2014, in der Anlage beigefügt, mit dem beim Kläger im Einzelnen genannte Unterlagen (Entlassungsbericht, Pflegebericht, Aufnahmezustand, Tageskurve) angefordert wurden. Beleg für die Durchführung einer Auffälligkeitsprüfung ist ferner die Bezugnahme auf das per DTA an den Kläger übermittelte Schreiben vom 20.01.2014, in dem von der Beklagten – wie dargestellt – Zweifel an der Dauer der stationären Krankenhausbehandlung geäußert worden sind. All dies belegt zur Überzeugung der Kammer, dass die Beklagte selbst – für den Kläger erkennbar – davon ausging, eine Prüfung auf der ersten und zweiten Stufe im Sinne der Rechtsprechung des BSG sei nicht ausreichend, um die stationäre Krankenhausbehandlung abschließend beurteilen zu können.

Nach Prüfung der ihm übersandten Unterlagen gelangte der SMD am 28.04.2014 zu dem Ergebnis, eine Verkürzung der Verweildauer auf einen Tag sei nicht zu begründen. Die Abrechnung der vom 13. bis 17.12.2013 vom Kläger erbrachten stationären Krankenhausbehandlung wurde daher nicht beanstandet, es kam zu keiner Minderung des Abrechnungsbetrages.

Durch Übersendung der vom SMD bei ihm angeforderten Unterlagen entstand dem Kläger ferner hierdurch ein zusätzlicher Verwaltungsaufwand.

Damit liegen an sich die Voraussetzungen für einen Anspruch auf Zahlung einer Aufwandspauschale vor.

Allerdings ist nach zutreffender Auffassung des 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 -) bei den Beziehungen zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern zu berücksichtigen, dass diese Beteiligten aufgrund eines dauerhaften Vertragsrahmens ständig professionell zusammenarbeiten. Ihnen sind die gegenseitigen Interessen und Strukturen geläufig. In partnerschaftlicher Weise sind sie daher zur gegenseitigen Rücksichtnahme nach den Grundsätzen von Treu und Glauben verpflichtet, wodurch auch wechselseitige Ansprüche begrenzt sein können.

Nach dem Grundsatz von Treu und Glauben steht hier dem Anspruch des Klägers auf Zahlung einer Aufwandspauschale entgegen, dass die Einleitung eines Prüfverfahrens auf der dritten Stufe durch die Beklagte erst dadurch notwendig wurde, dass er trotz Erinnerung mit Schreiben vom 19.02.2014 auf die Anforderung zur Abgabe einer medizinischen Begründung zur Überschreitung der voraussichtlichen Dauer der Krankenhausbehandlung, gestützt auf [§ 301 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V](#) bzw. auf § 2 Nr. 3 der Datenübermittlungs-Verordnung, nicht reagiert hat.

