S 13 KR 485/16

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
SG Aachen (NRW)
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
13
1. Instanz
SG Aachen (NRW)
Aktenzeichen
S 13 KR 485/16
Datum
25.04.2017
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 16 KR 329/17
Datum
02.11.2020
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Die Klage wird abgewiesen. Die Kosten des Verfahrens trägt die Klägerin. Der Streitwert wird auf 300,00 EUR festgesetzt. Die Berufung wird zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten darüber, ob die Klägerin Anspruch auf Erstattung der in einem Krankenhausbehandlungsfall gemäß § 275 Abs. 1c Satz 3 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) gezahlten Aufwandspauschale von 300,00 EUR hat.

Die Beklagte betreibt ein zugelassenes Krankenhaus. Dort behandelte sie vom 11.02. bis 17.02.2012 einen Versicherten der Klägerin. Die Beklagte übermittelte der Klägerin eine Vergütungsrechnung vom 13.03.2012 nebst den erforderlichen Daten gemäß § 301 SGB V. Die Klägerin beauftragte ihren Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) mit der Prüfung des Behandlungsfalles. Mit Schreiben vom 18.04.2012 zeigte der MDK der Beklagten den Prüfauftrag an mit dem Hinweis, die Klägerin habe ihn "mit einer gutachterlichen Stellungnahme zur Kodierung der Diagnosen und Prozeduren beauftragt". Der MDK erhob im Rahmen des erteilten Prüfauftrages bei der Beklagten weitere – über diejenigen nach § 301 SGB V hinausgehende – Daten, indem er den Entlassungsbericht, die Pflegedokumentation, die Patientenkurve und den Operationsbericht von der Beklagten anforderte. Die Beklagte übersandte dem MDK diese angeforderten Unterlagen. Die Prüfung des MDK führte nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages. Die Klägerin zahlte der Beklagten nicht nur die in Rechnung gestellte Vergütung, sondern auf deren Rechnung vom 01.08.2012 auch die Aufwandspauschale gemäß § 275 Abs. 1c Satz 3 SGB V in Höhe von 300,00 EUR.

Mit Schreiben vom 30.11.2016 forderte die Klägerin von der Beklagten die gezahlte Aufwandspauschale unter Hinweis auf das Urteil des Bundessozialgerichtes (BSG) vom 25.10.2016 (B 1 KR 16/16 R) zurück.

Am 24.12.2016 hat die Klägerin Klage auf Zahlung von 300,00 EUR erhoben. Sie vertritt die Auffassung, sie habe die Aufwandspauschale rechtsgrundlos gezahlt. Ihr stehe ein öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch auf Rückzahlung dieser Aufwandspauschale zu, weil es sich um eine sachlich-rechnerische Prüfung gehandelt habe. Sie beruft sich auf vier Urteile des BSG vom 25.10 2016 (B 1 KR 16/16 R, B 1 KR 18/16 R, B 1 KR 19/16 R und B 1 KR 22/16 R). Das BSG habe klargestellt, dass • Kodierprüfungen sachlich-rechnerische Tatbestände darstellen, die nicht § 275 Absatz 1c SGB V unterfallen, • bei sachlich-rechnerischen Prüfungen – mit Blick auf bestehende Leistungsverweige¬rungsrechte oder nicht verjährte Erstattungsforderungen – auch dann keine Aufwandspauschalen zu zahlen sind, wenn sich der Rechnungsbetrag nicht mindert, • es dabei nicht darauf ankommt, ob die Kasse im Prüfauftrag an den MDK oder der MDK in der Anforderung von Unterlagen beim Krankenhaus Bezug auf § 275 Absatz 1 oder Absatz 1c SGB V genommen hat, • es sich bei § 275 Absatz 1c Satz 4 SGB V um eine ab dem 1. Januar 2016 geltende gesetzliche Neuregelung handelt, die keinerlei Rückwirkung entfaltet.

Die Klägerin beantragt schriftsätzlich,

die Beklagte zu verurteilen, ihr 300,00 EUR nebst Zinsen in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit 24.12.2016 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie erhebt den Einwand der Verjährung. Sie meint, ein eventueller Rückerstattungsanspruch unterliege einer Verjährungsfrist von drei Jahren; diese sei am 31.12.2015 abgelaufen. Die Beklagte bestreitet, dass die Klägerin eine Prüfung der "sachlich-rechnerischen Richtigkeit" durch den MDK durchgeführt habe; aus ihrer – der Beklagten – Sicht habe eine Auffälligkeitsprüfung wegen Unwirtschaftlichkeit stattgefunden. Im Übrigen ist die Beklagte der Auffassung, der Klageforderung stehe die Kondiktionssperre des § 817 Satz 2 BGB entgegen. Das Prozessverhalten der Klägerin verstoße gegen den Grundsatz der unzulässigen Rechtsausübung.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der zwischen den Beteiligten gewechselten Schriftsätze und den sonstigen Inhalt der Gerichtsakte, die bei der Entscheidung vorgelegen haben, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Kammer konnte durch Urteil ohne mündliche Verhandlung entscheiden, weil sich die Beteiligten damit einverstanden erklärt haben (§ 124 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz – SGG).

