

Aktenzeichen:
S 3 KR 123/16



SOZIALGERICHT TRIER

IM NAMEN DES VOLKES
URTEIL

In dem Rechtsstreit

- Klägerin -

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

gegen

- Beklagte -

hat die 3. Kammer des Sozialgerichts Trier am 9. Mai 2017 ohne mündliche Verhandlung durch

die Richterin am Sozialgericht Namini
sowie die ehrenamtlichen Richter Herr von Greve-Dierfeld und Frau Lamberti

für Recht erkannt:

1. Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin 300,- Euro nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinsatz seit 5.7.2016 zu zahlen.
2. Die Beklagte trägt die Kosten des Verfahrens.
3. Die Berufung wird zugelassen.
4. Der Streitwert wird auf 300,- Euro festgesetzt.

Tatbestand

Die Beteiligten streiten über die Aufwandspauschale gemäß § 275 Abs. 1c Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) in der Fassung vom 10.12.2015.

Die Klägerin ist Trägerin des gemäß § 108 SGB V zugelassenen Kreiskrankenhauses _____ . Dort wurde die bei der Beklagten versicherte _____ , geboren am _____ , vom 17.02.2016 bis 04.03.2016 wegen einer postmenopausalen Osteoporose mit pathologischer Fraktur (M80.08) stationär behandelt. Das Krankenhaus gab darüber hinaus folgende Nebendiagnosen an: Anämie, nicht näher bezeichnet (D64.9), Hypoosmolalität und Hyponatriämie (E87.1), Hypokaliämie (E87.6), Mittelgradige depressive Episode (F32.1), Benigne essentielle Hypertonie: Mit Angabe einer hypertensiven Krise (I10.01), Radikulopathie: Lumbalbereich (M54.16), Sonstige Rückenschmerzen: Mehrere Lokalisationen der Wirbelsäule (M54.80), Immobilität (R26.3), Schwindel und Taumel (R42), Akuter Schmerz (R52.0), Sonstiger chronischer Schmerz (R52.2), Fraktur eines Lendenwirbels: L1 (S32.01) sowie Fraktur eines Lendenwirbels: L4 (S32.04). Die genannten Diagnosen führten bei der Rechnungsstellung zur DRG I69B – Knochenkrankheiten und spezifische Arthropathien ohne komplexe Diag-

nose oder ein Belegungstag. Die durchschnittliche Verweildauer bei dieser DRG beträgt 6,7 Tage, die obere Grenzverweildauer 15 Tage.

Bei der Versicherten sind die Voraussetzungen der Pflegestufe I gemäß § 15 Sozialgesetzbuch Elftes Buch (SGB XI) in der Fassung vom 26.3.2007 festgestellt gewesen.

Die Beklagte beglich die von der Klägerin wegen der Behandlung ihrer Versicherten vorgelegte Rechnung und beauftragte in der Folge den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) mit der Prüfung, ob die Überschreitung der oberen Grenzverweildauer in vollem Umfang medizinisch begründet gewesen sei. Der MDK kam aufgrund einer Begehung im Krankenhaus und Erörterung vor Ort zu dem Ergebnis, die Gesamtverweildauer von 16 Tagen und die Überschreitung der oberen Grenzverweildauer sei in vollem Umfang medizinisch begründet gewesen. Die 91-jährige Patientin sei mit einer osteoporotischen Sinterung von LWK 1 und LWK 4 sowie schmerzbedingt entgleistem Hypertonus notfallmäßig stationär aufgenommen worden. Es sei eine symptomatische Behandlung mit Analgetica und Physiotherapie erfolgt, die Mobilisierung sei prolongiert worden. Am 23.02. sei ein neurologisches Konsil erfolgt, am 24.02. ein schmerztherapeutisches. Bis zum 01.03. sei die Versicherte nur im Rollstuhl mobilisierbar, am 02.03. sei sie erstmals kurzzeitig gehfähig gewesen. Am 04.03. sei die Verlegung zur geriatrischen Anschlussheilbehandlung erfolgt.

Die Klägerin stellte der Beklagten daraufhin am 19.04.2016 die Aufwandspauschale bei erfolgloser MDK-Prüfung gemäß § 275 SGB V in Höhe von 300,00 € in Rechnung.

