L 1 KR 125/12

Land
Hamburg
Sozialgericht
LSG Hamburg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
1
1. Instanz
SG Hamburg (HAM)
Aktenzeichen
S 49 KR 378/11
Datum
18.09.2012
2. Instanz
LSG Hamburg
Aktenzeichen
L 1 KR 125/12
Datum
21.11.2013
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
1. Die Beklagte wird unter Abänderung des Urteils des Sozialgerichts verurteilt, an die Klägerin 100,- EUR nebst Verzugszinsen in Höhe von 5 % p.a. seit dem 7. August 2008 sowie weitere 46,41 Euro zu zahlen. 2. Im Übrigen wird die Berufung zurückgewiesen. 3. Die Beklagte trägt die Kosten des Rechtsstreits. 4. Die Revision wird zugelassen. &8195;

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten darüber, ob die Beklagte verpflichtet ist, der Klägerin eine weitere Aufwandspauschale in Höhe von 100,00 EUR zu zahlen.

Die Klägerin betreibt das zugelassene A.-Klinikum B ... Ein bei der der Beklagten gesetzlich Krankenversicherter wurde am 17. September 2007 im Rahmen einer Notfallaufnahme vollstationär im Krankenhaus der Klägerin aufgenommen. Die Entlassung erfolgte am 20. September 2007. Die Rechnung für diese Behandlung ging unter der Aufnahmenummer 1610362128 am 22. Oktober 2007 bei der Beklagten ein.

Am 24. September 2007 wurde der Versicherte erneut vollstationär aufgenommen und am 10. Oktober 2007 entlassen. Die hierfür erteilte Rechnung ging unter der Aufnahmenummer am 26. Oktober 2007 bei der Beklagten ein.

Mit Prüfauftrag vom 7. November 2007 wandte sich die Beklagte an den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) mit folgenden Fragen: "Handelt es sich in diesem Fall um ein unzulässiges ("rechnungsoptimierendes") Fallsplitting? Handelt es sich um einen durchgehenden Behandlungsfall mit zwischenzeitlicher Beurlaubung? Falls Chemo-/Strahlentherapie: Handelte es sich tatsächlich um einzelne abgeschlossene Behandlungen, die durch reguläre Entlassungen beendet wurden?" In dem Prüfauftrag war nur die Aufnahmenummer des zweiten Aufenthaltes angegeben.

Die vom MDK gegenüber dem Krankenhaus erfolgte Anzeige eines Prüfungsauftrages ging am 23. November 2007 bei der Klägerin ein. Sie wies in Maschinenschrift die Bezeichnung nur des zweiten Aufenthaltes vom 24. September bis 10. Oktober 2007 mit der Aufnahmenummer aus. Handschriftlich wurde dieser Angabe eine "II" vorangestellt und darüber hinzugefügt "I 17.-20.9.2007 1610362128". Die Patientenakte wurde dem MDK nicht übersandt, da eine Fallbesprechung im Krankenhaus erfolgen sollte.

In seinem Gutachten vom 13. Februar 2008 befürwortete der MDK die abgerechnete DRG. Es habe sich nicht um eine Behandlung mit zwischenzeitlicher Beurlaubung gehandelt. Beide Behandlungsfälle seien nicht zusammenzuführen. Die Klägerin stellte der Beklagten eine Aufwandspauschale in Höhe von 100,00 EUR je Aufenthalt in Rechnung. Darauf überwies die Beklagte eine Aufwandspauschale in Höhe von 100,00 EUR an die Klägerin.

Mit Schreiben vom 23. Juli 2008 lehnte die Beklagte die Zahlung einer weiteren Aufwandspauschale ab. Auch wenn der MDK im Rahmen seiner Prüfung weitere Krankenhausaufenthalte betrachte und hierzu gegebenenfalls Unterlagen anfordere, sei letztendlich der Prüfauftrag entscheidend, ob eine oder zwei Aufwandspauschalen zu zahlen seien.

