S 11 KR 628/15

Land
Freistaat Bayern
Sozialgericht
SG Würzburg (FSB)
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
11
1. Instanz
SG Würzburg (FSB)
Aktenzeichen
S 11 KR 628/15
Datum
24.03.2016
2. Instanz
Bayerisches LSG
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze
1. Ob eine Prüfung nach § 275 Abs. 1c S. 1 SGB V in Verbindung mit § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V vorliegt, ist durch Auslegung des Prüfauftrages der Krankenkasse aus dem objektiven Empfängerhorizont zu entscheiden.
2. Die Prüfung der sachlich rechnerischen Richtigkeit einer Krankenhausabrechnung durch den MDK hat ihre Grundlage in § 275 Abs. 1c SGB V in Verbindung mit § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V und nicht (allein) in § 301 SGB V.
3. Auch bei einer Überprüfung der sachlich rechnerischen Richtigkeit der Abrechnung durch den MDK entsteht – soweit die Übrigen Voraussetzungen des § 275 Abs. 1c S 3 SGB V vorliegen – ein Anspruch des Krankenhausträgers auf Zahlung der Aufwandspauschale.
I. Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin 300,00 Euro nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 21.12.2015 zu bezahlen. II. Die Beklagte trägt die Kosten des Rechtsstreits. III. Der Streitwert wird auf 300 Euro festgesetzt. IV. Die Berufung wird zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten, ob ein unstrittiger Anspruch der Klägerin durch Aufrechnung mit einem strittigen Erstattungsanspruch der Beklagten wegen einer angeblich ohne Rechtsgrund an die Klägerin geleisteten Aufwandspauschale in Höhe von 300,00 Euro erloschen ist.

Die Klägerin ist Trägerin eines gemäß § 108 Ziffer 2 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch - Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V) zugelassenen Krankenhauses. In diesem Krankenhaus wurde die bei der Beklagten gesetzlich krankenversicherte C. (Versicherte) in der Zeit vom 27. Januar 2014 bis zum 05. Februar 2014 stationär behandelt. Mit Rechnung vom 12. Februar 2014 forderte die Klägerin von der Beklagten die Vergütung für diesen stationären Aufenthalt auf Grundlage der DRG-Fallpauschale "H41B".

In der Folgezeit beauftragte die Beklagte den medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) mit der Prüfung der Abrechnung, was der Klägerin mit Schreiben des MDK vom 19. Februar 2014 angezeigt wurde. In dem Schreiben des MDK wurde insbesondere ausgeführt:

"[...] der MDK Bayern hat gemäß § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V einen Prüfauftrag über die u.g. Krankenhausbehandlungen erhalten, was wir hiermit gemäß § 275 Abs. 1c S. 2 SGB V anzeigen [...]."

Weiterhin wird in diesem Schreiben in Bezug auf die Krankenhausbehandlung der Versicherten folgende Fragestellung genannt:

"Ist / Sind die Nebendiagnose(n) (ND) korrekt? AFG: Die J18.1; D68.4 sind aufgrund der uns vorliegenden Patientenhistorie fraglich, in Bezug auf die gemeldeten Prozeduren nicht explizid [sic] nachvollziehbar."

Die Gutachterin des MDK Frau N. führte in ihrem in dieser Sache erstellten Gutachten vom 15. Juli 2014 insbesondere aus:

"Im Rahmen der Einzelfallbegutachtung (im Krankenhaus A-Stadt am 14.07.2014) kam es nach Einsicht in die Krankenakte, jedoch ohne Fallbesprechung mit der Klinik, zu folgendem Ergebnis: Die Kodierung der ccl-relevanten Nebendiagnosen ist sachgerecht, die DRG bleibt bestehen."

Die Klägerin forderte daraufhin mit Rechnung vom 22. Juli 2014 von der Beklagten die Zahlung der Aufwandspauschale in Höhe von 300,00 Euro. Die Beklagte beglich die Rechnung in der Folgezeit.

Mit Schreiben vom 17. September 2015 forderte die Beklagte von der Klägerin die Rückzahlung der geleisteten Aufwandspauschale in Höhe von 300,00 Euro. Der 1. Senat des Bundessozialgerichts habe in seinen Urteilen vom 01. Juli 2014 und 14. Oktober 2014 den Anspruch auf die Aufwandspauschale konkretisiert. Soweit das Krankenhaus dem MDK - wie vorliegend - lediglich im Rahmen der Abklärung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit die Möglichkeit eröffne, Behandlungsunterlagen einzusehen, finde § 275 Abs. 1c SGB V keine Anwendung. Daher sei kein Anspruch auf die Aufwandspauschale entstanden. Die 300,00 Euro seien daher ohne Rechtsgrund geleistet worden.

Nachdem die Klägerin die Rückzahlung verweigerte, erklärte die Beklagte am 12. Oktober 2015 die Aufrechnung in Höhe von 300,00 Euro gegen eine zwischen den Beteiligten unstrittige Forderung der Klägerin aus einer stationären Behandlung eines anderen Versicherten der Beklagten.

