Aktenzeichen:
S 7 KR 194/08

Abschrift

SOZIALGERICHT MAINZ

IM NAMEN DES VOLKES

URTEIL

In dem Rechtsstreit

[redacted]

- Kläger -

Prozessbevollmächtigter: Rechtsanwalt Friedrich W. Mohr,
Bauerngasse 7, 55116 Mainz

gegen

[redacted]

- Beklagte -

hat die 7. Kammer des Sozialgerichts Mainz ohne mündliche Verhandlung am 30. Mai 2011 durch

die Richterin von Glinski

sowie die ehrenamtlichen Richter Herr Harth und Herr Röder

für Recht erkannt:

I. Die Klage wird abgewiesen.

II. Die Klägerin hat die Kosten des Verfahrens zu tragen.

Tatbestand

Die Beteiligten streiten über die Abrechnung einer Aufwandspauschale für die Prüfung eines Krankenhausfalls.

Gegenstand der Prüfung war der stationäre Aufenthalt der Patientin E[redacted] im [redacted] in der Zeit vom 29.08.2007 bis 19.09.2007. Die Patientin wurde dort am 29.08.2007 wegen einer aseptischen Lockerung einer vor 19 Jahren implantierten Hüft-TEP aufgenommen. Am 30.08.2007 erfolgte die Entfernung der TEP und die Implantation einer zementierten Hüft-TEP. Intraoperativ kam es zu einem Abriss des Trochanter Major links, Reposition und Fassen mit zwei Kirchner-Drähten. Postoperativ bestand eine deutliche Anämie; es erfolgte eine Transfusion mit Eigenblut. Wegen Herzinsuffizienz und einer chronisch obstruktiven Lungenerkrankung wurden Medikamente verordnet.

Die Klägerin rechnete den Krankenhausaufenthalt am 17.10.2007 ab und legte dabei - ua unter Angabe der Diagnosen T84.0. (Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese), S72.10 (Femurfraktur: Trochantär), D62 (Akute Blutungsanämie) - die DRG- Fallpauschale I46A (Prothesenwechsel am Hüftgelenk mit äußerst schweren CC oder mit allogener Knochentransplantation) zu Grunde.

Der von der Beklagten beauftragte MDK bestätigte in einem von der Ärztin im MDK Dr. [redacted] verfassten Gutachten vom 28.11.2007 die Hauptdiagnose und die Nebendiagnosen D62, I50.01 (Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz) und S 72.10. Die Nebendiagnose I50.19 (Linksherzinsuffizienz) wurde gestrichen, da sie in der Diagnose I50.01 enthalten sei; die Nebendiagnose J44.13 (Chronisch obstuktive Lungenerkrankung mit akuter Exazerbation wurde hinzugefügt. Trotz der

geänderten Nebendiagnosen war eine Änderung der abgerechneten Fallpauschale nicht erforderlich.

Die Klägerin rechnete gegenüber der Beklagten eine Aufwandspauschale nach § 275 Abs. 1 c Sozialgesetzbuch Fünftes Buch - Gesetzliche Krankenversicherung - (SGB V) ab. Die Rechnung wurde von der Beklagten zurückgeschickt, da eine fehlerhafte Datenlieferung nach § 301 SGB V vorliege. Es sei rechtlich unzulässig, wenn das Krankenhaus die Aufwandspauschale fordere, obwohl es durch eigene Pflichtverletzung erst die Tatbestandsvoraussetzungen - nämlich die Einzelfallprüfung - ausgelöst habe. Dem widersprach die Klägerin mit Schreiben vom 19.12.2007, da keine schuldhafte Pflichtverletzung vorliege.

Die Klägerin hat am 24.07.2008 Klage erhoben.

Sie ist der Meinung, dass die Aufwandspauschale nach dem Wortlaut des Gesetzes (§275 Abs. 1 c SGB V) immer dann zu zahlen sei, wenn die Prüfung nicht zu einer Minderung des Abrechungsbetrages führe. Weder das Streichen der Nebendiagnosen, noch das Hinzufügen einer weiteren Nebendiagnose durch den MDK habe Einfluss auf das Grouping der DRG gehabt. Die Krankenkasse hätte auch bei Übermittlung der richtigen Daten kein zusätzlichen Erkenntnisse gehabt, die sie von einer Einleitung einer MDK-Prüfung abgehalten hätte.

