

L 5 KR 361/13 B ER

Land

Freistaat Bayern

Sozialgericht

Bayerisches LSG

Sachgebiet

Krankenversicherung

Abteilung

5

1. Instanz

SG Augsburg (FSB)

Aktenzeichen

S 12 KR 244/13 ER

Datum

30.08.2013

2. Instanz

Bayerisches LSG

Aktenzeichen

L 5 KR 361/13 B ER

Datum

02.12.2013

3. Instanz

-

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Beschluss

Leitsätze

Zum Eilrechtsschutz bei Abrechnungsstreitigkeiten im Krankenhauswesen

I. Die Beschwerde der Antragstellerin gegen den Beschluss des Sozialgerichts Augsburg vom 30.8.2013 wird zurückgewiesen.

II. Die Antragstellerin trägt die Kosten auch des Beschwerdeverfahrens.

III. Der Streitwert wird auf 150.000 Euro festgesetzt.

Gründe:

I.

Zwischen den Beteiligten ist im einstweiligen Rechtsschutz streitig ein Anspruch der Antragstellerin auf Erlass einer einstweiligen Anordnung. Die Antragstellerin wendet sich gegen Überprüfungen von Krankenhausabrechnungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung in Bayern (MDK) im Auftrag der Antragsgegnerin und gegen das Abrechnungsverhalten der Antragsgegnerin nach beanstandeten Krankenhausabrechnungen.

Die Antragstellerin betreibt in der Rechtsform einer gemeinnützigen GmbH ein Akutkrankenhaus für Innere Medizin. Die Antragstellerin ist als Plankrankenhaus im Krankenhausplan des Freistaates Bayern aufgenommen und für Behandlungen auf Kosten der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassen. Die Antragstellerin wirbt für Behandlungen auf der Grundlage der anerkannten Inneren Medizin, die zusätzlich begleitend oder in besonderen Fällen auch ausschließlich mit biologischen Heilverfahren erfolgen (vgl. den Internetauftritt der Antragstellerin [http://www ...de](http://www...de)). Abgerechnet werden u.a. auch Multimodale Schmerztherapien, Rheumatologische Komplexbehandlungen, Multimodale Komplexbehandlungen bei Morbus Parkinson, sowie Zusatzentgelte, insbesondere auch für die naturheilkundliche Komplexbehandlungen. Die Antragstellerin verfügt über 40 Planbetten und versorgt nach eigenen Angaben im Kalenderjahr etwa 850 bis 900 Patienten.

Mit Schreiben vom 19.6.2013 hat die Antragstellerin beim Sozialgericht Augsburg einen Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung gestellt und beantragt, bis zum rechtskräftigen Abschluss des Rechtsstreits in der Hauptsache der Antragsgegnerin zu untersagen, den MDK Bayern routinemäßig mit der Prüfung von Krankenhausrechnungen zu beauftragen und nach zunächst erfolgter Bezahlung der Krankenhausrechnungen die Rechnungsbeträge mit anderen Krankenhausrechnungen zu verrechnen. Hilfsweise hat die Antragstellerin beantragt, der Antragsgegnerin bis zum rechtskräftigen Abschluss des Rechtsstreits in der Hauptsache zu untersagen, den MDK Bayern routinemäßig mit der Prüfung von Krankenhausrechnungen für einzelne, namentlich aufgelistete Behandlungsfälle zu beauftragen und nach zunächst erfolgter Bezahlung der Krankenhausrechnungen die Rechnungsbeträge mit anderen Krankenhausrechnungen zu verrechnen. Mit gesondertem Schriftsatz vom selben Tag hat die Antragstellerin auch Klage erhoben gegen die Antragsgegnerin mit entsprechenden Anträgen in der Hauptsache. Die Antragstellerin hat geltend gemacht, die Antragsgegnerin beauftrage den MDK mit einer "nahezu durchgängigen routinemäßigen Prüfung" der Krankenhausabrechnungen. Rund 55 % aller seit dem Jahr 2012 für die Antragsgegnerin erbrachten Leistungen der Antragstellerin würden einer Einzelfallprüfung durch die Antragsgegnerin unterzogen. Von 353 Krankenhausrechnungen aus dem Jahr 2012 einschließlich des 1. Quartals 2013 seien dies 191 Krankenhausrechnungen gewesen, die durch