Die Klägerin hat am 21. Dezember 2015 Klage zum Sozialgericht Würzburg erhoben. Sie ist der Auffassung, dass die zwischen den Beteiligten unstrittige Forderung der Klägerin aus einer stationären Behandlung eines anderen Versicherten der Beklagten in Höhe von 300,00 Euro nicht durch Aufrechnung erloschen ist. Ein Rückforderungsanspruch der Beklagten habe nicht bestanden. Die Beklagte habe die 300,00 Euro gemäß § 275 Abs. 1c Satz 3 SGB V vielmehr mit Rechtsgrund geleistet. Für ein Prüfregime der "sachlich-rechnerischen Richtigkeit" mangle es an einer gesetzlichen Grundlage. Im Übrigen stünden die diesbezüglichen Entscheidungen des 1. Senats des Bundessozialgerichts in Widerspruch zu einer früheren Entscheidung vom 22. Juni 2010. Auch in der Literatur seien die Entscheidungen des 1. Senats zum Prüfregime der "sachlich-rechnerischen Richtigkeit" sehr kritisch bewertet worden. Alle juristischen Auslegungsmethoden würden letztlich dagegen sprechen, dass der Anspruch auf die Aufwandspauschale bei der durchgeführten Prüfung durch den MDK nicht bestünde. Vielmehr entstehe der Anspruch auf die Aufwandspauschale, sobald der MDK auf der "dritten Stufe" mit der Überprüfung der Krankenhausabrechnung betraut worden sei. Da hier insbesondere die Überprüfung durch den MDK zu keiner Verminderung des Rechnungsbetrages geführt habe, sei der Anspruch auf die Aufwandspauschale entstanden. Wegen der weiteren Begründung der Klägerin wird auf die Klageschrift vom 21. Dezember 2015 (Bl. 1 bis 8 der Verfahrensakte), sowie auf den Schriftsatz vom 21.03.2016 (Bl. 58 bis 65 der Verfahrensakte) verwiesen.

Die Klägerin beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin 300,00 Euro nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 21.12.2015 zu bezahlen.

Die Beklagte beantragt,

den Rechtsstreit zu vertagen und eine Schriftsatzfrist von vier Monaten, mindestens aber zwei Monaten, zu gewähren. Hilfsweise beantragt sie, die Klage abzuweisen.

Die Beklagte trägt vor, dass der Anspruch auf die Aufwandspauschale deshalb nicht entstanden sei, weil vorliegend keine Auffälligkeitsprüfung im Sinne des § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V durchgeführt worden sei. Der zuständige 1. Senat des Bundessozialgerichts differenziere zwischen einer Auffälligkeitsprüfung nach § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V und der Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit, die ihre Grundlage in § 301 SGB V habe. Die Besonderen Regelungen des § 275 Abs. 1c SGB V, namentlich die dort geregelte Frist von sechs Wochen und der Anspruch auf die Aufwandspauschale, würden nur zur Anwendung kommen, wenn eine Auffälligkeitsprüfung in Bezug auf das Wirtschaftlichkeitsgebot erfolgt sei. Die Kodierung, die auch hier durch den MDK überprüft worden sei, betreffe nicht die Frage der Wirtschaftlichkeit, sondern die sachlich-rechnerische Richtigkeit der Abrechnung. Demnach sei ein Anspruch auf die Aufwandspauschale der Klägerin hier nicht entstanden. Wegen der weiteren Begründung der Beklagten wird auf die Klageerwiderung vom 17. März 2016 (Bl. 39 bis 43 der Verfahrensakte) verwiesen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und wegen des weiteren Sachvortrages der Beteiligten wird auf den Inhalt der Gerichtsakte und den Inhalt der Verwaltungsakte der Beklagten verwiesen. Der Inhalt dieser Akten ist Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen.

Entscheidungsgründe:

Die Klage ist zulässig und begründet.

Streitgegenstand ist, ob ein unstrittiger Anspruch der Klägerin aus einer stationären Krankenhausbehandlung eines Versicherten der Beklagten in Höhe von 300,00 Euro durch Aufrechnung mit einem strittigen Erstattungsanspruch der Beklagten wegen einer angeblich ohne Rechtsgrund an die Klägerin geleisteten Aufwandspauschale in Höhe von 300,00 Euro erloschen ist.

I. Die Klage ist zulässig.

Die Klage wurde zum sachlich (§ 51 Abs. 1 Sozialgerichtsgesetz - SGG -) und örtlich (§ 57 SGG) zuständigen Sozialgericht Würzburg form- und fristgerecht erhoben. Die Klage ist als echte Leistungsklage nach § 54 Abs. 5 SGG statthaft, weil der mit der Klage verfolgte Anspruch der Klägerin auf Zahlung der Vergütung für eine stationäre Krankenhausbehandlung eines Versicherten der Beklagten aus einem Parteiengleichordnungsverhältnis stammt. Über diesen Anspruch kann nicht durch Verwaltungsalt entschieden werden. Ein Vorverfahren war nicht durchzuführen. Auch die Einhaltung einer Klagefrist war nicht geboten (ständige Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG), vgl. insbesondere BSG, Urteil vom 10.04.2008, B 3 KR 20/07 R, juris; BSG Urteil vom 08.11.2011, B 11 KR 8/11 R, juris). II. Die Klage ist begründet.

1. Der von der Klägerin geltend gemachte Vergütungsanspruch in Höhe von 300,00 Euro ist dem Grunde und der Höhe nach zwischen den Beteiligten unstrittig. Soweit sich die beklagte Krankenkasse - wie vorliegend - gegenüber einer Klage auf Zahlung auf Vergütung ausschließlich im Rahmen der Primäraufrechnung mit einer Gegenforderung verteidigt, bedarf es bezüglich des (unstreitigen) Bestehens der Hauptforderung keiner weiteren tatsächlichen Feststellungen (BSG, Urteil vom 28.11.2013, B 3 KR 33/12 R, juris, Rn. 10; Urteil vom 22.07.2004, B 3 KR 21/03 R, juris Rn. 13; BSG, Urteil vom 03.08.2006, B 3 KR 7/06 R, juris Rn. 10).

