S 8 KR 353/15

Land
Hessen
Sozialgericht
SG Darmstadt (HES)
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
8
1. Instanz
SG Darmstadt (HES)
Aktenzeichen
S 8 KR 353/15
Datum
23.05.2016
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
Sprungrevision
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 1 KR 18/16 R
Datum
25.10.2016
Kategorie
Urteil
Leitsätze
1. Für ein „eigenes Prüfregime zur Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit“, bei dem ein Anspruch des Krankenhaus nach § 275 Abs. 1c S. 3 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) auf Zahlung einer Aufwandspauschale ausscheiden soll, obwohl der Prüfvorgang nicht zu einer Rechnungsminderung geführt hat, fehlt es an einer Rechtsgrundlage.
2. Vielmehr wird auch die Prüfung einer Krankenhausrechnung im Hinblick auf deren sachlich-rechnerische Richtigkeit von § 275 Abs. 1 und Abs. 1c SGB V erfasst (vgl. auch: Urteil des Sozialgerichts Rostock vom 2.3.2016, Az. S 15 KR 406/13, Urteil des Sozialgerichts Osnabrück vom 27.01.2016, Az. S 34 KR 98/15; Urteil des Sozialgerichts Darmstadt vom 7.12.2015, Az. S 8 KR 434/14; Urteil des Sozialgerichts Speyer vom 28.7.2015, Az. S 19 KR 588/14; Urteil des Sozialgerichts Mainz vom 4.5.2015, Az. S 3 KR 428/14; Knispel, Zu den Auskunfts- und Prüfpflichten zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen bei der Prüfung von Krankenhausrechnungen nach der Rechtsprechung des BSG, in: Gesundheitsrecht 2015, S. 200 – 207; Schütz, jurisPR-SozR 24/2015 Anm. 4).
1. Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin 300,00 EUR nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 15.7.2015 zu zahlen.

2. Die Beklagte hat die Kosten des Verfahrens zu tragen.

3. Die Berufung wird zugelassen.

4. Der Streitwert wird auf 300,00 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Gewährung der Aufwandspauschale nach § 275 Abs. 1c S. 3 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) nebst Zinsen.

Der bei der Beklagten gesetzlich krankenversicherte A. C. wurde im Krankenhaus der Klägerin in dem Zeitraum vom 25.11.2014 bis zum 5.12.2014 stationär behandelt. Die Klägerin machte gegenüber der Beklagten mit Rechnung vom 27.1.2015 unter Abrechnung der Fallpauschale DRG H41A einen Betrag in Höhe von 9.444,96 EUR geltend. Die Beklagte beauftragte den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) mit der Überprüfung. Der MDK nahm Einblick in die Krankenakte der Klägerin. Es wurden folgende Fragen geprüft:
- Ist / sind die Nebendiagnose(n) (ND) korrekt?
- Ist / sind die Prozedur(en) korrekt?
Der MDK kam im Gutachten vom 25.3.2015 zu dem Ergebnis, dass die kodierten Prozeduren korrekt seien. Eine Nebendiagnose sei geändert worden (K85.80 statt K86.2). Die Prüfung führte nicht zu einer Minderung des Rechnungsbetrages. Die Klägerin machte mit Rechnung vom 28.4.2015 eine Aufwandspauschale in Höhe von 300,- EUR für die Prüfung geltend. Die Beklagte lehnte die Zahlung ab, weil der MDK bei der Prüfung nur die sachlich-rechnerische Richtigkeit überprüft habe. Dafür falle nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts keine Aufwandspauschale an.

Die Klägerin hat am 15.7.2015 Klage vor dem Sozialgericht Darmstadt erhoben.

Die Klägerin meint, dass ihr die Aufwandspauschale in Höhe von 300,- EUR zustehe. Eine Aufwandspauschale falle immer dann an, wenn trotz Prüfung der Rechnungsbetrag unvermindert geblieben ist. Dies sei hier der Fall. Die Klägerin vertritt außerdem die Auffassung, dass sich die neuere Rechtsprechung des 1. Senates des Bundessozialgerichts, wonach für eine Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit

keine Aufwandspauschale anfalle, über den Wortlaut des § 275 Abs. 1, 1c SGB V in unzulässiger Weise hinweggesetzt habe. Für diese Rechtsprechung gebe es keine Rechtsgrundlage.

Die Klägerin beantragt,
die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin 300,- EUR nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 15.7.2015 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,
die Klage abzuweisen.

Die Beklagte vertritt die Auffassung, dass sie lediglich die sachlich-rechnerische Richtigkeit der Rechnungen der Klägerin überprüft habe. Es handele sich nicht um eine Auffälligkeitsprüfung. Daher sei nach der Rechtsprechung des 1. Senates des Bundessozialgerichts die Regelung des § 275 Abs. 1c SGB V für den vorliegenden Fall nicht einschlägig.

Das Gericht wies mit Verfügung vom 23.2.2016 darauf hin, dass die 8. Kammer des Sozialgerichts Darmstadt in dem Verfahren mit dem Az. S 8 KR 434/14 der Rechtsprechung des 1. Senates des Bundessozialgerichts nicht gefolgt ist. Auf Blatt 28 29 der Gerichtsakte wird Bezug genommen.

Die Klägerin und die Beklagte haben mit Schriftsatz vom 23.3.2016 und vom 21.4.2016 einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung zugestimmt.

Zur Ergänzung des Tatbestandes wird Bezug genommen auf den Inhalt der Verwaltungsakten der Beklagten und auf den Inhalt der Gerichtsakten.

Entscheidungsgründe:

Das Gericht konnte gemäß § 124 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz (SGG) ohne mündliche Verhandlung durch Urteil entscheiden. Alle Beteiligten haben gegenüber dem Gericht ausdrücklich, eindeutig und vorbehaltlos erklärt, dass sie mit einer Entscheidung durch Urteil ohne mündliche Verhandlung einverstanden sind.

Die Klage ist als Leistungsklage nach § 54 Abs. 5 SGG zulässig, da ein Streit im Gleichordnungsverhältnis vorliegt. An der Zulässigkeit der Klage bestehen keine Bedenken.

Die Klage ist auch begründet. Die Klägerin hat einen Anspruch auf 300,- EUR für die im Streit stehende Prüfung der Krankenhausrechnung der Klägerin vom 27.1.2015 nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 15.7.2015. Die Voraussetzungen des § 275 Abs. 1c S. 3 SGB V liegen vor.

Im Einzelnen:

1. 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. In Bezug auf die Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V ordnet § 275 Abs. 1c S. 1 SGB V an, dass eine Prüfung nach § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V zeitnah durchzuführen ist. Dieses wird in § 275 Abs. 1c S. 2 SGB V dahin präzisiert, dass eine Prüfung spätestens sechs Wochen nach Eingang der Abrechnung bei der Krankenkasse einzuleiten und durch den MDK dem Krankenhaus anzuzeigen ist. § 275 Abs. 1c S. 3 SGB V bestimmt sodann:

"Falls die Prüfung nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrags führt, hat die Krankenkasse dem Krankenhaus eine Aufwandspauschale in Höhe von 300 Euro zu entrichten."

Der Anspruch auf die Aufwandspauschale nach § 275 Abs. 1c SGB V setzt danach voraus:

- dass die Krankenkasse eine Abrechnungsprüfung durch den MDK im Sinne des § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V veranlasst hat,
- dass dem Krankenhaus durch eine Anforderung von Sozialdaten durch den MDK gemäß § 276 Abs. 2 S. 1 SGB V ein Aufwand entstanden ist und
- dass die Prüfung nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages geführt hat
(vgl. dazu etwa das Urteil des 3. Senates des Bundessozialgerichts vom 28.11.2013, Az. B 3 KR 4/13 R).