Die Klage ist als (echte) Leistungsklage nach § 54 Abs. 5 Sozialgerichtsgesetz (SGG) zulässig. Bei einer auf Erstattung einer angeblich überzahlten Aufwandspauschale gerichteten Klage einer Krankenkasse gegen einen Krankenhausträger handelt es sich um einen so genannten Parteienstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt (vgl. BSG, Urteil vom 17.06.2000 – B 3 KR 33/99; Urteil vom 23.07.2002 – B 3 KR 64/01 R). Ein Vorverfahren war mithin nicht durchzuführen, die Einhaltung einer Klagefrist nicht geboten.

Die Klage ist jedoch nicht begründet.

Die Klägerin hat keinen aus § 69 Abs. 1 S. 3 SGB V in entsprechender Anwendung von § 812 BGB ableitbaren öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch (vgl. dazu ausführlich: BSG, Urteil vom 08.11.2011 – B 1 KR 8/11 R) auf Rückzahlung von 300,00 EUR. Die Beklagte ist insoweit nicht ungerechtfertigt bereichert, da die Klägerin ihr zu Recht in dem streitbefangenen Behandlungsfall eine Aufwandspauschale gezahlt hat. Rechtsgrundlage der Zahlung war (und ist) § 275 Abs. 1c Satz 3 SGB V.

Allerdings wäre der Anspruch bei Klageerhebung nicht verjährt. Der Anspruch einer Krankenkasse gegen einen Krankenhausträger auf Erstattung einer zu Unrecht gezahlten Vergütung unterliegt der vierjährigen Verjährung (BSG, Urteil vom 28.07.2007 – B 3 KR 12/06 R). Das gilt entsprechend für einen Anspruch der Krankenkasse auf Erstattung einer vermeintlich zu Unrecht gezahlten Aufwandspauschale gem. § 275 Abs. 1c Satz 3 SGB V. Die hier streitbefangene Aufwandspauschale wurde der Klägerin am 01.08.2012 in Rechnung gestellt und danach bezahlt.

Rechtsgrundlage des in dem streitbefangenen Behandlungsfall geltend gemachten Vergütungsanspruchs der Beklagten war § 109 Abs. 4 SGB V i.V.m. dem aus § 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V folgenden Krankenhausbehandlungsanspruch der Versicherten. Die näheren Einzelheiten über Aufnahme und Entlassung der Versicherten, Kostenübernahme, Abrechnung der Entgelte sowie die Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung sind in den zwischen der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen einerseits und verschiedenen Krankenkassen sowie den Landesverbänden der Krankenkassen andererseits geschlossenen Verträgen nach § 112 Abs. 2 Nr. 1 und 2 SGB V geregelt. Es sind dies der zwar gekündigte, aber in der Übergangszeit bis zum Abschluss eines neuen Vertrages offensichtlich weiter angewandte Vertrag über "Allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung" (KBV) und der Vertrag zur "Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung" (KÜV).

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 MDK einzuholen. Hierzu bestimmt § 275 Abs. 1c SGB V in der hier maßgeblichen bis 31.12.2015 geltenden Fassung, dass bei Krankenhausbehandlung nach § 39 eine Prüfung nach Abs. 1 Nr. 1 zeitnah durchzuführen ist (Satz 1), die Prüfung nach Satz 1 spätestens sechs Wochen nach Eingang der Abrechnung bei der Krankenkasse einzuleiten und durch den Medizinischen Dienst dem Krankenhaus anzuzeigen ist (Satz 2) und, falls die Prüfung nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages führt, die Krankenkasse dem Krankenhaus eine Aufwandspauschale in Höhe von 300,00 EUR zu entrichten hat (Satz 3). Auf der Grundlage dieser gesetzlichen Vorgaben haben in dem streitbefangenen Fall &61485; die Klägerin eine Prüfung der jeweiligen Krankenhausabrechnung durch den MDK zwecks Abgabe einer gutachtlichen Stellungnahme eingeleitet, &61485; der MDK der Beklagten den Prüfauftrag angezeigt und &61485; die Klägerin, da die Prüfung nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages geführt hat, der Beklagten eine Aufwandspauschale in Höhe von 300,00 EUR gezahlt. Aus dem Inhalt der Prüfanzeigen des MDK an die Beklagte und der gutachtlichen Stellungnahme des MDK ergibt sich, dass dieser in dem streitbefangenen Fall beim Krankenhaus Daten durch Anforderung von medizinischen Unterlagen erhoben und seiner Stellungnahme zugrundegelegt hat.