2. Diese unstrittige Forderung der Klägerin ist nicht durch Aufrechnung entsprechend § 389 Abs. 1 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) mit einem öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch der Beklagten in derselben Höhe wegen der stationären Krankenhausbehandlung der Versicherten erloschen. Die Voraussetzungen der Aufrechnung waren nicht erfüllt. Der Beklagten stand insbesondere kein Rückzahlungsanspruch gegen die Klägerin zu.

a. Ob überhaupt eine den Anforderungen des § 388 BGB genügende Aufrechnungserklärung vorliegt (vgl. zu den Anforderungen: Bayerisches Landessozialgericht, Urteil vom 24.11.2015, L 5 KR 390/12, juris) und ob eine Aufrechnung mit einem bestrittenen Rückforderungsanspruch im Verhältnis zwischen zugelassenen Krankenhäusern und gesetzlichen Krankenkassen überhaupt zulässig ist, muss nicht entschieden werden. Die Aufrechnung scheitert jedenfalls daran, dass kein Rückzahlungsanspruch der Beklagten in Höhe von 300,00 Euro gegen die Klägerin bestand.

b. Rechtsgrundlage eines solchen Anspruchs der Beklagten auf Rückzahlung der Aufwandspauschale in Höhe von 300,00 Euro wäre ein öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch. Dieser Anspruch setzt insbesondere voraus, dass der Berechtigte - hier die beklagte Krankenkasse - im Rahmen eines öffentlich-rechtlichen Rechtsverhältnisses Leistungen ohne rechtlichen Grund erbracht hat. Dies ist hier nicht der Fall. Die Beklagte hat die Aufwandspauschale in Höhe von 300,00 Euro mit Rechtsgrund an die Klägerin geleistet.

aa. Rechtsgrundlage des Anspruchs des Krankenhausträgers auf Zahlung der Aufwandspauschale ist § 275 Abs. 1c Satz 3 SGB V. Nach § 275 Abs. 1c Satz 1 SGB V ist bei einer Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V eine Prüfung durch den MDK nach § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V zeitnah durchzuführen. Diese Prüfung ist spätestens sechs Wochen nach Eingang der Abrechnung bei der Krankenkasse einzuleiten und durch den MDK dem Krankenhaus anzuzeigen (vgl. § 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V). Daran anschließend bestimmt § 275 Abs. 1c Satz 3 SGB V:

"Falls die Prüfung nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages führt, hat die Krankenkasse dem Krankenhaus eine Aufwandspauschale in Höhe von 300,00 Euro zu entrichten."

Danach setzt der Anspruch auf die Aufwandspauschale voraus, dass die Krankenkasse eine Abrechnungsprüfung durch den MDK im Sinne des § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V veranlasst hat, dem Krankenhaus durch eine Anforderung von Sozialdaten durch den MDK gemäß § 276 Abs. 2 Satz 1 Halbsatz 2 SGB V ein Aufwand entstanden ist, die Prüfung nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages geführt hat und das Prüfverfahren nicht durch eine nachweislich fehlerhafte Abrechnung seitens des Krankenhauses veranlasst wurde (vgl. hierzu BSG, Urteil vom 28.11. 2013, B 3 KR 4/13 R, juris).

bb. Unter Berücksichtigung dessen ist ein Anspruch der Klägerin auf die Aufwandspauschale gemäß § 275 Abs. 1c Satz 3 SGB V entstanden. Insbesondere lag eine Prüfung nach § 275 Abs. 1c Satz 1 SGB V in Verbindung mit § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V vor. Dies folgt aus der Auslegung des Prüfauftrages aus dem objektiven Empfängerhorizont.

(1) Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts liegt eine Auffälligkeitsprüfung im Sinne von § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V vor, wenn die Krankenkasse den MDK beauftragt, eine gutachtliche Stellungnahme abzugeben mit dem Ziel, in Verfolgung des Wirtschaftlichkeitsgebots zu einer Verminderung der in Rechnung gestellten Vergütung zu gelangen, das heißt eine Verminderung des (möglicherweise) vom Krankenhaus zu hoch angesetzten Abrechnungsbetrages zu erreichen.

Ob die Krankenkasse einen solchen gezielten Prüfauftrag zur Abrechnungsminderung erteilt hat, ist nach den allgemeinen Grundsätzen über die Auslegung von Willenserklärungen (§ 69 Abs. 1 Satz 3 SGB V in Verbindung mit § 133 und § 157 BGB) zu entscheiden. Ein Prüfauftrag ist regelmäßig gezielt zur Abrechnungsminderung erteilt, wenn er sich zumindest auch ganz oder teilweise auf einen in der Vergangenheit liegenden Zeitraum erstreckt, für den das Krankenhaus der Krankenkasse eine Rechnung übersandt hat, und wenn er objektiv zur Folge haben kann, dass diese der Krankenkasse bereits vorliegende Abrechnung des Krankhauses infolge des Prüfergebnisses gemindert wird (BSG, Urteil vom 23.06.2015, B 1 KR 24/14 R, juris).

Dabei ist nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts grundsätzlich nicht allein auf die schriftliche, insbesondere formularmäßige Beschreibung des Prüfauftrags abzustellen, insbesondere sei nicht an dem buchstäblichen Sinn des Ausdrucks zu haften, sondern der wirkliche Wille zu erforschen. Namentlich seien auch ergänzende Umstände zu berücksichtigen, etwa eine rechtmäßige allgemeine Übung, mündliche Hinweise der Krankenkasse oder vor Übersendung der Prüfanzeige an das Krankenhaus einvernehmlich zwischen Krankenkasse und MDK abgesprochene Prüfinhalte. Zu berücksichtigen sei auch die Interessenlage, insbesondere das Informationsgefälle zwischen Krankenhaus und Krankenkasse, und der mit dem Auftrag verfolgte Zweck, das Wirtschaftlichkeitsgebot zu achten. Erst daraus folge, wie der MDK den Prüfauftrag verstehen musste. Für die Frage, was Inhalt des Prüfauftrags ist, der sich nur an den MDK richte, kommt es nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts bei alledem alleine auf den Empfängerhorizont des MDK, nicht eines Dritten, an (vgl. insbesondere BSG, Urteil vom 17.12.2013, B 1 KR 14/13 R, juris; BSG, Urteil vom 23.06.2015, B 1 KR 23/14 R, juris).

