

S 13 KN 33/11 KR

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
SG Aachen (NRW)
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
13
1. Instanz
SG Aachen (NRW)
Aktenzeichen
S 13 KN 33/11 KR
Datum
30.08.2011
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 5 KR 519/11
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-

Kategorie
Urteil

Die Beklagte wird verurteilt, der Klägerin 300,00 EUR nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz ab 28.01.2011 zu zahlen. Die Kosten des Verfahrens trägt die Beklagte. Der Streitwert wird auf 300,00 EUR festgesetzt. Die Berufung wird zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über einen Anspruch der Klägerin auf eine Aufwandspauschale gemäß [§ 275 Abs. 1c S. 3](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) in Höhe von 300,00 EUR.

Die Klägerin betreibt ein zugelassenes Krankenhaus. Dort wurde vom 11.07. bis 13.07.2010 ein bei der Beklagten versicherter Patient stationär behandelt. Mit Rechnung vom 11.08.2010, die am selben Tag bei der Beklagten einging, forderte die Klägerin für die Behandlung des Versicherten die Zahlung von 1.646,00 EUR; Grundlage des Rechnungsbetrages war u.a. die DRG-Abrechnungsziffer F62C. Die Klägerin übermittelte in diesem Zusammenhang auch die in [§ 301 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) aufgelisteten Daten.

Die Beklagte leitete die Rechnung an ihren Sozialmedizinischen Dienst (SMD) zu einer (ersten) Prüfung weiter. In einer "SMD-Erstbeurteilung" vermerkte Dr. Sauerwein (SMD-Bergheim) am 23.08.2010 u.a.: "1 Tag?" (Bl. 15 der Verwaltungsakte). Daraufhin teilte die Beklagte der Klägerin mit Schreiben vom 24.08.2010 mit, dass aufgrund der übermittelten Behandlungsdaten die Dauer der Krankenhausbehandlung nicht nachvollziehbar sei, es sei eine um einen Tag kürzere Verweildauer ermittelt und deshalb die Zahlung eines gekürzten Betrages in Höhe von 866,42 EUR veranlasst worden. Desweiteren bat die Beklagte in dem Schreiben um Übersendung eines Kurzberichtes bis spätestens 08.09.2010. Mit weiterem Schreiben vom 20.09.2010 teilte die Beklagte der Klägerin mit, dass sie, da der fristgemäße Eingang des erbetenen Kurzberichtes nicht habe festgestellt werden können, "das SMD-Verfahren gemäß [§ 275 SGB V](#) eingeleitet" habe. Sodann teilte die Beklagte der Klägerin mit Schreiben vom 12.10.2010 mit, dass die Prüfung ergeben habe, dass die Abrechnung zu Recht erfolgt sei; die Nachzahlung des bisher strittigen Betrages sei veranlasst worden.

Mit Rechnung vom 19.10.2010 forderte die Klägerin von der Beklagten eine Aufwandspauschale in Höhe von 300,00 EUR. Mit Schreiben vom 26.10. und 29.12.2010 lehnte die Beklagte die Zahlung der Aufwandspauschale mit wechselnder Begründung ab. Im ersten Schreiben erklärte sie, bei dem zu beurteilendem Einzelfall habe es sich um ein Verwaltungsverfahren gehandelt, ohne dass ein Prüfverfahren gemäß [§ 275 Abs. 1 SGB V](#) eingeleitet worden sei. In dem zweiten Schreiben erklärte sie, es sei zwar ein Prüfverfahren gemäß [§ 275 SGB V](#) eingeleitet worden, jedoch nur, "damit die Prüffrist gewahrt wurde"; weiter führte die Beklagte in dem Schreiben vom 29.12.2010 aus: "Da der Kurzbericht nicht innerhalb der Frist eingesandt wurde und ihre Mandantschaft somit ihren Wirkungspflichten im Rahmen des Überprüfungsverfahrens nicht nachgekommen ist, konnte das Verwaltungsverfahren nicht durchgeführt werden. Es musste das Prüfverfahren gemäß [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) eingeleitet werden."

