

Sozialgericht Wiesbaden
Az: S 18 KR 526/15



Im Namen des Volkes

Gerichtsbescheid

In dem Rechtsstreit

Kläger,

Prozessbevollm.: Rechtsanwalt Friedrich W. Mohr
c/o Krankenhausgesellschaft Rheinland-Pfalz e.V.,
Bauergasse 7, 55116 Mainz

gegen

Beklagte,

hat die 18. Kammer des Sozialgerichts Wiesbaden ohne mündliche Verhandlung am 24. Juni 2019 durch den Vorsitzenden, Richter am Sozialgericht Ruth, für Recht erkannt:

Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin 300,00 € nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz hieraus seit Rechtshängigkeit zu zahlen.

Die Beklagte hat die Kosten des Rechtsstreites zu tragen.

- 2 -

Tatbestand

Die Beteiligten streiten über eine Aufwandpauschale i. S. d. § 275 Abs. 1c S. 3 SGB V.

Die Klägerin ist Trägerin des

Die bei der Beklagten gesetzlich krankenversicherte . befand sich in der Zeit vom 05.08. bis 07.08.2013 in der Klinik der Klägerin zur vollstationären Behandlung.

Mit Rechnung vom 04.11.2013 bezifferte die Klägerin die Behandlungskosten in Höhe von 1.675,97 €. Die Abrechnung erfolgte unter Zugrundelegung der Fallpauschale DRG (Diagnosis Related Group) F73Z (Synkope und Kollaps).

Ausweislich ihres Schriftsatzes vom 9.2.2016 sah sich die Beklagte veranlasst, den Behandlungsfall vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) überprüfen zu lassen. Die Datenlage nach § 301 SGB V sei im Zusammenhang mit der Verweildauer bzw. der Frage, ob stationäre Krankenhausbehandlungsnotwendigkeit vorgelegen habe, als unvollständig und fehlerhaft angezweifelt worden, da keine Plausibilität erkennbar gewesen sei.

Die Beklagte hat daraufhin den medizinischen Dienst der Krankenversicherung mit der Überprüfung der Abrechnung unter folgenden Fragestellungen beauftragt:

- Bestand die medizinische Notwendigkeit der Aufnahme in ein Krankenhaus zur vollstationären Behandlung?
- War die Überschreitung der unteren Grenzverweildauer bzw. das Erreichen der unteren Grenze Verweildauer medizinisch begründet?

Mit Gutachten vom 9.5.2014 kam der MDK zu dem Ergebnis, dass eine medizinische Notwendigkeit der Aufnahme in ein Krankenhaus zur vollstationären Behandlung bestand. Die Überschreitung der unteren Grenzverweildauer sei jedoch medizinisch nicht begründet gewesen sei. Die Diagnostik hätte gestrafft werden können.

Auf ein Widerspruchsschreiben der Klägerin vom 17.7.2014 hat der MDK in einem weiteren Gutachten vom 24. 9. 2014 festgestellt, dass die Verweildauer aufgrund der Argumentation/Belege des Widerspruchsschreibens der Klägerin komplett nachvollzogen werden könne. Die Klinik habe in dem Widerspruchsschreiben nachvollziehbar dargelegt, dass die stationäre Aufnahme des Patienten notfallmäßig wegen unklarer Bewusstlosigkeit erfolgt sei.

- 3 -

- 3 -

Daraufhin hat die Klägerin der Beklagten mit Rechnung vom 15.1.2015 eine Aufwands-
pauschale im Sinne des §§ 275 Abs. 1 Buchst. c S. 3 SGB V i.H.v. 300 € in Rechnung
gestellt. Die Beklagte hat die Rechnung ohne Angabe von Gründen nicht beglichen. Da-
raufhin hat der Prozessbevollmächtigte der Klägerin die Beklagte mit Schreiben vom
21.9.2015 letztmals aufgefordert den offenen Betrag i.H.v. 300 € bis zum 7.10.2015 an
die Klägerin zu überweisen. Dies ist nicht geschehen.

Die Klägerin hat am 30. 11. 2015 Klage erhoben.

Die Klägerin beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin 300 € nebst Zinsen i.H.v. 5 Prozent-
punkten über dem jeweiligen Basiszinssatz hieraus seit Rechtshängigkeit zu zah-
len.

Die Beklagte beantragt,

Die Klage abzuweisen.