den MDK im Auftrag der Antragsgegnerin überprüft worden seien. Der Anteil der Abrechnungsprüfungen nach erbrachten Komplexbehandlungen sei noch höher: Im 1., 2. und 3. Quartal des Jahres 2012 (insgesamt 42 Komplexbehandlungen) sowie im 1. Quartal des Jahres 2013 seien 100 % dieser Abrechnungen geprüft worden (absolut: 14 Komplexbehandlungen). Der Geschäftsführer der Antragstellerin hat dies mit Eidesstattlicher Versicherung vom 17.6.2013 bestätigt. Eine durchgängige routinemäßige Prüfung der Krankenhausrechnungen nach Komplexbehandlungen erfolge nach Auffassung der Antragstellerin auch deshalb zu Unrecht, weil die Antragsgegnerin - insbesondere auch nach einem Meinungsstreit über die Einbeziehung von nicht angestellten Honorarärzten - eine Vereinbarung vor der Schiedsstelle am 6.8.2012 über Budgetparameter für den Entgeltzeitraum 2012 geschlossen haben. Im Anschluss an die Abrechnungsprüfungen verrechne die Antragsgegnerin die zunächst gezahlten Rechnungsbeträge zudem zeitlich verzögert und unsystematisch mit anderen Krankenhausrechnungen. Zunächst kündige die Antragsgegnerin an, sie werde den beanstandeten Betrag mit laufenden Zahlungen verrechnen, wenn innerhalb der nächsten sechs Wochen keine berichtigte Rechnung vorgelegt werde. Die Aufrechnung werde in der Regel mehrere Monate, teilweise über ein Jahr später vollzogen. Die Aufrechnung erfolge ohne Ankündigung und ohne Mitteilung des konkreten Betrages. Dadurch stehe der Antragstellerin nur ein geringer Anteil des Erlösbudgets zur Verfügung. Es werde ihr etwa 20 % des Erlösbudgets vorenthalten. Der Geschäftsführer der Antragstellerin hat in seiner Eidesstattlichen Versicherung vom 17.6.2013 angegeben, die Prüf- und Verrechnungspraxis der Antragsgegnerin führe zu einer Erlöseinbuße für das Jahr 2012 in Höhe von etwa 144.000 Euro, für das Jahr 2013 in Höhe von etwa 150.000 Euro. Es entstünden für die Antragstellerin große Liquiditätsprobleme. Durch den zusätzlichen bürokratischen Aufwand werde die Leistungserbringung der Antragstellerin ernsthaft beeinträchtigt. Die Antragstellerin hat eine Bestätigung des Jahresabschlussprüfers, der Wirtschaftsprüfungs- und Steuerberatungsgesellschaft R. J. GmbH vom 3.7.2013 vorgelegt zur Entwicklung des Liquiditätsgrades der Antragstellerin und zur Verminderung des Eigenkapitals bei einem Jahresfehlbetrag aufgrund der verrechneten Forderungen. Auf Bl. 77 bis 78 der Akte des Sozialgerichts Augsburg wird Bezug genommen.

Mit Beschluss vom 30.8.2013 hat das Sozialgericht den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung abgelehnt. Zur Begründung hat das Sozialgericht ausgeführt, es bestehe weder ein Anordnungsanspruch noch ein Anordnungsgrund. Es sei keine Rechtsgrundlage ersichtlich, eine Beauftragung des MDK mit der Prüfung von Krankenhausrechnungen zu untersagen. Die Krankenkassen seien nach den gesetzlichen Voraussetzungen verpflichtet, gutachterliche Stellungnahmen des MDK einzuholen. Es gehöre zu den elementaren Aufgaben einer Krankenkasse, auf die Einhaltung des Wirtschaftlichkeitsgebots zu achten. Dies gelte, ohne dass die Krankenkasse konkrete Auffälligkeiten in jedem Einzelfall benennen müsse. Eine Aufrechnung gegen laufend fällige Krankenhausrechnungen mit einem öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch werde vom Bundessozialgericht in ständiger Rechtsprechung für zulässig erachtet. Eine Aufrechnung widerspreche auch nicht dem Grundsatz, dass Krankenkassen verpflichtet sind, die Liquidität der Krankenhäuser durch zügige Zahlung der Rechnungen zu sichern. Im Übrigen sei der Antrag auf Untersagung "routinemäßiger" Prüfungen von Krankenhausabrechnungen nicht ausreichend bestimmt. Ein Anordnungsgrund sei mit dem Vortrag, die Liquidität der Antragstellerin sei durch die vorgenommenen Aufrechnungen gefährdet oder bereits eingeschränkt, ebenfalls nicht glaubhaft gemacht.