Die Beklagte lehnte die Zahlung der Aufwandspauschale ab.

Die Klägerin hat daraufhin am 05.07.2016 Klage erhoben, mit der sie die Zahlung der 300,- Euro fordert. Zur Begründung trägt sie vor, gemäß § 275 Abs. 1c SGB V habe die Krankenkasse dem Krankenhaus eine Aufwandspauschale in Höhe von 300,00 Euro zu zahlen, wenn die Prüfung nicht

zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages führe, was vorliegend der Fall sei gewesen. Der Anspruch sei nicht durch eine fehlerhafte Abrechnung veranlasst worden. Sie habe alle abrechnungsrelevanten Diagnosen ordnungsgemäß kodiert. Die Pflegestufe der Versicherten sei der Beklagten bekannt gewesen.

Die Klägerin beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, an sie 300,00 € nebst Zinsen in Höhe von 5 %-Punkten über dem jeweiligen Basiszinssatz hieraus seit dem 05.07.2016 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Die Beklagte trägt zur Begründung vor, die Klägerin könne die Aufwandspauschale nicht verlangen, denn sie habe die Prüfung durch unvollständige Angaben veranlasst. So habe die Klägerin den OPS 9-984.0 (Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegestufe I) nicht verschlüsselt. Dem MDK-Gutachten sei darüber hinaus eine symptomatische Behandlung mit Analgetica und Physiotherapie sowie ein neurologisches Konsil mit einer Medikamentenumstellung zu entnehmen, die die Klägerin ebenfalls nicht mitgeteilt habe. Nach der ständigen Rechtsprechung des BSG falle die Aufwandspauschale dann nicht an, wenn die Krankenkasse veranlasst worden sei, die Prüfung einzuleiten. Da nur eine einseitige Kostenbelastung der Krankenkassen im Prüfungsfall vorgesehen sei, müsse § 275 Abs. 1c Satz 3 SGB V zur Wahrung des Gleichgewichts der wechselseitigen Interessen eingeschränkt ausgelegt werden. Ansonsten käme es zu einer sachlich nicht gerechtfertigten Belastung und Ungleichbehandlung der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung und der sie finanziell tragenden Beitragszahler. Es widerspräche dem zwischen den Krankenhäusern und den Krankenkassen geforderten Rücksichtnahmegebot, wenn das Gesetz es

ermögliche, dass die Aufwandspauschale selbst dann beansprucht werden könne, wenn eigenes Fehlverhalten des Krankenhauses zu einer überflüssigen, nutzlosen Prüfung geführt habe. Die Aufwandspauschale solle einer ungezielten und übermäßigen Einleitung von Begutachtungen entgegenwirken. Vorliegend wäre die Prüfung nicht eingeleitet worden, wenn die fehlenden Angaben über den Zustand der Versicherten und die Behandlungen von der Klägerin vollständig gemacht worden wären. Sie hätte dann Kenntnis vom schlechten Allgemeinzustand der Versicherten gehabt, die Komplexität des Falles hätte sich erschlossen und die daraus folgende längere Behandlungsdauer wäre nachvollziehbar gewesen. Die Frage der Veranlassung der MDK-Prüfung sei auch durch die Einfügung von Satz 4 in § 275 Abs. 1c SGB V nicht überflüssig geworden. Anderenfalls begünstigte die Regelung die fehlerhafte oder unzutreffende Angabe von Diagnosen oder Tatsachen durch die Krankenhäuser bei der Kodierung. Dies könne nicht gewollt sein.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Prozessakte sowie der von der Beklagten vorgelegten Verwaltungsakte, der Gegenstand der Beratung war, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe

Die Kammer konnte gemäß § 124 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz (SGG) ohne mündliche Verhandlung über die Klage entscheiden, weil die Beteiligten jeweils ihr Einverständnis hierzu erklärt hatten.

Die Klage ist als Leistungsklage gemäß § 54 Abs. 5 SGG zulässig. Bei dem geltend gemachten Zahlungsanspruch streiten die Beteiligten im Gleichordnungsverhältnis, das eine einseitige hoheitliche Regelung durch Verwaltungsakt ausschließt (stRspr des BSG, vgl. nur Urteil vom 30.09.2009 - B 1 KR 24/08 R -, juris).