Am 28.01.2011 hat die Klägerin Klage auf Zahlung der Aufwandspauschale erhoben. Sie hält die Voraussetzungen der entsprechenden Anspruchsgrundlage für erfüllt. Die Aufwandspauschale entstehe nach Einleitung des Prüfverfahrens nach [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) und Bestätigung des Abrechnungsbetrages. Die Anforderung eines Kurzberichtes gemäß [§ 2 Abs. 1](#) des Nordrheinwestfälischen Landesvertrages gemäß [§ 112 Abs. 2 Nr. 2 SGB V](#) - Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung - (KÜV) sei davon unabhängig; [§ 2 Abs. 2 Satz 4 KÜV](#) stelle ausdrücklich klar, dass die [§§ 275 ff SGB V](#) von einer Überprüfung nach [§ 2 Abs. 1 KÜV](#) unberührt blieben. Weder das Gesetz noch der KÜV bestimme für die Vorlage eines Kurzberichtes nach Anlage 1 des KÜV eine Frist; im Hinblick darauf sei die Auffassung der Beklagten, die Klägerin habe gegen den KÜV verstoßen, weil sie nicht fristgemäß den Kurzbericht zugesandt habe, falsch. Es sei ihr - der Klägerin - aufgrund der erheblichen Zahl der pauschalen Anforderung von Kurzberichten durch die Beklagten auch im Rahmen

der kurzen Frist, die diese einseitig gesetzt habe, nicht möglich gewesen, den Kurzbericht zu erstellen. Die Klägerin ist der Auffassung, dass die Beklagte auch gar nicht befugt gewesen sei, einen Kurzbericht anzufordern. Sie verweist auf die Entscheidung des Bundessozialgerichts (BSG) vom 22.04.2009 ([B 3 KR 24/07 R](#)), wonach ein Kurzbericht, der inhaltlich nicht über die Daten des [§ 301 Abs. 1 SGB V](#) hinausgehe, nach dem Landesvertrag nur in begründeten Einzelfällen angefordert werden könne. Eine Regelanfrage sei nach der Rechtsprechung des BSG unzulässig. Nach Ansicht der Klägerin fordere die Beklagte aber regelmäßig Kurzberichte ein; allein in den ersten zwei Monaten des Jahres 2011 habe sie in 17,02 % der Abrechnungsfälle, im davorliegenden vierten Quartal des Jahres 2010 in 20,9 % der Abrechnungsfälle einen Kurzbericht angefordert.

Die Klägerin beantragt, die Beklagte zu verurteilen, ihr 300,00 EUR nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz ab 28.01.2011 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt, die Klage abzuweisen.

Sie meint, die Klägerin habe gegen den KÜV verstoßen, indem sie innerhalb der gesetzten Frist den angeforderten Kurzbericht verweigert bzw. keine Fristverlängerung beantragt habe. Ausschließlich um die Frist gemäß [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) nicht verstreichen zu lassen, habe die Beklagte rein formal das Verfahren gemäß [§ 275 SGB V](#) eingeleitet. Es habe sich vorliegend nicht um eine Regelanfrage gehandelt, sondern um eine Einzelfallanfrage, weil anhand der übermittelten Daten die Krankenhausbehandlungsdauer nicht nachvollziehbar gewesen sei. Die Beklagte ist der Auffassung, es gehe vorliegend nicht darum, ob die Tatbestandsmerkmale des [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) formal erfüllt seien, sondern darum, ob die Klägerin sich nach Treu und Glauben "wegen ihres vertragswidrigen Verhaltens" auf diese formalen Voraussetzungen berufen dürfe; hätte sie eine Fristverlängerung beantragt, wäre ihr diese sicher auch gewährt worden; da sich die Klägerin vertragswidrig verhalten habe, könne sie die Aufwandspauschale nicht beanspruchen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der zwischen den Beteiligten gewechselten Schriftsätze und den sonstigen Inhalt der Gerichtsakte sowie der beigezogenen Verwaltungsakte der Beklagten, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Klage ist zulässig und begründet.

