S 4 KR 120/22 ER

Land
Hessen
Sozialgericht
SG Fulda (HES)
Sachgebiet
Krankenversicherung
1. Instanz
SG Fulda (HES)
Aktenzeichen
S 4 KR 120/22 ER
Datum
19.05.2022
2. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Beschluss
Leitsätze

Die durch Verwaltungsakt festzusetzende Aufschlagszahlung gem. § 275c Abs. 3 SGB V ist nur in Bezug auf Vergütungsrechnungen eines Krankenhauses zulässig, deren Prüfung der Medizinische Dienst durch eine ab dem 1.1.2022 erfolgte Bekanntgabe seines Prüfungsergebnisses gegenüber der Krankenkasse abgeschlossen hat.

Die aufschiebende Wirkung des am 1. März 2022 erhobenen Widerspruchs der Antragstellerin gegen den Bescheid der Antragsgegnerin vom 14. Februar 2022 wird angeordnet.

Die Antragsgegnerin trägt die Kosten des Verfahrens.

Der Streitwert wird auf 150 EUR festgesetzt.

I.

Die Beteiligten streiten über die Anordnung der aufschiebenden Wirkung eines Widerspruchs gegen die Festsetzung einer Aufschlagszahlung gem. § 275c Abs. 3 SGB V.

Die Antragstellerin ist Trägerin des Klinikums A., in dem sie die bei der Antragsgegnerin versicherte C. im August 2021 stationär behandelte. Auf der Basis einer nach Rechnungsstellung vom 27. August 2021 eingeleiteten Prüfung durch den Medizinischen Dienst (MD), deren Ergebnis samt Gutachten der Antragsgegnerin am 20. Dezember 2021 zuging, forderte die Antragsgegnerin durch Leistungsentscheidung mit Eingang bei der Antragstellerin vom 14. Februar 2022 einerseits einen aus ihrer Sicht zuvor überzahlten Betrag der Behandlungsvergütung zurück und erließ andererseits den hier streitgegenständlichen Bescheid (ebenfalls) vom 14. Februar 2022, mit dem sie gegen die Antragstellerin einen Aufschlag gem. § 275c Abs. 3 SGB V in Höhe von 300 EUR festsetzte. Gegen diesen Bescheid hat die Antragstellerin unter dem 25. Februar 2022, an die Antragsgegnerin per Fax übermittelt am 1. März 2022, Widerspruch erhoben.

Mit Schriftsatz vom 10. März 2022, bei dem Sozialgericht Fulda am Folgetag eingegangen, hat die Antragstellerin um einstweiligen Rechtsschutz gegen den vorbezeichneten Bescheid nachgesucht. Sie macht einerseits die formelle Rechtswidrigkeit des Bescheides geltend. In materieller Hinsicht rügt sie die Rechtmäßigkeit des angegriffenen Bescheides zentral mit dem Argument, dass die zugrundeliegende Behandlung der Versicherten C. bereits im August 2021 stattgefunden habe; dies schließe die Anwendung des § 275c Abs. 3 SGB V auf die diesbezügliche Vergütungsrechnung aus. Denn die Norm gelte erst für solche stationären Aufenthalte (und die nachfolgende Rechnungsprüfung), die ab dem 1. Januar 2022 begonnen hätten. Selbst wenn man dies anders sehen wollte, kämen als späteste Zeitpunkte einer zeitlichen Anknüpfung nur das Datum des jeweiligen Rechnungszugangs oder die Prüfungseinleitung durch den MD in Betracht; lägen (auch) diese wie hier vor dem Kalenderjahr 2022, sei die Regelung des § 275c Abs. 3 SGB V (noch) nicht anwendbar. Keinesfalls komme aber der Zeitpunkt der jeweiligen Leistungsentscheidung einer Krankenkasse in Betracht, so dass es irrelevant sei, dass die Antragsgegnerin erst im Februar 2022 ihre Leistungsentscheidung zur Vergütungsrechnung betreffend den Aufenthalt der Versicherten C. getroffen habe.

Ungeachtet dessen stelle es eine unbillige Härte dar, würde für die „Strafzahlung“ zeitlich an die Leistungsentscheidung einer Krankenkasse angeknüpft; dies ergebe sich nicht zuletzt aus verschiedenen Entscheidungen des Gesetzgebers zur Sicherung der Liquidität der deutschen Krankenhäuser bis in das Jahr 2022 hinein, die konterkariert würden, wollte man nun unter einer Rückanknüpfung an Behandlungen vor 2022 finanzielle Leistungspflichten der Krankenhäuser auslösen.

Die Antragstellerin beantragt,

die aufschiebende Wirkung des Widerspruchs der Antragstellerin gegen den Bescheid der Antragsgegnerin vom 14. Februar 2022 anzuordnen.

Die Antragsgegnerin beantragt,
den Antrag abzulehnen.