Da diese Datenerhebung und Prüfung der Krankenhausrechnungen nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages führte, hat die Klägerin in Kenntnis der Voraussetzungen des § 275 Abs. 1c Satz 3 SGB V die Aufwandspauschale gezahlt.

Soweit die Klägerin nach Lektüre der Rechtsprechung des BSG, konkret der vier Urteile vom 25.10.2016 (B 1 KR 16/16 R, B 1 KR 18/16 R, B 1 KR 19/16 R und B 1 KR 22/16) meint, sie habe die Aufwandspauschale zu Unrecht gezahlt, weil es sich in dem Fall um eine Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit der Abrechnung gehandelt habe und diese Prüfung nicht den Vorgaben des § 275 Abs. 1c SGB V unterlegen hätte, weshalb sie berechtigt sei, die Aufwandspauschale von der Klägerin zurückzufordern, verkennt sie die Rechtslage sowohl hinsichtlich der Geltung des § 275 Abs. 1c SGB V als auch hinsichtlich der Folgen der BSG-Rechtsprechung in Bezug auf zurückliegende abgeschlossene Sachverhalte.

Die vom 1. Senat des BSG erstmals in drei Urteilen vom 01.07.2014 (B 1 KR 29/13 R, B 1 KR 1/13 R und B 1 KR 48/12 R) vorgenommene Unterscheidung einer "Auffälligkeitsprüfung" und einer Prüfung der "sachlich-rechnerischen Richtigkeit" von Krankenhausabrechnungen findet im Gesetz keine Stütze. Insbesondere fehlt es für eine Prüfung der "sachlich-rechnerischen Richtigkeit" von Krankenhausrechnungen durch den MDK unter Erhebung von Daten beim Krankenhaus außerhalb des Prüfregime des § 275 Abs. 1 Nr. 1, Abs. 1c SGB V an jeglicher

gesetzlichen oder sonstigen rechtlichen Grundlage. Ausschließlich für den Bereich der vertragsärztlichen Versorgung bestimmt § 106a Abs. 2 Satz 1 SGB V, dass die kassenärztliche Vereinigung – nicht der MDK (!) – "die sachliche und rechnerische Richtigkeit der Abrechnungen" der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen feststellt. Für die Prüfung von Krankenhausabrechnungen unter Beteiligung des MDK gelten allein die §§ 275 bis 277 SGB V.