Die Klägerin habe keinen Anspruch auf eine Aufwandspauschale. Die Abrechnung der
Klägerin sei unvollständig bzw. fehlerhaft gewesen und habe keine Plausibilität erkennen
lassen.

Die Klägerin habe erst mit ihrem Widerspruchsschreiben dargelegt, dass die stationäre
Aufnahme der Patientin wegen unklarer Bewusstlosigkeit notfallmäßig erfolgt sei. Eine
Notfallaufnahme sei von der Klägerin allerdings im Rahmen der Daten nach § 301 SGB V
nicht übermittelt worden. Stattdessen habe die Klägerin als Aufnahmegrund „0101-
Krankenhausbehandlung, vollstationär – Normalfall“ angegeben. Hätte die Klägerin die
Daten korrekt und vollständig an die Beklagte übermittelt, wäre die Begutachtung durch
den medizinischen Dienst der Krankenversicherung unterblieben.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die Gerichtsakte
und die von der Beklagten in das Verfahren eingeführten Verwaltungsunterlagen Bezug
genommen.

- 4 -

- 4 -

Entscheidungsgründe

Gemäß § 105 Abs. 1 SGG kann das Gericht nach Anhörung der Beteiligten ohne mündliche Verhandlung durch Gerichtsbescheid entscheiden, weil die Sache keine besonderen Schwierigkeiten tatsächlicher oder rechtlicher Art aufweist und der Sachverhalt geklärt ist.

Die Klage ist nach § 54 Abs. 5 SGG zulässig, denn bei einer auf Zahlung einer Aufwandspauschale nach der Prüfung einer Krankenhausbehandlung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen gerichteten Klage eines Krankenhausträgers gegen eine Krankenkasse handelt es sich um einen sogenannten Parteienstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt (BSGE 90, 1 ff.). Es ist demnach weder ein Vorverfahren durchzuführen noch eine Klagefrist zu beachten.

Die Klage ist begründet.

Rechtsgrundlage des geltend gemachten Anspruchs der Klägerin auf eine Aufwandspauschale ist § 275 Abs. 1c Satz 3 SGB V.

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 (MDK) einzuholen. Gemäß § 275 Abs. 1 c, S. 1 SGB V ist die Prüfung bei einer Krankenhausbehandlung zeitnah durchzuführen. Die Prüfung ist spätestens 6 Wochen nach Eingang der Abrechnung bei der Krankenkasse einzuleiten und durch den medizinischen Dienst dem Krankenhaus anzuzeigen (§ 275 Abs. 1 c S. 2 SGB V). Nach § 275 Abs. 1 c Satz 3 SGB V hat die Krankenkasse dem Krankenhaus eine Aufwandspauschale in Höhe von 300 Euro zu zahlen, falls die Prüfung nicht zu einer Minderung des Rechnungsbetrages führt.

Voraussetzung für einen Anspruch auf die Aufwandspauschale ist zum einen, dass eine Prüfung der Krankenkasse im Sinne des § 275 SGB V stattgefunden hat und zum anderen, dass dem Krankenhaus durch die Prüfung ein zusätzlicher Aufwand entstanden ist (BSG, Urteil vom 22.06.2010 – B 1 KR 1/10 R).

Beide Voraussetzungen sind vorliegend erfüllt. Die Beklagte hat mit den Fragen nach der Erforderlichkeit der Aufnahme in ein Krankenhaus zur vollstationären Behandlung sowie der Verweildauer eine Auffälligkeitsprüfung i. S. d. § 275 SGB V und keine Prüfung der

- 5 -

- 5 -

sachlich-rechtlichen Richtigkeit der Rechnung i. S. d. Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (vgl. BSG, Urteil vom 25.10.2016 – B 1 KR 22/16 R) eingeleitet. Der Klägerin ist durch Übersendung der seitens des MDK angeforderten Unterlagen auch ein Aufwand entstanden.

Weitere Anspruchsvoraussetzung für eine Aufwandspauschale ist, dass die Prüfung nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages geführt hat. Die Beklagte hat die streitgegenständliche Rechnung der Klägerin vollständig bezahlt, nachdem der MDK in seinem Gutachten vom 24.09.2014 ausgeführt hatte, dass die vollstationäre Behandlung dem Grunde nach und hinsichtlich der Verweildauer nachvollziehbar sei.