Hierzu bestreitet sie die Eilbedürftigkeit des Begehrens der Antragstellerin und verweist auf Klarstellungen des BMG, wonach gerade nicht der Aufnahmezeitpunkt Anknüpfungstatbestand für den Aufschlag gem. § 275c Abs. 3 SGB V sei. Korrekte Krankenhausabrechnungen lägen im dringenden öffentlichen Interesse; zudem hätten sich die Krankenhäuser wegen der eigentlich geplanten Einführung bereits vor der Pandemie auf die zu erwartenden Zahlungen einstellen können. Weiterhin sei die in Rede stehende Belastung der Antragstellerin von 300 EUR bis zum Abschluss der Hauptsache keine relevante Belastung.

Wegen des weiteren Vorbringens der Beteiligten im Einzelnen wird auf die eingereichten Schriftsätze nebst Anlagen verwiesen.

II.

Der gem. § 86b Abs. 1 Nr. 2 SGG zulässige Antrag ist begründet.

Nach § 86b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGG kann das Gericht der Hauptsache in den Fällen, in denen Widerspruch oder Anfechtungsklage – wie hier gem. § § 275c Abs. 5 Nr. 1 SGB V – keine aufschiebende Wirkung haben, auf Antrag die aufschiebende Wirkung ganz oder teilweise anordnen. Bei den Entscheidungen nach § 86b Abs. 1 SGG hat eine Abwägung der öffentlichen und privaten Interessen stattzufinden. Dabei steht eine Prüfung der Erfolgsaussichten der Hauptsache im Vordergrund. Auch wenn das Gesetz keine materiellen Kriterien für die Entscheidung nennt, kann als Richtschnur für die Entscheidung davon ausgegangen werden, dass das Gericht dann die aufschiebende Wirkung anordnet, wenn der angefochtene Verwaltungsakt offensichtlich rechtswidrig ist. Am Vollzug eines offensichtlich rechtswidrigen Verwaltungsaktes besteht kein öffentliches Interesse. Ebenso scheidet umgekehrt die Anordnung der aufschiebenden Wirkung regelmäßig aus, wenn der in Streit stehende Verwaltungsakte voraussichtlich rechtmäßig ist, da kein rechtlich schützenswertes daran besteht, von rechtmäßigem Staatshandeln verschont zu bleiben.

Vorliegend erweist sich der in der Hauptsache von der Antragstellerin mit fristgemäß erhobenem Widerspruch angefochtene Bescheid voraussichtlich als rechtswidrig. Maßgebend sind hierfür folgende Umstände:

1. Mit dem MDK-Reformgesetz vom 14. Dezember 2019 (BGBl. I, S. 2789) wurde § 275c SGBV als Teil eines neuen Prüfregimes für Krankenhausabrechnungen etabliert. Seine Grundstruktur lässt sich etwa dahingehend grob umschreiben, dass ein Ausgleich geschaffen wurde zwischen dem Prüfinteresse der Krankenkassen auf der Basis des fundamentalen öffentlichen Interesses an korrekten Krankenhausvergütungsrechnungen und einer gleichzeitigen Begrenzung der aus Sicht der Krankenhausträger überbordenden Prüftätigkeit der Krankenkassen. Letztlich lässt sich das gesetzgeberische System – erneut vergröbert – dahingehend beschreiben, dass die quantitative Prüfquote von Abrechnungen eines Krankenhauses umso höher sein kann, je mehr Beanstandungen im vorherigen Prüfzeitraum im MD-Prüfverfahren zu Tage getreten sind. Insofern kann jedes Krankenhaus mit der Steigerung der Zahl (nach MD-Auffassung) korrekter Abrechnungen die Prüfquote für die Zukunft reduzieren (s. § 275c Abs. 2 SGB V).
Als weiteres Sanktionsinstrument gegenüber den Krankenhäusern hat der Gesetzgeber neben der beschriebenen Erhöhung der Prüfquote in Korrelation zum Anteil beanstandeter Rechnungen eine Aufschlagszahlung vorgeschrieben, wenn weniger als 60 Prozent der Vergütungsrechnungen eines Krankenhauses unbeanstandet bleiben. Neben der im Gleichordnungsverhältnis zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern durch die fälschliche Rechnungsstellung ausgelösten Rückforderung der Krankenkassen entsteht dadurch eine Pflicht zur Zahlung einer durch Verwaltungsakt festzusetzenden Aufschlagszahlung, die ihrerseits wie die Prüfquote der Höhe nach von der Beanstandungsquote eines Vorzeitraums abhängig ist und sich auf 25 oder 50 % des Rückforderungsbetrags, aber mindestens 300 EUR beläuft (§ 275c Abs. 3 SGB V). Neben der Reduzierung der Prüfquote pro futuro kann ein Krankenhaus mit einer „guten“ Quote zugleich auch den Wegfall oder zumindest die Begrenzung des künftig zu zahlenden Aufschlagszahlungsbetrags erzielen.
Da beide Mechanismen von Vergleichszeiträumen abhängen, kommt diesen zentrale Bedeutung zu: Hierfür hat der Gesetzgeber ein quartalsbezogenes Vergleichsregime normiert, das er letztlich nach pandemiebedingten Verschiebungen ab „dem Jahr 2022“ (voll) in Kraft gesetzt hat. Zuvor waren lediglich starre Prüfungsquoten (bis zu 5 % bezogen auf die Anzahl aller Rechnungen eines Krankenhauses im vorvergangenen Quartal für das Jahr 2020, bis zu 12,5 % für das Jahr 2021) anzuwenden, ohne dass die Krankenhäuser durch ihre Abrechnungspraxis hierauf Einfluss nehmen konnten (§ 275c Abs. 2 S. 1 SGB V). Die sich hier zunächst stellende Frage, wie die Prüfungen einem Quartal zuzuordnen sind, hat der Gesetzgeber in § 275c Abs. 2 S. 4 SGB V selbst entschieden: Maßgeblich ist „das Datum der Einleitung der Prüfung“.
Dem Anteil beanstandeter Rechnung pro Quartal folgt sodann auch die Aufschlagszahlung im übernächsten Quartal. Dies wiederum bedeutet, dass der Aufschlag denklogisch nur berechnet werden kann, wenn die Beanstandungsquote des vorvergangenen Quartals bekannt ist.