Allerdings führt nicht jedwede Beteiligung des MDK an einer Prüfung der Krankenhausabrechnung zur Anwendung von § 275 Abs. 1c SGB V. Als Grundlage des Prüfverfahrens hat das Krankenhaus im Rahmen der wechselseitigen Leistungsbeziehungen zur Krankenkasse diejenigen Angaben zu machen und Unterlagen beizubringen, die zur Beurteilung der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit im Einzelfall erforderlich sind. Hierzu hat das BSG im Urteil vom 22.04.2009 (B 3 KR 24/07 R, Rz. 15 bis 20) grundlegend ausgeführt: "a) Rechtsgrundlage der Auskunftsverpflichtung ist § 100 Abs 1 Satz 3 SGB X. Danach ist das Krankenhaus verpflichtet, dem Leistungsträger "im Einzelfall auf Verlangen Auskunft zu erteilen, soweit es für die Durchführung von dessen Aufgaben nach diesem Gesetzbuch erforderlich" ist und entweder der Betroffene eingewilligt hat (§ 100 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB X) oder dies gesetzlich zugelassen ist (§ 100 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB X) ; Demgemäß können im Rahmen eines bis zu dreistufigen Prüfverfahrens Auskunfts- und Mitwirkungspflichten wie folgt bestehen: b) Zwingend, nämlich iS von § 100 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB X gesetzlich zugelassen, sind auf der ersten Stufe der Sachverhaltserhebung die Angaben nach § 301 Abs. 1 SGB V. Danach besteht die Pflicht, der Krankenkasse bei Krankenhausbehandlung u.a. den Grund der Aufnahme sowie die Einweisungsdiagnose und die Aufnahmediagnose zu übermitteln (§ 301 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V). Hiermit ist aus datenschutzrechtlichen Gründen abschließend und enumerativ aufgelistet, welche Angaben der Krankenkasse bei einer Krankenhausbehandlung ihrer Versicherten auf jeden Fall zu übermitteln sind (vgl. BT-Drucks 12/3608, 124). Dazu rechnen u.a. die Stammdaten des Versicherten, Detaildaten über Aufnahme, Verlegung, Art der Behandlung und Entlassung einschließlich der Angabe des einweisenden Arztes mit Einweisungsdiagnose, Aufnahmediagnose und Änderung von Diagnosen, die medizinische Begründung für die Verlängerung der Verweildauer sowie Datum und Art der durchgeführten Operationen und Prozeduren, nicht hingegen die Behandlungsunterlagen der Versicherten, die in § 301 SGB V nicht erwähnt sind (vgl. BSGE 90, 1 = SozR 3-2500 § 112 Nr. 3). Nach der zu Grunde liegenden Vorstellung sind damit die Mindestangaben bezeichnet, die die Krankenkasse insbesondere zur ordnungsgemäßen Abrechnung und zur Überprüfung der Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung benötigt (vgl. BT-Drucks 12/3608, 124). Genügt die Anzeige schon diesen (Mindest-)Anforderungen nicht, fehlt es bereits an der Fälligkeit der Vergütungsforderung (BSG SozR 4-2500 § 109 Nr.1 RdNr. 12). Darüber hinaus normiert § 2 Abs. 1 Satz 2 KÜV eine weitere - vertraglich vereinbarte - Pflicht des Krankenhauses. Besteht nämlich aus Sicht der Krankenkasse in Einzelfällen Anlass, die Notwendigkeit und Dauer der stationären Behandlung zu überprüfen, so kann die Krankenkasse vor Beauftragung des MDK unter Angabe des Überprüfungsanlasses eine Stellungnahme des Krankenhauses zu den einzelnen Behandlungsfällen anfordern. Das Krankenhaus hat sodann die Notwendigkeit und/oder Dauer der stationären Behandlung mittels Kurzberichts zu erläutern (§ 2 Abs. 1 Satz 3 KÜV). Die Weitergabe solcher Daten verletzt nicht die ärztliche Schweigepflicht oder den Datenschutz (vgl. auch § 15 KBV). Diese ergänzende Berichtspflicht umfasst jedoch nicht die Übersendung von ärztlichen Unterlagen an die Krankenkasse und ist auf begründete Einzelfälle zu beschränken. Daraus folgt, dass die Krankenkasse dieses Instrumentarium keinesfalls als eine Art "Regelanfrage" ausgestalten darf; der Kurzbericht soll lediglich dazu dienen, die Entscheidungsgrundlage der Krankenkassen vor Einschaltung des MDK zu erweitern und konkrete Zweifel auszuräumen. c) 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 Kurzberichts nicht selbst, ist auf der zweiten Stufe der Sachverhaltserhebung ein Prüfverfahren nach § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V einzuleiten. Danach ist beim MDK eine gutachtliche Stellungnahme einzuholen, wenn die vom Krankenhaus erteilten Informationen zur Prüfung insbesondere von Voraussetzung, Art und Umfang der Krankenhausbehandlung nicht ausreichen. Dazu sind dem MDK nach § 276 Abs. 1 Satz 1 SGB V