

## L 4 KR 582/16

Land  
Freistaat Bayern  
Sozialgericht  
Bayerisches LSG  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
1. Instanz  
SG Regensburg (FSB)  
Aktenzeichen  
S 2 KR 252/13  
Datum  
19.01.2015  
2. Instanz  
Bayerisches LSG  
Aktenzeichen  
L 4 KR 582/16  
Datum  
27.05.2020  
3. Instanz  
-  
Aktenzeichen  
-  
Datum  
-  
Kategorie  
Urteil  
Leitsätze

1. Vorliegend lag eine sog. Auffälligkeitsprüfung vor.
2. Da [§ 275 Abs. 1](#) c S. 2 SGB V somit auf den vorliegenden Fall anwendbar ist, ist bezüglich des zweiten Krankenhausaufenthalts die 6-Wochen-Frist einzuhalten gewesen.
3. Die Prüfanzeige für die gesamte Behandlung ist nicht aufgrund einer gesamtheitlichen Betrachtung (Fallzusammenführung) bezüglich des ersten und zweiten stationären Aufenthalts bereits durch die erste Anzeige in ausreichender Form erfolgt.
4. Die Frist bei der Überprüfung unterbliebener Fallzusammenführung beginnt erst bei Eingang der zweiten Abrechnung zu laufen. Die Anzeige des Prüfauftrags muss sich auf die Zusammenfassung beider stationärer Behandlungen zu einem Gesamtfall beziehen.
  - a) Lag kein Fall einer Fallzusammenführung vor, sind stets beide Vorgänge getrennt zu betrachten.
  - b) Kommt ein Fall einer Fallzusammenführung in Betracht bzw. ist eine diesbezügliche Überprüfung vorgesehen, beginnt die 6-Wochen-Frist erst bei Eingang der zweiten Abrechnung.

I. Die Berufung gegen das Urteil des Sozialgerichts Regensburg vom 19. Januar 2015 wird zurückgewiesen.

II. Die Beklagte trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

IV. Der Streitwert wird auf 1.726,72 EUR festgesetzt.

### T a t b e s t a n d :

Die Klägerin und Berufungsbeklagte begehrt die Zahlung einer Vergütung aus einer stationären Behandlung in Höhe von 1.726,72 EUR und wendet sich hierbei gegen die Aufrechnung in dieser Höhe durch die Beklagte und Berufungsklägerin.

Die Versicherte D wurde vom 23.11.2009 bis 25.11.2009 im Krankenhaus der Klägerin und Berufungsbeklagten behandelt. Die geltend gemachte Forderung bezieht sich auf die Abrechnung betreffend einer weiteren stationären Behandlung im Zeitraum vom 28.11.2009 bis 02.12.2009. Die Klägerin übermittelte an die Beklagte gemäß [§ 301](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) die Daten. Ermittelt wurde die DRG J67B (= leichte bis moderate Hauterkrankungen ohne CC oder Erkrankungen der Mamma außer bösartige Neubildung). Die erste stationäre Behandlung wurde von der Klägerin am 11.12.2009 abgerechnet, die zweite am 14.12.2009.

Die Beklagte leitete eine anlassbezogene Überprüfung ein. In einem Schreiben vom 06.01.2010 an das Krankenhaus bezog sie sich auf die stationäre Behandlung vom 23.11.2009 bis 25.11.2009. Auf der Grundlage der übermittelten Behandlungsdaten sei die Dauer der Krankenbehandlung nicht nachvollziehbar. Der in Rechnung gestellte Betrag werde unter Vorbehalt zur Zahlung angewiesen. In der Anlage zu diesem Schreiben wurde die unter gleichem Datum vom Sozialmedizinischen Dienst (SMD) erstellte Anzeige der Prüfung im Rahmen eines Verfahrens nach [§ 275 SGB V](#) dem Krankenhaus übermittelt. Angeführt in der Anzeige war nur der (erste) stationäre Aufenthalt vom 23.11.2009 bis 25.11.2009. Angefordert wurden der Entlassungsbericht, die Tageskurve und der Pflegebericht.

Erst mit Schreiben vom 02.03.2010 nahm die Beklagte neben der in der v. g. Anzeige des SMD angeführten stationären Behandlung auch auf die (zweite) stationäre Behandlung der Versicherten vom 28.11.2009 bis 02.12.2009 Bezug. Beide stationäre Behandlungen seien zu

einem Gesamtfall zusammenzufassen. Sie bat um Übersendung einer Rechnung sowie einer Entlassungsmitteilung für den "gesamten Behandlungsfall". Bereits bezahlte Beträge würden "an einer der nächsten Rechnungen einbehalten". Am 08.03.2010 erfolgte durch die Beklagte eine Verrechnung mit unstreitigen Ansprüchen der Klägerin in Höhe des für die stationäre Behandlung der Versicherten vom 28.11.2009 bis 02.12.2009 in Rechnung gestellten Betrages. Mit Schreiben vom 11.03.2010 zeigte die Beklagte das SMD-Verfahren gemäß § 275 SGB V über die stationären Behandlungen vom 23.11. bis 25.11. und vom 28.11. bis 02.12.2009 an. Nach Ansicht des SMD sei eine abschließende sozialmedizinische Beurteilung nicht möglich.

