L 1 KR 231/24 B ER

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
1.
1. Instanz
SG Berlin (BRB)
Aktenzeichen
S 122 KR 673/24 ER
Datum
27.06.2024
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 1 KR 231/24 B ER
Datum
15.11.2024
3. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Beschluss

Die Beschwerde der Antragstellerin gegen den Beschluss des Sozialgerichts Berlin vom 27. Juni 2024 wird zurückgewiesen.

Die Antragstellerin trägt auch die Kosten des Beschwerdeverfahrens.

Der Streitwert wird für beide Instanzen auf je 2.500 Euro festgesetzt.

Gründe

Die nach §§ 172 ff. SGG zulässige Beschwerde der Antragstellerin hat keinen Erfolg. Das Sozialgericht hat es im Ergebnis zu Recht abgelehnt, gemäß § 86b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGG die aufschiebende Wirkung ihres Widerspruchs (nunmehr der Klage) gegen die Ermittlung der Prüfquote für das betrachtete Quartal 4/2023 anzuordnen, und zwar sinngemäß, soweit sie 5 Prozent überschreitet (vgl. § 123 SGG).

I. Der Zulässigkeit des Antrags steht nicht der Einwendungsausschluss des § 275c Abs. 5 Satz 3 SGB V entgegen. Danach lassen behördliche oder gerichtliche Feststellungen zu einzelnen Prüfungen nach § 275c Abs. 1 SGB V die für das jeweilige betrachtete Quartal ermittelte Prüfquote unberührt. Denn vorliegend stehen nicht einzelne Prüfungen und ihre Auswirkungen auf die Prüfquote im Streit, sondern die Grundsätze der Ermittlung insgesamt. Soweit es noch in der Gesetzesbegründung heißt, dass auch Klagen gegen die rechnerische Ermittlung der Prüfquote keinen Einfluss auf den weiteren Ablauf des Prüfverfahrens haben (vgl. BT-Drs. 19/13397 S. 66), hat dies im Gesetzestext keinen Niederschlag gefunden. Im Übrigen wird auch nach der Gesetzesbegründung eine Korrektur der Aufschläge für möglich erachtet (BT-Drs. a.a.O. S. 67).

Der Zulässigkeit steht auch nicht der Ablauf des Anwendungsquartals 2/2024 angesichts der fortdauernden Beschwer aufgrund des nach § 275c Abs. 3 Satz 2 Nr. 1 SGB V zu zahlenden Aufschlags im Falle der Minderung der Abrechnung bei der beanstandeten Prüfquote von 10 Prozent entgegen.

II. Die Beschwerde ist jedoch unbegründet. Gemäß § 86b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGG kann das Gericht der Hauptsache auf Antrag in den Fällen, in denen Widerspruch oder Anfechtungsklage keine aufschiebende Wirkung haben, diese ganz oder teilweise anordnen. Der Widerspruch bzw. die zwischenzeitlich gegen den Widerspruchsbescheid des Antragsgegners vom 18. Juli 2024 vor dem Sozialgericht Berlin erhobene Klage hat nach § 275c Abs. 5 SGB V keine aufschiebende Wirkung.