Nach Auffassung der Kammer ist nicht nur der Empfängerhorizont des MDK zu berücksichtigen. Vielmehr kommt es maßgeblich darauf an, wie der Krankenhausträger den Prüfauftrag verstehen musste. Darauf kommt es vorliegend jedoch nicht an, da die zuvor beschriebene Auslegung nach dem Empfängerhorizont des MDK zum selben Ergebnis führt: Der MDK wurde mit einer Auffälligkeitsprüfung nach § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V beauftragt.

(2) Die Auslegung aus dem objektiven Empfängerhorizont des MDK ergibt, dass die Beklagte den MDK mit einer Prüfung nach § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V beauftragt hat.

Zunächst steht es dieser Auslegung nicht entgegen, dass der Prüfauftrag die Kodierung betraf. Nach der Rechtsprechung des 1. Senats des Bundessozialgerichts liegt eine "Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit der Abrechnung" regelmäßig dann vor, wenn Gegenstand der Prüfung ist, ob die vom Krankenhaus vorgenommene Auslegung und Anwendung von Abrechnungsvorschriften korrekt ist und bestehender Kodierpraxis entspricht (vgl. BSG, Urteil vom 14.10.2014, B 1 KR 25/13 R, juris). Die Frage nach der korrekten Kodierung schließt das Einleiten einer Auffälligkeitsprüfung nach § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V jedoch nicht aus. Denn eine Krankenkasse kann insbesondere sachlich-rechnerische Auffälligkeiten zum Anlass nehmen, von sich aus gezielt eine Auffälligkeitsprüfung einzuleiten (vgl. BSG, Urteil vom 01.07.2014, B 1 KR 29/13 R, juris). Die Überprüfung der Kodierung kann somit auch Gegenstand einer Auffälligkeitsprüfung sein.

Entscheidend für das Vorliegen einer Auffälligkeitsprüfung nach § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V ist letztlich, ob es das Ziel der Krankenkasse - aus objektiver Empfängersicht - ist, in Verfolgung des Wirtschaftlichkeitsgebots zu einer Verminderung der in Rechnung gestellten Vergütung zu gelangen. Dies war hier der Fall.

Aus dem Wortlaut des Prüfauftrages kann das Ziel der Beklagten nicht zweifelsfrei abgeleitet werden. Aus den Begleitumständen der Erklärung ergibt sich jedoch, dass die Beklagte tatsächlich eine Auffälligkeitsprüfung nach § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V eingeleitet hat.

Der Beklagten war - ebenso wie dem Krankenhausträger und dem MDK - zum Zeitpunkt der Erteilung des Prüfauftrag unbekannt, dass es neben der Auffälligkeitsprüfung nach § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V ein Prüfregime der "sachlich-rechnerischen Richtigkeit" außerhalb des Anwendungsbereich von § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V geben soll. Die Beklagte hat in ihrem Schreiben vom 17. September 2015 zutreffend ausgeführte, dass der 1. Senat des Bundessozialgerichts erst in seinen Urteilen vom 01. Juli 2014 und 14. Oktober 2014 die Rechtsprechung in Bezug auf die Überprüfung der Abrechnung weiterentwickelt bzw. konkretisiert hat. Entsprechend konnte der MDK - wie auch der klagende Krankenhausträger - den Prüfauftrag der Beklagten zum damaligen Zeitpunkt nur so verstehen, dass eine Auffälligkeitsprüfung nach § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V eingeleitet wurde. Konsequenterweise hat der MDK der Klägerin dies jeweils in seinen Prüfanzeigen auch mitgeteilt.

Die gezielt als Auffälligkeitsprüfung nach § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V eingeleitet Überprüfung der Krankenhausrechnung der Klägerin kann die Beklagte nicht nachträglich in eine Prüfung der "sachlich-rechnerischen Richtigkeit" umdeuten. Maßgeblich bleibt der wirkliche Wille der Beklagten im Zeitpunkt der Erteilung des Prüfauftrages. Dieser ging eindeutig - was zwischen den Beteiligten unstrittig ist - dahin, eine Prüfung im Sinne von § 275 Abs. 1c Satz 1 SGB V in Verbindung mit § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V durch den MDK durchführen zu lassen.

cc. Selbst wenn anzunehmen wäre, dass tatsächlich eine Prüfung der "sachlich-rechnerischen Richtigkeit" durchgeführt wurde, hätte dennoch ein Anspruch der Klägerin auf die Aufwandspauschale bestanden.