Die Klägerin hat Anspruch auf Zahlung der Aufwandspauschale gemäß [§ 275 Abs. 1c S. 3 SGB V](#) in Höhe von 300,00 EUR.

Gemäß [§ 275 Abs. 1 Satz 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 Krankheitsfall erforderlich ist, verpflichtet, bei Erbringung von Leistungen, insbesondere zur Prüfung von Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistungen, sowie bei Auffälligkeiten zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung eine gutachtliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (Medizinischer Dienst) einzuholen. Die Aufgabe des Medizinischen Dienstes nimmt für die Krankenversicherung der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See – die Beklagte – deren Sozialmedizinischer Dienst – SMD – wahr ([§ 283 S. 3 SGB V](#)). [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) bestimmt, dass bei Krankenhausbehandlung nach [§ 39](#) eine Prüfung nach Abs. 1 Nr. 1 zeitnah durchzuführen ist (Satz 1); die Prüfung ist spätestens sechs Wochen nach Eingang der Abrechnung bei der Krankenkasse einzuleiten und durch den Medizinischen Dienst dem Krankenhaus anzuzeigen (Satz 2); falls die Prüfung nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages führt, hat die Krankenkasse dem Krankenhaus eine Aufwandspauschale in Höhe von 300,00 EUR zu entrichten (Satz 3). Diese Voraussetzungen sind im hier streitigen Abrechnungsfall erfüllt.

Die Beklagte hat nicht erst – wie sie es darzustellen versucht – nach fruchtlosem Ablauf der von ihr mit Schreiben vom 24.08.2010 zur Vorlage eines Kurzberichtes bis 08.09.2010 gesetzten Frist, sondern schon vorher, kurz nach Erhalt der Rechnung vom 11.08.2010, das Prüfverfahren gemäß [§ 275 Abs. 1 S. 1 Nr. 1](#) i.V.m. Abs. 1c S. 1 SGB V eingeleitet. Dies erschließt sich aus dem Inhalt der den streitigen Abrechnungsvorgang betreffenden Verwaltungsakte (VA) der Beklagten. Die Rechnung vom 11.08.2010 ging ausweislich des EDV-Ausdrucks Bl. 4 VA am selben Tag bei der Beklagten ein; die Rechnung wurde offenbar – wie auch die Daten nach [§ 301 Abs. 1 S. 1 SGB V](#) – im Wege elektronischer Datenübertragung übermittelt. Ausweislich des "Dokumentationsbogen DRG-Rechnungsprüfung" des Krankenhaus-Leistungszentrums Moers vom 19.08.2010 wurde die Rechnung überprüft, und zwar nicht nur durch die zuständige Sachbearbeitung (SB), sondern auch durch den SMD. Dieser gab am 23.08.2010 eine Erstbeurteilung ab, in der er die Verweildauer in Frage stellte ("1 Tag?"). Bereits dies führte zur Kürzung des Rechnungsbetrages auf 866,42 EUR; nur dieser Betrag wurde ausweislich des EDV-Ausdrucks Blatt 10 VA am 24.08.2010 zur Zahlung angewiesen. Das Ergebnis dieser Prüfung und die Rechnungskürzung teilte die Beklagte der Klägerin mit Schreiben vom 24.08.2010 mit. Dass sie zugleich noch einen Kurzbericht anforderte, um die Abrechnung (genauer) zu überprüfen, bedeutet nicht, dass die Prüfung nach [§ 275 Abs. 1c S. 1 SGB V](#) zu diesem Zeitpunkt noch nicht eingeleitet war. Auch dass die Beklagte die Einleitung des Prüfverfahrens ausdrücklich erst durch das Schreiben vom 20.09.2010 anzeigte, wie dies [§ 275 Abs. 1c S. 2 SGB V](#) vorschreibt, bedeutet nicht, dass sie das SMD-Prüfverfahren erst zu diesem Zeitpunkt eingeleitet hat, weil "ein fristgemäßer Eingang" des Kurzberichtes noch nicht festgestellt werden konnte. Vielmehr enthält das Schreiben vom 20.09.2010 die – reichlich späte – Anzeige des bereits im August 2010 eingeleiteten SMD-Prüfverfahrens nach [§ 275 Abs. 1c S. 1 SGB V](#).