jedenfalls diejenigen zur Begutachtung erforderlichen Unterlagen vorzulegen, die vom Krankenhaus zur Verfügung gestellt worden sind, also insbesondere die Angaben nach § 301 SGB V; vom Versicherten überlassene Unterlagen sind bei dessen Zustimmung zur Verfügung zu stellen (§ 276 Abs. 1 Satz 2 SGB V). Der erkennende Senat hat daraus abgeleitet, dass den Krankenkassen kein Recht zusteht, selbst in die ärztlichen Behandlungsunterlagen Einsicht zu nehmen (BSGE 90, 1 = SozR 3-2500 § 112 Nr. 3). Daraus folgt aber nicht, dass die Krankenkassen nach Bundesrecht verpflichtet wären, Krankenhausrechnungen auch dann in voller Höhe zu begleichen, wenn sie innerhalb angemessener Frist substantiierte und der Höhe nach bezifferte Einwendungen gegen die Abrechnung geltend machen (BSG SozR 4-2500 § 112 Nr. 3). Vielmehr erlegt § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V den Krankenkassen gerade die Pflicht auf, bei Zweifeln über die Erbringung von Leistungen, insbesondere zur Prüfung von Voraussetzungen, Art und Umfang, sowie bei Auffälligkeiten zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung eine gutachtliche Stellungnahme des MDK einzuholen (BSG, Urteil vom 20.11.2008 - B 3 KN 4/08 KR R , RdNr. 18; ebenso BSG, Urteil vom 16.12.2008 - B 1 KN 3/08 KR R , jeweils RdNr.32). Diese schon von Gesetzes wegen vorgesehene Prüfpflicht der Krankenkassen wird in § 2 Abs. 1 Satz 4 KÜV ausdrücklich wiederholt, wobei aber auch nochmals klargestellt wird, dass es sich um Überprüfungen "im Einzelfall" handeln muss, also keine generelle und anlasslose Einschaltung des MDK in Betracht kommt. Der Gesetzgeber hat diese Problematik ebenfalls erkannt und nunmehr mit § 275 Abs. 1c SGB V (i.d.F. des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes vom 26.3.2007 (BGBl. I 378), in Kraft seit dem 1.4.2007) eine Konkretisierung der MDK-Überprüfungen vorgenommen, um die von einzelnen Krankenkassen "in unverhältnismäßiger und nicht sachgerechter Weise zur Einzelfallsteuerung" genutzten Prüfmöglichkeiten einzuschränken (so die Gesetzesbegründung, BT-Drucks 16/3100 S 171). Die Überprüfung eines Krankenhauses (§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V) ist nunmehr zeitnah durchzuführen, und zwar innerhalb von sechs Wochen nach Eingang der Abrechnung des Krankenhauses (§ 275 Abs. 1c Satz 1 und 2 SGB V). Mit dieser Fristsetzung und der in § 275 Abs. 1c Satz 3 SGB V zu Lasten der Krankenkasse vorgesehenen Aufwandspauschale von 100 Euro bei ergebnisloser Prüfung soll "als Beitrag zu dem angestrebten Bürokratieabbau Anreize gesetzt werden, um Einzelfallprüfungen zukünftig zielorientierter und zügiger einzusetzen" (so BT-Drucks 16/3100 S 171; vgl. auch Sieper, Die Einschränkung des außergerichtlichen MDK-Überprüfungsverfahrens nach § 275 Abs. 1c SGB V, GesR 2007, 446). d) Im Rahmen einer nach diesen Voraussetzungen ordnungsgemäß eingeleiteten Prüfung hat das Krankenhaus schließlich auf der dritten Stufe der Sachverhaltserhebung dem MDK auch über die Anzeige nach § 301 SGB V und den Kurzbericht hinaus alle weiteren Angaben zu erteilen und Unterlagen vorzulegen, die im Einzelfall zur Beantwortung der Anfrage der Krankenkasse benötigt werden. Rechtsgrundlage hierfür ist § 276 Abs. 2 Satz 1 Halbsatz 2 SGB V. Danach galt: "Haben die Krankenkassen nach § 275 Abs. 1 bis 3 eine gutachtliche Stellungnahme oder Prüfung durch den Medizinischen Dienst veranlasst, sind die Leistungserbringer verpflichtet, Sozialdaten auf Anforderung des Medizinischen Dienstes unmittelbar an diesen zu übermitteln, soweit dies für die gutachtliche Stellungnahme und Prüfung erforderlich ist." Auf dieser Grundlage ist der MDK ermächtigt, die erforderlichen Sozialdaten bei den Krankenhäusern anzufordern (vgl BSGE 90, 1 = SozR 3-2500 § 112 Nr. 3) und das Krankenhaus zu deren Vorlage verpflichtet, soweit auch mit medizinischer Expertise nur durch die Angaben gemäß § 301 SGB V und einen ergänzenden Kurzbericht eine zuverlässige Beurteilung der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit oder anderer Fragen der Abrechnung nicht möglich ist. Auf der Vertragsebene wird dies durch § 2 Abs. 2 Satz 2 KÜV ausdrücklich bestätigt." Soweit das BSG in der zitierten Entscheidung auf Vorschriften des rheinland-pfälzischen KÜV abstellt, stimmen diese im Wesentlichen wortgleich mit dem nordrhein-westfälischen KÜV überein. In einer späteren Entscheidung vom