Die Klage ist auch begründet. Die Klägerin hat Anspruch auf Zahlung einer Aufwandspauschale in Höhe von 300,- € gemäß § 275 Abs. 1c Satz 3 SGB V in der Fassung des Gesetzes vom 10.12.2015.

Gemäß § 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 einzuholen. In Bezug auf Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V ordnen § 275 Abs. 1c Sätze 1 und 2 an, dass eine solche Prüfung spätestens 6 Wochen nach Eingang der Abrechnung bei der Krankenkasse einzuleiten und durch den Medizinischen Dienst dem Krankenhaus anzuzeigen ist. Falls die Prüfung nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrags führt, hat die Krankenkasse dem Krankenhaus eine Aufwandspauschale in Höhe von 300 Euro zu entrichten (§ 275 Abs. 1c Satz 3 SGB V). Als Prüfung nach Satz 1 ist jede Prüfung der Abrechnung eines Krankenhauses anzusehen, mit der die Krankenkasse den Medizinischen Dienst beauftragt und die eine Datenerhebung durch den Medizinischen Dienst beim Krankenhaus erfordert (§ 275 Abs. 1c Satz 4 SGB V).

Grundvoraussetzung eines Anspruchs auf Zahlung einer Aufwandspauschale gemäß § 275 Abs. 1c Satz 3 SGB V ist, dass die Krankenkasse eine Prüfung iS von § 275 Abs. 1 Nr. 1 iVm Abs. 1c SGB V mit dem Ziel einer Verminderung des Rechnungsbetrages für die Krankenhausbehandlung (§ 39 SGB V) eingeleitet und durchgeführt hat (mwN BSG, Urteil vom 23.06.2015 - B 1 KR 23/14 R -, juris). Was als Prüfung in diesem Sinn zu verstehen ist, definiert seit dem 01.01.2016 § 275 Abs. 1c Satz 4 SGB V.

Vorliegend hat die von der Beklagten veranlasste Prüfung wegen der stationären Behandlung ihrer Versicherten nicht zu einer Minderung des Rech-

nungsbetrages geführt. Der MDK hat die Notwendigkeit der stationären Behandlung und deren Umfang bestätigt und in der Folge auch die Richtigkeit der Abrechnung festgestellt.

Die von der Beklagten veranlasste Prüfung ist eine Prüfung gemäß § 275 Abs. 1c Satz 4 SGB V gewesen. Die Beklagte hat den MDK beauftragt, die Abrechnung der Klägerin zu prüfen. Die Prüfung erforderte eine Datenerhebung durch den MDK beim Krankenhaus, denn auf der Grundlage der ihm vorliegenden Angaben hat er die Notwendigkeit gesehen, eine Begehung und Erörterung durchzuführen und hat damit eine persönliche Datenerhebung vorgenommen. Ob es sich bei der Prüfung um eine Auffälligkeitsprüfung oder um eine sachlich-rechnerische Prüfung gehandelt hat, bedarf keiner Entscheidung. Nach dem ausdrücklichen Willen des Gesetzgebers bestimmt § 275 Abs. 1c Satz 4 SGB V, dass die Aufwandspauschale bei Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen unabhängig von der Einordnung der Prüfung anfallen soll (BT-Drucks 18/6586, S. 110).

Ob fehlerhafte oder unvollständige Angaben der Klägerin die Einleitung der Prüfung veranlasst haben, ist für das Entstehen der Aufwandspauschale grundsätzlich ohne Bedeutung. Soweit das Bundessozialgericht seine Rechtsprechung zur sachlich-rechnerischen Berichtigung auf dem Gedanken des Fehlverhaltens des Krankenhauses aufgebaut und in diesen Fällen den Anspruch auf die Aufwandspauschale verneint hat, ist dieser Überlegung durch Einfügen von Satz 4 in § 275 Abs. 1c SGB V die Grundlage entzogen. Mit der Rechtsänderung zum 01.01.2016 ist die Regelung zur Aufwandspauschale auch auf die Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit zu beziehen (BT-Drucks 18/6586, S. 110). Die „Gefahr“ (so BSG, Urteil vom 22.06.2010 - B 1 KR 1/10 R - juris, Rn. 21) die Aufwandspauschale selbst bei nachgewiesener Fehlerhaftigkeit der Abrechnung des Leistungserbringers zahlen zu müssen, kann die Krankenkasse (auch weiterhin) selbst minimieren, indem sie zunächst auf Verwaltungsebene mit dem Krankenhaus die Fragen klärt, die auf der sachlich-rechnerischen Ebene, insbesondere bei Fehlen von Angaben, geklärt werden können. Denn nur wenn die Datenerhebung durch