Die Klägerin beantragt schriftlich,

die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin 100,00 Euro zuzüglich Zinsen in Höhe von 8 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz hieraus seit Rechtshängigkeit zu zahlen.

Die Beklagte beantragt schriftlich,

die Klage abzuweisen.

Sie trägt vor, dass die Abrechnungsprüfung durch die Beklagte, die sich aufgrund des fehlenden Akteneinsichtsrechts auf die nach § 301 SGB V übermittelten Daten habe stützen müssen, Auffälligkeiten bezüglich der Wahl der Hauptdiagnose und der Nebendiagnosen ergeben habe. Die vorhandenen Kodierfehler hätten darauf schließen lassen, dass die Kodierung der Klägerin ggf. weitere Fehler enthält, daher sei eine Prüfung zu veranlassen gewesen. Der MDK habe einige Nebendiagnosen gestrichen und ergänzt und damit eine mangelhafte Kodierqualität und teilweise fehlerhafte Datenübermittlung durch die Klägerin bestätigt. Aus dem Positionspapier der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung der Neuregelung des § 275 Abs. 1 v ergebe sich, dass das Krankenhaus keinen Anspruch auf Erstattung der Aufwandspauschale habe, wenn die Einleitung der MDK-Prüfung auf eine fehlerhafte bzw. unvollständige Datenlieferung nach § 301 SGB V zurückzuführen sei.

Das Gericht hat am 12. Mai 2010 das Ruhen des Verfahrens beschlossen. Die Klägerin hat das Verfahren durch Schriftsatz vom 09.02.2011 wieder aufgenommen. Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichtsakte und der Verwaltungsakte der Beklagten verwiesen, der Gegenstand der Entscheidungsfindung gewesen ist.

Entscheidungsgründe

Das Gericht durfte hier nach § 124 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz (SGG) ohne mündliche Verhandlung durch Urteil entscheiden, da die sämtliche Beteiligte sich hiermit einverstanden erklärt haben.

Die zulässige Klage hat in der Sache keinen Erfolg. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Erstattung der Aufwandspauschale für den Behandlungsfall der Patientin E[redacted] in der Zeit vom 29.08.2007 bis 19.09.2007.

Rechtsgrundlage für den geltend gemachten Anspruch ist § 275 Abs 1c Satz 3 Sozialgesetzbuch 5. Buch - Gesetzliche Krankenversicherung - (SGB V) in der Fassung vom 26.3.2007. Danach hatte die Krankenkasse dem Krankenhaus eine Aufwandspauschale in Höhe von 100 € zu entrichten, falls die auf Grundlage des § 275 Abs 1 Nr 1 durchgeführte Prüfung nicht zu einer Minderung des Abrechungsbetrages führt. Diese dem Wortlaut des § 275 Abs 1c Satz 3 entsprechende Voraussetzung ist vorliegend gegeben, denn die Prüfung hat hier zu keiner Minderung des Abrechnungsbetrages geführt.

Allerdings hat das Bundessozialgericht mit Urteil vom 22.06.2010 entschieden, dass Sinn und Zweck des § 275 Abs 1c Satz 3 SGB V und sein funktionales Zusammenspiel mit der Prüfpflicht nach § 275 Abs. 1 Nr 1 unter besonderen Umständen zu einer den Wortlaut einschränkenden Interpretation führen können, vgl. Urteil des Bundessozialgerichts vom 22.06.2010, Az.: B 1 KR 1/10 R (Juris). Daher kann das Krankenhaus die Aufwandspauschale jedenfalls dann nicht beanspruchen, wenn eigenes Fehlverhalten des Krankenhauses, etwa ein Verstoß gegen die sich aus § 301 SGB V ergebenden Pflichten, zu einer überflüssigen, nutzlosen Prüfung führt oder wenn sich sogar der Abrechnungsbetrag im Nachhinein zu Lasten der Krankenkasse erhöht, vgl. BSG, aaO.

Das Gericht geht vorliegend davon aus, dass die Einleitung des Prüfverfahrens auf einem Fehlverhalten des Krankenhauses zurückzuführen ist. Die Klägerin hat ihre Übermittlungspflichten nach § 301 SGB V verletzt. Sie hat daher die Prüfung der Krankenhausrechnung veranlasst.