16.05.2012 (B 3 KR 14/11 R, Rz. 22, 23) hat das BSG ergänzend ausgeführt: "e) Die Ausschlussfrist des § 275 Abs. 1c S 2 SGB V besitzt nur für die dritte Ebene der Sachverhaltsermittlung Bedeutung, also für die Erhebung von Sozialdaten beim Krankenhaus gemäß § 276 Abs. 2 S 1 Halbs. 2 SGB V. "Prüfung" i.S. von § 275 Abs. 1c S 2 SGB V ist demnach nicht jede Befassung des MDK mit medizinischen Fragen aus Anlass der den Krankenkassen zwingend aufgetragenen Kontrolle von Krankenhausabrechnungen (vgl. dazu eingehend BSGE 106, 214 = SozR 4-2500 § 275 Nr. 3, RdNr. 19; ebenso BSG vom 16.5.2012 - B 3 KR 12/11 R , RdNr. 10). Prüfungstätigkeit im Sinne dieser Norm entfaltet der MDK vielmehr erst dann, wenn auch von ihm die Ordnungsgemäßheit einer Abrechnung nicht allein anhand der vom Krankenhaus bei der Aufnahme oder der Abrechnung überlassenen Daten beurteilbar ist und deshalb gemäß § 276 Abs. 2 S 1 Halbs. 2 SGB V beim Krankenhaus selbst zusätzliche Sozialdaten erhoben werden müssen - wenn also der Sachverhalt nur anhand zusätzlicher medizinischer Unterlagen und Angaben des Krankenhauses und/oder seiner Mitarbeiter zu klären ist, also insbesondere die Krankenbehandlungsakte oder Teile davon eingesehen werden müssen. Dies folgt aus dem systematischen Zusammenhang mit der Aufwandspauschale des § 275 Abs. 1c S 3 SGB V. Dieser kommt, wie das BSG bereits entschieden hat, kein Straf- oder Sanktionscharakter zu, sondern sie dient - wie schon die Bezeichnung "Aufwandspauschale" zum Ausdruck bringt - dem Ausgleich eines besonderen Zusatzaufwandes infolge der nochmaligen und zeitaufwändigen Befassung mit einem bereits abgeschlossenen Versorgungsvorgang. Zahlungsansprüche nach § 275 Abs. 1c S 3 SGB V können deshalb nur entstehen, wenn dem Krankenhaus auf den Prüfantrag hin überhaupt ein tatsächlicher Aufwand entstanden ist, der über die Erfüllung der üblichen Mitteilungs- und Abrechnungsobliegenheiten hinaus reicht (vgl. BSGE 106, 214 = SozR 4-2500 § 275 Nr. 3, RdNr. 16 f). Demgemäß kann die Ausschlussfrist des § 275 Abs. 1c S 2 SGB V für die Prüftätigkeit des MDK auch nur dann von Bedeutung sein, wenn sie über eine Beratung der Krankenkasse auf der Grundlage der dieser vom Krankenhaus bereits überlassenen Daten hinausreicht und - auf der Basis von § 276 Abs. 2 S 1 Halbs. 2 SGB V - eine eigenständige Erhebung von Sozialdaten zum Gegenstand hat. f) Erfasst demzufolge die Ausschlusswirkung des § 275 Abs. 1c S 2 SGB V nur MDK-Prüfaufträge auf der 3. Stufe der Abrechnungsprüfung, so folgt daraus im Umkehrschluss, dass die Rechnungskontrolle auf den beiden ersten Prüfebenen unabhängig hiervon erfolgt. Die Wahrnehmung der dabei anfallenden Prüftätigkeit ist den Krankenkassen indes nicht freigestellt; sie sind - ebenso wie die Krankenhäuser - grundsätzlich zur beschleunigten Rechnungsabwicklung verpflichtet (vgl. dazu insbesondere BSG SozR 4-2500 § 112 Nr. 6 RdNr. 16 m.w.N.; BSGE 102, 181 = SozR 4-2500 § 109 Nr. 15, RdNr. 37 f; BSGE 105, 150 = SozR 4-2500 § 109 Nr. 20, RdNr. 13). Daran hat sich durch die Einführung des § 275 Abs. 1c SGB V nichts geändert. Die Abrechnungsprüfung ist weiterhin eine elementare Aufgabe zur Wahrung der Wirtschaftlichkeit der Versorgung und obliegt den Krankenkassen (vgl. BSGE 106, 214 = SozR 4-2500 § 275 Nr. 3 RdNr.19; ebenso BSG vom 16.5.2012 - B 3 KR 12/11 R , RdNr. 10). Nach der Vorstellung des Gesetzgebers gilt die Ausschlusswirkung der Sechs-Wochen-Frist des § 275 Abs. 1c S 2 SGB V aber nicht für den gesamten Prüfvorgang der Krankenkassen, sondern ausschließlich auf der Ebene der Sachverhaltserhebung durch den MDK unter Einbeziehung des Krankenhauses. Auf den beiden vorgeschalteten Prüfebenen verbleibt es hingegen bei der allgemeinen Verpflichtung der Krankenkassen, die von den Krankenhäusern vorgelegten Abrechnungen zügig auf ihre sachliche und rechnerische Richtigkeit zu überprüfen. Beschränkt sind sie hierbei nach Ablauf der Frist des § 275 Abs. 1c S 2 SGB V aber insoweit, dass der medizinische Sachverhalt nicht mehr durch Ermittlungen des MDK gemäß § 276 Abs. 2 S 1 Halbs. 2 SGB V überprüft oder weiter aufgeklärt werden kann. Entsprechende Prüfaufträge an den MDK sind unzulässig und die Krankenhäuser nicht mehr zur Übermittlung von Sozialdaten verpflichtet."