Dagegen hat die Antragstellerin Beschwerde eingelegt und geltend gemacht, seit Beginn des Jahres 2012 seien rund 55 % aller Krankenhausrechnungen der Antragstellerin durch den MDK geprüft worden. Leistungen mit Komplexpauschalen würden sogar in einem Umfang von 100 % geprüft. Bei den im Jahr 2013 durchgeführten Komplexbehandlungen hat die Antragstellerin eine Prüfquote von 58 % angegeben (Anlage BF 2 zum Schreiben vom 22.11.2013). Die Antragstellerin hat zudem Ergebnisse der Prüfungen des MDK aus der Zeit von Oktober 2012 bis Juli 2013 (Anlage BF 1 zum Schriftsatz vom 15.10.2013) sowie Oktober 2013 (Anlage BF 2 zum Schriftsatz vom 22.11.2013) vorgelegt. Bereits aus dem Umfang der Prüfungen folge ein rechtswidriges Prüfverhalten. Die Antragsgegnerin verstoße gegen den Grundsatz von Treu und Glauben. Die routinemäßige Einleitung von Prüfverfahren sei rechtsmissbräuchlich. Schließlich verstoße die von der Antragsgegnerin verfolgte Prüfpraxis gegen die gesetzlichen Voraussetzungen, wonach eine Rechnungsprüfung nur zulässig sei, wenn Auffälligkeiten vorlägen. Entsprechende Auffälligkeiten habe die Antragsgegnerin weder im Einzelfall angeführt, noch belegt. Die unzulässige Beauftragung des MDK zur Prüfung führe schließlich zur Rechtswidrigkeit der anschließend erklärten Aufrechnungen. Wegen der offensichtlichen Rechtswidrigkeit der Prüf- und Verrechnungspraxis der Antragsgegnerin seien an den Anordnungsgrund nur geringe Anforderungen zu stellen. Der Antragstellerin würden schwere finanzielle Nachteile in einem Umfang von etwa 150.000 Euro im Jahr 2013 zugefügt mit der Konsequenz, Zahlungsverpflichtungen nicht mehr erfüllen zu können.

Die Antragstellerin beantragt,

1. der Antragsgegnerin zu untersagen, den MDK Bayern routinemäßig mit der Prüfung von Krankenhausrechnungen gemäß [§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) zu beauftragen und nach zunächst erfolgter Bezahlung der Krankenhausrechnungen die Rechnungsbeträge mit anderen Krankenhausrechnungen daraufhin wieder zu verrechnen bis der Rechtsstreit in der Hauptsache rechtskräftig abgeschlossen ist.

2. hilfsweise der Antragsgegnerin zu untersagen, den MDK Bayern über eine durchschnittliche Prüfquote von 12 % der Krankenhausrechnungen je Kalendermonat hinaus mit der Prüfung von Krankenhausrechnungen gemäß [§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) zu beauftragen und nach zunächst erfolgter Bezahlung der Krankenhausrechnungen die Rechnungsbeträge mit anderen Krankenhausrechnungen daraufhin wieder zu verrechnen bis der Rechtsstreit in der Hauptsache rechtskräftig abgeschlossen ist.

3. hilfsweise der Antragsgegnerin zu untersagen, den MDK Bayern routinemäßig mit der Prüfung von Krankenhausrechnungen gemäß [§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) für Behandlungsfälle wegen:

- I42Z: Multimodale Schmerztherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe
 - Z44Z: Multimodale Schmerztherapie bei Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, und andere Inanspruchnahme des Gesundheitswesens
 - B47Z: Multimodale Schmerztherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems
 - B49Z: Multimodale Komplexbehandlung bei Morbus Parkinson
 - U42Z: Multimodale Schmerztherapie bei psychischen Krankheiten und Störungen
- Krankenhausindividuelles Entgelt nach § 6 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG
- I97Z: Rheumatologische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe

- Z44Z: Multimodale Schmerztherapie bei Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, und anderer Inanspruchnahme des Gesundheitswesens
- B63Z: Demenz und andere chronische Störungen der Hirnfunktion
- B67A: Morbus Parkinson mit äußerst schweren CC oder schwerster Beeinträchtigung
- B67B: Morbus Parkinson ohne äußerst schwere CC, ohne schwerste Beeinträchtigung
- B68D: Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter 15 Jahre, ohne komplexe Diagnose
- B71D: Erkrankungen an Hirnnerven und peripheren Nerven ohne komplexe Diagnose, ohne Komplexbehandlung der Hand, ohne äußerst schwere oder schwere CC, außer bei Para-/Tetraplegie
- B77Z: Kopfschmerzen
- B79Z: Schädelfrakturen, Somnolenz, Sopor
- D61A: Komplexe Gleichgewichtsstörung, Hörverlust oder Tinnitus
- D61B: Gleichgewichtsstörungen (Schwindel) außer komplexer Gleichgewichtsstörung, Hörverlust, Tinnitus
- E77D: Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit bestimmter Diagnose oder äußerst schweren CC, mit Komplexbehandlung bei multi-resistenten Erregern oder angeborenem Fehlbildungssyndrom
- F67B: Hypertonie mit komplizierender Diagnose oder schweren CC
- F62B: Herzinsuffizienz und Schock ohne äußerst schwere CC oder ohne Dialyse, ohne Reanimation, ohne komplizierende Diagnose
- G65Z: Obstruktion des Verdauungstraktes
- H61A: Bösartige Neubildung an hepatobiliärem System und Pankreas, mehr als ein Belegungstag, mit komplexer Diagnose, mit äußerst schweren CC oder Pfortaderthrombose
- H62B: Erkrankungen des Pankreas außer bösartige Neubildung mit akuter Pankreatitis, Alter 15 Jahre oder Leberzirrhose und bestimmte nicht-infektiöse Hepatitiden ohne äußerst schwere CC
- I65C: Bösartige Neubildung des Bindegewebes einschließlich pathologischer Fraktur, Alter 16 Jahre, ohne äußerst schwere CC
- I65C: Bösartige Neubildung des Bindegewebes einschließlich pathologischer Fraktur, Alter 16 Jahre, ohne äußerst schwere CC
- I66B: Andere Erkrankungen des Bindegewebes, mehr als ein Belegungstag, ohne äußerst schwere CC oder Frakturen an Becken und Schenkelhals
- I68: Nichtoperativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich
- I69B: Knochenkrankheiten und spezifische Arthropathien ohne komplexe Diagnose
- I71B: Muskel- und Sehnenkrankungen außer bei Para-/Tetraplegie oder Verstauchung, Zerrung, Luxation an Hüftgelenk, Becken und Oberschenkel, ohne Zerebralparese, ohne Kontraktur
- I75B: Schwere Verletzungen von Schulter, Arm, Ellenbogen, Knie, Bein und Sprunggelenk ohne CC oder Entzündungen von Sehnen, Muskeln und Schleimbeuteln ohne äußerst schwere oder schwere CC
- I79Z: Fibromyalgie
- J61C: Schwere Erkrankungen der Haut, mehr als ein Belegungstag, Alter 10 Jahre, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne multiple Komplikationen, ohne Ketoazidose, ohne multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus
- K62B: Verschiedene Stoffwechselerkrankungen außer bei Para-/Tetraplegie, ohne komplizierende Diagnose, ohne endoskopische Einlage eines Magenballons, ohne äußerst schwere CC
- K64A: Endokrinopathien, mit komplexer Diagnose und äußerst schweren CC
- L60D: Niereninsuffizienz, mehr als ein Belegungstag, ohne Dialyse, ohne äußerst schwere CC
- U63Z: Schwere affektive Störung
- U64Z: Angststörungen oder andere affektive und somatoforme Störungen
- X62Z: Vergiftungen / Toxische Wirkungen von Drogen, Medikamenten und anderen Substanzen oder Folgen einer medizinischen Behandlung oder bestimmte Erfrierungen und andere Traumata
- Z65Z: Beschwerden, Symptome, andere Anomalien und Nachbehandlung
- ZE2012-40a und ZE2012-40b (Naturheilkundliche Komplexbehandlung)
- ZE2012-41 (Multimodal - nicht operative Komplexbehandlung des Bewegungssystems)

zu beauftragen und nach zunächst erfolgter Bezahlung der Krankenhausrechnungen die Rechnungsbeträge daraufhin mit anderen Krankenhausrechnungen wieder zu verrechnen bis der Rechtsstreit in der Hauptsache rechtskräftig abgeschlossen ist.

4. hilfsweise der Antragsgegnerin zu untersagen, den MDK Bayern über eine durchschnittliche Prüfquote von 12 % der Krankenhausrechnungen je Kalendermonat hinaus mit der Prüfung von Krankenhausrechnungen gemäß [§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) für Behandlungsfälle wegen:

- I42Z: Multimodale Schmerztherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe
- Z44Z: Multimodale Schmerztherapie bei Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, und andere Inanspruchnahme des Gesundheitswesens
- B47Z: Multimodale Schmerztherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems
- B49Z: Multimodale Komplexbehandlung bei Morbus Parkinson
- U42Z: Multimodale Schmerztherapie bei psychischen Krankheiten und Störungen

Krankenhausindividuelles Entgelt nach § 6 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG

- I97Z: Rheumatologische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe
- Z44Z: Multimodale Schmerztherapie bei Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, und anderer Inanspruchnahme des Gesundheitswesens
- B63Z: Demenz und andere chronische Störungen der Hirnfunktion
- B67A: Morbus Parkinson mit äußerst schweren CC oder schwerster Beeinträchtigung
- B67B: Morbus Parkinson ohne äußerst schwere CC, ohne schwerste Beeinträchtigung
- B68D: Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter 15 Jahre, ohne komplexe Diagnose
- B71D: Erkrankungen an Hirnnerven und peripheren Nerven ohne komplexe Diagnose, ohne Komplexbehandlung der Hand, ohne äußerst schwere oder schwere CC, außer bei Para-/Tetraplegie
- B77Z: Kopfschmerzen
- B79Z: Schädelfrakturen, Somnolenz, Sopor
- D61A: Komplexe Gleichgewichtsstörung, Hörverlust oder Tinnitus
- D61B: Gleichgewichtsstörungen (Schwindel) außer komplexer Gleichgewichtsstörung, Hörverlust, Tinnitus
- E77D: Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit bestimmter Diagnose oder äußerst schweren CC, mit Komplexbehandlung bei multi-resistenten Erregern oder angeborenem Fehlbildungssyndrom
- F67B: Hypertonie mit komplizierender Diagnose oder schweren CC
- F62B: Herzinsuffizienz und Schock ohne äußerst schwere CC oder ohne Dialyse, ohne Reanimation, ohne komplizierende Diagnose
- G65Z: Obstruktion des Verdauungstraktes
- H61A: Bösartige Neubildung an hepatobiliärem System und Pankreas, mehr als ein Belegungstag, mit komplexer Diagnose, mit äußerst schweren CC oder Pfortaderthrombose
- H62B: Erkrankungen des Pankreas außer bösartige Neubildung mit akuter Pankreatitis, Alter 15 Jahre oder Leberzirrhose und bestimmte nicht-infektiöse Hepatitiden ohne äußerst schwere CC
- I65C: Bösartige Neubildung des Bindegewebes einschließlich pathologischer Fraktur, Alter 16 Jahre, ohne äußerst schwere CC
- I65C: Bösartige Neubildung des Bindegewebes einschließlich pathologischer Fraktur, Alter 16 Jahre, ohne äußerst schwere CC
- I66B: Andere Erkrankungen des Bindegewebes, mehr als ein Belegungstag, ohne äußerst schwere CC oder Frakturen an Becken und Schenkelhals
- I68: Nichtoperativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich
- I69B: Knochenkrankheiten und spezifische Arthropathien ohne komplexe Diagnose
- I71B: Muskel- und Sehnerkrankungen außer bei Para-/Tetraplegie oder Verstauchung, Zerrung, Luxation an Hüftgelenk, Becken und Oberschenkel, ohne Zerebralparese, ohne Kontraktur
- I75B: Schwere Verletzungen von Schulter, Arm, Ellenbogen, Knie, Bein und Sprunggelenk ohne CC oder Entzündungen von Sehnen, Muskeln und Schleimbeuteln ohne äußerst schwere oder schwere CC
- I79Z: Fibromyalgie
- J61C: Schwere Erkrankungen der Haut, mehr als ein Belegungstag, Alter 10 Jahre, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne multiple Komplikationen, ohne Ketoazidose, ohne multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus
- K62B: Verschiedene Stoffwechselerkrankungen außer bei Para-/Tetraplegie, ohne komplizierende Diagnose, ohne endoskopische Einlage eines Magenballons, ohne äußerst schwere CC

- K64A: Endokrinopathien, mit komplexer Diagnose und äußerst schweren CC
- L60D: Niereninsuffizienz, mehr als ein Belegungstag, ohne Dialyse, ohne äußerst schwere CC
- U63Z: Schwere affektive Störung
- U64Z: Angststörungen oder andere affektive und somatoforme Störungen
- X62Z: Vergiftungen / Toxische Wirkungen von Drogen, Medikamenten und anderen Substanzen oder Folgen einer medizinischen Behandlung oder bestimmte Erfrierungen und andere Traumata
- Z65Z: Beschwerden, Symptome, andere Anomalien und Nachbehandlung
- ZE2012-40a und ZE2012-40b (Naturheilkundliche Komplexbehandlung)
- ZE2012-41 (Multimodal - nicht operative Komplexbehandlung des Bewegungssystems)

zu beauftragen und nach zunächst erfolgter Bezahlung der Krankenhausrechnungen die Rechnungsbeträge daraufhin mit anderen Krankenhausrechnungen wieder zu verrechnen bis der Rechtsstreit in der Hauptsache rechtskräftig abgeschlossen ist.