Auch bei einer Überprüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit entsteht - soweit die übrigen Voraussetzungen des § 275 Abs. 1c S. 3 SGB V vorliegen - ein Anspruch auf Zahlung der Aufwandspauschale. Die Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit einer Abrechnung durch den MDK hat ihre Grundlage - entgegen der Auffassung des 1. Senats des Bundessozialgerichts - in § 275 Abs. 1c SGB V in Verbindung mit § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V und nicht (alleine) in § 301 SGB V. Deshalb entsteht bei einer solchen Prüfung ein Anspruch auf die Aufwandspauschale nach § 275 Abs. 1c Satz 3 SGB V. Die Kammer schließt sich den Urteilen der Sozialgerichte Trier (Urteil vom 17.02.2016, S 5 KR 100/15, nicht veröffentlicht), Darmstadt (Urteil vom 07.12.2015, S 8 KR 434/14, juris), Rostock (Urteil vom 02.03.2016, S 15 KR 406/13, juris), Mainz (Urteil vom 04.05.2015, S 3 KR 428/14, juris), Osnabrück (Urteil vom 27.01.2016, S 34 KR 98/15, juris und Urteil vom 10.12.2015, S 34 KR 238/15, juris), Dortmund (Urteil vom 06.07.2015, S 40 KR 514/13, juris; Urteil vom 22.06.2015, S 40 KR 867/13, juris), Detmold (Urteil vom 04.02.2016, S 24 KR 380/15, juris), Speyer (Urteil vom 28.07.2015, S 19 KR 588/14, juris), Halle (Urteil vom 27.05.2015, S 35 KR 570/13, nicht veröffentlicht), Ulm (Urteil vom 18.06.2015, S 13 KR 2461/14, nicht veröffentlicht), Augsburg (Urteil vom 15.12.2015, S 6 KR 97/15, nicht veröffentlicht) und Oldenburg (Urteil vom 11.01.2016, S 62 KR 163/15, nicht veröffentlicht) an.

(1) Insbesondere der Wortlaut des § 275 Abs. 1c SGB V in Verbindung mit § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V spricht dafür, dass gerade auch die Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung, also der sachlich-rechnerischen Richtigkeit, von § 275 Abs. 1, 1c SGB V erfasst werden soll (vgl. hierzu insbesondere SG Osnabrück, Urteil vom 10.12.2015, S 34 KR 238/15, juris und SG Darmstadt, Urteil vom 07.12.2015, S 8 KR 434/14, juris). Für eine Begrenzung der Anwendung der Vorschriften auf die Prüfung der Einhaltung des Wirtschaftlichkeitsgebots findet sich kein Anhaltspunkt in der Formulierung der Vorschriften (vgl. Knispel, Gesundheitsrecht 2015, S. 200, 206; SG Darmstadt, Urteil vom 07.12.2015, S 8 KR 434/14, juris; Hambüchen, Rechtsgutachten im Auftrag der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen e.V. vom 04.01.2016, S. 19).

Die Überprüfung durch den MDK soll nach § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V "bei Erbringung von Leistungen" stattfinden. Dies konkretisiert § 275 Abs. 1c Satz 1 SGB V auf die Leistung der "Krankenhausbehandlung nach § 39". Das Wort "insbesondere" in § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V macht deutlich, 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). In Bezug auf die "Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung" enthält der Wortlaut der Vorschrift eine einschränke Voraussetzung. Sie darf nur "bei Auffälligkeiten" erfolgen. Jedoch wird keine Differenzierung zwischen Auffälligkeiten in Bezug auf die Wirtschaftlichkeit der Abrechnung und Auffälligkeiten in Bezug auf die sachlich-rechnerischen Richtigkeit der Abrechnung vorgenommen (vgl. SG Darmstadt, Urteil vom 07.12.2015, S 8 KR 434/14, juris). Vielmehr ist nach dem Wortlaut der Norm auch die "sachlich-rechnerische Richtigkeit" Bestandteil einer "ordnungsgemäßen Abrechnung" gemäß § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V.

§ 275 Abs. 1c Satz 3 SGB V verweist ohne Einschränkung auf § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V. Sofern eine Prüfung nach § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V vorliegt, entsteht daher - soweit die weiteren Voraussetzungen des § 275 Abs. 1c Satz 3 SGB V vorliegen - auch ein Anspruch auf die Aufwandspauschale.

(2) Dieses Ergebnis wird durch die historische Auslegung unter Berücksichtigung der Regelungsgeschichte bestätigt.

Die Formulierung in § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V "sowie bei Auffälligkeiten zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung" wurde durch das Gesetz zur Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser vom 23. April 2002 mit Wirkung zum 01. Januar 2003 ins SGB V eingefügt. Diese Änderung fand im Rahmen der Einführung des DRG-Systems zur Vergütung der Krankenhausleistungen in das Gesetz statt (BT-Drs. 14/7862, S. 6). Dies spricht dafür, dass gerade auch die ordnungsgemäße Anwendung der Kodiervorschriften erfasst sein sollte und damit die sachlich-rechnerischen Richtigkeit der Abrechnung (vgl. Knispel, Gesundheitsrecht 2015, S. 200, 206; SG Darmstadt, Urteil vom 07.12.2015, S 8). Dass der Gesetzgeber die Vorschrift auf die Prüfung bei Auffälligkeiten im Hinblick auf das Wirtschaftlichkeitsgebot begrenzen wollte, lässt sich der Begründung zum Gesetzesentwurf nicht entnehmen (vgl. BT-Drs. 14/7862, S. 6).

