

S 4 KR 112/09

Land
Hessen
Sozialgericht
SG Fulda (HES)
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
4
1. Instanz
SG Fulda (HES)
Aktenzeichen
S 4 KR 112/09
Datum
20.12.2010
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 1 KR 398/10
Datum
14.04.2011
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie
Gerichtsbescheid
Leitsätze

[§ 275 Abs. 1c SGB V](#) in der Fassung des Art. 1 Nr. 185 lit. a des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG) vom 26. März 2007 (BGBl. I, S. 430) ist auch auf die Prüfung solcher stationärer Krankenhausbehandlungen anwendbar, die vor dem 1. April 2007 begonnen haben (entgegen BSG, Urteil vom 22. Juni 2010 – [B 1 KR 29/09 R](#) –).

1. Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin 100 EUR nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 19. August 2009 zu zahlen. Im Übrigen wird die Klage abgewiesen.

2. Die Beklagte trägt die Kosten des Rechtsstreits.

3. Die Berufung wird zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über den Anspruch der Klägerin auf Zahlung einer Aufwandspauschale wegen der Durchführung eines MDK-Prüfungsverfahrens.

Die Klägerin behandelte in der Zeit vom 22. bis 28. März 2007 die bei der Beklagten versicherte Frau X (im Folgenden: Versicherte) im Rahmen eines stationären Krankenhausaufenthaltes im Klinikum A. Mit Rechnung vom 4. April 2007 machte die Klägerin die entsprechende Vergütung geltend. Diesbezüglich leitete die Beklagte ein Überprüfungsverfahren durch den MDK ein, in dem dieser zu dem Ergebnis kam, dass die Abrechnung durch die Klägerin korrekt vorgenommen worden sei. Daraufhin glich die Beklagte den vollständigen Rechnungsbetrag aus. Mit Rechnung vom 6. Mai 2009 stellte die Beklagte eine Aufwandspauschale in Höhe von 100 EUR in Rechnung. Diesbezüglich verweigert die Beklagte die Zahlung.

Die Klägerin beantragt sinngemäß,
die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin 100 EUR Aufwandspauschale für die im Behandlungsfall der Versicherten erfolgte Überprüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über den Basiszinssatz seit dem 10. Juni 2009 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,
die Klage abzuweisen.

Sie ist der Auffassung, [§ 275 Abs. 1c S. 3 SGB V](#) als Rechtsgrundlage für die geltend gemachte Aufwandspauschale sei nur auf solche MDK-Prüfverfahren anwendbar, die sich auf Behandlungsfälle beziehen, bei denen die stationäre Aufnahme eines Versicherten nach dem Inkrafttreten der Norm, dem 1. April 2007, stattgefunden hat. Dies sei im vorliegenden Fall nicht gegeben. Ausweislich der Begründung des zu Grunde liegenden Gesetzentwurfs ([BT-Drs. 16/3100, S. 171](#)) sei es Ziel des Gesetzgebers gewesen, Bürokratieabbau durch Reduzierung von Prüfverfahren zu erreichen. Hierzu sei in Gestalt der vorbezeichneten Vorschrift gleichsam eine Sanktionierung zulasten der Krankenkassen eingeführt worden. Da jedoch die Einführung der Pauschale heftig umstritten gewesen und sie schließlich erst im Bundesgesetzblatt vom 30. März 2007 veröffentlicht worden sei, hätten sich die Krankenkassen erst ab dem 1. April 2007 auf diese Regelung einstellen können. Daher sei es sachgerecht, die Rechtsgrundlage der Aufwandspauschale nur auf Behandlungsfälle anzuwenden, die nach dem 31. März 2007 begonnen hätten. Im Übrigen stehe der Klägerin ein Zinsanspruch bezüglich der Aufwandspauschale nicht zu.

Die Erwägungen, die einen Zinsanspruch bei Vergütungsforderungen für Krankenhausbehandlungen begründeten, trafen auf die Aufwandspauschale nicht zu.

Wegen des Vorbringens der Beteiligten im Einzelnen wird auf die eingereichten Schriftsätze nebst Anlagen verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Klage ist begründet. Der Klägerin steht die geltend gemachte Aufwandspauschale aufgrund der auch auf den vorliegenden Behandlungsfall der Versicherten anwendbaren Vorschrift des [§ 275 Abs. 1c S. 3 SGB V](#) zu.