Die Antragsgegnerin beantragt,
die Beschwerde zurückzuweisen.

Die Antragsgegnerin ist der Auffassung, sie reagiere lediglich auf Auffälligkeiten in den Abrechnungen der Antragstellerin. Für die erstmals im Beschwerdeverfahren hilfsweise geltend gemachte Forderung nach einer begrenzten Prüfquote (höchstens 12 % der Krankenhausrechnungen je Kalendermonat) fehle es an einer Anspruchsgrundlage. Die praktizierte Aufrechnung sei nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zulässig. Auch habe die Antragstellerin keine Gründe der Eilbedürftigkeit glaubhaft gemacht.

Der Senat hat die Akten des Sozialgerichts aus dem Eilverfahren sowie in der Hauptsache (S 12 KR 247/13) zum Beschwerdeverfahren beigezogen.

I.
Die nach [§§ 172, 173](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) zulässig erhobene Beschwerde der Antragstellerin ist nicht begründet.

1. Nach [§ 86b Abs. 2 Satz 1 SGG](#) kann das Gericht der Hauptsache auf Antrag eine einstweilige Anordnung in Bezug auf den Streitgegenstand treffen, wenn die Gefahr besteht, dass durch eine Veränderung des bestehenden Zustands die Verwirklichung eines Rechts der Antragstellerin vereitelt oder wesentlich erschwert werden könnte (Sicherungsanordnung). Einstweilige Anordnungen sind auch zur Regelung eines vorläufigen Zustands in Bezug auf ein streitiges Rechtsverhältnis zulässig, wenn eine solche Regelung zur Abwendung wesentlicher Nachteile nötig erscheint (Regelungsanordnung - [§ 86b Abs. 2 Satz 2 SGG](#)). Eine solche Regelungsanordnung setzt das Bestehen eines Anordnungsanspruchs und eines Anordnungsgrundes voraus. Anordnungsanspruch und Anordnungsgrund sind glaubhaft zu machen ([§ 86b Abs. 2 Satz 4 SGG](#) i.V.m. [§ 920](#) Zivilprozessordnung, ZPO). Dabei bilden Anordnungsanspruch und Anordnungsgrund wegen ihres funktionellen Zusammenhangs ein bewegliches System. Je größer das Gewicht des einen, umso geringer sind die Anforderungen an den anderen (vgl. Keller in: Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 10. Auflage, § 86b Rn. 27).

a.) Der Anordnungsgrund nach [§ 86b Abs. 2 Satz 4 SGG](#) i.V.m. [§ 920 Abs. 2 ZPO](#) und damit die Notwendigkeit einer Entscheidung im einstweiligen Rechtsschutz zur Abwendung wesentlicher Nachteile (vgl. Keller, in: Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 10. Auflage, § 86b Rn. 27a) ist von der Antragstellerin schon nicht glaubhaft gemacht. Es drohen keine wesentlichen Nachteile, zu deren Abwendung der Erlass einer einstweiligen Anordnung notwendig ist. Der Antragstellerin ist ein Abwarten der Entscheidung in der Hauptsache zumutbar.

Soweit die Antragstellerin geltend macht, ihr entstünden durch die Abrechnungspraxis der Antragsgegnerin finanzielle Nachteile in einem für das Kalenderjahr 2013 geschätzten Umfang in Höhe von etwa 150.000 Euro, geht aus dem weiteren Vortrag nicht hervor, welche konkreten, unmittelbaren und zeitnahen Auswirkungen dies auf das operative Geschäft der Antragstellerin hat. Die Bestätigung des Jahresabschlussprüfers, der Wirtschaftsprüfungs- und Steuerberatungsgesellschaft R. J. GmbH, vom 3.7.2013 enthält die Angabe eines Liquiditätsgrades aus dem Jahr 2010 von 85,3 %, aus dem Jahr 2011 von 73,3 % und aus dem Jahr 2012 von 63,3 %. Es fehlt bereits der Hinweis, um welchen Grad der Liquidität es sich handelt. Zudem lassen Liquiditätskennzahlen keine sichere Aussage über die Liquidität eines Unternehmens zu, da hierfür auch noch nicht bilanzierte zukünftige Zahlungsströme ausschlaggebend sind. Konkrete Angaben zur Einnahmesituation der Antragstellerin, insbesondere auch aufgrund von Leistungen für andere Krankenkassen oder an Privatpatienten fehlen. Auch das von der Antragstellerin angegebene negative Betriebsergebnis für das Jahr 2012 ist für sich allein nicht aussagefähig. Auch die ebenfalls in dem Schreiben des Jahresabschlussprüfers, der Wirtschaftsprüfungs- und Steuerberatungsgesellschaft R. J. GmbH, vom 3.7.2013 getroffene Aussage, aufgrund der vollzogenen Verrechnungen sei die Liquidität nicht nur gefährdet, sondern "bereits ernsthaft eingeschränkt", ist aufgrund des unkonkreten Inhalts ebenfalls nicht geeignet, einen Anordnungsgrund glaubhaft zu machen. Dasselbe gilt für die Angabe des Geschäftsführers der Antragstellerin in seiner Eidesstattlichen Versicherung vom 17.6.2013, es komme bei der Antragstellerin "zu großen Liquiditätsproblemen".