Die Einleitung einer Abrechnungsprüfung durch den MDK im Sinne des § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V (mit dem Ziel der Verminderung des Rechnungsbetrages) setzt dabei nach dem vom 3. Senat des Bundessozialgerichts entwickelten 3-stufigen Schema voraus,

"dass 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 etwaigen Kurzberichts nicht selbst erschließen (1. Stufe). Ist das der Fall, muss die Krankenkasse den MDK einschalten, der zunächst intern - meist durch eine sozialmedizinische Fallberatung - feststellt, ob die zur Verfügung stehenden Informationen ohne Beteiligung des Krankenhauses zur Prüfung insbesondere von Voraussetzung, Art und Umfang der Krankenbehandlung ausreichen (2. Stufe). Erst wenn sich damit kein abschließendes Ergebnis finden lässt, kann der MDK nach § 276 Abs 2 S 1 Halbs 2 SGB V die im Einzelfall erforderlichen Sozialdaten und Unterlagen vom Krankenhaus anfordern (3. Stufe - vgl hierzu ua BSG Urteil vom 22.11.2012 - B 3 KR 20/12 R - SozR 4-2500 § 275 Nr 9)." (vgl. Urteil des Bundessozialgerichts vom 28.11.2013 – B 3 KR 4/13 R)

Vor diesem Hintergrund kommt die Pflicht zur Zahlung einer Aufwandspauschale nach § 275 Abs. 1c S 3 SGB V somit nur in Betracht, wenn

der MDK auf der 3. Stufe der Sachverhaltserhebung auf Veranlassung der Krankenkasse zuvor Sozialdaten gemäß § 276 Abs. 2 S. 1 SGB V zur Rechnungsprüfung beim Krankenhaus angefordert hatte und die Prüfung eben nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages geführt hat. Ausnahmen von dem Anspruch des Krankenhauses auf die Aufwandspauschale hatte das Bundessozialgericht in seiner früheren Rechtsprechung etwa dann angenommen, wenn das Prüfverfahren durch eine nachweislich fehlerhafte Abrechnung seitens des Krankenhauses veranlasst wurde (vgl. dazu etwa Urteil des Bundessozialgerichts vom 28.11.2013, Az. B 3 KR 4/13 R m.w.N.).

Diese Rechtsprechung hat der 1. Senat des Bundessozialgerichts nunmehr seit dem 1.7.2014 (Az. B 1 KR 29/13 R) modifiziert und in mehreren Entscheidungen die Änderung der Rechtsprechung bestätigt (vgl. Urteile vom 01.07.2014, Az. B 1 KR 29/13 R und vom 23.06.2015 – Az. B 1 KR 23/14 R, B 1 KR 23/14 R und B 1 KR 24/14 R). Die Prüfung der "sachlich-rechnerischen Richtigkeit einer Krankenhausrechnung" soll danach nun nicht mehr von § 275 Abs. 1c SGB V umfasst sein. Im Urteil vom 1.7.2014 (Az. B 1 KR 29/13 R) führt der 1. Senat des Bundessozialgerichts etwa aus:

"Das Überprüfungsrecht der KKn von Krankenhausabrechnungen auf sachlich-rechnerische Richtigkeit unterliegt einem eigenen Prüfregime. Die gesetzliche Regelung der Informationsübermittlung vom Krankenhaus an die KK (vgl § 301 SGB V) korrespondiert mit der Prüfberechtigung der KK. KKn sind jederzeit berechtigt, die sachlich-rechnerische Richtigkeit einer Abrechnung von Krankenhausvergütung mit Blick auf eine Leistungsverweigerung oder nicht verjährte Erstattungsforderungen zu überprüfen (§ 301 SGB V). Denn das Krankenhaus hat hierzu zutreffend und vollständig alle Angaben zu machen, deren es zur Überprüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit der Abrechnung bedarf. ( ) Die Klägerin kann sich demgegenüber nicht auf die Verletzung der Anforderungen an Auffälligkeitsprüfungen, insbesondere des prüfrechtlichen Beschleunigungsgebots berufen. Anders als die Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit einer Abrechnung von Krankenhausvergütung unterliegt die Überprüfung von Auffälligkeiten der Abrechnung nach § 275 Abs 1c SGB V einem speziellen prüfrechtlichen Beschleunigungsgebot. § 275 Abs 1c S 1 SGB V ordnet in Bezug auf die Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V an, dass eine Prüfung nach § 275 Abs 1 Nr 1 SGB V "zeitnah" durchzuführen ist. Dieses wird in § 275 Abs 1c S 2 SGB V dahin präzisiert, dass eine Prüfung spätestens sechs Wochen nach Eingang der Abrechnung bei der KK einzuleiten und durch den MDK dem Krankenhaus anzuzeigen ist (vgl BSGE 106, 214 = SozR 4-2500 § 275 Nr 3, RdNr 10; BSG SozR 4-2500 § 275 Nr 4 RdNr 10; BSGE 111, 58 = SozR 4-2500 § 109 Nr 24, RdNr 11). Leitet die KK die Prüfung nicht spätestens sechs Wochen nach Eingang der Abrechnung bei ihr ein und zeigt der MDK die Einleitung der Prüfung dem Krankenhaus nicht oder nicht rechtzeitig nach § 275 Abs 1c S 2 SGB V an, bewirkt dies ein sich auch auf Gerichtsverfahren erstreckendes Beweisverwertungsverbot (vgl BSGE 111, 58 = SozR 4-2500 § 109 Nr 24, RdNr 30; SozR 4-2500 § 301 Nr 1 RdNr 28). Die abschließende, abgestufte Regelung des § 275 Abs 1c SGB V sanktioniert in diesem Sinne lediglich die kurze Frist des § 275 Abs 1c S 2 SGB V (vgl BSGE 112, 141 = SozR 4-2500 § 275 Nr 8, RdNr 33 ff; dem folgend auch BSGE 111, 58 = SozR 4-2500 § 109 Nr 24). Die Überprüfung nach § 275 Abs 1c SGB V setzt eine Auffälligkeit der Abrechnung voraus. Nach § 275 Abs 1 Nr 1 SGB V (idF durch Art 1 Nr 6b Gesetz zur Einführung des diagnoseorientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser (Fallpauschalengesetz - FPG) vom 23.4.2002, BGBl I 1412, mW v 1.1.2003) sind die KKn in den gesetzlich bestimmten Fällen oder wenn es nach Art, Schwere, Dauer oder Häufigkeit der Erkrankung oder nach dem Krankheitsverlauf erforderlich ist, verpflichtet, bei Auffälligkeiten zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung eine gutachtliche Stellungnahme des MDK einzuholen. Es bestehen Auffälligkeiten, die die KK zur Einleitung einer Abrechnungsprüfung unter Anforderung einer gutachtlichen Stellungnahme des MDK berechtigen, wenn die Abrechnung und/oder die vom Krankenhaus zur ordnungsgemäßen Abrechnung vollständig mitgeteilten Behandlungsdaten und/oder weitere zulässig von der KK verwertbare Informationen Fragen nach der Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots aufwerfen, die die KK aus sich heraus ohne weitere medizinische Sachverhaltsermittlung und -bewertung durch den MDK nicht beantworten kann (BSGE 112, 141 = SozR 4-2500 § 275 Nr 8, RdNr 18 mwN). Die Auffälligkeitsprüfung betrifft regelmäßig Fälle, in denen die KK Zweifel daran haben kann, dass das Krankenhaus seine Leistung unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots (§ 12 Abs 1 SGB V) erbracht hat (vgl zur Befugnis der KKn, die Wirtschaftlichkeit der Krankenhausbehandlung zu überprüfen, zB BSGE 104, 15 = SozR 4-2500 § 109 Nr 17; BSG Urteil vom selben Tage - B 1 KR 62/12 R - für BSGE und SozR vorgesehen). Sie begründet in den Fällen, in denen es zu keiner Abrechnungsminderung kommt, einen Anspruch des Krankenhauses auf Zahlung einer Aufwandspauschale (vgl § 275 Abs 1c S 3 SGB V). Soweit das Krankenhaus dagegen dem MDK lediglich im Rahmen der Abklärung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit der Abrechnung entsprechend seinen bestehenden Mitwirkungsobliegenheiten oder -pflichten die Möglichkeit eröffnet, die Behandlungsunterlagen einzusehen und/oder eine Krankenhausbegehung durchzuführen, findet § 275 Abs 1c S 3 SGB V keine Anwendung. Das Krankenhaus hat keinen Anspruch auf Zahlung einer Aufwandspauschale, wenn der sachlich-rechnerische Prüfvorgang nicht zu einer Rechnungsminderung führt. Denn es handelt sich nicht um eine Auffälligkeitsprüfung, sondern um eine Mitwirkung des MDK zugunsten des beweisbelasteten Krankenhauses, um diesem die Möglichkeit zu eröffnen, seinen aus § 301 SGB V abzuleitenden Informationsobliegenheiten bzw eventuellen - hier möglicherweise aus § 12 LV abzuleitenden - Auskunfts- und Mitteilungspflichten zu entsprechen. Etwas anderes gilt nur dann, wenn die KK sachlich-rechnerische Auffälligkeiten zum Anlass nimmt, von sich aus gezielt eine Auffälligkeitsprüfung einzuleiten."