1. Diese Vorschrift wurde durch Art. 1 Nr. 185 lit. a des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG) vom 26. März 2007 in das SGB V eingefügt. Sie wurde im Bundesgesetzblatt 2007 in Teil I Nr. 11, ausgegeben am 30. März 2007, S. 430, bekannt gemacht und trat gemäß Art. 46 Abs. 1 des vorbezeichneten Gesetzes am 1. April 2007 in Kraft. Der Gesetzgeber hat bezüglich der umfangreichen Vorschriften des GKV-WSG differenzierte Regelungen über die Zeitpunkte des Inkrafttretens der verschiedenen Regelungen getroffen, [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) aber hierbei nicht einbezogen, sondern diese Norm ohne jegliche Übergangsregelung der generellen Regelung des Inkrafttretens unterstellt. Daraus ergibt sich zunächst der eindeutige Wille des Gesetzgebers, dass die Rechtswirkung dieser Vorschrift sofort eintreten sollte. Dies führt dazu, dass jede Prüfung durch den MDK, die nach dem 31. März 2007 durchgeführt, zumindest aber seitens einer Krankenkasse nach diesem Zeitpunkt in Gang gesetzt worden ist und nicht zu einer Änderung der Abrechnung führt, einen Anspruch eines Krankenhauses auf Zahlung der Aufwandspauschale auslöst. Dabei braucht hier nicht entschieden zu werden, ob aus Vertrauens Gesichtspunkten danach zu differenzieren ist, ob die durch den MDK zu prüfende Abrechnung vor oder nach dem Inkrafttreten des [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) einer Krankenkasse zugegangen ist oder die Beauftragung des MDK vor oder ab dem 1. April 2007 durch eine Krankenkasse erfolgt ist. Denn hier erfolgten sowohl die Abrechnung erst am 4. April 2007 und entsprechend nachfolgend auch die Beauftragung des MDK nach Inkrafttreten der streitgegenständlichen Vorschrift. Die beiden vom Gesetzgeber normierten Tatbestandsmerkmale der Norm liegen hier vor. Es wurde eine Einzelfallprüfung des MDK betreffend den Aufenthalt der Versicherten durchgeführt, die nicht zu einer Änderung der Abrechnung geführt hat. Damit ist der Anspruch der Klägerin auf Zahlung der Aufwandspauschale entstanden.