Die Klägerin übersandte die angeforderten Unterlagen nicht. Der SMD zeigte mit Schreiben vom 27.08.2010 erneut das SMD-Verfahren gemäß § 275 SGB V für den stationären Aufenthalt der Versicherten vom 28.11.2009 bis 02.12.2009 an und forderte den Entlassungsbericht, den Pflegebericht und die ärztliche Dokumentation an. Die Klägerin lehnte mit Schreiben vom 07.09.2010 die Übersendung der angeforderten ärztlichen Unterlagen zum Aufenthalt vom 28.11.2009 bis 02.12.2009 ab. Sie verwies darauf, dass die DRG-Abrechnung am 14.12.2009 erstellt und am 16.12.2009 nach § 301 SGB V übermittelt worden sei.

Die Beklagte vertrat weiterhin die Auffassung, dass auf Grund des vollumfänglichen Prüfungsauftrages geprüft werden müsse, ob es sich bei den stationären Behandlungen vom 23.11.2009 bis 25.11.2009 und vom 28.11.2009 bis 02.12.2009 um einen einheitlichen Behandlungsfall handle.

Die Klägerin hat am 31.07.2013 Klage beim Sozialgericht Regensburg erhoben und die Zahlung des Rechnungsbetrags für die stationäre Behandlung der Versicherten vom 28.11.2009 bis 02.12.2009 beantragt. Die Verrechnung sei zu Unrecht erfolgt. Die Beurteilung einer Fallzusammenführung nach § 2 Abs. 3 Fallpauschalenvereinbarung (FPV) in Verbindung mit § 2 Abs. 4 FPV könne nur durch den SMD erfolgen. Die Klägerin habe die Herausgabe von Patientenunterlagen zu Recht verweigert. Gem. § 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V sei eine Prüfung spätestens sechs Wochen nach Eingang der Abrechnung bei der Krankenkasse einzuleiten und durch den MDK anzuzeigen. Der SMD habe die Prüfung am 27.08.2013 eingeleitet, mithin mehr als acht Monate nach Rechnungsstellung am 14.12.2009. Sei diese Frist nicht eingehalten, führe dies - sollten die Unterlagen noch herausgegeben werden - zu einem Beweisverwertungsverbot. Nach Auffassung der Klägerin könne nicht auf die Anzeige der Prüfung durch den SMD vom 06.01.2010 zurückgegriffen werden. Diese habe sich auf den stationären Aufenthalt der Versicherten vom 23.11. bis 25.11.2009 bezogen. Auch habe die Beklagte in ihrem Schreiben vom 06.01.2009 mitgeteilt, dass die übermittelten Behandlungsdaten Zweifel an der Dauer der Krankenbehandlung geweckt hätten.

Nach Ansicht der Beklagten besteht ein innerer Zusammenhang zwischen den Aufenthalten vom 23.11.2009 bis 25.11.2009 und 28.11. bis 02.12.2009. Beide seien zu einem Gesamtfall gemäß § 2 Abs. 2 FPV i. V. m. § 2 Abs. 4 FPV zusammenzufassen. Das Prüfverfahren des SMD habe bis jetzt nicht abgeschlossen werden können, weil die Klägerin die medizinischen Unterlagen über den zweiten Aufenthalt nicht an diesen herausgebe. Auf Grund fehlender Mitwirkung bei der Prüfung des Anspruches verbleibe es nach wie vor bei der Beweislast der Klägerin, einen fälligen und durchsetzbaren Anspruch durchzusetzen. Die Beklagte hat bezüglich der Herausgabe der ärztlichen Unterlagen über den Aufenthalt vom 28.11.2009 bis 02.12.2009 auf die Prüfanzeige des SMD vom 06.01.2010 verwiesen. Bei den beiden angesprochenen Krankenhausaufenthalten habe es sich um solche gehandelt, die vom SMD im Hinblick auf den Problemkreis der Fallzusammenführung / Fallsplitting hätten geprüft werden sollen. Naturgemäß sei die Prüfung einer Fallzusammenführung erst nach Kenntnis des zweiten (zusammenzuführenden) Aufenthaltes möglich.

Das Sozialgericht hat mit Urteil vom 19.01.2015 die Beklagte verurteilt, an die Klägerin 1.726,72 EUR nebst Zinsen hieraus in Höhe von 4 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 09.03.2010 zu bezahlen. Die Klägerin habe zu Recht die Herausgabe der Behandlungsunterlagen über die stationäre Behandlung vom 28.11.2009 bis 02.12.2009 abgelehnt; da damit das Vorliegen der Voraussetzungen für eine Fallzusammenführung nicht nachweisbar sei, fehle es am öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch. Die Beklagte habe daher nicht in rechtmäßiger Weise aufrechnen können.