In der Entscheidung vom 23.6.2015 (Az. B 1 KR 23/14 R) hat der 1. Senat des Bundessozialgerichts dazu weiter – unter Differenzierung nach einer Auffälligkeitsprüfung im engeren Sinne und nach einer Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit - ausgeführt:

"Die Rechtsprechung des erkennenden Senats sieht es demgemäß als Grundvoraussetzung eines Anspruchs einer Krankenhausträgerin auf Zahlung einer Aufwandspauschale (§ 275 Abs 1c S 3 SGB V) an, dass eine Prüfung iS von § 275 Abs 1 Nr 1 iVm Abs 1c S 1 SGB V mit dem Ziel einer Verminderung des Rechnungsbetrages für die Krankenhausbehandlung (§ 39 SGB V) eingeleitet und durchgeführt wurde (vgl BSGE 106, 214 = SozR 4-2500 § 275 Nr 3, RdNr 12 ff). Eine Abrechnungsprüfung, die eine Aufwandspauschale nach § 275 Abs 1c S 3 SGB V auslösen kann (Abrechnungsprüfung im engeren Sinne (Wirtschaftlichkeitsprüfung), die von der sachlich-rechnerischen Abrechnungsprüfung abzugrenzen ist, vgl nur BSG SozR 4-2500 § 301 Nr 5 RdNr 20 ff), ist nicht schon bei jeglicher Rückfrage einer KK beim Krankenhaus im Zusammenhang mit dessen Abrechnung anzunehmen. Vielmehr muss es sich um eine Prüfung aus einem der in § 275 Abs 1 Nr 1 iVm Abs 1c S 1 und 3 SGB V genannten Anlässe aufgrund einer Auffälligkeit handeln (vgl zum Begriff der Auffälligkeit zB BSGE 112, 141 = SozR 4-2500 § 275 Nr 8, RdNr 18; BSG Urteil vom 10.3.2015 B 1 KR 2/15 R - Juris RdNr 27, für BSGE und SozR vorgesehen, stRspr). Soweit der nicht mehr für das Leistungserbringungsrecht der Krankenhäuser zuständige 3. BSG-Senat in der Vergangenheit einen hiervon abweichenden Begriff der Auffälligkeit zugrunde gelegt hat (vgl BSG SozR 4-2500 § 275 Nr 13 LS 1 und RdNr 17), gibt der erkennende Senat diese Rechtsprechung aus Gründen der Klarstellung auf. Für eine Abrechnungsprüfung im engeren Sinne muss zudem die KK den MDK gezielt beauftragt haben, eine gutachtliche Stellungnahme abzugeben mit dem Ziel, in Verfolgung des Wirtschaftlichkeitsgebots zu einer Verminderung der abgerechneten Vergütung zu gelangen (vgl BSGE 106, 214 = SozR 4-2500 § 275 Nr 3, RdNr 13)."

2. Die Kammer ist im vorliegenden Verfahren der Auffassung, dass hier die Voraussetzungen des § 275 Abs. 1c S. 3 SGB V vorliegen und der

Klägerin daher die Aufwandspauschale in Höhe von 300,- EUR zusteht.

Erstens: Die beklagte Krankenkasse hat nach Auffassung der Kammer – auf der 3. Stufe der Prüfung – eine Auffälligkeitsprüfung in Bezug auf eine Krankenhausbehandlung nach § 275 Abs. 1c SGB V durchgeführt und veranlasst mit dem Ziel zu einer Verminderung der abgerechneten Vergütung zu gelangen. Dies ergibt sich aus den vorliegenden Unterlagen in den Verwaltungsakten der Beklagten und den Stellungnahmen des MDK.

Zweitens: Dem klagenden Krankenhaus ist durch die Anforderungen des MDK von Sozialdaten gemäß § 276 Abs. 2 S. 1 SGB V auch ein Aufwand entstanden. Denn der MDK hat Einblick in die Krankenakten der Klägerin – insbesondere in den Krankenhausentlassungsbericht, die Laborberichte, die Fieberkurve und die Aufnahmedokumentation - genommen (vgl. Gutachten des MDK vom 25.3.2015). Dadurch ist bei der Klägerin ein Verwaltungsaufwand durch die erneute Befassung mit dem Behandlungs- und Abrechnungsfall entstanden.

Drittens: Schließlich hat die Prüfung des MDK bzw. der Beklagten auch nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages geführt.

Daher ist die Kammer der Auffassung, dass hier die Voraussetzungen des § 275 Abs. 1c S. 3 SGB V vorliegen.

3. Dem Anspruch der Klägerin steht nach Auffassung der Kammer auch nicht entgegen, dass sich die Beklagte auf den Standpunkt gestellt hat, dass es sich bei der Prüfung des MDK nur um eine Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit und nicht um eine Auffälligkeitsprüfung im Sinne des § 275 Abs. 1c SGB V gehandelt habe.

Dabei kann sich das Gericht hier noch nicht auf § 275 Abs. 1c S. 4 SGB V stützten. Zwar besagt diese Regelung:

"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."

Jedoch ist diese Regelung – die der Gesetzgeber als Reaktion auf die neuere Rechtsprechung des 1. Senates des Bundessozialgerichts eingeführt hat und mir der klargestellt werden sollte, dass auch die Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit von § 275 Abs. 1c SGB V erfasst werden soll (vgl. dazu BT-Drs. 18/6586, S. 121 f.) - erst zum 1.1.2016 in Kraft getreten.

Jedoch vermag die Kammer – auch ohne die Regelung des § 275 Abs. 1c S. 4 SGB V - der neueren Rechtsprechung des 1. Senates des Bundessozialgerichts nicht zu folgen, wie bereits in der Entscheidung vom 7.12.2015 (Az. S 8 KR 434/14) ausgeführt wurde.