2. Dies vorausgeschickt, setzt an dieser Stelle nunmehr der vorliegende Streit an, dessen Vermeidung der Gesetzgeber unterlassen hat. Denn er hat versäumt, ein (zeitliches) Kriterium zu bestimmen, ab welcher konkret beanstandeten Rechnung die Aufschlagszahlung gem. § 275c Abs. 3 SGB V festgesetzt werden darf. Der Wortlaut bringt zunächst nur zum Ausdruck, dass erst „Ab dem Jahr 2022“ die Zahlung zu erfolgen hat; dies definiert nur einen Zahlungszeitpunkt, gibt aber keinen Hinweis auf die in Bezug genommene Vergütungsrechnung (oder etwa den ihr zugrundeliegenden Behandlungszeitraum), auf deren Kürzungsbetrag der Aufschlag zu zahlen ist. Es sind nach Auffassung der Antragstellerin folgende vier Anknüpfungszeitpunkte zu erwägen: Das Datum der Krankenhausaufnahme eines Versicherten, das Datum des Rechnungszugangs bei einer Krankenkasse, das Datum der Prüfeinleitung durch den MD oder der Zugang der Leistungsentscheidung durch die Krankenkasse bei einem Krankenhaus. Zutreffend ist keiner dieser vier Zeitpunkte; vielmehr ist der Aufschlag für alle Vergütungsrechnungen zu erheben, deren MD-Prüfung ab dem 1. Januar 2022 durch Bekanntgabe des Prüfungsergebnisses gegenüber einer Krankenkasse abgeschlossen worden ist.
a) Zur Beantwortung der zugrunde liegenden Rechtsfrage ist wegen der Unergiebigkeit des diesbezüglichen Wortlauts der Norm auf die Systematik der gesetzgeberischen Regelung abzustellen; die vom deutschen Rechtsanwender wegen der Möglichkeit zur Verdeckung subjektiver Wertungen typischerweise bevorzugte teleologische Auslegung vermag hier nicht weiterzuhelfen, wenn man nicht schlicht die möglichst frühzeitige Sanktionierung von Krankenhausträgern zum Regelungszweck erklärt, was die Kammer für sich als allzu unterkomplex ausschließt.