Mit Schreiben vom 22. Januar 2009 bekräftigte die Klägerin ihr Verlangen nach Erstattung einer zweiten Aufwandspauschale. Entscheidend sei gemäß § 275 Abs. 1c Satz 3 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V), ob die Prüfung durch den MDK zu einer Minderung des Anspruchsbetrages führe oder nicht. Sei dies nicht der Fall, so müsse die Beklagte die Aufwandspauschale nach § 275 Abs. 1c Satz 3 SGB V unabhängig davon entrichten, ob im Rahmen der Prüfung sonstige Fehler, wie z. B. eine unvollständige Datenübermittlung, festgestellt

worden seien. Auch die Gesetzesbegründung gehe davon aus, dass es sich bei der Neuregelung des § 275 Abs. 1c SGB V um eine vereinfachende Pauschalregelung handele, die keine Detailgerechtigkeit in jedem Einzelfall gewähren könne. Die Beklagte werde daher aufgefordert, bis zum 24. Februar 2009 die weitere Aufwandspauschale auf das Konto der Klägerin zu überweisen.

Am 12. April 2011 hat die Klägerin Klage zum Sozialgericht (SG) Hamburg erhoben.

Ergänzend zu ihrem bisherigen Vortrag hat die Klägerin ausgeführt, dass hier zwei Fälle einer Prüfung nach § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V unterzogen worden seien. Dies habe auch der Prüfauftrag umfasst. Lägen – wie der MDK bestätigt habe – die Voraussetzungen für eine Fallzusammenführung aber nicht vor, so verbleibe es bei zwei getrennten Behandlungsfällen. Seien zwei Fälle geprüft worden, sei auch die Aufwandspauschale für zwei Fälle zu erstatten. Dieses Gesetzesverständnis decke sich mit dem tatsächlich im Krankenhaus anfallenden Aufwand. Dort seien zwei getrennte Fälle abgelegt worden, deren Prüfung durch den MDK auch doppelten Aufwand erfordere. Es müssten zwei Vorgänge aus dem Archiv geholt und gegebenenfalls auch zwei Abteilungen des Krankenhauses mit dem Prüfauftrag konfrontiert werden. Verschiedene behandelnde Ärzte müssten sich mit dem MDK auseinandersetzen. Keine der beiden geprüften Rechnungen sei gemindert worden.

Das SG hat die Klage mit Urteil vom 18. September 2012 abgewiesen. Der Anspruch der Klägerin auf Aufwandsentschädigung sei mit Zahlung einer Aufwandspauschale abgegolten. Es sei nicht ersichtlich, woraus sich im vorliegenden Fall ein doppelter Aufwand ergäbe, der eine zusätzliche Aufwandspauschale rechtfertigen könnte. Einer zweiten Aufwandspauschale würde daher ein Sanktionscharakter zukommen, den die Pauschale jedoch gerade nicht habe. Auch unter Berücksichtigung des Wirtschaftlichkeitsgebotes und der Gesetzgebungsmaterialien ergäbe sich nicht die Notwendigkeit, in Fällen wie den vorliegenden eine zweite Aufwandspauschale zu gewähren.

Die Klägerin hat gegen das ihr am 29. Oktober 2012 zugestellte Urteil des SG am 29. November 2012 Berufung eingelegt. Sie trägt weiter vor, Bezugspunkt der Prüfung nach § 275 Abs. 1, 1c SGB V sei die jeweilige Krankenhausbehandlung. Dies ergebe sich aus dem Wortlaut des § 275 Abs. 1c SGB V, der von "Krankenhausbehandlungen" spreche, sowie aus der Gesetzesbegründung, in der die Formulierung "Krankenhausfälle" gebraucht werde. Auch die Rechtsprechung des BSG bestätige dies, wenn in dem Urteil vom 22. Juni 2010 (B 1 KR 1/10 R) von der erneuten Befassung des Krankenhauses mit dem "Behandlungsfall" gesprochen werde. Die von dem SG in Bezug genommene Entscheidung des Landessozialgerichts (LSG) Niedersachsen-Bremen vom 25. August 2010 (L 1 KR 331/09) betreffe den nicht vergleichbaren Fall der Verweildauerprüfung. Wollte man die dort getroffenen Aussagen auf den vorliegenden Fall übertragen, so würde dies jedoch eher die von der Klägerin vertretene Ansicht stützen. Die vom SG zitierte Entscheidung des SG Augsburg vom 10. Februar 2011(S 10 KR 167/10) überzeuge schon deswegen nicht, weil die aufgestellte Prämisse, die Einbeziehung eines weiteren Behandlungsfalles führe nicht zu einem höheren Aufwand bei dem Krankenhaus, nicht haltbar sei.