b.) Die Antragstellerin hat auch keinen Anordnungsanspruch - hier in Form eines Unterlassungsanspruchs - glaubhaft gemacht. Ein solcher Anordnungsanspruch ist auch sonst nicht ersichtlich.

Es ist nicht erkennbar, dass die Antragsgegnerin gegen die gesetzlichen Vorgaben des [§ 275 Abs. 1 Nr. 1](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) verstoßen hat.

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. Nach dem Willen des Gesetzgebers handelt es sich um eine Rechtsgrundlage zur Prüfung von Einzelfällen, in denen die Krankenkassen einen Anfangsverdacht haben (vgl. [BT-Drs. 14/7862, S. 6](#)). Die Voraussetzungen zur Annahme von solchen "Auffälligkeiten" i.S.v. [§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) hat das Bundessozialgericht in seiner Rechtsprechung konkretisiert. So bestehen

Auffälligkeiten, die die Krankenkasse zur Einleitung einer Abrechnungsprüfung unter Anforderung einer gutachtlichen Stellungnahme des MDK berechtigen und verpflichten, wenn die Abrechnung und/oder die vom Krankenhaus zur ordnungsgemäßen Abrechnung vollständig mitgeteilten Behandlungsdaten und/oder weitere zulässig von der Krankenkasse verwertbare [...] Fragen nach der - insbesondere sachlich-rechnerischen - Richtigkeit der Abrechnung und/oder nach der Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots aufwerfen, die die Krankenkasse aus sich heraus ohne weitere medizinische Sachverhaltsermittlung und -bewertung durch den MDK nicht beantworten kann (vgl. BSG, Urteil vom 13.11.2012 - [B 1 KR 24/11 R](#), Rdnr. 18). [§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) begründet gerade kein Recht zu routinemäßigen Stichprobenprüfungen (vgl. BSG, Urteil vom 16.5.2013 - [B 3 KR 32/12 R](#), Rdnr. 15). Das Bundessozialgericht hat in den folgenden Fällen Prüfungen des MDK im Auftrag der Krankenkassen aufgrund von Auffälligkeiten als berechtigt angesehen: Entlassung eines Versicherten am Montagmorgen, Kodierung aufgrund einer falschen Hauptdiagnose, erneute stationäre Aufnahme eines Versicherten am Tag nach seiner Entlassung innerhalb der oberen Grenzverweildauer oder Durchführung einer Koronarangiographie, wenn diese auch ambulant hätte durchgeführt werden können (unter der Voraussetzung, dass sich die Krankenkasse zuvor ärztlich hatte beraten lassen. Dagegen hat das Bundessozialgericht eine Auffälligkeit i.S.v. [§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) in einem Fall abgelehnt, in dem die Rechnungsprüfung nur mit der Schwere der Erkrankung und einem latent suizidalen Zustand begründet wurde (zu den Fundstellen vgl. BSG, Urteil vom 16.5.2013 - [B 3 KR 32/12 R](#), Rdnr. 16).