2. Diesem Anspruch steht nicht entgegen, dass der stationäre Aufenthalt der Versicherten vor dem 1. April 2007 begonnen hatte oder gar bereits beendet war. Denn es kommt für die Anwendbarkeit des [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) nicht darauf an, ob die stationäre Aufnahme eines Versicherten für die einer Abrechnung zu Grunde liegende Behandlung vor oder nach dem 1. April 2007 als dem Zeitpunkt des Inkrafttretens der Norm stattgefunden hat. Die Kammer sieht sich insofern im Ergebnis in Übereinstimmung mit den Entscheidungen des LSG Baden-Württemberg (Urteil vom 19. Mai 2009 – [L 11 KR 5231/08](#) –) und LSG Rheinland-Pfalz (Urteile vom 6. August 2009 – [L 5 KR 149/08](#) und [L 5 KR 20/09](#)), auf die insofern Bezug zu nehmen ist. Soweit in der Rechtsprechung (etwa LSG NRW, Urteil vom 24. September 2009 – [L 5 KR 81/09](#) und [L 5 KR 83/09](#) – und insbesondere BSG, Urteil vom 22. Juni 2010 – [B 1 KR 29/09 R](#) –) postuliert wird, ein Anspruch auf Zahlung der Aufwandspauschale könne nur bezüglich solcher Behandlungen entstehen, die durch stationäre Aufnahme nach dem 31. März 2007 begonnen hätten, vermag sich die Kammer dem nicht anzuschließen. Die zu Grunde liegende Argumentation überzeugt unter keinem Gesichtspunkt. a) Dies gilt zunächst für die Ausführungen des BSG im vorbezeichneten Urteil. Demnach sollen der Wortlaut in Verbindung mit der systematischen Stellung der Vorschrift, die Entstehungsgeschichte sowie der Sinn und Zweck der Vorschrift die Anwendbarkeit für Behandlungen vor dem 1. April 2007 ausschließen. Dem kann nicht gefolgt werden. aa) Das BSG führt hinsichtlich des intertemporalen Rechts aus, [§ 275 Abs. 1c S. 3 SGB V](#) sei nur auf solche Sachverhalte anwendbar, die sich vollständig nach Inkrafttreten des neuen Rechts verwirklicht haben, da insoweit das Leistungsfallprinzip im Gegensatz zum reinen Geltungszeitraumprinzip anzuwenden sei und der Regelungsschwerpunkt des Gesamtregelungskomplexes Beachtung finden müsse. Der Gesetzgeber wolle im Zweifel das Recht angewandt sehen, bei dem der Schwerpunkt der Regelung liege. Diese allgemeinen Ausführungen im Sinne eines Subsumtionsobersatzes müssen bereits in Frage gestellt werden. Denn das Leistungsfallprinzip ist ein Institut, das auf das Leistungssystem der Sozialversicherung zugeschnitten und diesbezüglich entwickelt worden ist. Es ist kein sachgerechter Grund ersichtlich und wird seitens des BSG auch nicht genannt, dessen Anwendbarkeit auf eine – wie die Beklagte zutreffend ausführt – Sanktionierungsvorschrift wegen der Krankenkassen verursachten Verwaltungsaufwands auf Seiten der Krankenhäuser mit dem Ziel des Bürokratieabbaus auszudehnen (vgl. BT-Drs. 3100, S. 171: "Von einzelnen Krankenkassen wird die Prüfungsmöglichkeit in unverhältnismäßiger und nicht sachgerechter Weise zur Einzelfallsteuerung genutzt. Dies führt zu unnötiger Bürokratie. [...] Dies belastet die Abläufe in den Krankenhäusern teils erheblich, sorgt für zusätzlichen personellen und finanziellen Aufwand, und führt in der Regel zu hohen und nicht gerechtfertigten Außenständen und Liquiditätsproblemen."). Aber selbst wenn man dies grundsätzlich für zutreffend erachtete, bleibt das BSG eine zutreffende Subsumtion schuldig. Denn [§ 275 Abs. 1c S. 3 SGB V](#) regelt in seltener Klarheit einen gänzlich einfach strukturierten Sachverhalt: Ein Krankenhaus übermittelt einen Datensatz für eine erfolgte stationäre Krankenhausbehandlung und die Krankenkasse leitet ein Prüfverfahren durch den MDK ein, in dessen Rahmen dieser zu dem Ergebnis gelangt, dass die Abrechnung korrekt gewesen ist. Als Rechtsfolge des Vorliegens dieser Tatbestandsmerkmale hat der Gesetzgeber den Anspruch eines Krankenhauses auf Zahlung einer Pauschale in Höhe von 100 EUR (mittlerweile 300 EUR) normiert. Der von der Vorschrift geregelte Sachverhalt beginnt also mit dem Eingang eines Datensatzes eines Krankenhauses bei einer Krankenkasse und endet mit der Feststellung des MDK, dass der Rechnungsdatensatz korrekt sei. Die Aufnahme eines Versicherten zur stationären Behandlung ist nicht Gegenstand des Regelungsbereichs des [§ 275 Abs. 1c S. 3 SGB V](#); sie setzt sie lediglich als zu einem nicht definierten Zeitpunkt, also als irgendwann erfolgt voraus. Hierzu darf auf die zutreffende Entscheidung des HessLSG vom 12. November 2009 – [L 1 KR 90/09](#) – juris Rn. 20, verwiesen werden, wonach der Anspruch auf Zahlung einer Aufwandspauschale zwingend die Vorlage einer Abrechnung an die Krankenkasse voraussetzt. Denn andernfalls, wenn es etwa um die bloße Prüfung einer Verweildauer ohne Bezug zu einer vorgelegten Rechnung gehe, könne rein denkllogisch eine Abrechnungsminderung nicht entstehen. Daran wird deutlich, dass der Zeitpunkt eines stationären Aufenthalts eines Versicherten als solcher keinen relevanten Bezug zum Regelungsgehalt der hier streitgegenständlichen Vorschrift aufweist. Zwar kommt es auch nach Vorlage einer Abrechnung für einen beendeten stationären Krankenhausaufenthalt auch insoweit immer wieder zu Streitigkeiten über die Höhe der geltend gemachten Vergütung, weil die Krankenkasse die Dauer eines Krankenhausaufenthaltes DRG-wirksam als medizinisch nicht erforderlich in Zweifel zieht. Insofern besteht sehr wohl ein inhaltlicher Konnex zwischen Abrechnungsprüfung und stationärem Aufenthalt. Es fehlt aber an jeglicher formalen Verbindung dergestalt, dass das Prüfverfahren des MDK einen bestimmten Zeitpunkt des Aufenthalts eines Versicherten voraussetzte. Dies wird besonders dann deutlich, wenn eine Vergütungsforderung durch eine Krankenkasse deshalb in Frage gestellt wird, weil eine Klinik eine fehlerhafte Kodierung der Haupt- oder Nebendiagnose oder einer Prozedur vorgenommen habe. In diesen Fällen fehlt es sogar an einem inhaltlichen Bezugspunkt zwischen dem (Beginn eines) Aufenthalt(s) des Versicherten im Krankenhaus und der MDK-