Das BSG hat in seinem Urteil vom 21.03.2013 ([B 3 KR 28/12 R](#) - juris -) zu Recht hervorgehoben, dass die gesetzgeberischen Vorstellungen durch Einführung der Regelung des [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) zum 01.04.2007 durch das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs der gesetzlichen Krankenversicherung durch die Krankenkassen nur erfüllt werden können, wenn sie ihrerseits vom Krankenhaus alle zur Beurteilung des jeweiligen Einzelfalls unerlässlichen Informationen erhalten, um die Prüfung der Krankenhausabrechnungen im Sinne der vom Gesetzgeber angestrebten Bürokratieminderung bereits auf der ersten oder zweiten Stufe und ohne Beauftragung des SMD mit Erhebungen im Krankenhaus auf der dritten Stufe der Sachverhaltserhebung abschließen zu können. Aus diesem Grunde hat das Krankenhaus deshalb im Rahmen des [§ 301 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V](#) auf Verlangen der Krankenkasse notwendige Angaben unter anderem dazu zu machen, aus welchem Grund die voraussichtliche Dauer der Krankenhausbehandlung überschritten wurde. Anderenfalls müsste der SMD stets mit einer Prüfung auf der dritten Stufe beauftragt und auf Grundlage der von ihm so beizuziehenden Behandlungsunterlagen ermittelt werden, ob die Dauer der Krankenhausbehandlung zu beanstanden ist. Diese Vorgehensweise ist mit den Zielen unvereinbar, die der Gesetzgeber mit der Einführung von [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) verfolgt hat. Die Einführung dieser Regelung bezweckte gerade eine Reduzierung, nicht die Ausweitung der Einzelfallprüfung nach [§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#). Hinzu kommt, dass der SMD als Sachwalter der medizinischen Expertise hiervon erst dann Gebrauch machen darf, wenn es um medizinische Fragen und Bewertungen geht. Die Pflicht des Krankenhauses zu ergänzenden Angaben betrifft aber keine gemäß [§ 301 SGB V](#) unzulässige medizinische Auskunft an die Krankenkasse, sondern lediglich Angaben für den Grund der Überschreitung der voraussichtlichen Krankenhausbehandlungsdauer. Ob dieser Grund dann tatsächlich vorliegt und die Dauer der Krankenhausbehandlung rechtfertigt, ist dann eine medizinische Frage, die zu klären allein dem SMD obliegt. Ausdrücklich weist das BSG (a.a.O.) darauf hin, dass es mit den gegenseitigen Obhutspflichten in der Dauerbeziehung zwischen Krankenkasse und Krankenhaus schlechterdings unvereinbar wäre, wenn ein Krankenhaus bei ihm verfügbare und für die Prüfung der Krankenhausabrechnung erforderliche Informationen nicht weitergibt und die Krankenkasse dadurch dem Risiko aussetzt, ihrem Prüfauftrag nur um den Preis eines Kostenrisikos nach [§ 275 Abs. 1c Satz 3 SGB V](#) nachkommen zu können.

Gegen diese sich aus dem Grundsatz von Treu und Glauben ergebende Obhutspflicht gegenüber der Beklagten hat der Kläger hier dadurch verstoßen, dass er trotz entsprechenden Verlangens der Beklagten keine medizinische Begründung zur Überschreitung der voraussichtlichen Dauer der Krankenhausbehandlung abgegeben hat.

Das Vorbringen des Klägers, der von ihm an die Beklagte übermittelte Datensatz sei schon deshalb vollständig gewesen, weil die Beklagte auf seine Rechnung geleistet hat, führt zu keinem anderen Ergebnis. Entsprechend den Vorgaben in § 19 Abs. 1 des auf Landesebene geschlossenen Vertrages nach [§ 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#) über die Allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung ist die Krankenkasse gehalten, die Rechnung innerhalb von 30 Tagen nach Übermittlung des Rechnungssatzes zu bezahlen. Aufgrund dieser vorgegebenen Zahlungsfrist muss die Beklagte Rechnungen selbst bei Zweifeln an der Richtigkeit der Abrechnung innerhalb dieser Zahlungsfrist begleichen. Entsprechend dieser Vorgaben zur Zahlungsfrist wurde die hier vom 31.12.2013 stammende Rechnung von der Beklagten auch innerhalb der Zahlungsfrist am 24.01.2014 nach Angaben des Klägers in vollem Umfang beglichen. Allerdings ist aus der vorliegenden Beklagtenakte zu ersehen, dass die Rechnung nur unter Vorbehalt beglichen wurde. Dieser Rechnungsvorbehalt belegt, dass entgegen der klägerischen Ansicht aus der Begleichung der Rechnung gerade nicht geschlossen werden kann, dass der Datensatz vollständig war, es also keiner weiteren Angaben mehr bedurfte, um die Richtigkeit dieser Abrechnung feststellen zu können.

Ein Anspruch des Klägers auf Zahlung der Aufwandspauschale besteht somit nicht.

Damit ist auch der hiervon abhängige Zinsanspruch nicht gegeben.

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