Allerdings ist im Rahmen der Überprüfung einer Krankenhausabrechnung zwischen dem vertraglichen Prüfverfahren nach dem KÜV und dem gesetzlichen Prüfverfahren nach [§ 275 SGB V](#) zu differenzieren. Gemäß [§ 2 Abs. 1 S. 1 KÜV](#) obliegt der Krankenkasse die Überprüfung der leistungsrechtlichen Voraussetzungen der stationären Krankenhausbehandlung. Diese vertragliche Vereinbarung der Beteiligten und die gesetzliche Vorschrift des [§ 275 SGB V](#) sehen eine – ordnungsgemäße – Prüfung der Krankenhausabrechnung in folgender Weise vor: - auf der ersten Stufe der Sachverhaltsermittlung folgt eine Prüfung der Krankenhausrechnung durch die Abrechnungsstelle der Krankenkasse aufgrund der Angaben des Krankenhauses nach [§ 301 SGB V](#). Besteht aus Sicht der Krankenkasse in Einzelfällen Anlass, die Notwendigkeit und Dauer der stationären Behandlung zu überprüfen, so kann die Krankenkasse vor Beauftragung des Medizinischen Dienstes unter Angabe des Überprüfungsanlasses eine Stellungnahme des Krankenhauses zu einzelnen Behandlungsfällen anfordern ([§ 2 Abs. 1 S. 2 KÜV](#)). Das Krankenhaus erläutert die Notwendigkeit der stationären Behandlung in einem Kurzbericht nach Muster der Anlage 1 ([§ 2 Abs. 1 S. 3 KÜV](#)). - 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 Kurzberichtes nicht

selbst, ist auf der zweiten Stufe der Sachverhaltserhebung ein Prüfverfahren nach [§ 275 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 SGB V](#) einzuleiten (BSG, Urteil vom 22.04.2009 – [B 3 KR 24/07 R](#), Rz. 18; vgl. auch § 2 Abs. 1 S. 4 und 5 KÜV).

Dieses Verfahren hat die Beklagte ersichtlich nicht eingehalten. Sie hat am 24.08.2010 entgegen der Vorgabe des § 2 Abs. 1 S. 2 KÜV einen Kurzbericht nicht vor Beauftragung des Medizinischen Dienstes, sondern nach dessen Einschaltung und aufgrund von dessen Erstbeurteilung vom 23.08.2010 bei der Klägerin angefordert. Sie hat durch das Schreiben vom 24.08.2010 den Eindruck erweckt, noch im vorgeschalteten Prüfverfahren nach § 2 Abs. 1 S. 2 und 3 KÜV zu sein, obwohl sie den SMD bereits mit der Prüfung der Krankenhausrechnung befasst hatte. Die Aufgaben der Medizinischen Dienste – MDK oder SMD – sind in [§ 275 SGB V](#) klar definiert. Sobald der MDK/SMD mit der Prüfung einer Krankenhausabrechnung beauftragt wird, ist er nach [§ 275 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 SGB V](#) tätig und ist deshalb mit dem Prüfauftrag das Verfahren nach [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) eingeleitet. Dies war im vorliegenden Fall bereits bis 23.08.2010 und unabhängig von der späteren Anforderung des Kurzberichtes der Fall gewesen.