Im vorliegenden Fall hat eine Prüfung der Krankenhausabrechnung durch den MDK auf der dritten Stufe der Sachverhaltserhebung stattgefunden. Denn der MDK hat in dem streitbefangenen Behandlungsfall Daten beim Krankenhaus erhoben. Dies führte zur Anwendung der Vorgaben und Rechtsfolgen des § 275 Abs. 1c SGB V, unabhängig davon, ob man die Tätigkeit des MDK – wie der Gesetzgeber in § 275 Abs. 1 Satz 1 SGB V – als "Prüfung von Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistung" oder als "Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung bei Auffälligkeiten" qualifiziert oder – wie der 1. Senat des BSG in freier Rechtsauslegung und -schöpfung seit den Urteilen vom 01.07.2014 – als "Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit". Egal, in welchem Prüfregime der MDK bei der Prüfung von Krankenhausabrechnungen tätig wird: Sobald er von der Krankenkasse in die Prüfung einbezogen wird und selbst Daten beim Krankenhaus erhebt, findet § 275 Abs. 1c SGB V Anwendung.

Dass dies nicht nur dem Gesetz (in seiner bis 31.12.2015 geltenden Fassung), sondern auch dem Willen des Gesetzgebers dieser Bestimmung entspricht, ergibt sich aus der Einfügung des Satz 4 in § 275 Abs. 1c SGB V durch Artikel 6 Nr. 21a des Gesetz zur Reform zur Struktur der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz – KHSG) vom 10.12.2015 (BGBl. I S. 2229). Dieser lautet: "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." Zwar ist Artikel 6 Nr. 21a KHSG erst am 01.01.2016 in Kraft getreten (vgl. Artikel 9 Abs. 1 KHSG); insofern hat das BSG recht, wenn es im Urteil vom 25.10.2016 (B 1 KR 22/16R) feststellt, dass der Anfügung des Satzes 4 an § 275 Abs. 1c SGB V keine Rückwirkung zukommt. Jedoch wird aus der Gesetzesbegründung deutlich, dass der eingefügte Satz 4 eine Auslegungsbestimmung ("als Prüfung nach Satz 1 ist anzusehen") enthält, die auch für in der Vergangenheit bereits abgerechnete Behandlungsfälle angewandt werden kann. So heißt es in der Begründung zu § 275 Abs. 1c Satz 4 SGB V (vgl. BT-Drucksache 18/6586, S. 110): "In einem Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) (BSG 1 KR 29/13R) hat der erkennende 1. Senat eine rechtliche Differenzierung zwischen Auffälligkeitsprüfungen und Prüfungen auf sachlich-rechnerische Richtigkeit einer Krankenhausrechnung vorgenommen. Während er auf Auffälligkeitsprüfungen § 275 Absatz 1c anwendet, ist er der Auffassung, dass diese Vorschrift für Prüfungen der sachlich-rechnerischen Richtigkeit nicht gilt. Für Letztere gelte weder die Frist des § 275 Absatz 1c Satz 2 noch die Pflicht zur Entrichtung eine Aufwandspauschale nach § 275 Absatz 1c Satz 3. Vielmehr unterlägen sie einem eigenen Prüfregime. Infolge dieses Urteils sind zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen Probleme entstanden, weil Kranken¬kassen sich bei Prüfungen der Krankenhausabrechnungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversiche¬rung (MDK) vermehrt auf den Standpunkt stellen, es handele sich um Prüfungen der sachlich-rechnerischen Rich¬tigkeit, bei denen keine Aufwandspauschale zu zahlen und keine Frist zu beachten sei. Hinzu kommt, dass im Schrifttum teilweise kritisiert wird, dass es für die Trennung der beiden Prüfarten im Gesetz keine hinreichende Stütze gebe und es an Abgrenzungskriterien fehle. Deshalb wird mit der Neuregelung des § 275 Absatz 1c Satz 4 nunmehr bestimmt, dass sich die Fristen- und Anzeigeregelung des Satzes 2 und die Regelung zur Aufwandspauschale in Satz 3 auf jede Prüfung der Abrech¬nung einer stationären Behandlung beziehen, mit der eine Krankenkasse den MDK beauftragt und die eine Da-tenerhebung durch den MDK beim Krankenhaus erfordert. Dies gilt sowohl für die vom 1. Senat des BSG ange¬sprochenen Auffälligkeitsprüfungen als auch für die Prüfungen auf sachlich-rechnerische Richtigkeit. Mit der Voraussetzung, dass es sich um Prüfungen handeln muss, die eine Datenerhebung durch den MDK erfordern, wird auf das vom BSG entwickelte System der dreistufigen Sachverhaltsermittlung Bezug genommen. Dadurch wird in Übereinstimmung mit diesem Ansatz zum Ausdruck gebracht, dass § 275 Absatz 1c nur für Prüfungen auf der dritten Stufe der Sachverhaltserhebung anwendbar ist. Dies ist dann der Fall, wenn der MDK den Prüfauftrag der Krankenkasse nur mit Angaben und Unterlagen des Krankenhauses erfüllen kann und deshalb eine Prüfung durchführen muss, die Außenwirkung auf das Krankenhaus hat. Durch eine derartige Prüfung entsteht dem Krankenhaus ein besonderer Aufwand, der – falls es nicht zu einer Minderung