Die Systematik der gesetzgeberischen Regelung kann sich dabei nicht (allein) durch Betrachtung der aktuell geltenden Fassung des Gesetzes erschließen, weil diese durch pandemiebedingte Veränderungen „verzerrt“ worden ist. Die Auslegung muss daher in der Ursprungsfassung des MDK-Reformgesetzes vom 14. Dezember 2019 seinen Ausgang nehmen, die am 1. Januar 2020 in Kraft getreten ist.
aa) Dem Gesetzgeber war klar, dass eine Prüf- oder Aufschlagszahlungsquote, die an tatsächliche Umstände vorhergehender Quartale anknüpft, erst etabliert werden kann, wenn die diesbezüglichen statistischen Parameter feststehen. Da der Gesetzgeber des Jahres 2019 erst ab dem Jahr 2020 die quartalsweise Erfassung der notwendigen Daten durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen angeordnet hat (§ 275c Abs. 4 S. 3 SGB V), konnte sowohl die Prüfquote wie auch die Aufschlagszahlung des Jahres 2020 nicht quartalsweise nach dem neu geschaffenen System ermittelt werden.
Entsprechend wurde zunächst eine feste, gerade vorquartalsunabhängige Prüfquote für das Jahr 2020 von 12,5 % der eingegangenen Rechnungen des jeweiligen Quartals bestimmt (§ 275c Abs. 1 SGB V a.F.). Parallel war auch die Aufschlagszahlung für das Jahr 2020 fixiert, nämlich auf 10 % des Rückzahlungsbetrages, mindestens aber 300 EUR, und nicht in Abhängigkeit einer früheren Quote (§ 275c Abs. 3 S. 1 SGB V a.F.).
Das „gestufte“ Prüf- und Auschlagszahlungssystem wurde dann ab dem Kalenderjahr 2021 in Kraft gesetzt (vgl. § 275c Abs. 2 S. 3 SGB V a.F. für die Prüfquote, Abs. 3 S. 2 a.F. für die Aufschlagszahlungsquote), denn zu diesem Zeitpunkt lagen die relevanten Daten für das vorvergangene Quartal vor (ab 1. Januar 2021 zunächst also diejenigen für das III. Quartal 2020). Wenn nun der Gesetzgeber pandemiebedingt eine Verschiebung des quartalsgestuften Zahlungssystems dadurch herbeigeführt hat, dass er die Jahreszahl 2021 durch 2022 ersetzt hat (früherer Satz 2 in § 275c Abs. 3, nunmehr Satz 1 der geltenden Fassung), spricht zunächst alles dafür, dass die ursprünglich für 2021 vom Gesetzgeber „gewollten“ Zahlungsfolgen in bloßer zeitlicher Verschiebung entsprechend in 2022 eintreten sollen; schlicht ein Jahr später. In der Ursprungsfassung wäre daher eine Zahlung des I. Quartals 2021 anhand der krankenhausbezogenen Beanstandungsquote des III. Quartals 2020 bestimmt worden (vgl. BT-Drs. 19/13397, S. 63). Nunmehr ist daher die Zahlung des I. Quartals 2022 anhand der Beanstandungsquote des III. Quartals 2021 zu definieren.
bb) Offen ist mit dieser (lediglichen) Zwischenerkenntnis aber weiterhin, wie nun die jeweiligen Krankenhausbehandlungen und Vergütungsrechnungen den Quartalen zuzuordnen sind. Hierfür ist zu differenzieren zwischen der Zuordnung einer Krankenhausbehandlung/Rechnung zu einem (vorvergangenen) Referenzquartal und der Zuordnung zum „Zahlungsquartal“. Dabei hat der Gesetzgeber aber gerade keine Parallelität der präpandemischen und der aktuellen Regelung vorgesehen. In der Urfassung des MDK-Reformgesetzes war in § 275c Abs. 2 S. 2 SGB V für die Zuordnung zu einem Quartal „das Datum der Schlussrechnung“ des Krankenhauses für maßgeblich erklärt worden. Allerdings stand diese Regelung in systematischem Zusammenhang nur mit der zunächst starren Prüfquote von 12,5 % des Jahres 2020. Dies wurde sodann geändert in der aktuellen Fassung von § 275c Abs. 2 S. 3 SGB V und als neuer Zeitpunkt „das Datum der Einleitung der Prüfung“ anstelle des Schlussrechnungsdatums bestimmt; ein zeitlicher Zusammenhang mit der Schlussrechnung besteht nur noch im Hinblick auf die Viermonatsfrist zur Einleitung der MD-Prüfung gem. § 275c Abs. 1 S. 1 SGB V. Ob ein Prüfverfahren in Bezug auf eine Rechnung im Quartal X noch begonnen werden darf oder wegen Überschreitung der Gesamtzahl zulässiger Prüfungen durch den MD abgelehnt werden muss (vgl. § 275c Abs. 2 S. 5 SGB V), hängt damit von der Beanstandungsquote im Quartal X–2 ab.