Allein aus dem Umstand, dass die Klägerin innerhalb der von der Beklagten im Schreiben vom 24.08.2010 gesetzten Zwei-Wochen-Frist den Kurzbericht nicht übersandt hat, kann – entgegen der Auffassung der Beklagten – nicht die Notwendigkeit hergeleitet werden – "rein formal das Verfahren gemäß [§ 275 SGB V](#)" einleiten zu müssen, "ausschließlich um die Frist gemäß [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) nicht verstreichen zu lassen". Denn das Verfahren war – wie dargelegt – bereits innerhalb der Sechs-Wochen-Frist des [§ 275 Abs. 1c S. 1 SGB V](#) zeitnah eingeleitet worden. Auch war die Nichtübersendung des Kurzberichtes innerhalb der gesetzten Frist nicht "vertragswidrig"; denn der KÜV kennt keine Frist zur Übersendung des Kurzberichtes. Und allein die Nichteinhaltung einer einseitig von einem Vertragspartner gesetzten Frist beinhaltet kein vertragswidriges Verhalten des anderen Vertragspartners.

Nach § 2 Abs. 1 S. 2 KÜV besteht zwar grundsätzlich eine Pflicht des Krankenhauses zur Vorlage eines Kurzberichtes, jedoch ist zur Vorlage keine Frist vorgegeben und wird der Kurzbericht (nur) vor Beauftragung des Medizinischen Dienstes angefordert. Nur im Rahmen einer nach diesen Voraussetzungen ordnungsgemäß eingeleiteten Prüfung besteht für die Krankenkasse die Pflicht zur Erteilung des Kurzberichtes (BSG, Urteil vom 22.04.2009 – [B 3 KR 24/07 R](#)). Verletzt das Krankenhaus diese oder eine ähnliche – vertraglich oder gesetzlich (vgl. [§ 100 Abs. 1 S. 1](#) und 3 SGB X) bestehende – Mitwirkungspflicht, so kann die Krankenkasse im Hinblick auf den Grundsatz von Treu und Glauben der Geltendmachung der Aufwandspauschale den Einwand unzulässiger Rechtsausübung entgegen halten, da in diesem Fall das Krankenhaus selbst die Gründe für die Einleitung eines Prüfverfahrens gemäß [§ 275 SGB V](#) gesetzt hat (vgl. dazu BSG, Urteil vom 22.06.2010 – [B 1 KR 1/10 R](#), Rz. 18 bis 21). Mit diesem Einwand ist aber eine Krankenkasse ausgeschlossen die – wie aufgezeigt im vorliegenden Fall und möglicherweise in zahlreichen anderen Fällen die Beklagte – sich selbst nicht vertragskonform, wenn nicht gar vertragswidrig verhält.

Der Zinsanspruch ist gemäß [§ 69 Abs. 1 S. 2](#) und 3 SGB V i.V.m. [§§ 291, 288 Abs. 1 BGB](#) begründet. Danach ist eine Geldschuld vom dem Eintritt der Rechtshängigkeit (hier: 28.01.2011) zu verzinsen. Der Verzugszinssatz beträgt für das Jahr 5 Prozentpunkte über dem Basiszinssatz.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs. 1 S. 1 SGG](#) i.V.m. [§§ 154 Abs. 1, 161 Abs. 1, 162 Abs. 1](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).

Die Streitwertfestsetzung beruht auf [§ 197a Abs. 1 S. 1 SGG](#) i.V.m. [§§ 63 Abs. 2 S. 1, 52 Abs. 1](#) und 3 Gerichtskostengesetz (GKG).

Die Kammer hat die grundsätzlich im Hinblick auf den Beschwerdewert gemäß [§ 144 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 SGG](#) unzulässige Berufung zugelassen, weil sie der Rechtssache grundsätzliche Bedeutung beimisst ([§ 144 Abs. 2 Nr. 1 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2011-10-11