Das Krankenhaus habe für die stationäre Behandlung vom 28.11. bis 02.12.2009 eine Groupierung im Sinne des § 17 b Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) durchgeführt und die DRG J67B (= leichte bis moderate Hauterkrankungen ohne CC oder Erkrankungen der Mamma außer bösartige Neubildung) ermittelt. Diese Fallgruppenzuordnung habe auch der Schlussrechnung des Krankenhauses vom 14.12.2009 zu Grunde gelegen, die sich auf einen Endbetrag in Höhe von 1.726,72 Euro belaufe. Es sei nicht zutreffend, dass die Klägerin ihre Mitwirkungspflichten im Prüfverfahren verweigert habe, was sich aus den zeitlichen Abläufen im Vorfeld und während der fallbezogenen Einzelfallprüfung bezüglich der stationären Behandlung der Versicherten in der Zeit vom 28.11. bis 02.12.2009 ergebe. Das Krankenhaus habe im vorliegenden Fall die Daten nach § 301 Abs. 1 SGB V an die Beklagte am 16.12.2009 übermittelt. Für die Einleitung des MDK-Prüfverfahrens sehe § 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V eine Frist von sechs Wochen vor. Für den Lauf der Frist komme es auf den Eingang der Abrechnung bei der Krankenkasse an. Das Krankenhaus habe die DRG-Abrechnung am 14.12.2009 erstellt und übermittelt. Innerhalb der 6-Wochen-Frist habe auch die Anzeige der Prüfung durch den MDK bzw. in diesem Fall durch den SMD zu erfolgen. Vorliegend sei eine solche Anzeige durch den SMD mit Schreiben vom 06.01.2010 erfolgt. Diese Anzeige habe sich auf den stationären Aufenthalt der Versicherten vom 23.11.2009 bis 25.11.2009 bezogen. Als Prüfgrund sei angeführt, dass die Dauer der Krankenbehandlung auf der Grundlage der übermittelten Behandlungsdaten nicht nachvollziehbar sei. Mit diesem Schreiben vom 06.01.2010 sei nur die Prüfung der Abrechnung zur ersten stationären Behandlung der Versicherten vom 23.11.2009 bis 25.11.2009 angezeigt worden. Der genannte Gegenstand des Prüfauftrages ergebe gerade die Begrenzung auf den ausdrücklich genannten stationären Aufenthalt.

Im Prüfverfahren sei dann der medizinische Dienst zu dem Ergebnis gelangt, dass die Behandlungsunterlagen zu dem stationären Aufenthalt vom 23.11.2009 bis 25.11.2009 mit den weiteren Behandlungsdaten ausreichten, um eine Zusammenfassung zu einem Gesamtfall nach § 2 Abs. 3 FPV iVm § 2 Abs. 4 FPV herbeizuführen. Einlassungen seitens des Krankenhauses hätten dann dazu geführt, dass der SMD doch die Behandlungsunterlagen auch für den zweiten stationären Aufenthalt der Versicherten vom 28.11.2009 bis 02.12.2009 zur sachgemäßen Beurteilung für erforderlich gehalten habe, wie sich aus dem Schreiben des SMD vom 02.03.2010 ergebe. Soweit der SMD dann am 11.03.2010 auch den Entlassungsbericht nebst weiteren Unterlagen über die zweite stationäre Behandlung angefordert habe, sie dies von der Klägerin zu Recht verweigert worden, da die Ausschlussfrist von sechs Wochen gemäß § 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V abgelaufen gewesen sei.

Die von der Beklagten im Termin zur mündlichen Verhandlung geschilderte Praxis, bei einer zweiten Rechnungsstellung immer auf den Prüfauftrag der ersten Rechnung abzustellen, ohne auf eine erneute 6-wöchige Frist zu achten, sobald eine Fallzusammenführung in Betracht komme, entspreche nach Ansicht der Kammer nicht den rechtlichen Vorgaben. Eine Krankenkasse, die bei zwei Abrechnungen

vermute, dass es sich bei den zu Grunde liegenden Krankenhausaufenthalten um einen einheitlichen zusammenzuführenden Fall handle, habe grundsätzlich beide Abrechnungen überprüfen zu lassen.