Die Klägerin beantragt,

die Beklagte unter Aufhebung des angefochtenen Urteils zu verurteilen, weitere 100,- EUR nebst Verzugszinsen in Höhe von 5 % seit dem 7. August 2008 sowie weitere 46,41 EUR zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie weist darauf hin, dass sie lediglich die zweite und nicht auch die erste Abrechnung zur Prüfung gestellt habe. Denn die den ersten Aufenthalt betreffende Abrechnung habe im Hinblick auf die Frage einer Fallzusammenführung keinen Anlass zur Prüfung geben können, da zu diesem Zeitpunkt ein zusammenzuführender zweiter Aufenthalt der Beklagten nicht bekannt gewesen sei. Zur Prüfung der zweiten Abrechnung sei aber eine gemeinsame Prüfung beider Krankenhausaufenthalte erforderlich, weil nur so die Frage der Fallzusammenführung beantwortet werden könne. Die damit ggf. umfangreichere Prüfung und der damit für das Krankenhaus verbundene Aufwand seien mit der Pauschale abgegolten. Da die zu zahlenden Pauschalen letztlich auf die Krankenhauskosten umgerechnet würden, gebiete auch das Wirtschaftlichkeitsgebot, eine restriktive Auslegung des § 275 Abs. 1c SGB V vorzunehmen, wie auch das BSG betont habe.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstands wird auf das Protokoll der mündlichen Verhandlung vom 21. November 2013, die vorbereitenden Schriftsätze der Beteiligten sowie den weiteren Inhalt der Prozessakte und der beigezogenen Verwaltungsakte (VA) der Beklagten verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung gegen das Urteil des Sozialgerichts ist nach §§ 143, 144 Sozialgerichtsgesetz (SGG) statthaft und auch im Übrigen zulässig, insbesondere fristgerecht (§ 151 Abs. 1 SGG) eingelegt worden.

Sie hat auch in der Sache Erfolg. Zu Unrecht hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen. Die Klägerin hat Anspruch auf Zahlung einer (weiteren) Aufwandspauschale nach § 275 Abs. 1c Satz 3 SGB V.

Rechtsgrundlage des zulässig mit der (echten) Leistungsklage nach § 54 Abs. 5 SGG verfolgten Klagebegehrens ist § 275 Abs. 1c Satz 3 SGB V. Insoweit wird zunächst durch Satz 1 und 2 des § 275 Abs. 1c SGB V klargestellt, dass bei Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V eine Prüfung nach § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V zeitnah durchzuführen ist; diese Prüfung ist spätestens sechs Wochen nach Eingang der Abrechnung bei der Krankenkasse einzuleiten und durch den MDK dem Krankenhaus anzuzeigen. Daran anschließend bestimmt § 275 Abs. 1c Satz 3 SGB V: "Falls die Prüfung nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrags führt, hat die Krankenkasse dem Krankenhaus eine Aufwandspauschale in Höhe von 100 Euro (seit dem 25.3.2009: 300 Euro) zu entrichten."

Bezugsnorm für den Anspruch auf die Pauschale ist demnach § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V. Hiernach haben die Krankenkassen u.a. bei stationärer 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, soweit es nach Art, Schwere, Dauer oder Häufigkeit der Erkrankung oder nach dem Krankheitsverlauf erforderlich ist.

Ziel der Regelungen des § 275 Abs. 1c SGB V – insbesondere der 6-Wochen-Frist (vgl. hierzu eingehend BSG, Urteil vom 16.5.2012 - B 3 KR 14/11 R) und der Aufwandspauschale – ist nach der Vorstellung des Gesetzgebers, den bürokratischen Aufwand und dessen Folgen infolge der Kontrolle von Krankenhausabrechnungen auf Krankenhausseite möglichst gering zu halten (vgl. hierzu ausführlich BSG, Urteil vom 16.05.2012 - B 3 KR 12/11 R, Rn.10, 11 mit Darstellung der Gesetzesbegründung).