Der Anspruch der Klägerin auf die Aufwandspauschale scheidet aufgrund des eindeutigen Wortlautes des § 275 SGB V auch nicht deswegen aus, weil die Beklagte durch unzutreffende oder unvollständige Angaben der Klägerin im Verfahren nach § 301 SGB V veranlasst worden wäre, das Prüfverfahren nach § 275 Abs. 1c SGB V unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes einzuleiten. Die Vorschrift des § 275 SGB V enthält über die oben genannten positiven tatbestandlichen Voraussetzungen für die Gewährung einer Aufwandspauschale keine Ausschlussstatbestände, die bei fehlerhaften oder fehlenden Angaben des Krankenhauses die Gewährung einer Aufwandspauschale versagen (vgl. SG Mainz, Urteil vom 14.06.2013 – S 17 KR 58/12; a.A. BSG, Urteil vom 22.06.2010 – B 1 KR 1/10 R).

Eine über den Wortlaut des § 275 Abs. 1 c, S. 3 SGB V hinausgehende historische, teleologische oder systematische Auslegung der Vorschrift zugunsten der Krankenkasse ist auch nicht geboten.

Die Aufwandspauschale im Sinne des § 275 Abs. 1 Buchst. c SGB V muss im Kontext der Fälligkeit der zu prüfenden Abrechnung im Rahmen der wechselseitigen Auskunft-, Prüf- und Mitwirkungspflichten zwischen Krankenhäusern, Krankenkassen und dem MDK gesehen werden, die nach der ständigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts auf 3 Ebenen bestehen:

Auf der ersten Stufe ist das Krankenhaus bei Krankenhausbehandlung verpflichtet, gemäß § 301 Abs. 1 SGB V die wesentlichen Aufnahme- und Behandlungsdaten der Krankenkasse zu übermitteln. Dazu gehören nach § 301 Abs. 1 S. 1 Nr. 3 SGB V auch Angaben zu dem „Grund der Aufnahme“.

Erschließen sich aufgrund dessen oder eines landesrechtlich vorgesehenen Kurzberichts die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung oder weitere Abrechnungsvoraussetzun-

- 6 -

- 6 -

gen den medizinisch in der Regel nicht besonders ausgebildeten Mitarbeitern der Krankenkasse nicht selbst, hat die Krankenkasse auf der zweiten Stufe der Sachverhaltserhebung ein Prüfverfahren nach § 275 Abs 1 Nr. 1 SGB V einzuleiten und beim MDK eine gutachtliche Stellungnahme einzuholen, die auf der Grundlage der vom Krankenhaus der Krankenkasse zur Verfügung gestellten Unterlagen, also insbesondere den Angaben nach § 301 SGB V zu erstellen ist.

Lässt sich auch unter Auswertung dieser Sozialdaten ein abschließendes Ergebnis nicht finden, so hat das Krankenhaus schließlich auf der dritten Stufe der Sachverhaltserhebung auf eine von der Krankenkasse nach § 275 Abs 1c S 2 SGB V ordnungsgemäß eingeleitete Prüfung dem MDK gemäß § 276 Abs 2 S 1 Halbs 2 SGB V auch alle weiteren Angaben zu erteilen und Unterlagen vorzulegen, die im Einzelfall zur Beantwortung der Prüfanfrage der Krankenkasse benötigt werden. (BSG, Urteil vom 21.3.2013 – B 3 KR 28/12 R).

Kann sich den medizinisch nicht besonders ausgebildeten Mitarbeitern der Krankenkasse die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung auf der ersten Stufe der Prüf- und Mitwirkungspflichten nicht selbst erschließen, weil die Angaben des Krankenhauses nicht plausibel sind, ist der Anspruch nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts nicht fällig. Grundvoraussetzung der Fälligkeit eines entstandenen Anspruchs auf Vergütung von Krankenhausbehandlung eines Versicherten ist eine formal ordnungsgemäße Abrechnung. Eine formal ordnungsgemäße Abrechnung setzt eine ordnungsgemäße Information der Krankenkasse über die vom Krankenhaus abgerechnete Versorgung nach Maßgabe der Informationsobliegenheiten und ggf -pflichten, insbesondere aus § 301 SGB V sowie ggf ergänzenden landesvertraglichen Bestimmungen voraus.