Nachdem das Krankenhaus die Behandlungsunterlagen über den zweiten Aufenthalt der Versicherten vom 28.11.2009 bis 02.12.2009 dem SMD nicht zur Verfügung gestellt habe, habe die Beklagte den für diese stationäre Behandlung in Rechnung gestellten Betrag verrechnet. Werde die Ausschlussfrist nicht eingehalten, bewirke dies keinen Einwendungsausschluss, aber eine Begrenzung der Sachverhaltsermittlung mit der Folge eines Beweisverwertungsverbotes für die bereits durch den MDK / SMD erhobenen Sozialdaten (vgl. BSG 4-2500 § 109 Nr. 24). Die Klägerin habe daher zu Recht die Behandlungsunterlagen nicht mehr vorgelegt, da eine Pflicht ihrerseits gem. [§ 276 Abs. 2 Satz 1 HS 2 SGB V](#) nicht mehr bestand habe. Die entstehende Begrenzung der Sachverhaltsermittlung wirke nach der Rechtsprechung des BSG auch im gerichtlichen Verfahren fort, um der gesetzlichen Wertung Rechnung zu tragen.

Gegen das am 12.03.2015 zugestellte Urteil hat die Beklagte am 25.03.2015 Berufung zum Bayer. Landessozialgericht eingelegt (vormals Az.: L 4 KR 133/15). Im Lichte der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (z.B. BSG, [B 1 KR 23/14 R](#)) seien sowohl der erste als auch der zweite Aufenthalt im Krankenhaus unter dem Aspekt der Fallzusammenführung zu beleuchten. Wenn nun - unstreitig - der erste Sachverhalt zulässig im Rahmen des [§ 275 SGB V](#) geprüft worden sei, müsse dieses notwendigerweise auch den zweiten Aufenthalt umfassen, da die Fallzusammenführung begriffsnotwendigerweise nicht anhand eines einzelnen Aufenthalts geprüft werden könne. Dem SMD gegenüber sei der Prüfauftrag regelmäßig nicht begrenzt.

Im Hinblick auf beim BSG anhängige Verfahren ist mit Beschluss vom 04.02.2016 das Ruhen des Verfahrens angeordnet worden, das am 08.11.2016 von der Klägerin aufgrund der Entscheidungen des BSG vom 25.10.2016 (Az.: [B 1 KR 7/16 R](#); [B 1 KR 9/16 R](#)) wieder aufgenommen worden ist (Az.: [L 4 KR 582/16](#)).

Die Beklagte hat in diesen Entscheidungen ihre Rechtsauffassung als bestätigt angesehen. Maßgeblich sei ausschließlich der Inhalt der Prüfung. Dies sei vorliegend eine sachlich-rechnerische Prüfung und keine Auffälligkeitsprüfung gewesen. Es könnten sich faktische Überschneidungen zwischen den beiden Prüfsystemen ergeben. Sie führten indes nach der Rechtsprechung des BSG nicht dazu, den Rechtsbereich der sachlich-rechnerischen Richtigkeit zu beschränken. Solche "Auffälligkeiten im Rechtssinne" verpflichteten die Krankenkassen nach Ansicht des BSG dazu, den MDK oder SMD mit der Prüfung der Abrechnung zu beauftragen. Der Prüfanlass der Auffälligkeit sei weit zu verstehen und könne nicht im Vorhinein mit Blick auf das Ziel der Auffälligkeitsprüfung im Sinne des [§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) auf die Prüfung der Wirtschaftlichkeit eines im Tatsächlichen korrekt kodierten Behandlungsgeschehens reduziert werden (zum Ganzen wird verwiesen vor allem auf BSG, [B 1 KR 22/16 R](#)). Einer zweiten Prüfanzeige habe es nicht bedurft.

Der Senat hat die Patientenakte beigezogen. Gemeinsam mit anderen Verfahren wurden die Parteien mit Beschluss vom 14.09.2017 vor den Güterichter verwiesen. Gemäß der Mediationsvereinbarung vom 22.11.2017 wurde das vorliegende Verfahren im streitigen Verfahren fortgesetzt.

Nach Ansicht der Klägerin kommt es im vorliegenden Verfahren nicht auf die Unterscheidung zwischen Auffälligkeitsprüfung und Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit an. Aufgrund der Gesetzesänderung mit Wirkung zum 01.01.2016 sei die Frist zur Prüfanzeige in [§ 275 Abs. 1 c S. 2 SGB V](#) nun unabhängig davon einzuhalten, ob eine Prüfung als "Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit" oder als eine "Auffälligkeitsprüfung" einzuordnen sei. Es sei die Rechtslage nach dem 01.01.2016 maßgeblich, da bei Leistungsklagen auf die Rechtslage abzustellen sei, die im Zeitpunkt der letzten mündlichen Verhandlung maßgebend sei. Sollte das Gericht auf den Zeitpunkt der stationären Behandlung abstellen, wäre ebenfalls keine Unterscheidung zwischen den beiden Prüfarten vorzunehmen, weil die Rechtsprechung erstmals im Jahre 2013 erfolgt sei. Die Anwendung der Rechtsprechung auf einen Zeitraum vor 2013 würde einer echten Rückwirkung gleichkommen.