Vielmehr geht die Kammer (in Übereinstimmung mit der früheren Rechtsprechung des 1. Senates des Bundessozialgerichts - vgl. etwa Urteil vom 22.6.2010, Az. B 1 KR 1/10 R – und der Rechtsprechung des 3. Senates des Bundessozialgerichts – vgl. etwa Urteil 28.11.2013, Az. B 3 KR 4/13 R) davon aus, dass sich den gesetzlichen Regelungen neben der Prüfung nach § 275 Abs. 1c SGB V kein weiteres Prüfregime zur Einzelfallprüfung der "sachlich-rechnerischen Richtigkeit" von Krankenhausrechnungen entnehmen lässt. Für die Entwicklung eines eigenen – von § 275 Abs. 1c SGB V unabhängigen – Prüfregimes fehlt es an einer gesetzlichen Grundlage. Aus den bestehenden Vorschriften lässt sich dieses nunmehr vom 1. Senat des Bundessozialgerichts entwickelte "eigene Prüfregime zur Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit" mit den juristischen Auslegungsmethoden – nämlich der Auslegung nach dem Wortlaut, dem systematischen Zusammenhang, der Entstehungsgeschichte und nach dem Sinn und Zweck – nach Auffassung der Kammer nicht herleiten. Weder der Wortlaut, noch der systematische Zusammenhang, noch die Entstehungsgeschichte noch die Auslegung nach Sinn und Zweck führen zu dem Ergebnis, dass es ein von § 275 Abs. 1, 1c SGB V unabhängiges Prüfregime zur Prüfung der "sachlich-rechnerischen Richtigkeit" von Krankenhausrechnungen gibt. Daher sind die neueren Entscheidungen des 1. Senates des Bundessozialgerichts auch stark kritisiert worden (vgl. etwa: Urteil des Sozialgerichts Rostock vom 2.3.2016, Az. S 15 KR 406/13, Urteil des Sozialgerichts Osnabrück vom 27.01.2016, Az. S 34 KR 98/15; Urteil des Sozialgerichts Darmstadt vom 7.12.2015, Az. S 8 KR 434/14; Urteil des Sozialgerichts Speyer vom 28.7.2015, Az. S 19 KR 588/14; Urteil des Sozialgerichts Mainz vom 4.5.2015, Az. S 3 KR 428/14; Knispel, Zu den Auskunfts- und Prüfpflichten zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen bei der Prüfung von Krankenhausrechnungen nach der Rechtsprechung des BSG, in: Gesundheitsrecht 2015, S. 200 – 207; RO., jurisPR-SozR 24/2015 Anm. 4).

Dieser Kritik schließt sich die Kammer an, weshalb sie der neueren Rechtsprechung des 1. Senates des Bundessozialgerichts zur Auslegung des § 275 Abs. 1, 1c SGB V nicht zu folgen vermag. Im Einzelnen:

a) Die neuere Auffassung des 1. Senates des Bundessozialgerichts zur Auslegung des § 275 Abs. 1c SGB V ist bereits nicht mit dem Wortlaut des § 275 Abs. 1, 1c SGB V in Einklang zu bringen.

Denn bereits die Formulierung der gesetzlichen Vorschriften spricht eindeutig dafür, dass gerade auch die Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung – also der sachlich-rechnerischen Richtigkeit – von den Vorschriften des § 275 Abs. 1, 1c SGB V erfasst werden soll. Denn § 275 Abs. 1c S. 1 SGB V verweist auf § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V in dem es heißt, dass die Krankenkassen verpflichtet sind, bei der Erbringung von Leistungen, insbesondere zur Prüfung von Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistung, sowie eben auch gerade bei Auffälligkeiten zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung eine gutachterliche Stellungnahme des MDK einzuholen. Die Auffassung des 1. Senats des Bundessozialgerichts, dass die Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit der Krankenhausrechnung von § 275 Abs. 1c SGB V nicht erfasst sei, findet im Gesetzestext somit gerade keine Stütze. Im Gegenteil: Der Wortlaut des § 275 Abs. 1c i.V.m. § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V spricht sogar ausdrücklich dafür, dass auch die bloße Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung erfasst sein soll, und dass die Anwendung der Vorschrift nicht auf die Prüfung des Wirtschaftlichkeitsgebots reduziert werden kann (vgl. dazu auch: Knispel, Zu den Auskunfts- und Prüfpflichten zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen bei der Prüfung von Krankenhausrechnungen nach der Rechtsprechung des BSG, in: Gesundheitsrecht 2015, S. 200, 206). Denn § 275 Abs. 1c SGB V nimmt gerade ohne Einschränkung Bezug auf § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V. Und diese Vorschrift wiederum erfasst alle Prüfungen "bei der Erbringung von Leistungen", wobei das Wort "insbesondere" sogar zum Ausdruck bringt, dass die Aufzählung in § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V nicht abschließend ist und neben der Prüfung von Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistung, sowie von Auffälligkeiten zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung auch noch weitere Prüfungsgegenstände erfasst werden können (vgl. Urteil des Sozialgerichts Mainz vom 4.5.2015, Az. S 3 KR 428/14). Die Kammer ist daher der Auffassung, dass § 275 Abs. 1 Nr. 1, Abs. 1c SGB V weit auszulegen ist und dass die Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit von

Krankenhausrechnungen von diesen Regelungen erfasst ist.

Im Übrigen lässt sich dem dargestellten Wortlaut auch nicht die Differenzierung entnehmen, die der 1. Senat des Bundessozialgerichts in seiner neueren Rechtsprechung vornimmt, dass von § 275 Abs. 1c SGB V nur Auffälligkeiten im Sinne von Auffälligkeiten bei der Prüfung des Wirtschaftlichkeitsgebots erfasst sein sollen. Zwar verwendet der Wortlaut des § 275 Abs. 1c SGB V i.V.m. § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V den Begriff der Auffälligkeit. Jedoch erfolgt dies aber gerade nicht im Zusammenhang mit der Prüfung von Art und Umfang der Leistung, sondern gerade nur mit Bezug auf die Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung. Es heißt in § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V nämlich gerade, dass eine gutachterliche Prüfung des MDK stattfinden müsse bei

"Auffälligkeiten zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung".

Da der Wortlaut des § 275 Abs. 1c i.V.m. § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V aber den Begriff "Auffälligkeit" gerade nur in der Tatbestandsvariante "Auffälligkeit bei der Abrechnung" anspricht, widerspricht es dem Wortlaut des Gesetzes den Anwendungsbereich des § 275 Abs. 1c SGB V auf eine Auffälligkeitsprüfung im Hinblick auf das Wirtschaftlichkeitsgebot zu reduzieren und die Prüfung der Auffälligkeit bei der Abrechnung, also bei der sachlich-rechnerischen Richtigkeit der Krankenhausrechnung, auszuklammern.

Schließlich findet sich im Gesetzestext auch keine Regelung, die es rechtfertigt, neben der Prüfung im Sinne des § 275 Abs. 1, 1c SGB V für den Krankenhausbereich ein weiteres, eigenes Prüfregime zu etablieren, dass sich auf die Prüfung der "sachlich-rechnerischen Richtigkeit von Krankenhausrechnungen" bezieht. Dagegen spricht bereits, dass die Regelung des § 275 Abs. 1 i.V.m. § 275 Abs. 1c SGB V – wie sich aus dem Wort "insbesondere" in Abs. 1 Nr. 1 ergibt – weit und gerade nicht abschließend formuliert ist. Die Kammer versteht die Regelung damit dahingehend, dass die Prüfung von auffälligen Einzelfällen – gleich aus welchem Grund – im Rahmen des § 275 Abs. 1c i.V.m. § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V durchzuführen sind.