Anknüpfungspunkt für die Prüfung eines Falles durch den MDK ist dabei immer die Abrechnung mit dem Ziel der Reduzierung des Abrechnungsbetrages. Dies ergibt sich eindeutig aus der Formulierung des § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V " zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung " und des § 275 Abs. 1c Satz 3 SGB V "Falls die Prüfung nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages führt, ".

Dementsprechend stellt der 3. Senat des BSG (Urteil vom 16.05.2012 - B 3 KR 12/11 R, Rn. 12) im Hinblick auf den Anspruch auf die Aufwandspauschale fest:

"Die Pflicht zur Zahlung der Aufwandspauschale kann nach diesem Regelungskonzept durch jede Prüfung ausgelöst werden, die mit dem Ziel der Verminderung des Rechnungsbetrages - auch einer Zwischenrechnung - aus Anlass einer konkreten Krankenhausbehandlung (§ 39 SGB V) eingeleitet und durchgeführt wird."

Weiter führt er aus (Rn. 17):

"Von einer Abrechnungsprüfung i.S. von § 275 Abs. 1c Satz 3 SGB V - also von einer Prüfung zur potentiellen Verminderung der Krankenhausabrechnung - wird regelmäßig dann auszugehen sein, wenn der dem MDK erteilte Prüfauftrag bei objektiver Betrachtungsweise eine Herabsetzung der im Raume stehenden Krankenhausvergütung zur Folge haben kann und zudem - wie hier - zum Zeitpunkt der Auftragserteilung an den MDK zumindest bereits eine erste Krankenhausrechnung ordnungsgemäß erstellt und bei der Krankenkasse eingegangen ist. In diesem Fall wird unwiderleglich vermutet, dass Ziel des beauftragten MDK-Gutachtens eine Minderung der bereits geforderten oder zukünftig zu erwartenden Vergütung ist."

Zuvor hat der 1. Senat des BSG bereits in seiner Entscheidung vom 22. Juni 2010 (B 1 KR 1/10 R, Rn. 13) ausgeführt:

"Auch muss die KK den MDK gezielt beauftragt haben, eine gutachtliche Stellungnahme abzugeben, mit dem Ziel, in Verfolgung des Wirtschaftlichkeitsgebots zu einer Verminderung der Vergütung zu gelangen, d.h. eine Verminderung des (möglicherweise) vom Krankenhaus zu hoch angesetzten Abrechnungsbetrages zu erreichen".

Wie sich aus dem eindeutigen Wortlaut des § 275 Abs. 1 SGB V ergibt, hat die Krankenkasse bei der Frage, ob eine Abrechnung bei Vorliegen der tatbestandlichen Voraussetzungen durch den MDK zu prüfen ist, kein Entschließungsermessen, sondern ist "verpflichtet", eine medizinische Stellungnahme des MDK einzuholen.

Vorliegend spricht nach Ansicht des Senats einiges für die Annahme, dass tatsächlich die Abrechnungen für beide Aufenthalte zur Überprüfung gestellt worden sind (dazu unter 1.). Letztlich kann dies jedoch dahinstehen, da aufgrund der rechtlichen Besonderheiten der Fallzusammenführung mit dem Auftrag zur Überprüfung der Abrechnung mit dem Argument, dass der der Abrechnung zugrunde liegende Krankenhausaufenthalt mit einem vorherigen Aufenthalt zusammenzuführen sei, denklogisch auch die den vorherigen Aufenthalt betreffende Abrechnung zur Überprüfung gestellt ist (dazu unter 2.).

1. Die Beklagte ist zu Unrecht der Auffassung, dem MDK nur einen Prüfauftrag erteilt zu haben. Zwar ist in dem Prüfauftrag der Beklagten an den MDK nur die Aufnahmenummer für den zweiten Aufenthalt angegeben. Entsprechend beruft sich die Beklagte auch darauf, nur hinsichtlich dieser Abrechnung einen Prüfauftrag erteilt zu haben.