cc) Anders ist hingegen die Frage zu beantworten, wann eine vom MD beanstandete Rechnung zum Prüfungsquartal X gehört und damit im Quartal X+2 zu einer Erhöhung der Prüfquote (potentiell) beiträgt. Dies kann schon rein faktisch nicht vom „Datum der Einleitung der Prüfung“ abhängen, weil gar nicht sichergestellt werden kann, dass eine im vorvergangenen Quartal eingeleitete Prüfung so rechtzeitig abgeschlossen ist, dass ihr Ergebnis in den relevanten Zeitpunkten an den Spitzenverband übermittelt und von diesem dann statistisch rechtzeitig erfasst werden kann (s. § 275c Abs. 4 SGB V). Entsprechend hat der Gesetzgeber in § 275c Abs. 2 S. 4 SGB V die Prüfquote im Quartal X+2 auf der Basis der „Prüfergebnisse“ des Quartals X definiert, die die Krankenkassen quartalsweise gem. § 275c Abs. 4 S. 2 Nr. 3 und 4 SGB V zu übermitteln haben. Demnach entscheidet über die Höhe der Aufschlagszahlung im Quartal X+2 die Relation derjenigen beanstandeten/unbeanstandeten MD-Prüfungen, deren Ergebnis im Quartal X bei der jeweiligen Krankenkasse eingegangen sind; hierauf wird zurückzukommen sein (s.u. 3.).
b) Ist in Bezug auf die Prüfquoten daher eine doch recht klare Regelung des Gesetzgebers vorzufinden, fehlt(e) für die Aufschlagzahlungspflicht von Anfang an wie noch aktuell eine entsprechende Regelung der Quartalszuordnung. Allerdings hat der Gesetzgeber einen engen systematischen Zusammenhang zwischen der Prüfquote und der Aufschlagszahlungspflicht hergestellt in § 275c Abs. 3 S. 2 SGB V (zuvor Satz 3 der Norm), indem er die Höhe der Aufschlagszahlung unmittelbar vom Ergebnis der Beanstandungs-Prüfquote abhängig gemacht hat (in der „Zahlungsregelung“ § 275c Abs. 3 S. 2 SGB V wird schlicht auf die Prüfquotenregelung in Absatz 2 Satz 4, 6 der Vorschrift verwiesen). Ohne den Referenzwert des Anteils beanstandender MD-Prüfungen kann der konkrete Aufschlagsbetrag nicht bestimmt werden. Demnach ist nämlich (etwa) die Höhe der Aufschlagszahlung im I. Quartal 2022 danach zu bestimmen, welche Beanstandungsquote für das III. Quartal 2021 ermittelt worden ist. Die Beanstandungsquote wird dabei – wie gezeigt – auf der Basis der Prüfergebnisse dieses Quartals bestimmt.
aa) In Bezug auf die Aufschlagszahlung standen dem Gesetzgeber Ende 2019 bei der Schaffung des MDK-Reformgesetzes zwei Optionen offen: Entweder er ordnet ab 1. Januar 2020 die Erhebung der Daten an und erst zu einem späteren Datum die Aufschlagszahlung, weil erst dann die Quoten für den gestuften Zahlungsaufschlag festgestellt worden sind (also frühestens ab dem III. Quartal 2020) oder aber er verfügt eine sofortige, aber quotenunabhängige Aufschlagszahlung ab Inkrafttreten der Norm für eine Übergangszeit bis zum Vorliegen verwertbarer Quartalsdaten. Ursprünglich hatte sich der Gesetzgeber für letztere Alternative entschieden, indem er für das Jahr 2020 eine fixe Aufschlagszahlung von 10 % des Rückforderungsbetrages normierte. In der Pandemiesituation verzichtete er dann auf die Aufschlagszahlung ab 2020, so dass es der bis zur Datenerhebung starren Aufschlagszahlung nicht (mehr) bedurfte.
bb) Dies spricht zunächst dafür, dass ursprünglich sofort ab Inkrafttreten am 1. Januar 2020 Aufschläge gemäß § 275c Abs. 3 SGB V a.F. gezahlt werden sollten, denn ansonsten hätte es der Übergangsregelung in § 275c Abs. 1 S. 3 SGB V a.F. nicht bedurft. Plastisch formuliert: Am 2. Januar 2020 wären die Krankenkassen berechtigt gewesen, Aufschlagszahlungen zu verlangen. Damit aber wird die Annahme zumindest fernliegend, dass nach dem Willen des Gesetzgebers nur solche Vergütungsrechnungen Grundlage für eine Aufschlagszahlung nach MD-Prüfung hätten sein sollen, die für stationäre Aufnahmen ab 2020 (und nun ab 2022) gestellt worden sind. Denn deren Prüfung durch den MD – unter Beachtung der sicher auch dem Gesetzgeber bekannten Dauer der Prüfungen und erst recht der vorausgehenden durch das MDK-Reformgesetz auf vier Monate verlängerten Frist zur Einleitung der Prüfung (§ 275c Abs. 1 S. 1 SGB V) – wäre kaum im ersten Halbjahr 2020 zu erwarten gewesen. Im zweiten Halbjahr mussten aber die ersten Quartalsdaten für das gestufte Aufschlagssystem nach § 275c Abs. 3, 2 SGB V längst vorliegen (s. Absatz 4 der Norm). Folglich wäre die fixe Aufschlagszahlung in § 275c Abs. 3 S. 1 SGB V a.F. als Übergangsregelung kaum nötig gewesen.
cc) Dieses Argument spricht letztlich auch gegen ein Abstellen auf den Zeitpunkt des Rechnungszugangs, weil sich daraus praktisch gleichwertige zeitliche Horizonte ergeben. Dass eine etwa in der 1. KW des Jahres 2020 einer Krankenkasse zugegangene Rechnung noch im ersten Quartal einer abschließenden MD-Prüfung hätte unterzogen werden können, ist zwar nicht ausgeschlossen, aber unter