Die Entscheidung, ob die aufschiebende Wirkung gemäß § 86b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGG durch das Gericht angeordnet wird, erfolgt aufgrund einer Abwägung des Suspensivinteresses der Antragstellerin auf der einen Seite mit dem angesichts der gesetzlichen Vorgabe in § 86a Abs. 2 Nr. 1 SGG i.V.m. § 275c Abs. 5 SGB V regelmäßigen als vorrangig zu erachtenden öffentlichen Vollzugsinteresse auf der anderen Seite. Aus dem bereits vom Gesetzgeber grundsätzlich vorgegebenen Sofortvollzug folgt zugleich, dass in der Regel nur solche Zweifel an der Rechtmäßigkeit des Bescheides ein überwiegendes Interesse an der aufschiebenden Wirkung begründen können, die einen Erfolg des Rechtsbehelfs als zumindest überwiegend wahrscheinlich erscheinen lassen. Insoweit müssen ernstliche Zweifel an der Rechtmäßigkeit des angegriffenen Verwaltungsakts bestehen, um entgegen der gesetzlichen Regelung das Aussetzungsinteresse höher zu gewichten als das öffentliche Interesse am sofortigen Vollzug. Umgekehrt sind die Anforderungen an die Erfolgsaussichten geringer, je schwerer die angefochtene Entscheidung für den Antragsteller wirkt (vgl. die entsprechende Wertung in § 86a Abs. 3 Satz 2 SGG sowie Burkiczak in Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGG, § 86b SGG, 2024 Rn. 203).

Gemessen daran liegen, wie vom Sozialgericht im Ergebnis entschieden, die Voraussetzungen der beantragten Anordnung der aufschiebenden Wirkung des Widerspruchs – nunmehr der Klage – gegen die Ermittlung der Prüfquote für das betrachtete Quartal 4/2023 auf der Grundlage der vom Senat in diesem Verfahren allein durchzuführenden summarischen Prüfung nicht vor. Weitere Ermittlungen von Amts wegen waren im vorliegenden Eilverfahren nicht angezeigt. Eine Sachverhaltsaufklärung in Verfahren des einstweiligen Rechtsschutzes kommt regelmäßig nur in Betracht, soweit einem Antragsteller bei Versagung des einstweiligen Rechtsschutzes erhebliche, über Randbereiche hinausgehende Verletzung in seinen Grundrechten drohen, die durch eine der Klage stattgebende Entscheidung in der Hauptsache nicht mehr beseitigt werden kann (vgl. Burkiczak a.a.O. Rn. 63 m.w.N.). Solches ist hier nicht zu besorgen.

Offenbleiben kann im zu entscheidenden einstweiligen Rechtsschutzverfahren, ob, wie von der Antragstellerin als Trägerin eines zugelassenen Krankenhauses im Sinne von § 108 SGB V geltend gemacht, der Antragsgegner grundsätzlich die Prüfquote fehlerhaft auf der Grundlage der Leistungsentscheidung durch die Krankenkasse im zu betrachtenden Quartal ermittelt. Der Antragsgegner geht insofern davon aus, dass sich eine unbeanstandete Schlussrechnung nicht durch die Prüfung des Medizinischen Dienstes (MD) ergebe, vielmehr maßgebend für die Einordnung als unbeanstandete Schlussrechnung sei, ob nach der MD-Prüfung eine Minderung des Abrechnungsbetrages ausbleibe, es sich mithin erst anhand der leistungsrechtlichen Entscheidung der Krankenkasse zuverlässig beurteilen lasse, ob die gesetzlich Voraussetzung für eine unbeanstandete Schlussrechnung vorliegt (vgl. Landessozialgericht Berlin-Brandenburg – Beschluss vom 14. Oktober 2024 – L 9 KR 272/24 B ER – zur Veröffentlichung vorgesehen).

1. Ausgangspunkt des gesetzlichen Maßstabs für die Ermittlung der Prüfquote im Anwendungsquartal (hier 2. Quartal 2024) aufgrund der Daten aus dem Berichtsquartal (vorvergangenes Quartal, hier: 4. Quartal 2023) ist § 275c Abs. 2 Satz 2 SGB V, wonach ab dem Jahr 2022 für eine Krankenkasse bei der Prüfung von Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung durch den MD eine quartalsbezogene Prüfquote je Krankenhaus in Abhängigkeit von dem Anteil unbeanstandeter Abrechnungen je Krankenhaus nach Absatz 4 Satz 3 Nr. 2 gilt. Die quartalsbezogene Prüfquote nach Satz 2 wird gemäß § 275c Abs. 2 Satz 4 SGB V vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen für jedes Quartal auf der Grundlage der Prüfergebnisse des vorvergangenen Quartals ermittelt. Sie beträgt 5, 10 oder 15 Prozent (Nrn. 1 bis 3). Absatz 4 Satz 3 Nummer 2 der Vorschrift, der für den Anteil unbeanstandeter Abrechnungen je Krankenhaus nach § 275c Abs. 2 Satz 2 SGB V maßgeblich ist, lautet,