In diesem Sinne regelt § 10 Abs 4 KHBV Hessen (*Vertrag über die allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung gemäß § 112 Abs 2 S 1 Nr 1 SGB V zwischen der Hessischen Krankenhausgesellschaft einerseits und der Beklagten sowie weiteren Krankenkassen andererseits mit Wirkung vom 1.6.2002*), dass die Krankenkasse die Schlussrechnung innerhalb von 30 Tagen ab dem "Tag des Rechnungseingangs" zu bezahlen hat. Eine formal ordnungsgemäße Abrechnung setzt eine ordnungsgemäße Information der Krankenkassen über die vom Krankenhaus abgerechnete Versorgung nach Maßgabe der Informationsobliegenheiten und ggf -pflichten voraus, insbesondere aus § 301 SGB V sowie ggf ergänzenden landesvertraglichen Bestimmungen. Fehlt es an einer dieser Angaben, so tritt mangels formal ordnungsgemäßer Abrechnung bereits die Fälligkeit der abgerechneten Forderung nicht ein. (BSG, Urteil vom 21.04.2015 – B 1 KR 10/15 R m.w.N.).

- 7 -

- 7 -

Hat die Klägerin - wie in dem streitgegenständlichen Verfahren von der beklagten Krankenkasse vorgetragen - unzutreffende oder unvollständige Angaben gemacht mit der Folge, dass die Abrechnung nicht plausibel war, fehlte es an der Fälligkeit des Anspruchs. Die Beklagte war weder verpflichtet die Forderung zu begleichen noch hatte sie die Obliegenheit gemäß § 275 Abs. 1c SGB V die 2. bzw. 3. Stufe der Sachverhaltserhebung spätestens 6 Wochen nach Eingang der Abrechnung einzuleiten.

Die Beklagte hatte allein die Obliegenheit auf der 1. Stufe der Sachverhaltserhebung auf die fehlende Plausibilität der Abrechnung hinzuweisen und eine Stellungnahme in der Form eines Kurzberichts bei der Klägerin anzufordern.

Konkretisiert wird die Obliegenheit durch den Hessischen Vertrag zur Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung im Sinne des § 112 Abs. 2 S. 1 Nr. 2 SGB V. Nach § 2 Abs. 1 des Vertrages kann die Krankenkasse vor Beauftragung des medizinischen Dienstes unter Angabe des Überprüfungsanlasses eine Stellungnahme des Krankenhauses zu einzelnen Behandlungsfällen anfordern, wenn aus Sicht der Krankenkasse in Einzelfällen Anlass besteht, die Notwendigkeit und Dauer der stationären Behandlung zu überprüfen, so. Das Krankenhaus erläutert die Notwendigkeit der Dauer der stationären Behandlung (Kurzbericht).

Nach den Gemeinsamen Erläuterungen und Umsetzungshinweisen der Hessischen Krankenhausgesellschaft e.V. und der Verbände der Krankenkassen in Hessen zu dem Vertrag nach § 112 Abs. 2 S. 1 Nr. 2 SGB V zur Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung soll der Kurzbericht dazu dienen, der Krankenkasse zur Beurteilung der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit der Versicherten über die Aufnahmeanzeige hinaus weitere Informationen an die Hand zu geben, so dass sie auch ohne Begutachtung durch den medizinischen Dienst über die Frage der Leistungspflicht entscheiden kann. Der Kurzbericht soll die andernfalls notwendig werdende Begutachtung durch den medizinischen Dienst in einer Vielzahl von Fällen entbehrlich machen.

Vorliegend war die Einholung eines Kurzberichts auf der 1. Stufe der wechselseitigen Auskunft-, Prüf- und Mitwirkungspflichten in der Form eines intendierten Ermessens geboten. Die Klägerin hat die Datenlage nach § 301 SGB V ausweislich ihres Vortrages in der Klageerwidernng vom 9. 2. 2016 als unvollständig und fehlerhaft angezweifelt. Die Rechnung sei nicht plausibel gewesen.

Der Zinsanspruch ab Rechtshängigkeit der Klage ergibt sich bei der Aufwandspauschale aus § 69 Abs. 1 S. 3 SGB V i.V. m. §§ 291, 288 Abs. 1 S. 2 BGB (vgl. BSG, Urteil vom 23.06.2015 – B 1 KR 24/14 R – Rdnr. 14 u. 16).

- 8 -

- 8 -

Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a SGG i. V. m. § 154 Abs. 1 VwGO.

Rechtsmittelbelehrung

Dieser Gerichtsbescheid kann nicht mit der Berufung angefochten werden, weil sie gesetzlich ausgeschlossen und vom Sozialgericht nicht zugelassen worden ist.