des Abrechnungsbetrages kommt – durch die Pauschale zu entschädigen ist." Mit der Regelung des § 275 Abs. 1c Satz 4 SGB V wird also, auch wenn die Vorschrift erst zum 01.01.2016 in Kraft getreten ist, kein "neues" Recht nur für künftige, ab 01.01.2016 zu behandelnden Fälle geschaffen, sondern – auch für abgeschlossene Prüffälle im Sinne von § 275 Abs. 1c Satz 1 bis 3 SGB V – klargestellt, dass als Prüfung nach Satz 1 jede Prüfung einer Krankenhausabrechnung gilt, mit der die Krankenkasse den MDK beauftragt und die eine Datenerhebung durch den MDK beim Krankenhaus erfordert. Da dies auf den streitbefangenen Fall zutrifft, hat die Klägerin die Aufwandspauschale zu Recht gezahlt und keinen Anspruch auf deren Erstattung.

Der geltend gemachte Erstattungsanspruch ist auch aus einem anderen Grund ausgeschlossen. Indem die Klägerin den MDK mit einer Prüfung der Krankenhausabrechnung nach § 275 Abs. 1 SGB V beauftragt, der MDK den Prüfauftrag im Hinblick auf seine Benachrichtigungspflicht gemäß § 275 Abs. 1c SGB V angezeigt und die Klägerin infolge des Prüfergebnisses, das zu keiner Minderung des Abrechnungsbetrages geführt hatte, die Aufwandspauschale in Höhe von 300,00 EUR gezahlt hat, ist bei der Beklagten ein Vertrauen auf die Rechtmäßigkeit und das Behaltendürfen der Aufwandspauschale geschaffen worden. Würde die Rechtsprechung des BSG in den Urteilen vom 01.07.2014, 14.10.2014, 23.06.2015 und insbesondere 25.10.2016, wonach bei Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit der Krankenhausabrechnung keine Aufwandspauschale anfällt, auch wenn die Prüfung nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages führt, auch auf in der Vergangenheit liegende abgeschlossene Abrechnungsfälle angewandt, um daraus einen Erstattungsanspruch zu begründen, läge darin ein Verstoß gegen die Grundsätze der Rechtssicherheit und des Vertrauensschutzes als Ausfluss des Rechtsstaatsprinzip (Artikel 20 Abs. 3 Grundgesetz), der nicht hinzunehmen ist. Wenn der 1. Senat des BSG die "weitergehende Auffassung des früher auch zuständigen 3. Senats" nunmehr aufgibt (so ausdrücklich im Urteil vom 25.10.2016 – B 1 KR 22/16 R – Rz. 9 nach "juris"), kann dies nicht dazu führen, dass Handlungen, die – wie oben aufgezeigt – seinerzeit im Einklang mit dem für die Auslegung des Rechts damals zuständigen höchsten Fachgerichtes standen (hier: die Zahlung der Aufwandspauschalen) heute allein aufgrund einer Änderung der Zuständigkeit beim BSG und die Aufgabe der Rechtsprechung des damals (auch) zuständigen 3. Senats durch den heute (allein) zuständigen 1. Senat rechtsgrundlos sind, dass also aus dem damals mit Rechtsgrund von der Beklagten Erlangten nunmehr – rückwirkend (!) – etwas "ohne rechtlichen Grund" Erlangtes wird, das nach den Grundsätzen der ungerechtfertigten Bereicherung herauszugeben wäre. Die Änderung der Rechtsprechung begründet keinen in die Vergangenheit zurückweisenden öffentlichen-rechtlichen Erstattungsanspruch.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Abs. 1 Satz 1 SGG i.V.m. §§ 154 Abs. 1, 161 Abs. 1, 162 Abs. 1 und 2 Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO). Die Streitwertfestsetzung beruht auf § 197a Abs. 1 Satz 1 SGG i.V.m. §§ 40, 52 Abs. 1 und 3 Gerichtskostengesetz (GKG).

Die Kammer hat die Berufung zugelassen, weil sie der Rechtssache grundsätzliche Bedeutung beimisst (§ 144 Abs. 1 Satz 1, Abs. 2 Nr. 1 SGG).
Rechtskraft
Aus
Login
NRW
Saved
2020-12-07