„Anteil der Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung, die nach der Prüfung durch den Medizinischen Dienst nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages in dem betrachteten Quartal führen und insoweit durch den Medizinischen Dienst unbeanstandet geblieben sind, an allen in dem betrachteten Quartal abgeschlossenen Prüfungen von Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung“, …

Ob hiernach das von der Antragstellerin beanstandete und vom Antragsgegner angewandte Verfahren der Prüfquotenermittlung rechtmäßig ist, wird im Hauptsacheverfahren zu entscheiden sein. Denn ob der ermittelten Prüfquote ernstliche Rechtmäßigkeitszweifel begegnen, ist nach vorläufiger Einschätzung des Senats auf der vorliegenden Tatsachengrundlage ohne Beiziehung der zugrundeliegenden Daten nicht zu entscheiden.

Insofern kann für das vorliegende Verfahren dahinstehen, ob die in der Norm enthaltene Formulierung „nach der Prüfung durch den Medizinischen Dienst nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages … führen“, wie in den Entscheidungsgründen des angefochtenen Beschlusses ausgeführt worden ist, zeitlich zu verstehen ist, oder im Sinne von „gemäß“ oder „zufolge“, wozu der Senat tendiert. Für letzteres spricht, dass ausweislich der Gesetzesbegründung auf die – sachliche – Bewertung durch den MD abgehoben wird, wenn es heißt: „Bei einer guten Abrechnungsqualität ist nur eine niedrige Prüfquote zulässig, besteht für den MD Anlass, viele Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung zu beanstanden, wächst die zulässige Prüfquote an“, wobei sich nach der Gesetzesbegründung der Anteil unbeanstandeter Abrechnungen „aus dem Verhältnis der geprüften Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung, die nach dem Prüfergebnis des MD nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages geführt haben und insoweit unbeanstandet geblieben sind,“ ergibt (vgl. BT-Drs. 19/13397 S. 43). Gegen die – grammatikalisch mögliche – Auslegung in zeitlicher Hinsicht dürfte ferner sprechen, dass nach der Gesetzesbegründung der Fall als abgeschlossen gilt, sobald der Medizinische Dienst der Krankenkasse das Ergebnis seiner Prüfung mitteilt (BT-Drs. 19/13397 S. 65). Zum Verhältnis des Ergebnisses der Prüfung durch den Medizinischen Dienst und der leistungsrechtlichen Entscheidung der Krankenkasse heißt es in der Gesetzesbegründung weiter: „Für Zwecke der vierteljährlichen Auswertungen durch den GKV-Spitzenverband und der jährlichen Statistik nach § 17c Absatz 6 KHG wird auf die Ergebnisse der Prüfungen durch den MD zurückgegriffen. Damit gilt für das gestufte Prüfsystem das durch den MD nach Prüfung einer Schlussrechnung für