Die Antragstellerin hat geltend gemacht, seit Beginn des Jahres 2012 seien rund 55 % aller Krankenhausrechnungen der Antragstellerin durch den MDK im Auftrag der Antragsgegnerin geprüft worden. Leistungen mit Komplexpauschalen würden sogar in einem Umfang von 100 % geprüft. Für das Jahr 2013 hat die Antragstellerin nach durchgeführten Komplexbehandlungen eine aktualisierte Prüfquote von 58 % angegeben (Anlage BF 2 zum Schreiben vom 22.11.2013). Diese Zahlen belegen für sich keine routinemäßigen, d.h. nicht anlass- und auffälligkeitsbezogenen Abrechnungsprüfungen. Dies gilt umso mehr, als die Antragstellerin selbst den ursprünglichen Vortrag, es würden Abrechnungsprüfungen nach allen Komplexbehandlungen zu 100 % erfolgen, für das Jahr 2013 korrigiert hat. Aus den von der Antragstellerin vorgelegten Ergebnissen der Prüfungen des MDK aus der Zeit von Oktober 2012 bis Juli 2013 (Anlage BF 1 zum Schriftsatz vom 15.10.2013) sowie Oktober 2013 (Anlage BF 2 zum Schriftsatz vom 22.11.2013) ergeben sich dagegen sehr wohl Auffälligkeiten, die eine Rechnungsprüfung rechtfertigten. Neben Fragen nach der Notwendigkeit der stationären Behandlung nach Überschreitung der oberen Grenzverweildauer (OGVD) und nach abgerechneten Zusatzentgelten finden sich in den von der Antragstellerin vorgelegten Gutachtensaufträgen an den MDK auch Fragen danach, ob unter der vorliegenden Hauptdiagnose zunächst eine ambulante Behandlung angezeigt gewesen wäre und ob eine akutstationäre Behandlungsnotwendigkeit bestanden habe. Lediglich in einem einzigen der zahlreichen von der Antragstellerin vorgelegten Gutachten des MDK beschränkte sich die Fragestellung allein auf die Frage nach den korrekten Prozeduren und danach, ob die Mindestmerkmale des OPS 8-918.14 erfüllt und ausreichend dokumentiert wurden. Insoweit ist entgegen des Vortrags der Antragstellerin - selbst im Hinblick auf die getroffene Vereinbarung vor der Schiedsstelle am 6.8.2012 über Budgetparameter für den Entgeltzeitraum 2012 - gerade nicht "eine durchgängige routinemäßige Prüfung" der Krankenhausrechnungen nach Komplexbehandlungen glaubhaft gemacht.

Darüber hinaus hat die Antragstellerin auch keine unzulässige Abrechnungspraxis in Form von rechtswidrigen Aufrechnungen der Antragsgegnerin glaubhaft gemacht. Die Antragstellerin hat lediglich vorgetragen, im Anschluss an die Abrechnungsprüfungen verrechne die Antragsgegnerin die zunächst gezahlten Rechnungsbeträge zeitlich verzögert und unsystematisch mit anderen Krankenhausrechnungen. Zunächst kündige die Antragsgegnerin an, sie werde den beanstandeten Betrag mit laufenden Zahlungen verrechnen, wenn innerhalb der nächsten sechs Wochen keine berichtigte Rechnung vorgelegt werde. Die Aufrechnung werde in der Regel mehrere Monate, teilweise über ein Jahr später vollzogen. Die Aufrechnung erfolge ohne Ankündigung und ohne Mitteilung des konkreten Betrages. Die Antragstellerin hat dazu keinerlei Unterlagen vorgelegt oder ihr Vorbringen in anderer Weise konkretisiert. Aufrechnungen mit Erstattungsansprüchen der Krankenkassen sind im Übrigen - sofern nicht vertragliche Sonderregelungen entgegen stehen - nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zulässig. Im Sozialrecht besteht allgemein die Möglichkeit, einer öffentlich-rechtlichen Forderung im Wege der Aufrechnung, auf welche die [§§ 387 ff BGB](#) entsprechend anzuwenden sind, entgegenzutreten (vgl. zuletzt BSG, Urteil vom 19.9.2013 - [B 3 KR 31/12 R](#), Rdnr. 11). Dabei gilt für öffentlich-rechtliche Erstattungsansprüche der Krankenkassen wegen nicht gerechtfertigter Zahlungen die vierjährige Verjährungsfrist (vgl. BSG, Urteil vom 19.9.2013 - [B 3 KR 31/12 R](#), Rdnr. 13). Anhaltspunkte dafür, dass die Antragsgegnerin mit bereits verjährten Erstattungsansprüchen aufrechnet, liegen nicht vor; entsprechendes hat die Antragstellerin auch nicht vorgetragen.

2. Der Streitwert wird in Höhe des vom Sozialgericht bestimmten Betrages auf 150.000 Euro festgesetzt ([§ 197a Abs. 1 Satz 1](#) Sozialgerichtsgesetz, SGG, i.V.m. [§ 52 Abs. 1](#), [§ 47 Abs. 2](#) Gerichtskostengesetz). Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 1](#) Verwaltungsgerichtsordnung.

Dieser Beschluss ist gemäß [§ 177 SGG](#) unanfechtbar.

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2013-12-12