Die Regelung des § 275 Abs. 1c SGB V hat der Gesetzgeber mit dem Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 26. März 2007 in das SGB V eingefügt. Der Gesetzgeber sah einen "Handlungsbedarf im Hinblick auf den Umfang

der gutachtlichen Stellungnahmen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK), die Krankenkassen im Rahmen der Einzelfallprüfung nach § 275 Abs. 1 Nr. 1 anfordern " (BT-Drucksache 16/3100, S 171). Die eingeführte Frist von sechs Wochen sollte bewirken, Einzelfallprüfungen zukünftig zielorientierter und zügiger einzusetzen. Um einer ungezielten und übermäßigen Einleitung von Begutachtungen durch den MDK entgegenzuwirken, wurde die Regelung über eine Aufwandspauschale eingeführt (BT-Drucksache 16/3100, S 171). Es stände in starkem Widerspruch zu dieser Intention des Gesetzgeber, wenn beide Regelungen (Aufwandspauschale und die Frist von sechs Wochen) auf einen großen Teil der Abrechnungsprüfungen, namentlichen jene auf sachlich-rechnerische Richtigkeit, gar keine Anwendung finden würden (vgl. Hambüchen a.a.O, S. 21; SG Darmstadt, Urteil vom 07.12.2015, S 8 KR 434/14, juris).

(3) Dieses Auslegungsergebnis wird auch durch die systematische Auslegung bestätigt. Das SGB V regelt in seinem Neunten Kapitel (§ 275 - § 283) abschließend die Einbindung des MDK in die Leistungs- und Abrechnungsprüfung der Krankenkasse, also die Frage, wann und in welchen Fällen eine Begutachtungs-, Beratungs- und Prüfkompetenz des MDK besteht, während § 301 SGB V systematisch im Zweiten Abschnitt des Zehnten Kapitels des SGB V steht und die Form und das Verfahren bei der Übermittlung der Behandlungs- bzw. Patientendaten zwischen Krankenhaus und Krankenkasse regelt. § 301 SGB V sieht gerade keine Prüfungskompetenzen durch den MDK vor (vgl. SG Speyer Urteil vom 28.07.2015, S 19 KR 588/14, juris; SG Detmold, Urteil vom 04.02.2016, S 24 KR 380/15, juris). (4) Auch der Gesetzeszweck des § 275 Abs. 1c SGB V, 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), spricht für das gefundene Auslegungsergebnis (vgl. SG Darmstadt, Urteil vom 07.12.2015, S 8 KR 434/14, juris). Ein Ausklammern der Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit aus § 275 Abs. 1c SGB V in Verbindung mit § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V würde diesem Zweck widersprechen.

(5) Dem gefundenen Auslegungsergebnis ist auch nach dem Grundsatz der "Verfassungskonformität" der Vorzug zu geben.

(5.1) Lassen der Wortlaut, die Entstehungsgeschichte, der Gesamtzusammenhang der einschlägigen Regelungen und deren Sinn und Zweck mehrere Deutungen zu, von denen jedenfalls eine zu einem verfassungsgemäßen Ergebnis führt, so ist eine Auslegung geboten, die mit dem Grundgesetz in Einklang steht (vgl. BVerfGE 19, 1 (5); 30, 129 (148); 32, 373 (383 f.); 49, 148 (157); 69, 1). Aber auch darüber hinaus ist, sofern nach den übrigen anerkannten Auslegungskriterien mehrere Auslegungsergebnisse möglich sind, derjenigen der Vorzug zu geben, die mit den Prinzipien der Verfassung am besten übereinstimmt (Larenz/Canaris, Methodenlehre der Rechtswissenschaft, 3. Auflage 1995, S. 160; LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 09.03.2004, L 1 AL 67/02, juris). Die Annahme eines Prüfverfahrens der sachlich-rechnerischen Richtigkeit durch den MDK außerhalb des Anwendungsbereichs des § 275 SGB V unter Verwertung der Behandlungsdaten aus der Patientenakte führt zu einer Versetzung des Grundrecht der behandelten Versicherten auf informationelle Selbstbestimmung gemäß Art. 1 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 2 Abs. 1 Grundgesetz (GG) und verstößt darüber hinaus gegen die einfachgesetzliche Ausgestaltung des Sozialdatenschutzes.

(5.2) Die Patientenakte fällt in den Schutzbereich des Grundrechtes auf informationelle Selbstbestimmung (vgl. BVerfG, Entscheidung vom 08.03.1972, 2 BvR 28/71; BVerfGE 32, 373). Die Einsichtnahme in die Patientenakte und die Verwendung der darin enthaltenen Daten durch den MDK zur Abrechnungsprüfung greift in den Schutzbereich dieses Grundrechts ein (vgl. Harks, NZS, 2013, 247, 249 ff.). Denn als Eingriffe sind die Erhebung, Sammlung, Speicherung, Verwendung und Weitergabe der geschützten Daten anzusehen (vgl. BVerfG, Urteil vom 15.12.1983, 1 BvR 209/83, BVerfGE 65, 1; Urteil vom 17.06.1984, 2 BvE 11/83, BVerfGE 67, 100; Urteil vom 27.06.1991, 2 BvR 1493/89, BVerfGE 84, 239).

Der somit regelmäßig vorliegende Eingriff in das Grundrecht auf informationelle Selbstbestimmung bedarf einer speziellen gesetzlichen Grundlage (vgl. BVerwG, Urteil vom 23.06.2004, 3 C 41/03, BVerwGE 121, 115). Das den Eingriff rechtfertigende Gesetz muss Voraussetzungen und Umfang der Beeinträchtigungen dabei hinreichend klar umschreiben (vgl. BVerfG, Urteil vom 15.12.1983, 1 BvR 209/83, BVerfGE 65, 1; Beschluss vom 07.03.1995, 1 BvR 1564/92, BVerfGE 92, 191). Dass bedeutet, dass der Zweck und die Grenzen des Eingriffs bereichsspezifisch, präzise und normenklar festgelegt werden müssen (BVerfG, Urteil vom 27.06.2005, 1 BvR 668/04, BVerfGE 113, 348; Urteil vom 24.11.2010, 1 BvF 2/05, BVerfGE 128, 1; Beschluss vom 24.01.2012, 1 BvR 1299/05, BVerfGE 130, 151). Dabei muss insbesondere festgeschrieben werden, welche staatliche Stelle zur Erfüllung welcher Aufgabe zur fraglichen Informationserhebung und Informationsverarbeitung berechtigt ist (vgl. BVerfG, Beschluss vom 13.06.2007, 1 BvR 1550/03, BVerfGE 118, 168). Zudem muss der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit beachtet werden: An den mit dem Eingriff verfolgten Zweck sind umso höhere Anforderungen zu stellen, je tiefer die in den Daten gespeicherten Informationen Auskunft über den privaten Bereich des Betroffenen geben und je intensiver die Daten genutzt werden sollen (vgl. BVerfG, Beschluss vom 09.03.1988, 1 BvL 49/86, BVerfGE 78, 77; BVerfG, Urteil vom 11.03.2008, 1 BvR 2074/05, BVerfGE 120, 378).