Soweit der 1. Senat des Bundessozialgerichts demgegenüber in seiner neueren Rechtsprechung ein eigenes Prüfregime zur Prüfung der "sachlich-rechnerischen Richtigkeit" von Krankenhausrechnungen etablieren will, ist dafür eine Rechtsgrundlage nicht ersichtlich. Es wird zwar angedeutet, dass sich dieses Prüfregime aus § 301 SGB V bzw. aus dem gegenseitigen Rücksichtnahmegebot, dem Wirtschaftlichkeitsgebot und nebenvertraglichen Pflichten ergeben soll, die ihren Ursprung in der Dauerrechtsbeziehung zwischen Krankenkassen und Krankenhaus haben sollen (vgl. Urteile des Bundessozialgerichts vom 01.07.2014, Az. B 1 KR 29/13 R und vom 23.06.2015 – Az. B 1 KR 23/14 R, B 1 KR 23/14 R und B 1 KR 24/14 R). Dies vermag die Kammer jedoch nicht zu überzeugen. Denn zum einen spricht der Wortlaut des § 275 Abs. 1c i.V.m. § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V aus den bereits dargestellten Gründen (ebenso wie die historische, systematische und die teleologische Auslegung, wie noch dargestellt wird) nach Auffassung der Kammer eindeutig dafür, dass die Einzelfallprüfung einer Krankenhausleistung/-abrechnung auf der Basis dieser Regelungen stattfinden soll und dass das Gesetz daneben eben gerade kein weiteres eigenes Prüfregime zur Prüfung der "sachlich-rechnerischen Richtigkeit" der Krankenhausrechnungen kennt. Zum anderen finden sich in § 301 SGB V nur Regelungen, die die Datenübermittlung von Krankenhäusern an Krankenkassen regeln. Es ergibt sich aus dieser Regelung kein Anhaltspunkt dafür, dass sich daraus - neben den Regelungen des § 275 SGB – ein weiteres Prüfregime entwickeln lässt. Insbesondere wird der MDK – der die zentrale medizinische Prüfinstanz der Krankenkassen darstellt – in § 301 SGB V nicht erwähnt, geschweige denn eine Einbindung des MDK in ein "weiteres" Prüfregime geregelt. Insoweit vermag § 301 SGB V auch aus systematischen Gründen keine Rechtsgrundlage für ein "eigenes Prüfregime zur Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit" zu begründen. Denn das SGB V regelt gerade im Neunten Kapitel des SGB V die Einbindung des MDK in die Leistungs- und Abrechnungsprüfung (eben insbesondere in § 275 SGB V), während § 301 SGB V systematisch im Zweiten Abschnitt des Zehnten Kapitels des SGB V geregelt ist. Im Übrigen ist es für die Kammer auch nicht nachzuvollziehen, dass sich das "eigene Prüfregime zur Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit" aus dem Wirtschaftlichkeitsgebot oder aus einem Rücksichtnahmegebot zwischen Krankenhaus und Krankenkasse ergeben soll. Dafür gibt es keine zwingenden Anhaltspunkte. Vielmehr steht es dem Gesetzgeber ohne weiteres zu, das Prüfverfahren mit den von ihm für wichtig erachteten Gewichtungen auszugestalten, wie er es eben mit dem Wortlaut des § 275 Abs. 1, 1c SGB V getan hat.

Im Ergebnis bleibt festzustellen, dass der Wortlaut der gesetzlichen Vorschriften nach Auffassung der Kammer eindeutig dafür spricht, dass die Prüfung der Krankenhausabrechnungen – auch im Hinblick auf die "sachlich-rechnerische Richtigkeit" dem Prüfregime des § 275 Abs. 1c unterliegt und dass das Gesetz dafür kein eigenes Prüfregime kennt.

Diese Auffassung der Kammer wird auch durch den Umstand bestätigt, dass der Gesetzgeber als Reaktion auf die neuere Rechtsprechung des 1. Senates des Bundessozialgerichts zum 1.1.2016 einen Satz 4 in § 275 Abs. 1c SGB V eingeführt hat, wonach § 275 Abs. 1c SGB V ausdrücklich für alle Prüfungen gelten soll. Wörtlich heißt es in § 275 Abs. 1c S. 4 SGB V in der Fassung vom 10.12.2015 (die für den vorliegenden Fall noch nicht einschlägig ist, die aber den Willen des Gesetzgebers zu erkennen gibt):

"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."

In der Beschlussempfehlung des Ausschusses für Gesundheit zu dem Gesetzentwurf des "Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung" (BT-Drs. 18/6586, S. 121 f.) hat der Gesetzgeber dazu ausgeführt:

"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 Krankenkassen sich bei Prüfungen der Krankenhausabrechnungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) vermehrt auf den Standpunkt stellen, es handele sich um Prüfungen der sachlich-rechnerischen Richtigkeit, 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 Abrechnung einer stationären Behandlung beziehen, mit

der eine Krankenkasse den MDK beauftragt und die eine Datenerhebung durch den MDK beim Krankenhaus erfordert. Dies gilt sowohl für die vom 1. Senat des BSG angesprochenen 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. Die Neuregelung hat zugleich zur Folge, dass Sachverhaltsermittlungen, die eine Einsichtnahme in Unterlagen des Krankenhauses oder sonstige Datenanforderungen beim Krankenhaus erfordern, ausgeschlossen sind, wenn die Frist nach Satz 2 ungenutzt abgelaufen ist. Dies gilt unabhängig davon, ob es sich um eine Prüfung der sachlichen und rechnerischen Richtigkeit der Krankenhausabrechnung oder um eine Auffälligkeitsprüfung handelt. Dadurch sollen die bereits mit den Sätzen 2 und 3 verfolgten Zwecke der Beschleunigung und Planungssicherheit gestärkt werden. ( )"

Auch vor diesem Hintergrund hält die Kammer ihre Entscheidung – entgegen der Rechtsprechung des 1. Senates des Bundessozialgerichts - für überzeugend.

b) Für die Auffassung der Kammer spricht auch die historische Auslegung der Regelung des § 275 Abs. 1, 1c.

Zunächst deutet bereits der Umstand, dass in § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V die Tatbestandsvariante "Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung" im Zusammenhang mit der Einführung des DRG-Systems zur Vergütung der Krankenhausleistungen in das Gesetz aufgenommen wurde, darauf hin, dass die Prüfung nach § 275 SGB V auch die Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit erfassen soll (vgl. Knispel, Zu den Auskunfts- und Prüfpflichten zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen bei der Prüfung von Krankenhausrechnungen nach der Rechtsprechung des BSG, in: Gesundheitsrecht 2015, S. 200, 206). So geht auch aus der Gesetzesbegründung des "Gesetzes zur Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems" zu § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V hervor, dass der Gesetzgeber die Abrechnungsprüfung von Krankenhäusern von § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V umfasst sehen wollte. Im Bericht des Ausschusses für Gesundheit heißt es nämlich dazu:

"Klarstellung, dass in Einzelfällen bei Auffälligkeiten auch die Rechnungslegung durch den Medizinischen Dienst geprüft werden kann. Das Verfahren wird ausdrücklich begrenzt auf Fälle, in denen die Krankenkassen einen Anfangsverdacht haben. ( ) Diese Prüfung in Einzelfällen ist im Krankenhausbereich unabhängig von der verdachtsunabhängigen Stichprobenprüfung nach dem neuen § 17c des Krankenhausfinanzierungsgesetzes." (vgl. BT-Drs. 14/7862, S. 6)

Aber auch die Gesetzesmaterialien zu § 275 Abs. 1c SGB V sprechen eindeutig dafür, dass der Gesetzgeber auch die Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung von Krankenhäusern von der Regelung des § 275 Abs. 1c erfasst haben wollte. In der Gesetzesbegründung zur Einführung der Aufwandspauschale des § 275 Abs. 1c SGB V heißt es nämlich:

"Im Krankenhausbereich besteht Handlungsbedarf im Hinblick auf den Umfang der gutachterlichen Stellungnahmen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK), die Krankenkassen im Rahmen der Einzelfallprüfung nach § 275 Abs. 1 Nr. 1 anfordern. Von einzelnen Krankenkassen wird die Prüfmöglichkeit in unverhältnismäßiger und nicht sachgerechter Weise zur Einzelfallsteuerung genutzt. Dies führt zu unnötiger Bürokratie. Für einzelne Kassenarten liegen Hinweise zu Prüfquoten im Rahmen der Einzelfallprüfung in Höhe von 45 Prozent der Krankenhausfälle vor. Dies belastet die Abläufe in den Krankenhäusern teils erheblich, sorgt für zusätzlichen personellen und finanziellen Aufwand und führt in der Regel zu hohen nicht gerechtfertigten Außenständen und Liquiditätsproblemen. Eine zeitnahe Prüfung ist nicht immer gewährleistet. ( ) Als Beitrag zu dem angestrebten Bürokratieabbau werden Anreize gesetzt, um Einzelfallprüfungen zukünftig zielorientierter und zügiger einzusetzen. Sofern hohe Prüfquoten z.B. auf systematische Mängel bei der Abrechnung durch das Krankenhaus zurückgehen, können diese im Rahmen der verdachtsunabhängigen Stichprobenprüfung nach § 17c des Krankenhausfinanzierungsgesetzes geprüft und aufgedeckt werden. Die Stichprobenprüfung erfasst grundsätzlich die Abrechnung gegenüber allen Krankenkassen. Da von dieser Möglichkeit bislang nur wenig Gebrauch gemacht wird, wird parallel zu den Änderungen bei der Einzelfallprüfung die Einleitung einer Stichprobenprüfung erleichtert sowie die Prüfung gleichgewichtiger ausgerichtet ( ) Nach Satz 1 der Neuregelung ist eine Einzelfallprüfung zeitnah durchzuführen. Dies gilt für sämtliche Schritte der Einleitung durch die Krankenkassen und der Durchführung der Prüfung durch den Medizinischen Dienst ( ) Durch Satz 2 wird nach Eingang des Rechnungsdatensatzes bei der Krankenkasse eine Ausschlussfrist von sechs Wochen eingeführt, innerhalb derer die Krankenkasse die Prüfung einzuleiten und der Medizinische Dienst dem Krankenhaus die Prüfung anzuzeigen hat. Prüfungen die nach Ablauf dieses Zeitraums dem Krankenhaus angezeigt werden, sind nicht zulässig. Um einer ungezielten und übermäßigen Einleitung von Begutachtungen entgegenzuwirken, wird mit Satz 3 eine Aufwandspauschale von 100 Euro eingeführt. Diese ist von der prüfungseinleitenden Krankenkasse an das Krankenhaus zu entrichten. Die Aufwandspauschale ist nach S. 3 für alle diejenigen Krankenhausfälle zu zahlen, in denen die Einzelfallprüfung nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages durch die Krankenkasse führt ( ) Mit der Pauschale wird eine vereinfachte, aber unbürokratische Regelung verfolgt. Sie kann deshalb keine Detailgerechtigkeit in jedem Einzelfall gewährleisten. So sind aufgrund von Umfang und Komplexität der Kodierregeln Fehlabrechnungen mit zu hohen oder zu niedrigen Rechnungsbeträgen grundsätzlich nicht auszuschließen." (vgl. BT-Drs. 16/3100, S. 171).

Die Gesetzesbegründung zeigt nach der Auffassung der Kammer eindeutig, dass der Gesetzgeber bei der Einführung der Aufwandspauschale die klare Vorstellung hatte, dass es im Bereich der Krankenhausprüfung 2 Prüfregime geben sollte. Nämlich einmal die Einzelfallprüfung unter Einbindung des MDK nach § 275 SGB V, die die Prüfung aller Einzelfälle erfassen sollte, wie es in der Gesetzesbegründung sowohl zu § 275 Abs. 1c S. 1 und S. 3 SGB V ausdrücklich heißt (vgl. BT-Drs. 16/3100, S. 171: Aufwandspauschale ist nach S. 3 für alle (!) diejenigen Krankenhausfälle zu zahlen). Und neben der Einzelfallprüfung gemäß § 275 Abs. 1, 1c SGB V sollte es nach der Vorstellung des Gesetzgebers noch die "verdachtsunabhängige Stichprobenprüfung" nach § 17c KHG geben. Die Existenz eines weiteren Einzelfallprüfregimes zur Prüfung der "sachlich-rechnerischen Richtigkeit" lässt sich dem Willen des historischen Gesetzgebers demgegenüber nicht entnehmen.

Auch die weiteren in der Folgezeit durchgeführten Reformen im Krankenhausbereich zeigen, dass der Gesetzgeber die Prüfung der

ordnungsgemäßen Krankenhausabrechnungen von § 275 Abs. 1, 1c SGB V erfasst sehen wollte. Denn mit dem Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung hat der Gesetzgeber im Jahre 2013 dann die "verdachtsunabhängige Stichprobenprüfung" in § 17c KHG gestrichen und stattdessen hat der Gesetzgeber den Spitzenverband Bund der Krankenkasse und die Deutsche Krankenhausgesellschaft beauftragt, die nähere Ausgestaltung des Prüfverfahrens für die Einzelfallprüfung durch den MDK vorzunehmen. Außerdem hat der Gesetzgeber die Neuregelungen in § 17c Abs. 2 bis 4 KHG, die zur Konfliktvermeidung Regelungskompetenzen der Selbstverwaltungspartner insbesondere im Rahmen des Verfahrens bei der Einzelfallprüfung und die Einrichtung einer Schiedsstelle vorsahen, ausdrücklich unter Berücksichtigung und in Zusammenhang mit der Prüfung durch den MDK gemäß § 275 SGB V geschaffen. Dies ergibt sich letztlich auch aus dem Wortlaut des § 17c Abs. 2 und 4 KHG. In § 17c Abs. 2 und 4 KHG in der Fassung vom 15.7.2013 hieß es:

"(2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft regeln das Nähere zum Prüfverfahren nach § 275 Absatz 1c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch; in der Vereinbarung sind abweichende Regelungen zu § 275 Absatz 1c Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch möglich. Dabei haben sie insbesondere Regelungen über den Zeitpunkt der Übermittlung zahlungsbegründender Unterlagen an die Krankenkasse, über das Verfahren zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern bei Zweifeln an der Rechtmäßigkeit der Abrechnung im Vorfeld der Beauftragung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung, über den Zeitpunkt der Beauftragung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung, über die Prüfungsdauer, über den Prüfungsort und über die Abwicklung von Rückforderungen zu treffen; die §§ 275 bis 283 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bleiben im Übrigen unberührt. ( ) (4) Die Ergebnisse der Prüfungen nach § 275 Absatz 1c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch können durch Anrufung des Schlichtungsausschusses überprüft werden. Aufgabe des Schlichtungsausschusses ist die Schlichtung zwischen den Vertragsparteien. Der Schlichtungsausschuss besteht aus einem unparteiischen Vorsitzenden sowie Vertretern der Krankenkassen und der zugelassenen Krankenhäuser in gleicher Zahl. Die Vertreter der Krankenkassen werden von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen und die Vertreter der zugelassenen Krankenhäuser von der Landeskrankenhausgesellschaft bestellt; bei der Auswahl der Vertreter sollen sowohl medizinischer Sachverstand als auch besondere Kenntnisse in Fragen der Abrechnung der DRG-Fallpauschalen berücksichtigt werden. ( )"

Auch dies spricht dafür, dass der Gesetzgeber davon ausgegangen ist, dass Teil der Einzelfallprüfung nach § 275 Abs. 1, 1c SGB V insbesondere auch die Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung ist. Insbesondere die Prüfverfahrensvereinbarung, die für die Zeit ab dem 1.1.2015 zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Deutsche Krankenhausgesellschaft gemäß § 17c Abs. 2 KHG geschlossen wurde, könnte – würde man der Rechtsprechung des 1. Senates des Bundessozialgerichts folgen – nicht für die Prüfung der "sachlich-rechnerischen Richtigkeit" gelten, obwohl dies offenbar dem Willen des Gesetzgebers entspricht (vgl. dazu auch: Knispel, Zu den Auskunfts- und Prüfpflichten zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen bei der Prüfung von Krankenhausrechnungen nach der Rechtsprechung des BSG, in: Gesundheitsrecht 2015, S. 200, 206).