In der durch den MDK erfolgten Anzeige des Prüfauftrages gegenüber dem Krankenhaus wird dann jedoch ausgeführt, dass die Beklagte den MDK mit der Prüfung des "o.g. Behandlungsfalles" beauftragt habe. Wie dargestellt, findet sich als "o.g. Behandlungsfall" die Bezeichnung des zweiten Aufenthaltes in Maschinenschrift mit Angabe von Aufnahmezeitraum und Aufnahmenummer mit der handschriftlichen Ergänzung der gleichen Daten für den ersten Aufenthalt des Versicherten.

Es spricht einiges dafür, bei der Frage, durch welches Schriftstück der Prüfauftrag entscheidend bestimmt wird, auf die Anzeige gegenüber dem Krankenhaus und bei dessen Auslegung auf einen objektiven Empfängerhorizont abzustellen. Denn die Beauftragung des MDK durch die Krankenkasse hat keine unmittelbare Außenwirkung. Sie erfolgt vielmehr ausschließlich im Verhältnis Krankenkasse zum MDK. Erst durch die von § 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V vorgesehene Anzeige der Prüfung durch den MDK dem Krankenhaus gegenüber erhält das Krankenhaus eine Information über den Prüfauftrag. Dabei muss sich die Krankenkasse das Verhalten des MDK im Prüfungsverfahren grundsätzlich entgegenhalten lassen (vgl. BSG, Urteil vom 13.11.2012 - B 1 KR 24/11 R, Rn. 25; Urteil vom 18.07.2013 - B 3 KR 21/12 R, Rn. 30). Es ist dann aber nur folgerichtig, wenn man für die Frage, was Gegenstand des Prüfungsauftrages ist, auf eine am objektiven Empfängerhorizont des Krankenhauses orientierte Auslegung der Anzeige abstellt.

Eine solche Auslegung würde vorliegend ergeben, dass die Beklagte sowohl die erste als auch die zweite Abrechnung beim MDK zur Prüfung gestellt hat. Zwar ist in dem formularmäßigen Schreiben nur von "Beauftragung" und "Behandlungsfall" im Singular die Rede. Jedoch dürfte sich aus der zum Teil handschriftlichen Anführung beider Aufenthalte mit den vorgestellten Nummern "I" und "II" und dem Vermerk, dass es sich um die Prüfung einer Fallzusammenführung handelt, ergeben, dass nicht nur beide Aufenthalte, sondern auch beide Abrechnungen zur Prüfung standen.

2. Letztlich kann dies jedoch dahinstehen. Denn aufgrund der besonderen rechtlichen Verknüpfung der Abrechnungen im Fall einer Fallzusammenführung ist mit der im Hinblick auf eine angenommene Fallzusammengehörigkeit beim MDK beauftragten Überprüfung der Abrechnung für den zweiten Aufenthalt zugleich die Abrechnung für den ersten Aufenthalt zur Überprüfung gestellt.

Wie sich aus § 2 Abs. 4 Satz 2 und 5 Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2007 (Fallpauschalenvereinbarung 2007 - FPV 2007) ergibt, ist bei einer Fallzusammenführung eine einheitliche Abrechnung für den zusammengeführten Fall zu erstellen und es ist eine ggf. schon bzgl. eines zusammenzuführenden Aufenthalts erfolgte Abrechnung zu stornieren. Es wird also bei einer Fallzusammenführung nicht etwa eine der ergangenen Abrechnungen abgeändert, sondern es werden diese Abrechnungen storniert und es erfolgt eine Neuabrechnung des zusammengeführten Falles (so auch LSG für das Saarland, Urteil vom 19.11.2013 - L 2 KR 7/13, Rn. 28; SG Augsburg, Urteil vom 10.02.2011 - S 10 KR 167/10, Rn. 17).