(5.3) Einfachgesetzlich sind die in der Patientenakte enthaltenen Daten durch § 35 Sozialgesetzbuch Erstes Buch - Allgemeiner Teil (SGB I) und die §§ 67 ff. Zehntes Buch Sozialgesetzbuch - Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz (SGB X) geschützt. Diese Regelungen sollen die beschriebenen verfassungsrechtlichen Vorgaben für Eingriffe in das Grundrecht auf informationelle Selbstbestimmung umsetzen (vgl. Binne/Rixen in SRH, 5. Auflage 2012, § 10 Rn. 5 und 12). Auch der MDK ist gem. § 35 Abs. 1 Satz 4 zur Wahrung des Sozialgeheimnisses verpflichtet (Heberlein, SGb 2009, 68, 69). Ebenso gelten für den Schutz der Sozialdaten beim und vor dem MDK die §§ 67 ff. SGB X, ergänzt durch bereichsspezifische Regelungen des SGB V (vgl. BSG, Urteil vom 23.07.2002, B 3 KR 64/01 R, juris; BSG, Urteil vom 28.05.2003, B 3 KR 10/02 R, juris; Heberlein, SGb 2009, 68, 69).

Im Rahmen der Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit unter Einsichtnahme in die Patientenakte findet eine Erhebung von Sozialdaten im Sinne von § 67 Abs. 5 SGB X statt. Denn der MDK beschafft sich zielgerichtet Daten der betroffenen Versicherten.

Nach § 67a SGB X ist das Erheben von Sozialdaten durch in § 35 SGB I genannte Stellen zulässig, wenn ihre Kenntnis zur Erfüllung einer Aufgabe der erhebenden Stelle erforderlich ist. Die spezialgesetzliche Ermächtigungsnorm für die Erhebung von Sozialdaten durch den MDK stellt § 276 Abs. 2 Satz 1 SGB V dar. Die Voraussetzungen und der Umfang der Beschränkungen des Grundrechts auf informationelle Selbstbestimmung ergeben sich hieraus klar erkennbar. Danach darf der MDK Daten nur dann erheben, soweit dies für die Prüfungen, Beratungen und gutachtlichen Stellungnahmen nach § 275 erforderlich ist (vgl. Padé/Wollenschläger in: Eichenhofer/Wenner, § 276 Rn. 11; Heberlein, SGb 2009, 68, 69; Gerlach in: Hauck/Noftz, SGB, 02/08, § 276 SGB V, Rn. 3; Lücking in: Sodan, Handbuch des

Krankenversicherungsrechts, 2. Auflage 2014, § 40 Rn. 45).

Für eine Erhebung der Daten aus der Patientenakte für die Abrechnungsprüfung außerhalb des Prüfverfahrens nach § 275 SGB V besteht dagegen keine spezialgesetzliche Ermächtigung. Insbesondere § 301 SGB V stellt keine ausreichende Ermächtigungsgrundlage für den MDK zur Datenerhebung dar. § 301 SGB V zählt aus datenschutzrechtlichen Gründen abschließend auf, welche Angaben den Krankenkassen bei einer Krankenhausbehandlung ihrer Versicherten zu übermitteln sind (vgl. BT-Drucks 12/3608, 112; BSG, Urteil vom 23. Juli 2002 - B 3 KR 64/01 R, juris). Die Norm stellt dagegen keine gesetzliche Grundlage für eine Datenerhebung durch den MDK dar. Die Norm erfüllt insbesondere nicht die nach dem Bundesverfassungsgericht notwendigen Anforderungen an die Normklarheit in Bezug auf einen Eingriff in das Grundrecht auf informationelle Selbstbestimmung durch den MDK im Rahmen der hier vorliegenden Abrechnungsprüfung. Insbesondere werden die Voraussetzungen und Grenzen des Eingriffs nicht klar erkennbar definiert.

(5.4) Es ist strittig, ob eine Datenerhebung alleine aufgrund einer Einwilligung des Betroffenen erfolgen darf. Dies ist im SGB X nicht ausdrücklich geregelt. Die Regelung über die Einwilligung in § 67b Abs. 2 SGB X nimmt nur auf die Datenverarbeitung und -nutzung Bezug (vgl. Fromm in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB X, § 67a SGB X, Rn. 23).

Nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts schließt eine ausreichend konkrete Einwilligung eine Beeinträchtigung des Grundrechts auf informationelle Selbstbestimmung aus (vgl. Jarass in Jarass/Pieroth, GG, 13. Auflage 2014, Art. 2 Rn. 54). Dabei kann sogar eine stillschweigend erklärte Einwilligung ausreichen (vgl. BVerfG, Beschluss vom 09.10.2002, 1 BvR 1611/96, 1 BvR 805/98, BVerfGE 106, 28). Ob eine solche stillschweigende Einwilligung anzunehmen ist, muss jedoch unter hinreichender Berücksichtigung des grundrechtlich geschützten Selbstbestimmungsrechts des Grundrechtsträgers bewertet werden (BVerfG a.a.O.). Eine solche hinreichend konkrete (konkludente) Einwilligung liegt hier jedenfalls nicht vor. Insbesondere kann in der bloßen Inanspruchnahme einer stationären Krankenhausbehandlung keine konkludente Einwilligung in die Datenerhebung durch den MDK gesehen werden.

(5.5) Ob die Erhebung von Sozialdaten aus der Patientenakte durch die Krankenkasse selbst nach § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 7 und 8 SGB V für eine Abrechnungsprüfung außerhalb von § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V zulässig wäre, muss nicht entschieden werden. Jedenfalls wäre die Kenntniserlangung durch den MDK wiederum als Erhebung im Sinne von § 67a SGB X bzw. § 276 Abs. 2 Satz 1 SGB V zu werten (vgl. Rombach in: Hauck/Noftz, SGB, 12/13, § 67 SGB X, Rn. 73; Heberlein, SGb 2009, 68, 69), wofür wiederum einer den Anforderungen des Bundesverfassungsgerichts genügende gesetzliche Grundlage fehlt.

3. Der Anspruch auf die Zinsen folgt aus § 69 Abs. 1 Satz 3 SGB V in Verbindung mit § 291 Satz 1 BGB.

4. Die Kostenentscheidung folgt aus § 197a Abs. 1 S 1 SGG in Verbindung mit § 154 Abs. 1 Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO). Die Entscheidung über den Streitwert beruht auf § 197a Abs. 1 Satz 1 Halbsatz 1 SGG in Verbindung mit § 63 Abs. 2, § 52 Abs. 1 und 3 Gerichtskostengesetz (GKG). Die Berufung war gemäß § 144 Abs. 2 Nr. 2 SGB V zuzulassen.

-

Rechtsmittelbelehrung zu I. und II. des Tenors Dieses Urteil kann mit der Berufung angefochten werden. Die Berufung ist innerhalb eines Monats nach Zustellung des Urteils beim Bayer. Landessozialgericht, Ludwigstraße 15, 80539 München, oder bei der Zweigstelle des Bayer. Landessozialgerichts, Rusterberg 2, 97421 Schweinfurt, schriftlich oder zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle oder beim Bayer. Landessozialgericht in elektronischer Form einzulegen. Die Berufungsfrist ist auch gewahrt, wenn die Berufung innerhalb der Frist beim Sozialgericht Würzburg, Ludwigstraße 33, 97070 Würzburg, schriftlich oder zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle oder beim Sozialgericht Würzburg in elektronischer Form eingelegt wird. Die elektronische Form wird nur durch eine qualifiziert signierte Datei gewahrt, die nach den Maßgaben der "Verordnung über den elektronischen Rechtsverkehr in der Sozialgerichtsbarkeit - ERVV SG" an die elektronische Gerichtspoststelle des Bayer. Landessozialgerichts oder des Sozialgerichts Würzburg zu übermitteln ist. Über das Internetportal des elektronischen Gerichts- und Verwaltungspostfachs (www.egvp.de) können weitere Informationen über die Rechtsgrundlagen, Bearbeitungsvoraussetzungen und das Verfahren des elektronischen Rechtsverkehrs abgerufen werden. Die Berufungsschrift soll das angefochtene Urteil bezeichnen, einen bestimmten Antrag enthalten und die zur Begründung der Berufung dienenden Tatsachen und Beweismittel angeben. Der Berufungsschrift und allen folgenden Schriftsätzen sollen Abschriften für die übrigen Beteiligten beigefügt werden; dies gilt nicht im Rahmen des elektronischen Rechtsverkehrs.

Rechtsmittelbelehrung zu III. des Tenors Gegen diese Entscheidung ist gemäß § 197a Abs.1 Satz 1 SGG iVm § 68 Abs.1 GKG Beschwerde zum Bayer. Landessozialgericht statthaft, wenn der Wert des Beschwerdegegenstandes 200 EUR übersteigt oder weil sie das Gericht, das die angefochtene Entscheidung erlassen hat, wegen der grundsätzlichen Bedeutung der zur Entscheidung stehenden Frage in dem Urteil zugelassen hat. Die Beschwerde ist innerhalb von sechs Monaten, nachdem die Entscheidung in der Hauptsache Rechtskraft erlangt oder das Verfahren sich anderweitig erledigt hat, beim Sozialgericht Würzburg, Ludwigstraße 33, 97070 Würzburg, schriftlich oder zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle oder beim Sozialgericht Würzburg in elektronischer Form einzulegen. Ist der Streitwert später als einen Monat vor Ablauf dieser Frist festgesetzt worden, ist die Beschwerde innerhalb eines Monats nach Zustellung oder formloser Mitteilung des Festsetzungsbeschlusses einzulegen. Die elektronische Form wird nur durch eine qualifiziert signierte Datei gewahrt, die nach den Maßgaben der "Verordnung über den elektronischen Rechtsverkehr in der Sozialgerichtsbarkeit - ERVV SG" an die elektronische Gerichtspoststelle des Sozialgerichts Würzburg zu übermitteln ist. Über das Internetportal des Elektronischen Gerichts- und Verwaltungspostfachs (www.egvp.de) können weitere Informationen über die Rechtsgrundlagen, Bearbeitungsvoraussetzungen und das Verfahren des elektronischen Rechtsverkehrs abgerufen werden.

Filges
Rechtskraft
Aus
Login
FSB
Saved
2016-08-04