Die Klägerin hat das Urteil des Sozialgerichts durch die Entscheidung des LSG Baden-Württemberg bestätigt gesehen. Im Übrigen habe die Beklagte den Prüfauftrag nicht innerhalb der 6-Wochen-Frist des [§ 275 Abs. 1 c S. 2 SGB V](#) mitgeteilt. Die Beklagte hat auf ihre bisherige Argumentation verwiesen, dass die beiden Krankenhausaufenthalte ganzheitlich zu betrachten seien. Es habe einer zweiten Prüfanzeige nicht bedurft.

Der Senat hat die Beteiligten auf eine Entscheidung des LSG Baden-Württemberg vom 17.04.2018 ([L 11 KR 936/17](#) - juris) hingewiesen. Einen Termin zur mündlichen Verhandlung vom 25.03.2020 hat der Senat aufgehoben. Die Beteiligten haben schriftsätzlich einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung gemäß [§ 124 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) zugestimmt. Für die Klägerin ist ergänzend noch vorgetragen worden, dass zum einen die Voraussetzungen einer Fallzusammenführung nicht vorlägen. Unabhängig davon hätte die Beklagte aber jeweils eine gesonderte Prüfungsanzeige für jeden abgerechneten Krankenhausaufenthalt stellen müssen. Aus dem Urteil des BSG vom 23.06.2015 ([B 1 KR 23/14 R](#)) lasse sich nicht der Schluss ziehen, dass bei nur einer Prüfungsanzeige durch den SMD nach [§ 275 Abs. 1c S. 2 SGB V](#) (a.F.), welche sich nur - wie hier - auf einen Krankenhausaufenthalt beziehe, die zur damaligen Zeit einschlägige sechswöchige Frist nach [§ 275 Abs. 1c S. 2 SGB V](#) (a.F.) durch diese Prüfungsanzeige auch bezüglich der Überprüfung des anderen Krankenhausaufenthalts gewahrt sei. Vielmehr stelle das BSG in seinem Urteil eindeutig klar, dass jeweils gesondert eine Prüfungsanzeige für jeden Krankenhausaufenthalt erfolgen müsse.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Regensburg vom 19. Januar 2015 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Zur Ergänzung des Sachverhalts wird auf den Inhalt der beigezogenen Akte der Beklagten, der Patientenakte sowie die Klage- und Berufungssakte hingewiesen.

---

**Entscheidungsgründe:**

Die form- und fristgerecht (§§ 143, 151 SGG) eingelegte Berufung der Beklagten ist zulässig, jedoch unbegründet. Aufgrund des vorliegenden Einverständnisses der Beteiligten kann der Senat ohne mündliche Verhandlung nach § 124 Abs. 2 SGG entscheiden. Die Leistungsklage nach § 54 Abs. 5 SGG ist begründet. Die Beklagte konnte gegen den von der Klägerin geltend gemachten Zahlungsanspruch nicht rechtmäßig mit einem öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch aufrechnen (§ 387 BGB analog). Gemäß § 153 Abs. 2 SGG verweist der Senat auf die Ausführungen des Sozialgerichts in dem angegriffenen Urteil. Ergänzend ist unter Berücksichtigung des Vorbringens der Beteiligten im Berufungsverfahren Folgendes auszuführen:  
Der Erstattungsanspruch setzt u.a. voraus, dass der Berechtigte im Rahmen eines öffentlich-rechtlichen Rechtsverhältnisses Leistungen ohne Rechtsgrund erbracht hat.

Die Vergütung für Krankenhausbehandlungen des Versicherten bemisst sich nach vertraglichen Fallpauschalen auf gesetzlicher Grundlage. Die Fallpauschalenvergütung für Krankenhausbehandlung Versicherter in zugelassenen Einrichtungen ergibt sich aus § 109 Abs. 4 S. 3 SGB V i.V.m. § 7 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) und § 17 b KHG. Der Anspruch wird auf Bundesebene durch Normsetzungsverträge (Fallpauschalenvereinbarungen) konkretisiert. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung gemeinsam vereinbaren nach § 9 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 KHEntgG mit der Deutschen Krankenkassengesellschaft als Vertragsparteien auf Bundesebene mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG einen Fallpauschalenkatalog einschließlich der Bewertungsrelationen sowie Regelungen zur Grenzverweildauer und der in Abhängigkeit von diesen zusätzlich zu zahlenden Entgelte oder vorzunehmenden Abschläge. Ferner vereinbaren sie insoweit Abrechnungsbestimmungen in den Fallpauschalenvereinbarungen auf der Grundlage des § 9 Abs. 1 S. 1 Nr. 3 KHEntgG.