Das bedeutet, dass eine Krankenkasse, die bei zwei Abrechnungen vermutet, dass es sich bei den zugrunde liegenden Krankenhausaufenthalten in Wahrheit um einen einheitlichen, zusammenzuführenden Fall handelt, ausgehend von der dargestellten Verpflichtung zur Wirtschaftlichkeit grundsätzlich beide Abrechnungen überprüfen zu lassen hat. Sie kann sich nämlich nicht auf den Standpunkt stellen, sie könne die erste Abrechnung nicht angreifen, weil die Prüfung der Abrechnung nicht zu einer Reduzierung des Abrechnungsbetrages führen könne. Denn nach der dargestellten rechtlichen Konstruktion hätte die Fallzusammenführung nicht die Konsequenz, dass die erste Abrechnung nur zu niedrig ausgefallen wäre, sondern dass sie storniert werden müsste. Die Stornierung einer Abrechnung ist aber die Reduzierung in ihrer stärksten Form. Die Krankenkasse ist daher unter dem Blickwinkel der Wirtschaftlichkeit verpflichtet, beide Abrechnungen, die die zusammenzuführenden Aufenthalte betreffen, mit dem Ziel der Stornierung beider Rechnungen mit jeweils einem Prüfauftrag (zumeist dann zeitgleich) anzugreifen. Folge wäre anschließend, dass das Krankenhaus eine neue, dritte Abrechnung für den zusammengeführten Fall stellt, die dann ggf. erneut überprüft werden kann.

Daher kann der Senat – anders als das LSG für das Saarland (Urteil vom 19.11.2013 - L 2 KR 7/13) – aus dieser rechtlichen Systematik nicht die Erkenntnis ziehen, dass eine Überprüfung beider Abrechnungen nicht erforderlich sei, weil bei zutreffender Beanstandung einer Abrechnung die andere Abrechnung aufgrund der dargestellten Regelungen ebenfalls zu stornieren sei. Denn die Prüfung, ob die Krankenkasse den MDK beauftragt, eine medizinische Stellungnahme abzugeben, orientiert sich nach den gesetzlichen Vorgaben nicht an dem Kriterium der Erforderlichkeit, sondern statuiert eine entsprechende Verpflichtung. Stellt man auf das Kriterium der Erforderlichkeit ab, würde es der Krankenkasse ermöglicht, entgegen der eindeutigen Verpflichtung aus § 275 Abs. 1 SGB V eine Abrechnung nicht zur Überprüfung zu stellen und dennoch – unter Umgehung der Verpflichtung zur Zahlung der Aufwandspauschale – deren Stornierung zu erreichen. Ein solches Vorgehen ist nach Ansicht des Senats von den rechtlichen Grundlagen nicht gedeckt und daher nicht hinnehmbar. Der Senat geht daher in den besonderen Fällen der Fallzusammenführung davon aus, dass mit dem Auftrag zur Überprüfung der Abrechnung mit dem Argument, dass der der Abrechnung zugrunde liegende Krankenhausaufenthalt mit einem vorherigen Aufenthalt zusammenzuführen sei, automatisch auch die den vorherigen Aufenthalt betreffende Abrechnung angegriffen ist.

An diesem Ergebnis vermag auch der Umstand nichts zu ändern, dass offenbar tatsächlich oftmals in den Fällen der Fallzusammenführung nicht beide Ausgangsabrechnungen storniert und eine neue Abrechnung erstellt, sondern die den ersten Aufenthalt betreffende Abrechnung lediglich abgeändert wird. Denn dieses Vorgehen entspricht nicht rechtlichen Vorgaben und kann daher keine Berücksichtigung finden.

Ergänzend weist der Senat darauf hin, dass ihm bewusst ist, dass aus der hier vertretenen Sichtweise weitere rechtliche Probleme resultieren können. Insbesondere stellt sich die Frage, zu welchen Konsequenzen diese Sichtweise führt, wenn zwischen der Rechnungsstellung der ersten und der zweiten Abrechnung mehr als 6 Wochen vergangen sind. Der medizinischen Überprüfung der ersten Abrechnung durch den MDK, die ja nur den Anspruch auf die Pauschale auszulösen vermag, könnte dann die Ausschlussfrist des § 275 Abs. 1c Satz 1 SGB V entgegenstehen. Hier ist nach Ansicht des Senates zu erwägen, den Beginn der 6-Wochen-Frist an die besondere Konstellation anzupassen. Denn die Krankenkasse kann erst Überlegungen hinsichtlich der Überprüfung einer Rechnung unter dem Gesichtspunkt der Fallzusammenführung anstellen, wenn sie die Umstände, die die Annahme einer Fallzusammenführung rechtfertigen, kennt bzw. kennen müsste. Von diesen Umständen erhält die Krankenkasse jedoch erst mit Vorlage der zweiten Rechnung Kenntnis. In einer derartigen Fallgestaltung erscheint es gerechtfertigt, die 6-Wochen-Frist dahingehen zu modifizieren, dass sie für die Frage der Fallzusammenführung – und nur für diese – erst mit der Übermittlung der zweiten Abrechnung zu laufen beginnt, also parallel mit der für die zweite Abrechnung geltenden Frist läuft. Dabei ist auch zu beachten, dass diese Fälle nur dann entstehen, wenn das Krankenhaus trotz zeitlich unmittelbaren Zusammenhangs von 2 Aufenthalten, diese mit zeitlich großem Abstand abrechnet. Die zuvor dargestellte Betrachtungsweise würde verhindern, dass dies zielgerichtet im Hinblick auf die Überprüfungsmöglichkeit der Abrechnung erfolgt.