vollstationäre Krankenhausbehandlung festgestellte Ergebnis. Unabhängig davon sind die Krankenkassen frei darin, leistungsrechtlich abweichende Entscheidungen im Einzelfall zu treffen“ (vgl. BT-Drs. 19/13397 S. 66). Nach § 275c Abs. 4 Satz 2 Nr. 3 SGB V ist dem Antragsgegner sodann die Anzahl der nach § 275c Abs. 1 SGB V durch den MD abgeschlossenen Prüfungen von Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung durch die Krankenkassen zu übermitteln. Nicht vorgesehen ist dagegen eine Erhebung der krankenkassenseitig durch leistungsrechtliche Entscheidung abgeschlossenen Prüfverfahren. Im Zusammengang mit dieser Meldepflicht ist in der Gesetzesbegründung zur Bedeutung der Übermittlung des Ergebnisses der Prüfung durch dem MD vielmehr ausgeführt: „Der GKV-Spitzenverband benötigt diese Daten, um die Anteile unbeanstandeter Abrechnungen je Krankenhaus zu ermitteln“ (BT-Drs. 19/13397 S. 65). Der Fall gilt nach der Gesetzesbegründung als abgeschlossen, sobald der Medizinische Dienst der Krankenkasse das Ergebnis seiner Prüfung mitteilt (BT-Drs. 19/13397 S. 65).

Schließlich verhält sich die Gesetzesbegründung eindeutig zum Verhältnis des Ergebnisses der Prüfung durch den MD und der leistungsrechtlichen Entscheidung der Krankenkasse, indem ausgeführt worden ist, dass für Zwecke der vierteljährlichen Auswertungen durch den GKV-Spitzenverband und der jährlichen Statistik nach § 17c Absatz 6 KHG auf die Ergebnisse der Prüfungen durch den MD zurückgegriffen wird. Für das gestufte Prüfsystem gilt danach das durch den MD nach Prüfung einer Schlussrechnung für vollstationäre Krankenhausbehandlung festgestellte Ergebnis. Unabhängig davon sind die Krankenkassen frei darin, leistungsrechtlich abweichende Entscheidungen im Einzelfall zu treffen (BT-Drs. 19/13397 S. 66).

Gemäß § 275c Abs. 4 Satz 2 Nr. 3 SGB V ist dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen zum Ende des ersten Monats, der auf ein Quartal folgt, u.a. die Anzahl der nach § 275c Abs. 1 SGB V durch den MD abgeschlossenen Prüfungen von Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung zu übermitteln. Nicht dagegen vorgesehen ist in der gesetzlichen Regelung eine Erhebung der krankenkassenseitig durch leistungsrechtliche Entscheidung abgeschlossenen Prüfverfahren. Im Zusammengang mit dieser Meldepflicht finden sich in der Gesetzesbegründung Ausführungen zur Bedeutung der Übermittlung des Ergebnisses der Prüfung durch dem MD an die Krankenkasse gefolgt von dem Hinweis, dass der GKV-Spitzenverband diese Daten benötigt, um die Anteile unbeanstandeter Abrechnungen je Krankenhaus zu ermitteln (BT-Drs. 19/13397 Seite 65).

Schließlich ist der Höchstbetrag des Aufschlags nach § 275c Abs. 3 Satz 2 SGB V im Rahmen der Ausschussberatung der Gesetzesbegründung auf 10 Prozent des – ausdrücklich – auf Grund der Prüfung durch den MD geminderten Abrechnungsbetrages festgesetzt worden (BT-Drs. 14/14871 S. 106).

Dagegen dürfte dem zweiten Halbsatz der zitierten Vorschrift „und insoweit durch den Medizinischen Dienst unbeanstandet geblieben sind“ eine Aussage für die Frage, auf wessen Entscheidung für die Minderung des Abrechnungsbetrages es ankommt, keine maßgebliche Bedeutung zukommen. Dieser Satzteil enthält allein die Aussage, dass insoweit keine Beanstandung des MD vorliegen darf und im Umkehrschluss, dass weitere, insoweit nicht relevante Beanstandungen im Prüfergebnis enthalten sein dürfen. Hierfür verbleiben durchaus Anwendungsfälle, wie etwa nicht erlösrelevante Beanstandungen, Beanstandungen zugunsten des Krankenhauses oder Beanstandungen hinsichtlich der Pflegetage, für die § 275c Abs. 6 Nr. 1 SGB V zu beachten ist (vgl. Böhland in Rommert/Gokel, GKV-Kommentar SGB V [66. EL 7/2024], Rn. 28 zu § 275c).