Welche DRG-Position abzurechnen ist, ergibt sich rechtsverbindlich aus der Eingabe und Verarbeitung von Daten in einem automatischen Datenverarbeitungssystem, das auf einem zertifizierten Programm basiert. Die Anwendung der zwischen den Vertragspartnern auf Bundesebene beschlossenen Deutschen Kodierrichtlinien (DKR - hier Version 2009) und der Fallpauschalenabrechnungsbestimmungen einschließlich der OPS erfolgt eng am Wortlaut orientiert und unterstützt durch systematische Erwägungen; Bewertungen und Bewertungsrelationen bleiben außer Betracht. Nur dann kann eine Vergütungsregelung, die für die routinemäßige Abwicklung von zahlreichen Behandlungsfällen vorgesehen ist, ihren Zweck erfüllen. Da das DRG-basierte Vergütungssystem vom Gesetzgeber als jährlich weiter zu entwickelndes und damit lernendes System angelegt ist, sind bei zu Tage tretenden Unrichtigkeiten oder Fehlsteuerungen in erster Linie die Vertragsparteien berufen, diese mit Wirkung für die Zukunft zu beseitigen (st. Rspr. des BSG, vgl. Urteil vom 17.11.2015, [B 1 KR 41/14 R](#)). Nach Ansicht des BSG handelt es sich bei der konkreten Auslegung der DKR und Abrechnungsbestimmungen um eine rechtliche Prüfung (BSG, [B 1 KR 97/15 B](#) - juris Rn. 8).

Die Klägerin hat für die (zweite) stationäre Behandlung vom 28.11. bis 02.12.2009 eine entsprechende Groupierung durchgeführt und die DRG J67B (leichte bis moderate Hauterkrankung ohne CC oder Erkrankungen der Mamma außer bösartige Neubildung) zur Abrechnung gebracht (Schlussrechnung vom 14.12.2009).

Vorliegend ist streitig, ob die Klägerin hinsichtlich dieses zweiten stationären Aufenthalts vom 28.11. bis 02.12.2009 die Unterlagen hätte vorlegen müssen, damit eine von der Beklagten veranlasste Prüfung durch den SMD hätte durchgeführt werden können. Die Klägerin beruft sich insoweit aber zu Recht auf den Ablauf der sechswöchigen Frist nach § 275 Abs. 1 c S. 2 SGB V. Die Vorschrift des § 275 Abs. 1 c SGB V wurde mit Wirkung vom 01.04.2007 durch Art. 1 Nr. 185 GKV-WSG eingeführt, um eine zeitnahe Prüfung der Leistungspflicht der Krankenkasse durch Beauftragung des MDK bzw. des SMD innerhalb von sechs Wochen nach Eingang der Abrechnung zu gewährleisten. Auch nach der zum Zeitpunkt der stationären Behandlung (2009) und Einleitung der Prüfung geltenden Fassung des § 275 Abs. 1 c S. 2 SGB V galt somit bereits die Sechswochenfrist.

Es lag vorliegend auch eine sog. Auffälligkeitsprüfung vor, so dass - unabhängig von der hier streitigen Frage, ob die Unterscheidung zwischen Auffälligkeitsprüfungen und Prüfungen der sachlich-rechnerischen Richtigkeit (hierzu z.B.: BSG v. 23.06.2015, [BSGE 119, 141](#)) auch bereits für Fälle aus dem Jahre 2009 greift - § 275 Abs. 1 c S. 2 SGB V gilt. Das Vorliegen einer Auffälligkeitsprüfung ergibt sich aus dem Wortlaut der Prüfanzeige vom 06.01.2010, auf die sich die Beklagte bezieht, nach dem auf der Grundlage der übermittelten Behandlungsdaten die Dauer der Krankenhausbehandlung als nicht nachvollziehbar erschien. Darauf aufbauend erfolgte die zweite Prüfanzeige vom 11.03.2010.

Da § 275 Abs. 1 c S. 2 SGB V somit auf den vorliegenden Fall anwendbar ist, ist bezüglich des zweiten Krankenhausaufenthalts vom 28.11. bis 02.12.2009 die 6-Wochen-Frist des § 275 Abs. 1 c S. 2 SGB V nach Rechnungsstellung vom 14.12.2009 einzuhalten gewesen. Entgegen der Ansicht der Beklagten ist die Prüfanzeige für die gesamte Behandlung nicht aufgrund einer gesamtheitlichen Betrachtung (Fallzusammenführung) bezüglich des ersten und zweiten stationären Aufenthalts bereits durch die Anzeige vom 06.01.2010 in ausreichender Form erfolgt - unstreitig wurde allerdings die Frist hinsichtlich der Abrechnung des ersten Aufenthalts vom 23. bis 25.11.2009 nach Rechnungsstellung vom 11.12.2009 eingehalten.