Berücksichtigung der bereits erwähnten viermonatigen Einleitungsfrist kaum realistisch. Dies belegt etwa auch der zeitliche Ablauf des Prüfverfahrens im hier zugrundeliegenden Behandlungsfall: Die Versicherte C. wurde am 5. August 2021 aus dem klägerischen Krankenhaus entlassen, die Rechnung datiert vom 27. August 2021, die Einleitung des Prüfverfahrens erfolgte am 22. September 2021 gegenüber der Antragstellerin und das MD-Gutachten wurde am 17. Dezember 2021 erstellt.

3. Letztlich erweist sich auf der Basis des Vorstehenden folgende systematische Überlegung als durchgreifend:
a) Der Gesetzgeber hat das „Aufschlagssystem“ des § 275c Abs. 3 SGB V einer Staffelung unterworfen, die an zeitlich vorausliegende Umstände anknüpft. Diese Umstände sind doppelt relevant: Für eine Prüfquote und die grundsätzliche Höhe einer Aufschlagszahlung, die wiederum beide insofern „zusammenhängen“, als die Aufschlagszahlungsvorschrift in Absatz 3 der Vorschrift auf die Prüfquotenregelung in Absatz 2 Bezug nimmt. Diese wiederum ist von statistischen Feststellungen des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen auf der Basis von Datenübermittlungen der Krankenkassen abhängig (Absatz 4). Zentraler statistischer Zugang zum System sind damit diejenigen Zahlen, die gem. § 275c Abs. 4 S. 2 Nr. 3 und 4 SGB V zu übermitteln und zugrunde zu legen sind. Dabei handelt es sich aber ausschließlich um Prüfungsergebnisse des MD. Dessen Ergebnis entscheidet allein über die Folgen im Hinblick auf die Aufschlagszahlungshöhe im übernächsten Quartal wie auch die dann zulässige Prüfquote an der Gesamtzahl der von einem Krankenhaus gestellten Rechnungen.
b) In der Gesetzesbegründung wird insoweit ausgeführt (BT-Drs. 19/13397, S. 65 f. – Hervorhebung nicht im Original):
„Darüber hinaus hat jede Krankenkasse nach Nummer 3 die Anzahl der nach Absatz 1 im zu betrachtenden Quartal abgeschlossenen Prüfungen von Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung zu übermitteln und entsprechend Nummer 4 die Anzahl der Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung, die nach der Prüfung durch den MD im zu betrachtenden Quartal nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrags geführt haben und insoweit unbeanstandet geblieben sind. Ein Fall gilt als abgeschlossen, sobald der MD der Krankenkasse das Ergebnis seiner Prüfung mitteilt. Der GKV-Spitzenverband benötigt diese Daten, um die Anteile unbeanstandeter Abrechnungen je Krankenhaus zu ermitteln.
(…)
Anhand der in dem zu betrachtenden Quartal abgeschlossenen Prüfungen von Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung nach Absatz 1 hat der GKV-Spitzenverband nach Nummer 2 den Anteil der Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung zu ermitteln, die nach erfolgter MD-Prüfung nicht zu dem Ergebnis einer Minderung des Abrechnungsbetrages führen und insoweit unbeanstandet geblieben sind (Anteil unbeanstandeter Abrechnungen). Der Anteil der unbeanstandeten Abrechnungen ist – ebenso wie in den Nummern 1 und 2 – krankenhausbezogen zu ermitteln und spiegelt das quartalsbezogene Ergebnis des Anteils unbeanstandeter Abrechnungen nach Prüfung durch den MD wider. Der Anteil unbeanstandeter Abrechnungen bildet die Grundlage für die in dem einzelnen Krankenhaus zulässige Prüfquote nach Absatz 2, die ebenfalls nach Nummer 3 zu veröffentlichen ist, und die Höhe des Aufschlags nach Absatz 3 im nächsten Anwendungsquartal.“
Damit soll – inhaltlich völlig plausibel – nach dem Willen des Gesetzgebers dem Abschluss der MD-Prüfung die zentrale Funktion zukommen; dies hat auch im Wortlaut der Norm mit dem Begriff der „abgeschlossenen Prüfungen“ (§ 275c Abs. 4 S. 2 Nr. 3 SGB V) sowie der „Prüfergebnisse“ (§ 275c Abs. 2 S. 4 SGB V) seinen Niederschlag gefunden. Für die Prüfquote wie auch die Aufschlagszahlungspflicht kommt es somit auf die Ergebnisse „abgeschlossener“ Prüfungen an; abgeschlossen ist nach der eindeutigen Formulierung der Gesetzesbegründung ein MD-Prüfverfahren aber schon, „sobald der MD der Krankenkasse das Ergebnis seiner Prüfung mitteilt“.
c) Dass dieser Form des Abschluss-Vorgangs einer Prüfung gegenüber einem Krankenhaus die Publizität fehlt, ist ohne Belang, weil es hierauf für ein Krankenhaus nicht ankommt. Die Prüfung erfasst nämlich eine abgeschlossene Rechnungstellung eines Krankenhauses, auf die das Krankenhaus insoweit keinen Einfluss mehr hat. Es muss die Rechnung, so wie sie gestellt worden ist, gegen sich gelten lassen. Anders könnte man nur argumentieren, wenn man annähme, ein Krankenhaus müsse vorher wissen, ob eine Rechnungsprüfung zu einer Aufschlagszahlung führen könne. Hierfür ist kein Grund ersichtlich, den eine Rechtsordnung akzeptieren kann. Denn dies setzte voraus, dass es bis zur Einführung bzw. Anwendung der Aufschlagszahlung geduldet oder gar „erlaubt“, jedenfalls aber von der Rechtsordnung hätte hingenommen werden können, dass Krankenhäuser falsch überhöhte Vergütungsrechnungen erstellten. Dass ein Rechtsstaat in öffentlich-rechtlich determinierten Rechtskreisen gesetzes- oder auch nur vertragswidriges Handeln akzeptiert, ist schlicht ausgeschlossen. Daher waren Krankenhäuser selbstverständlich schon vor Inkrafttreten des MDK-Reformgesetzes an das Gesetz und das DRG-Vertragswerk der Spitzenverbände gebunden, woran sie sich jederzeit festhalten lassen müssen.