Schließlich ist im Rahmen der historischen Auslegung auch zu berücksichtigen, dass das Bundessozialgericht – und zwar nicht nur der 3. Senat sondern auch der 1. Senat – in seiner früheren Rechtsprechung im Rahmen der Auslegung des § 275 Abs. 1c SGB V dessen Anwendungsbereich gerade nicht auf eine Auffälligkeitsprüfung im Sinne der Prüfung des Wirtschaftlichkeitsgebot reduziert hatte, sondern auch auf die Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung nach dem DRG-Fallpauschalensystem erstreckt hatte. So hatte das Bundessozialgericht etwa in der Entscheidung vom 22.6.2010 (Az. B 1 KR 1/10 R) - bei der es darum ging, dass eine Hauptdiagnose ohne Auswirkung auf den Rechnungsbetrag unstreitig unzutreffend kodiert worden war (es also um die Prüfung der "sachlich-rechnerischen Richtigkeit" ging) – ausgeführt:

"Die Grundvoraussetzungen eines Anspruchs der klagenden Krankenhausträgerin auf die Aufwandspauschale nach § 275 Abs. 1c Satz 3 SGB V sind erfüllt. ( ) Die Durchführung einer die Aufwandspauschale nach § 275 Abs. 1c Satz 3 SGB V auslösenden Prüfung ist nicht schon bei jeglicher Rückfrage der KK beim Krankenhaus im Zusammenhang mit der Abrechnung anzunehmen. Vielmehr muss es sich um eine Prüfung aus einem der in § 275 Abs. 1 Nr. 1 iVm Abs. 1c Satz 1 SGB V genannten Anlässe und darf sich damit nicht um eine Stichprobenprüfung nach § 17c Abs. 2 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) handeln. ( ) Wie der Gesetzeswortlaut des § 275 Abs. 1 Nr. 1 letzter Fall SGB V zeigt ("bei Auffälligkeit zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung"), können innerhalb des von § 275 Abs. 1c Satz 3 SGB V erfassten Bezugsrahmens auch jenseits einer rein medizinischen Beurteilung im engeren Sinne liegende sonstige "Auffälligkeiten" für das Entstehen des Anspruchs auf die Aufwandspauschale ausreichen. Das ist anzunehmen, wenn jedenfalls zu erwarten ist, dass sich die Zweifel der KK an einer "ordnungsgemäßen Abrechnung" mittels des medizinisch-ärztlichen Sachverstandes des MDK und/oder seiner besonderen Kontroll- und Eingriffbefugnisse (vgl. § 276 Abs. 4 SGB V) klären lassen.

Die vorstehend beschriebenen Voraussetzungen sind hier erfüllt: Bei der beklagten KK waren mit Rücksicht auf eine vom Krankenhaus vorgenommene auffällige Kodierung des Behandlungsfalls des Versicherten berechtigte Zweifel an der Ordnungsmäßigkeit der Krankenhausabrechnung aufgekommen. Das die Beklagte – wie sie im Revisionsverfahren vorträgt – dem MDK keinen "allgemeinen Prüfauftrage" erteilt, sondern den Auftrag auf die Prüfung der Richtigkeit der Hauptdiagnose beschränkt hatte, ist insoweit ohne Bedeutung. Ausreichend ist, dass die Beklagte mit ihrem Antrag jedenfalls primär das Ziel verfolgte eine ordnungsgemäße, möglicherweise zu vermindernde Abrechnung herbeizuführen."

Auch in der Entscheidung vom 17.12.2013 (Az. B 1 KR 14/13 R) hat der 1. Senat des Bundessozialgerichts noch ausgeführt:

"Eine der Grundvoraussetzungen eines Anspruchs eines Krankenhausträgers auf Zahlung einer Aufwandspauschale nach § 275 Abs. 1c S 3 SGB V ist, dass eine KK den MDK überhaupt beauftragt, eine erteilte Abrechnung des Krankenhauses wegen Auffälligkeiten zu überprüfen und eine gutachterliche Stellungnahme abzugeben mit dem Ziel, in Verfolgung des Wirtschaftlichkeitsgebots zu einer Verminderung des Rechnungsbetrages für die Krankenhausbehandlung (39 SGB V) zu gelangen ( ). Voraussetzung und Anlass einer Auffälligkeitsprüfung ist lediglich, dass zumindest – eine Auffälligkeit besteht. So liegt es, wenn die Abrechnung und/oder die vom Krankenhaus zur ordnungsgemäßen Abrechnung vollständig mitgeteilten Behandlungsdaten und/oder weitere zulässig von der KK verwertbare Informationen ( ) Fragen nach der insbesondere sachlich-rechnerischen – Richtigkeit der Abrechnung und/oder nach der Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots aufwerfen, die die KK aus sich heraus ohne weitere medizinische Sachverhaltsermittlung und bewertung durch den MDK nicht beantworten kann"

Diese frühere Rechtsprechung des 1. Senats des Bundessozialgerichts zur Auslegung des § 275 Abs. 1c SGB V ist nach Auffassung der Kammer überzeugend und deckt sich auch mit dem bisher dargestellten Auslegungsergebnis der Kammer zu § 275 Abs. 1 Nr. 1, Abs. 1c SGB V. Dieses Verständnis des § 275 Abs. 1 Nr. 1, Abs. 1c SGB V bzw. die Auslegung in der dargestellten Entscheidung des 1. Senates des Bundessozialgerichts vom 22.6.2010 (Az. B 1 KR 1/10 R) steht der neueren Rechtsprechung des 1. Senates des Bundessozialgerichts seit Juli 2014 jedoch entgegen. Weshalb der 1. Senat des Bundessozialgerichts von der überzeugenden früheren Rechtsprechung nunmehr seit Juli 2014 abgewichen ist und weshalb es den Anwendungsbereich des § 275 Abs. 1c SGB V nunmehr auf die Frage der Prüfung des Wirtschaftlichkeitsgebots (wohl im Sinne der Prüfung einer primären oder sekundären Fehlbelegung) reduziert, ist für die Kammer nicht nachvollziehbar, zumal der 1. Senat des Bundessozialgerichts in seinen Entscheidungen bisher auch nicht nachvollziehbar begründet hat, warum sein früheres Auslegungsergebnis unzutreffend gewesen sein soll.

Im Ergebnis ist die neuere Rechtsprechung des 1. Senats des Bundessozialgerichts zu § 275 Abs. 1c S. 3 SGB V für die Kammer auch aufgrund der historischen Auslegung nicht nachvollziehbar, da auch der historische Gesetzgeber davon ausgegangen ist, dass die Einzelfallprüfung nach § 275 Abs. 1c SGB V auch die Prüfung der "sachlich-rechnerischen Richtigkeit" der Krankenhausrechnung umfasst und es daneben gerade kein eigenes Prüfregime für die Prüfung der "sachlich-rechnerischen Richtigkeit" geben soll.

c) Auch im Wege der systematischen Auslegung kommt die Kammer zu dem Ergebnis, dass die Prüfung der "sachlich-rechnerischen Richtigkeit" einer Krankenhausabrechnung durch den MDK von der Regelung des § 275 Abs. 1c SGB V erfasst ist.