Die Fallzusammenführung setzt nach § 2 Abs. 1 und Abs. 3 FPV 2007 jeweils voraus, dass ein Patient innerhalb der oberen Grenzverweildauer, bemessen nach der Zahl der Kalendertage ab dem Aufnahmedatum des ersten unter diese Vorschrift zur Zusammenfassung fallenden Krankenhausaufenthalts, wieder aufgenommen wird (BSG, Urt. v. 28.03.2017, [B 1 KR 3/16 R](#) - juris Rn. 14).

Mit seiner Entscheidung vom 23.06.2015 (BSG, [B 1 KR 23/14 R](#) - juris) - auf die sich auch die Beteiligten berufen - hat das BSG die vorangegangene Entscheidung des Landessozialgerichts Hamburg (Urt. v. 21.11.2013, [L 1 KR 28/13](#) - juris, vor allem Rn. 45) aufgehoben. Im Einzelnen hat das BSG zur hier streitigen Frage Folgendes ausgeführt:

"Der jeweils von der Krankenkasse erteilte Prüfauftrag bestimmt, ob es um eine oder mehrere Abrechnungsprüfungen im engeren Sinne geht. Das folgt aus der sich im Gesetzeswortlaut widerspiegelnden Normstruktur (...), dem Regelungssystem (...) und dem Regelungszweck in Einklang mit der Entstehungsgeschichte (...)." (BSG, a.a.O., juris Rn. 14).

Weiter führt das BSG zur Auslegung, ob ein oder mehrere Prüfaufträge vorliegen, aus:

"Die Beklagte erteilte dem MDK lediglich einen einzigen Prüfauftrag iS von § 275 Abs. 1c SGB V. Ob eine Krankenkasse einen oder mehrere Prüfaufträge mit dem Ziel der Abrechnungsminderung erteilt, bemisst sich nach den allgemeinen Grundsätzen über die Auslegung von Willenserklärungen (§ 69 S. 4 SGB V iF durch Art 1 Nr 40a GKV-WSG vom 26.3.2007, [BGBl I 378](#))" - (BSG, a.a.O., juris Rn. 18).

Und zum Beginn der Frist bei einer Fallzusammenführung:

"§ 275 Abs. 1 c S. 2 SGB V sieht zudem die Einleitung der Prüfung einer Abrechnung nur innerhalb der Ausschlussfrist von sechs Wochen nach deren Eingang bei der Krankenkasse vor. Bei Überprüfung unterbliebener Fallzusammenführung sind mindestens zwei Abrechnungen betroffen, wobei die Frist erst bei Eingang der zweiten Abrechnung zu laufen beginnen kann. Andernfalls würden - ausgehend von der Rechtsauffassung des LSG - für die Einleitung des Prüfauftrags je nach Eingang der jeweiligen Abrechnung unterschiedliche Fristen gelten, obwohl nur ein einheitlicher Prüfauftrag mit einer Fragestellung erteilt wird. Dies hätte zur Konsequenz, dass für die zweite Abrechnung regelmäßig die Sechs-Wochen-Frist nicht ausgeschöpft werden könnte, um die Frist für die erste Abrechnung noch einhalten zu können. Ggf wäre die Frist zur Prüfung der ersten Abrechnung bei Eingang der zweiten Abrechnung sogar schon ganz abgelaufen. Damit würde kein Anreiz geschaffen, Einzelfallprüfungen zielorientierter und zügiger einzusetzen, sondern eine im Interesse des Wirtschaftlichkeitsgebots gebotene Prüfung ausgeschlossen." (BSG, a.a.O., juris Rn. 22).

Somit beginnt die Frist bei der Überprüfung unterbliebener Fallzusammenführung erst bei Eingang der zweiten Abrechnung zu laufen. Dies bedeutet:

a) Lag kein Fall einer Fallzusammenführung vor, sind stets beide Vorgänge getrennt zu betrachten: Hinsichtlich der zweiten stationären Behandlung war die Frist des § 275 Abs. 1 c S. 2 SGB V zum Zeitpunkt der Prüfanzeige vom 11.03.2010 bereits abgelaufen, da die Schlussrechnung vom 14.12.2009 stammte und die Anzeige der Prüfung erstmalig am 11.03.2010 erfolgte. Soweit die Beklagte nicht mehr von einer Fallzusammenführung ausgegangen sein sollte, ist die weitere Prüfanzeige vom 27.08.2010 nachvollziehbar die sich wiederum nur auf den zweiten Krankenhausaufenthalt vom 28.11. bis 02.12.2009 bezog. Hierfür war die Frist des § 275 Abs. 1 c S. 2 SGB V aber bei Weitem abgelaufen.

b) Kommt ein Fall einer Fallzusammenführung in Betracht bzw. ist eine diesbezügliche Überprüfung vorgesehen, beginnt die Sechswochenfrist gemäß der o.g. Entscheidung des BSG erst bei Eingang der zweiten Abrechnung, also der Rechnung vom 14.12.2009, übermittelt am 16.12.2009, zu laufen. Hierauf bezieht sich offensichtlich die Beklagte im Berufungsverfahren.