4. Demgegenüber sprechen keine überzeugenden Argumente für die anderen von den Beteiligten geltend gemacht Zeitpunkte zur „Aktivierung“ des Aufschlagszahlungssystems.
a) Der Antragstellerin ist zwar in der Tat zuzugeben, dass das BSG bisher insbesondere in Bezug auf die Regeln zur Aufwandspauschale (§ 275c Abs. 1c SGB V a.F.) sowohl bei deren Einführung zum 1. April 2007 (BSG, NZS 2011, 336) wie auch der späteren ausdrücklichen Generalisierung zum 1. Januar 2016 in Satz 4 der Norm durch Art. 6 Nr. 21a des Krankenhausstrukturgesetzes (BGBl. I, S. 2229 [2251]; jetzt § 275c Abs. 1 S. 3 SGB V; s. BSG, Urt. v. 23. Mai 2017 – B 1 KR 24/16 R = SozR 4-2500 § 301 Nr. 8) jeweils die Regelungen erst für solche Rechnungsprüfungen angewendet wissen wollte, die sich auf stationäre Behandlungen mit Aufnahmedatum ab Inkrafttreten der jeweiligen Regelung bezogen. Dies war aber bereits „damals“ kaum überzeugend, wie die Kammer ausführlich schon im Gerichtsbescheid vom 10. Dezember 2010 (NZS 2011, S. 625 ff.) dargelegt hat. Dies gilt entsprechend in der hiesigen Konstellation. Insbesondere die von der Antragstellerin hervorgehobene Auffassung des BSG im vorbezeichneten Urteil vom 23. Mai 2017, dass ein Krankenhaus bei Behandlungsbeginn wissen müsse „unter welchem Rechtsregime die Behandlung erfolgt“, war damals wie heute neben der Sache. Es ging bei den Aufwandspauschalen und geht hier nicht um ein Rechtsregime für die stationäre „Behandlung“ als solche, sondern allein um das nach deren Abschluss erfolgende Prozedere der Rechnungsprüfung. Es ist nicht ersichtlich, wie eine Behandlung eines kranken Versicherten danach ausgerichtet werden könnte, wie abschließend die zu stellende Rechnung geprüft und etwaige Rechnungs-, nicht Behandlungsfehler sanktioniert werden. Und auch hier ist darauf hinzuweisen, dass es keiner besonderen Regelungen zu Prüfquoten und Aufschlagszahlungen bedarf, um die Pflicht eines Leistungserbringers zur gesetzes- und vertragskonformen Abrechnung zu begründen. Vor allem aber fehlt es im Wortlaut wie auch der Systematik – anders als zuvor zur hier vertretenen Rechtsauffassung der Kammer dargelegt – an jeglichem Anhaltspunkt im Wortlaut der Norm, auf den der Aufnahmezeitpunkt als relevanter Ansatzpunkt in der hier streitigen Rechtsfrage gestützt werden könnte.
b) Letzteres Argument schließt es auch aus, zeitlich an die Leistungsentscheidung einer Krankenkasse anzuknüpfen: Hierfür findet sich kein Hinweis im Gesetzeswortlaut. Sie spielt, wie dargelegt, insbesondere auch für die zentralen statistischen Quoten nach § 275c Abs. 2 bis 4 SGB V keinerlei Rolle. Wollte man die Leistungsentscheidung also zum Kriterium machen, würde ein dem gesetzlichen Regelungswerk gänzlich fremdes Kriterium „hineingelesen“. Dies ist auslegungsmethodisch nicht zu rechtfertigen.
c) Soweit die Antragstellerin hilfsweise das Datum des Rechnungszugangs bei der Krankenkasse als entscheidenden Zeitpunkt ansehen will, überzeugt dies ebenfalls nicht, auch wenn zuzugeben ist, dass der Rechnungseingang als statistische Größe in § 275c Abs. 4 S. 2 Nr. 1 SGB V benannt ist. Diese dient aber nur dazu, die (zulässige) Quote zu prüfender Rechnungen zu bestimmen (vgl. § 275c Abs. 4 S. 3 Nr. 1 SGB