Die Nichtzulassung der Berufung kann mit der Beschwerde angefochten werden. Die Beschwerde ist schriftlich, in elektronischer Form oder zur Niederschrift der Urkundsbeamtin/des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle des

**Hessischen Landessozialgerichts, Steubenplatz 14, 64293 Darmstadt
(FAX-Nr. (0 61 51) 80 43 50),**

einzulegen. Sie muss innerhalb eines Monats nach Zustellung des vollständigen Gerichtsbescheids bei dem Hessischen Landessozialgericht eingehen.

Die elektronische Form wird durch Übermittlung eines elektronischen Dokuments gewahrt, das für die Bearbeitung durch das Gericht geeignet ist und

- von der verantwortenden Person qualifiziert elektronisch signiert ist oder
- von der verantwortenden Person signiert und auf einem sicheren Übermittlungsweg gem. § 65a Abs. 4 Sozialgerichtsgesetz (SGG) eingereicht wird.

Weitere Voraussetzungen, insbesondere zu den zugelassenen Dateiformaten und zur qualifizierten elektronischen Signatur, ergeben sich aus der Verordnung über die technischen Rahmenbedingungen des elektronischen Rechtsverkehrs und über das besondere elektronische Behördenpostfach (Elektronischer-Rechtsverkehr-Verordnung - ERVV) in der jeweils gültigen Fassung. Über das Justizportal des Bundes und der Länder (www.justiz.de) können weitere Informationen über die Rechtsgrundlagen, Bearbeitungsvoraussetzungen und das Verfahren des elektronischen Rechtsverkehrs abgerufen werden.

Die Beschwerde soll den angefochtenen Gerichtsbescheid bezeichnen und die zur Begründung dienenden Tatsachen und Beweismittel angeben.

Die Beschwerde kann nur darauf gestützt werden, dass

1. die Rechtssache grundsätzliche Bedeutung hat,
2. der Gerichtsbescheid von einer Entscheidung des Landessozialgerichts, des Bundessozialgerichts, des gemeinsamen Senats der obersten Gerichtshöfe des Bundes oder des Bundesverfassungsgerichts abweicht und auf dieser Abweichung beruht oder
3. ein der Beurteilung des Berufungsgerichts unterliegender Verfahrensmangel geltend gemacht wird und vorliegt, auf dem die Entscheidung beruhen kann.

Auf Antrag kann vom Sozialgericht durch Beschluss die Revision zum Bundessozialgericht zugelassen werden, wenn die Gegnerin/der Gegner schriftlich zustimmt. Der Antrag

- 9 -

- 9 -

auf Zulassung der Revision ist innerhalb eines Monats nach Zustellung des Gerichtsbescheids bei dem

**Sozialgericht Wiesbaden, Mainzer Straße 124, 65189 Wiesbaden
(FAX-Nr. 0611/32-70-61-001),**

schriftlich oder in elektronischer Form zu stellen. Die Zustimmung des Gegners ist dem Antrag beizufügen.

Lehnt das Sozialgericht den Antrag auf Zulassung der Revision durch Beschluss ab, so beginnt mit der Zustellung dieser Entscheidung der Lauf der Frist für die Beschwerde gegen die Nichtzulassung der Berufung von neuem, sofern der Antrag auf Zulassung der Revision in der gesetzlichen Form und Frist gestellt und die Zustimmungserklärung des Gegners beigefügt war.

Die Beteiligten können innerhalb der Rechtsmittelfrist auch mündliche Verhandlung beantragen. Wird ein solcher Antrag rechtzeitig gestellt, so gilt der Gerichtsbescheid als nicht ergangen. Andernfalls steht er einem rechtskräftigen Urteil gleich.

Wird sowohl ein Rechtsmittel eingelegt als auch mündliche Verhandlung beantragt, findet mündliche Verhandlung statt.

Der Beschwerde- bzw. Antragsschrift und allen folgenden Schriftsätzen sollen Abschriften für die übrigen Beteiligten beigefügt werden. Dies gilt nicht bei der Übermittlung elektronischer Dokumente.

gez. Ruth
Richter am Sozialgericht

Ausgefertigt
Wiesbaden, den 26.06.2019

Ladwig



Ladwig, Verwaltungsangestellte
als Urkundsbeamtin der Geschäftsstelle