Diese Fallkonstellation liegt aber vorliegend nicht unmittelbar vor, da die Prüfanzeige vom 06.01.2010 zwar innerhalb der Sechswochenfrist nach der zweiten Schlussrechnung vom 14.12.2009 erfolgte, diese sich jedoch nur auf den ersten stationären Krankenhausaufenthalt bezog, nicht (auch) auf jenen zweiten. Das Schreiben der Beklagten vom 02.03.2010, das beide Krankenhausaufenthalte betraf, lag dann bereits deutlich über der 6-Wochen-Frist, ebenso die Anzeige des SMD-Verfahrens gemäß § 275 SGB V vom 11.03.2010 bezüglich der Abrechnung beider stationärer Aufenthalte.

Eine gebotene Auslegung der Anzeige vom 06.01.2010 ergibt, dass sich der Wortlaut der Bezugnahme eindeutig nur auf den stationären Aufenthalt "vom 23.11.2009 bis 25.11.2009 - Aufnahme-Nr. 00..." bezieht. Zu diesem Zeitpunkt lagen der Beklagten aber bereits beide Schlussrechnungen vor. Auch der Dokumentationsbogen DRG vom 06.01.2010 betraf wohl nur diesen Aufenthalt. Allerdings wurden handschriftlich hierauf Hinweise auf eine "evtl. Fallzusammenführung 2 Aufenthalte 28.11.2009 bis 02.12.2009" angebracht - eine Datumsangabe über den Vermerk findet sich in der Akte nicht. Jedenfalls fehlen diese Hinweise in der Anzeige an die Klägerin vom 06.01.2010 in Gänze.

Erst das Schreiben der Beklagten vom 02.03.2010 und die Anzeige des Prüfauftrags vom 11.03.2010 beziehen sich auf eine Zusammenfassung beider stationärer Behandlungen zu einem Gesamtfall.

Bereits die Auslegung ergibt daher, dass die Frist des § 275 Abs. 1 c S. 2 SGB V allein durch die Anzeige vom 06.01.2010 nicht eingehalten wurde und die Anzeige vom 02.03.2010 verfristet ist.

c) Soweit die Beklagte im Termin zur mündlichen Verhandlung vor dem Sozialgericht die allgemeine damalige Praxis bestätigte, sobald eine Fallzusammenführung in Betracht kommt, bei einer zweiten Rechnung immer auf den Prüfauftrag der ersten Rechnung abzustellen, ohne auf eine erneute sechswöchige Frist zu achten, entspricht diese Praxis nicht der Ansicht des BSG, wonach die Frist erst bei Eingang der zweiten Abrechnung zu laufen beginnt.

Neben dem Wortlaut der Regelung ist auf den Zweck der Regelung abzustellen. Maßgeblich stellt das BSG bei seiner Auffassung darauf ab, dass ein Anreiz geschaffen wird, Einzelfallprüfungen zielorientierter und zügiger einzusetzen; es soll eine im Interesse des Wirtschaftlichkeitsgebots gebotene Prüfung gewährleistet werden. Dabei sind nach Ansicht des Senats aber die Interessen beider Beteiligten zu berücksichtigen, also auch die der Klägerin an einer zeitnahen Überprüfung und Eintritt von Rechtssicherheit.

Da somit hinsichtlich der zweiten stationären Behandlung und der Frage, ob eine Fallzusammenführung anzunehmen ist, in Bezug auf die Sechswochenfrist des § 275 Abs. 1 c S. 2 SGB V auf die Übermittlung der Rechnung vom 14.12.2009 abzustellen ist und die Frist am 11.03.2010 somit abgelaufen war, war die Klägerin berechtigt, hierzu keine Unterlagen vorzulegen. Ob ein Fall der Fallzusammenführung vorlag, ist damit nicht beweisbar. Da jedenfalls eine Auffälligkeitsprüfung vorlag, greift wegen Verfristung der Prüfanzeige ein Beweisverwertungsverbot bezüglich der vorliegenden Patientenakte (BSG, Urt. v. 01.07.2014, BSGE 116, 165 ff - juris).

Die Beklagte durfte daher nicht mit der streitigen Forderung aufrechnen. Die Berufung war daher zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung folgt aus § 197 a Abs. 1 Satz 1 SGG i.V.m. § 154 Abs. 1 Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).

Gründe für die Zulassung der Revision nach § 160 Abs. 2 SGG liegen nicht vor.

Die Festsetzung des Streitwerts beruht auf § 197 a Abs. 1 i.V.m. § 52 Abs. 1 und 3 Gerichtskostengesetz (GKG). Der Streitwert ist bezifferbar im Sinne des § 52 Abs. 3 S. 1 GKG und mit 1.726,72 EUR festzusetzen.

Rechtskraft  
Aus  
Saved  
2021-12-21