Denn die Regelung des § 275 Abs. 1c SGB V ist systematisch eingebettet in das 9. Kapitel des SGB V, in dem die Aufgaben und Kompetenzen des MDK geregelt sind und in dem in § 275 SGB V insbesondere geregelt ist, wann und in welchen Fällen eine Begutachtungs-, Beratungs- und Prüfkompetenz des MDK besteht. Insbesondere § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V regelt dabei umfassend die Begutachtung durch den MDK (vgl. Gerlach in: Hauck/Noftz, § 275 SGB V, Rn. 19). Außerdem: Wollte man der neueren Rechtsprechung des 1. Senats des Bundessozialgerichts nun folgen, würde das "Konzept" des Gesetzgebers in § 17c Abs. 4 KHG unterlaufen. Denn würde man davon ausgehen, dass die Prüfung der "sachlich-rechnerischen Richtigkeit einer Krankenhausrechnung" nicht als Prüfung gemäß § 275 Abs. 1c SGB V zu betrachten wäre, dürfte konsequenterweise insbesondere das Schlichtungsverfahren nach §17c Abs. 4 KHG für Vergütungsstreitigkeiten nach Prüfungen der "sachlich-rechnerischen Richtigkeit" nicht greifen, da dafür eine vorhergehende Prüfung nach § 275 Abs. 1c SGB V Voraussetzung ist.

Vor dem dargelegten Hintergrund zeigt sich, dass sich die neuere Rechtsprechung des 1. Senates des Bundessozialgerichts auch aus gesetzessystematischen Gründen nicht überzeugend ist.

Dies gilt umso mehr, als sich das "eigene Prüfregime zur Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit" auch nicht mit dem System des SGB V zum Schutz der Patientendaten in Einklang bringen lässt (vgl. dazu: Urteil des Sozialgerichts Speyer vom 28.7.2015, Az. S 19 KR 588/14). Zwar führt der 1. Senat des Bundessozialgerichts in seiner neueren Rechtsprechung § 301 SGB V zur Begründung seiner Auffassung an. Dies vermag jedoch aus gesetzessystematischen Gründen nicht zu überzeugen. Denn bei § 301 SGB V handelt es sich lediglich um eine Vorschrift, die Form und Verfahren bei der Übermittlung der Behandlungs- / Patientendaten zwischen Krankenhaus und Krankenkasse regelt. Jedoch hat der Gesetzgeber in § 301 SGB V gerade keine Prüfungskompetenzen durch den MDK geregelt. Will also die Krankenkasse die Behandlungsdaten dem MDK übermitteln, steht ihr nur die Rechtsgrundlage des § 275 SGB V zur Verfügung. Für jede andere Vorgehensweise fehlt es an der – auch aus Datenschutzgründen – erforderlichen Rechtsgrundlage für die Übermittlung der Patientendaten an den MDK (vgl. dazu: Urteil des Sozialgerichts Speyer vom 28.7.2015, Az. S 19 KR 588/14).

d) Schließlich spricht auch die teleologische Auslegung von § 275 Abs. 1c SGB V gegen die neuere Rechtsprechung des 1. Senates des Bundessozialgerichts, wonach die Prüfung der "sachlich-rechnerischen Richtigkeit" einem eigenen Prüfregime und nicht der Prüfung nach § 275 Abs. 1c SGB V unterliegen soll.

Denn das Anliegen des Gesetzgebers mit der Einführung der Aufwandspauschale nach § 275 Abs. 1c SGB V war es,
- Anreize zur Vermeidung unverhältnismäßiger und nicht sachgerechter Prüfungen zur Einzelfallsteuerung zu setzen,
- Bürokratie abzubauen,
- eine Beschleunigung des Prüfverfahrens zu erreichen und - mit der Aufwandspauschale eine vereinfachte
- keine Detailgerechtigkeit in jedem Einzelfall gewährleistende – Regelung

zu schaffen (vgl. BT-Drs. 16/3100, S. 171).

Dieser Sinn und Zweck der Regelung des § 275 Abs. 1c SGB V würde unterlaufen, wenn man die Regelung dahingehend auslegen würde, dass die Prüfung der "sachlich-rechnerischen Richtigkeit" – also etwa die Überprüfung der zutreffenden Kodierung der Hauptdiagnose, der Nebendiagnose oder der Prozedur - von ihr nicht erfasst wäre. Dann wäre nämlich das Ziel, Anreize zur Vermeidung unverhältnismäßiger Prüfungen zu setzen, für diesen Bereich in weiten Teilen verfehlt. Ebenso wäre das Ziel des Gesetzgebers in § 275 Abs. 1c S. 2 SGB V verfehlt, eine Beschleunigung der Prüfung der Krankenhausabrechnungen zu erreichen, weil die Ausschlussfrist von 6 Wochen dann eben nicht greifen könnte, wenn die Prüfung der "sachlich-rechnerischen Richtigkeit" von dem Anwendungsbereich des § 275 Abs. 1c SGB V nicht erfasst wäre. Auch dies stünde also dem Sinn und Zweck der Regelung entgegen.

Dies hat der Gesetzgeber in der Begründung zur Einführung des § 275 Abs. 1c S. 4 SGB V zum 1.1.2016 nun auch noch einmal zum Ausdruck gebracht, indem er klargestellt hat, dass es ihm bei dieser Regelung darum geht, "die bereits mit den Sätzen 2 und 3 verfolgten Zwecke der Beschleunigung und Planungssicherheit" zu stärken (BT-Drs. 18/6586, S. 121 f.).

e) Aus den dargelegten Gründen vermag die Kammer im Ergebnis der Auffassung des 1. Senates des Bundessozialgerichts nicht zu folgen, dass es für die Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit von Krankenhausrechnungen ein eigenes von § 275 Abs. 1c SGB V unabhängiges Prüfregime geben soll. Denn diese Auffassung ist – wie dargelegt – nach Auffassung der Kammer weder mit der Auslegung nach dem Wortlaut, noch der Gesetzeshistorie, noch mit der Gesetzessystematik noch mit der teleologischen Auslegung in Einklang zu bringen.

Daher kann sich die Beklagte im Ergebnis nach Auffassung der Kammer nicht mit Erfolg darauf stützen, dass es sich in dem hier im Streit

stehenden Fall nur um eine Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit gehandelt habe.

4. Im Ergebnis war der Klage aus den dargestellten Gründen in vollem Umfang stattzugeben.

Der Zinsanspruch der Klägerin ergibt sich aus §§ 291, 288 Abs. 1 S. 2 BGB, wonach der Schuldner einer Geldschuld diese von dem Eintritt der Rechtshängigkeit an zu verzinsen hat (vgl. Urteil des Bundessozialgerichts vom 23.6.2015, Az. B 1 KR 24/14 R).

5. Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Sozialgerichtsgesetz (SGG). Nach § 197a Abs. 1 SGG sind im Rahmen der Kostenentscheidung die §§ 154 bis 162 Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO) entsprechend anzuwenden, wenn in einem Rechtszug weder der Kläger noch der Beklagte zu den in § 183 SGG genannten Personen gehört. Vorliegend gehören weder die Klägerin noch die Beklagte zu den in § 183 SGG genannten Personen. Die Kostenentscheidung beruht daher auf § 197a SGG i.V.m. § 154 Abs. 1 VwGO. Sie entspricht dem Ausgang des Verfahrens. Daher hat die Beklagte die Kosten des Verfahrens zu tragen.

6. Die Berufung war nach § 144 Abs. 2 Nr. 2 SGG zuzulassen, weil die Kammer von der Rechtsprechung des 1. Senates des Bundessozialgerichts abweicht und die Entscheidung darauf beruht.

7. Der Streitwert war auf 300,00 Euro festzusetzen. In Verfahren vor den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit ist der Streitwert grundsätzlich nach der sich aus dem Antrag der Klägerin für sie ergebende Bedeutung der Sache nach Ermessen zu bestimmen (vgl. § 52 Abs. 1 GKG). Betrifft der Antrag der Klägerin eine bezifferte Geldleistung oder einen hierauf gerichteten Verwaltungsakt, so ist deren Höhe maßgebend (vgl. § 52 Abs. 3 GKG). Nebenforderungen (z.B. Zinsen) werden nicht berücksichtigt (vgl. § 43 Abs. 1 GKG).
Rechtskraft
Aus
Login
HES
Saved
2018-01-24