2. Ob im Hinblick auf vorstehende Erwägungen das vom Antragsgegner angewandte Verfahren rechtmäßig ist, wird im Hauptsacheverfahren zu entscheiden sein. Denn die Feststellung ernstlicher Rechtmäßigkeitszweifel hinsichtlich der ermittelten Prüfquote für das betrachtete Quartal 4/2023 würde nach summarischer Prüfung des Senats eine weitere Sachverhaltsaufklärung erfordern. Denn soweit vom Antragsgegner geltend gemacht worden ist, es sei nicht von vornherein auszuschließen, dass sich aus dem Prüfergebnis des MD eine Minderung oder Nichtminderung des Abrechnungsbetrages nicht ergebe, weil dieser eine gutachterliche Stellungnahme erstelle, so dass sich erst anhand der leistungsrechtlichen Entscheidung der Krankenkasse beurteilen lasse, ob die Voraussetzung für eine unbeanstandete Schlussrechnung – die fehlende Minderung des Abrechnungsbetrages – vorliege, würde dies für die Annahme zumindest ernstlicher Zweifel betreffend die Prüfquotenermittlung eine weitere Substantiierung voraussetzen. Abweichendes folgt auch nicht aus der vorgelegten Auswertung der Antragstellerin, wonach unter Zugrundelegung des Inhalts und damit des Zeitpunkts der Entscheidung des MD der Anteil der unbeanstandeten Schlussrechnungen jedenfalls mindestens 60 Prozent mit der Folge einer Prüfquote von 5 Prozent betrage. Indes reichen die vorliegenden Daten, auch wenn unterstellt wird, dass in Kodierungsfragen auch in den MD-Gutachten selbst regelmäßig die nicht erlösrelevanten Diagnosecodes aufgeführt sind und die Ermittlung der DRG mittels eines Groupers erfolgen, insbesondere in Ermangelung der Einzelfalldaten betreffend das Bezugsquartal, nicht aus, um zumindest ernstliche Zweifel an der Rechtmäßigkeit der gegenständlichen Prüfquote festzustellen. Für die seitens der Antragstellerin dafürgehaltene hypothetische Steuerungsmöglichkeit der Krankenkassen angesichts der Ermittlungspraxis betreffend die Prüfquoten fehlt es an einer hinreichenden Tatsachengrundlage. Eine weitere Sachverhaltsermittlung hat indes, wie ausgeführt, dem Hauptsacheverfahren vorbehalten zu bleiben (vgl. auch Landessozialgericht Berlin-Brandenburg, Beschluss vom 14. Oktober 2024 – L 9 KR 272/24 B ER – a.a.O.).

3. Für das Vorliegen einer unbilligen Härte, welche auf der Grundlage vorstehender Ausführungen eine Anordnung der aufschiebenden Wirkung rechtfertigen könnte, fehlt es an hinreichenden Anhaltspunkten. Auf den mit der Prüfquote von 10 Prozent einhergehenden Mehraufwand kommt es bereits wegen des Ablaufs des Anwendungsquartals nicht an.

III. Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Abs. 1 Satz 1 SGG i.V.m. § 154 Abs. 2 VwGO.

Die Entscheidung über den Streitwert beruht auf § 197a Abs. 1 Satz 1 SGG i.V.m. §§ 52 Abs. 2, 53 Abs. 2 Nr. 4, 63 Abs. 2 und 3 Satz 1 Nr. 2 GKG. Der Senat berücksichtigt insofern die Hälfte des Regelstreitwerts der Hauptsache (vgl. auch Landessozialgericht Berlin-Brandenburg – Beschluss vom 14. Oktober 2024 – a.a.O.).

Dieser Beschluss kann nicht mit der Beschwerde an das Bundessozialgericht angefochten werden (§ 177 SGG).

Rechtskraft
Aus
Saved
2024-12-18