§ 301 SGB V in der Fassung vom 31.10.2006 regelt abschließend, welche Angaben den Krankenkassen bei Krankenhausbehandlung zu übermitteln sind. § 301 Abs 1 Nr 3 SGB V bestimmt, dass die nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser verpflichtet sind, den Krankenkassen bei Krankenhausbehandlung im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern ua die Einweisungsdiagnose, die Aufnahmediagnose, bei einer Änderung der Aufnahmediagnose die nachfolgenden Diagnosen zu übermitteln.

Diese Verpflichtung hat die Beklagte mangelhaft erfüllt. In dem übermittelten Datensatz wurden ua die Nebendiagnosen I50.01 und I50.19 angeführt. Zwischen den Beteiligten ist dabei unstreitig, dass die Kodierung der Nebendiagnose I50.19 (Linksherzinsuffizienz, nicht näher bezeichnet) fehlerhaft erfolgte, da bereits die Diagnose I50.01 (Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz) kodiert worden war. Die nach § 301 SGB V übermittelten Daten waren somit fehlerhaft.

Der Kodierfehler war auch ursächlich für die Einleitung des Prüfverfahrens. Da die Klägerin keine - für sie günstigen - konkreten Tatsachen vorgetragen hat, die einen anderen Kausalverlauf ernsthaft für möglich erscheinen lassen und Anhaltspunkte dafür, dass die Einleitung des Prüfverfahrens auch bei richtiger Kodierung der Nebendiagnosen eingeleitet worden wäre, nicht bestehen, folgt das Gericht insoweit dem schlüssigen Vortrag der Beklagten, wonach der genannte Kodierfehler die Beklagte zur Einleitung des Prüfverfahrens veranlasst hat. Somit ist die Einleitung des Prüfverfahrens auf eine schuldhafte - leicht fahrlässige - Pflichtverletzung seitens der Klägerin zurückzuführen. Ein Anspruch auf Erstattung der Aufwandspauschale besteht daher nicht.

Nach alledem war die Klage abzuweisen.

Die Kostenentscheidung folgt aus § 197a Sozialgerichtsgesetz (SGG) i.V.m. § 154 Abs 1 Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO) und entspricht dem Ausgang des Verfahrens.

Eine Zulassung der Berufung kam vorliegend nicht in Betracht. Nach § 144 Abs. 1 SGG bedarf die Berufung der Zulassung in dem Urteil des Sozialgerichts oder auf Beschwerde durch Beschluss des Landessozialgerichts, wenn der Wert des Beschwerdegegenstandes 1. bei einer Klage, die eine Geld-, Dienst- oder Sachleistung oder einen hierauf gerichteten Verwaltungsakt betrifft, 750 Euro oder 2. bei einer Erstattungsstreitigkeit zwischen juristischen Personen des öffentlichen Rechts oder Behörden 10.000 Euro nicht übersteigt. Dies gilt nicht, wenn die Berufung wiederkehrende oder laufenden Leistungen für mehr als ein Jahr betrifft. Hier liegt der Beschwerdewert unter der Grenze von 750 Euro; wiederkehrende oder laufende Leistungen für mehr als ein Jahr sind nicht Verfahrensgegenstand. Die Berufung bedarf daher der Zulassung.

Die Berufung ist zuzulassen, wenn die Rechtssache grundsätzliche Bedeutung hat (§ 144 Abs. 2 Nr. 1 SGG) oder wenn das Urteil von einer Entscheidung des Landessozialgerichts, des Bundessozialgerichts, des Gemeinsamen Senats der obersten Gerichtshöfe des Bundes oder des Bundesverfassungsgerichts abweicht und auf dieser Abweichung beruht (§ 144 Abs. 1 Nr. 2 SGG). Eine Rechtsache hat grundsätzliche Bedeutung, wenn die Entscheidung des Rechtsstreits von einer bisher nicht geklärten Rechtsfrage abhängt, deren Klärung im allgemeinen Interesse liegt, um die Rechteinheit zu erhalten und die Weiterentwicklung des Rechts zu fördern. Der vorliegenden Entscheidung kommt jedoch keine über den konkreten Einzelfalls hinaus gehende Bedeutung zu, da sich die Entscheidung in der einzelfallbezogenen Umsetzung der genannten BSG-Entscheidung erschöpft.

Es liegt auch kein Fall der Divergenz, also einer Abweichung von Entscheidungen übergeordneter Gerichte vor.