Ist damit vorliegend davon auszugehen, dass beide Abrechnungen zur Prüfung durch den MDK gestellt wurden, so resultiert aus dem Umstand, dass die Prüfung, die auch hinsichtlich der ersten Rechnung die 6-Wochen-Frist des § 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V eingehalten hat, keine Reduzierung des Abrechnungsbetrages ergeben hat, dass die Pauschale des § 275 Abs. 1c Satz 3 SGB V zweimal entstanden, aber bisher nur einmal von der Beklagten bezahlt worden ist. Die Klägerin hat daher Anspruch auf Zahlung einer weiteren Pauschale i.H.v. 100,- EUR.

Der Zinsanspruch ergibt sich aus § 14 des zwischen den Beteiligten geltenden Vertrages nach § 112 SGB V (Hamburger Vertrag – Allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung). Dieser soll zwar ausdrücklich wohl nur die Abrechnung des Krankenhausaufenthaltes als solchen regeln. Der Sachzusammenhang mit der hier in Rede stehenden Forderung legt es jedoch nahe, die Zinsregelung zumindest im Rahmen einer ergänzenden Vertragsauslegung auf diese Forderung anzuwenden.

Der Anspruch auf Erstattung der vorgerichtlichen Rechtsanwaltskosten in Höhe von 46,41 EUR ergibt sich aus § 69 Abs. 1 Satz 3 SGB V i.V.m. § 280 Abs. 1, 2 und § 286 Bürgerliches Gesetzbuch. Danach ist eine Krankenkasse grundsätzlich verpflichtet, einem Krankenhaus den durch die verspätete Zahlung der Krankenhausvergütung entstandenen Verzugsschaden zu ersetzen. Zwar ist es einer Krankenkasse in einfach gelagerten Abrechnungsfällen ohne schwierige Rechtsfragen und ohne hervorgehobene wirtschaftliche Bedeutung zuzumuten, offene Vergütungsansprüche vorgerichtlich mit eigenen Mitarbeitern und ohne anwaltliche Unterstützung geltend zu machen (BSG, Urteil vom 15.11.2007 - B 3 KR 1/07 R), ein solcher Fall ist hier jedoch nicht gegeben. Die hier im Streit stehende Rechtsfrage ist durchaus schwierig und auch eine besondere wirtschaftliche Bedeutung ist angesichts der Vielzahl der gleichgelagerten Fälle anzuerkennen. Die zugrunde gelegte Bewertung mit 1,3 Geschäftsgebühren nach Nr. 2300 VV RVG ist nicht zu beanstanden.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a SGG i.V.m. § 154 Abs. 1 VwGO. Die in der mündlichen Verhandlung erfolgte Anpassung des Antrags hinsichtlich des Zinsanspruches führt dabei nicht zu einer Quotelung. Die Zurückweisung der Berufung im Übrigen erfolgte im Hinblick auf diese Anpassung versehentlich. Da sie keinen Beteiligten belastet, sieht der Senat kein Bedürfnis für eine Berichtigung von

Amts wegen.

Die Zulassung der Revision war wegen der höchstrichterlich nicht geklärten Konstellation geboten.
Rechtskraft
Aus
Login
HAM
Saved
2014-03-03