den MDK beim Krankenhaus erforderlich ist, fällt die Aufwandspauschale an. Ist sie aber nicht erforderlich, weil die Daten durch die Krankenkasse auf Verwaltungsebene bereits erhoben werden konnten oder ihr die Daten bereits aus anderen Gründen zur Verfügung stehen, liegen die Voraussetzungen des § 275 Abs. 1c Satz 4 SGB V nicht vor.

Die Neuregelung des § 275 Abs. 1c Satz 4 SGB V unterstützt das bereits mit der Einführung der Aufwandspauschale in § 275 Abs. 1c Satz 3 SGB V verfolgte gesetzgeberische Ziel, einer vereinfachten, aber unbürokratischen Regelung, die deshalb keine Detailgerechtigkeit in jedem Einzelfall gewährleisten kann (Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung <GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG>, BT-Drucks 16/3100 S. 171). Die Gesetzesbegründung bringt zum Ausdruck, dass keine Streitigkeiten gewollt sind, in denen die Beteiligten – bürokratieverursachend – nun mittelbare Auseinandersetzungen über die Richtigkeit oder Fehlerhaftigkeit einer Kodierung des Krankenhauses führen, indem möglicherweise Rechtsschutz zu der Frage in Anspruch genommen wird, ob das Krankenhaus nach den jeweiligen Umständen des Einzelfalles von der Krankenkasse die ihm entstandenen Kosten in Form der Aufwandspauschale des § 275 Abs. 1c Satz 3 SGB V beanspruchen kann (BSG, Urteil vom 22.06.2010 - B 1 KR 1/10 R -, juris Rn. 26). Vorliegend ginge es im Ergebnis um eben eine solche Auseinandersetzung. Die Beteiligten sind uneinig darüber, ob die Angaben der Klägerin vollständig waren, welche Angaben hätten gemacht werden müssen und welche möglicherweise überflüssig waren, weil sie der Beklagten bereits vorlagen. Hätte der Gesetzgeber in Kenntnis der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts die Aufwandspauschale für diese Fälle ausschließen wollen, hätte er eine entsprechende Regelung, insbesondere einen entsprechenden Einwand, schaffen können. Da eine Ausschlussregelung fehlt, gibt es keinen Grund, die Aufwandspauschale in diesen Fällen zu verneinen.

Keiner Entscheidung bedarf es dazu, ob das vorstehende Ergebnis auch auf den Fall Anwendung finden kann, in dem das Krankenhaus missbräuchlich oder vorsätzlich eine fehlerhafte Abrechnung vorlegt, um die Krankenkasse zur Prüfung zu

veranlassen und die Aufwandspauschale generieren zu können oder das Krankenhaus die Aufklärungsversuche der Krankenkasse auf der Verwaltungsebene, also bevor der MDK eingeschaltet wird, ohne zureichende Gründe abblockt. Im vorliegenden Sachverhalt finden sich dafür keine Anhaltspunkte.

Der Zinsanspruch folgt aus § 69 Abs. 1 Satz 3 SGB V iVm §§ 291, 288 Abs. 1 Satz 2 Bürgerliches Gesetzbuch (BSG, Urteil vom 23.06.2015 - B 1 KR 24/14 R -, juris).

Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a SGG iVm § 154 Abs. 1 Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).

Die Berufung wird wegen grundsätzlicher Bedeutung der Sache zugelassen (§ 144 Abs. 2 SGG).

Die Streitwertfestsetzung folgt aus § 52 Abs. 3 Gerichtskostengesetz (GKG).