V). Für die Aufschlagszahlung spielen diese hingegen keine Rolle, weil hier nur die Quoten innerhalb der geprüften Rechnungen relevant sind (s. § 275c Abs. 3 S. 2, Abs. 2 S. 4, Abs. 4 S. 3 Nr. 3 und 4 SGB V). Rechnungseingänge als solche sind daher für die Aufschlagszahlungsregelungen kein determinierendes Kriterium, so dass aus systematischen Gründen dem von der Kammer hergeleiteten Kriterium der Bekanntgabe des Prüfungsergebnisses durch den MD der Vorzug zu geben ist. Wenn die Antragstellerin hierzu darauf hinweist, dass der Rechnungszugang ausweislich der Präambel zur Übergangsvereinbarung vom 10. Dezember 2019 zur PrüfvV 2016 (auch) die Auffassung der Vertragspartner der PrüfvV gewesen sei, so kommt dem angesichts des vorrangigen Gesetzes anderen Inhalts keine derogierende Regelungskraft zu.
d) In Bezug auf den höchst hilfsweise von der Antragstellerin geltend gemachten Zeitpunkt der Prüfeinleitung durch den MDK, die durch Erklärung gegenüber dem Krankenhaus erfolgt (vgl. BSGE 130, 299 = NZS 2021, 259 [260 Rn. 14]), gilt Entsprechendes: Auch diese Zahl ist als statistische Größe in § 275c Abs. 4 S. 2 Nr. 2 SGB V benannt. Aber auch sie ist für die die Aufschlagszahlung ohne Relevanz, weil hier nur die Quoten innerhalb der abgeschlossen, nicht nur eingeleiteten Rechnungsprüfungen Bedeutung erlangen (s. § 275c Abs. 3 S. 2, Abs. 2 S. 4, Abs. 4 S. 3 Nr. 3 und 4 SGB V). Die Prüfungseinleitung ist zwar durchaus ein relevantes Datum, aber gem. § 275c Abs. 2 S. 3 SGB V nur für die Zuordnung einer Prüfung zu einem bestimmten Quartal, um die höchstzulässige absolute Prüfungsanzahl pro Quartal sicherzustellen; daraus ergibt sich keine Relevanz für die Aufschlagszahlung.

5. Nach alledem ist eine Krankenkasse durch die gesetzliche Stichtagsregelung in § 275c Abs. 3 S. 1 SGB V zur Festsetzung einer Aufschlagszahlung gem. § 275c Abs. 3 SGB V stets, aber auch nur dann berechtigt, wenn diese Aufschlagszahlung Folge einer MD-Prüfung ist, die ab dem Kalenderjahr 2022 in Gestalt der Mitteilung des Prüfungs-Ergebnisses an die Krankennasse abgeschlossen worden ist. Wurde, wie hier, das Prüfungsergebnis des MD der Krankenkasse am 20. Dezember 2021 und damit schon vor dem 1. Januar 2022, also nicht „Ab dem Jahr 2022“ mitgeteilt, fehlt für den Erlass des von der Antragstellerin mit dem Widerspruch angegriffenen Verwaltungsakts über die Festsetzung der Aufschlagszahlung von 300 EUR eine Ermächtigungsgrundlage; der Verwaltungsakt ist daher rechtswidrig. Infolge dessen kommt es auf die von der Antragstellerin geltend gemachten formellen Rechtswidrigkeitsgründe nicht mehr an.

6. Die Kostenentscheidung beruht auf § 154 Abs. 1 SGG i.V.m. § 197a SGG; die Streitwertfestsetzung folgt aus § 52 Abs. 3 GKG, wobei die Kammer im vorliegenden Eilrechtsschutzverfahren die Hälfte des mit dem in der Hautsache angegriffenen Verwaltungsakt verlangten Betrages festgesetzt hat.

Rechtskraft
Aus
Saved
2022-05-23