Prüfung. Daher hat sich dann, wenn wie im vorliegenden Fall eine Rechnung nach dem 31. März 2007 an eine Krankenkasse übersandt worden und entsprechend von ihr das MDK-Prüfverfahren zeitlich nachfolgend in Gang gesetzt worden ist, der von [§ 275 Abs. 1c S. 3 SGB V](#) erfasste Sachverhalte vollständig nach Inkrafttreten des neuen Rechts verwirklicht. Insofern folgt aus dem Leistungsfallprinzip, wenn man es für anwendbar halten sollte, nichts anderes als die Anwendbarkeit dieser Vorschrift für alle Behandlungsfälle, in denen eine zu prüfende Abrechnung nach dem 31. März 2007 einer Krankenkasse zugegangen ist, ohne dass es drauf ankäme, wann der zu Grunde liegende stationäre Aufenthalt begonnen hatte oder beendet gewesen ist. bb) Auch im Hinblick auf den Regelungsschwerpunkt ergibt sich nichts Anderes. Dabei kann offen bleiben, ob es zutrifft, dass der Gesetzgeber nach diesem Grundsatz im Zweifel das Recht angewandt sehen wolle, bei dem der Schwerpunkt einer Regelung liege. Hieran bestehen erhebliche Zweifel jedenfalls dann, wenn der Gesetzgeber eine differenzierte Regelung über das Inkrafttreten eines (umfangreichen) Artikelgesetzes trifft. In diesem Fall kann der Wille des Gesetzgebers nur dahin gehen, die Rechtswirkungen der jeweiligen Vorschriften dann eintreten zu lassen, wenn sie in Kraft treten. Hierauf kommt es jedoch nicht an, denn der Schwerpunkt der Regelung liegt ausweislich der Begründung des Gesetzentwurfs in der Zurückdrängen von Einzelfallprüfungen durch den MDK und damit der Verringerung des Verwaltungsaufwands der Krankenhäuser. Dieser ist aber ebenfalls völlig unabhängig davon, wann eine zu Grunde liegende stationäre Behandlung begonnen hat. Ab dem 1. April 2007 wollte der Gesetzgeber durch eine Sanktion die Krankenkassen dazu bewegen, in geringerer Zahl MDK-Prüfungen zu veranlassen. Darauf lag der Schwerpunkt der Regelung, ein Bezug zur Frage, wann ein Versicherter stationär aufgenommen wurde, ist nicht erkennbar. cc) Wenn das BSG sodann in [§ 275 Abs. 1c S. 3 SGB V](#) einen "klaren Schnitt zwischen Krankenhausbehandlungen, die bis zum Ablauf des 31.3.2007 stattgefunden haben und solchen, die erst vom 1.4.2007 an erfolgen", zu erkennen glaubt, kann sich dem nicht angeschlossen werden. Vor allem der Wortlaut der Vorschrift gibt für diese Annahme nichts her. Dies macht das BSG sogleich selbst deutlich, wenn es den Wortlaut (des [§ 275 Abs. 1c S. 3 SGB V](#)) nur "in Verbindung mit den übrigen Sätzen des Abs 1c und in seinem systematischen Zusammenhang" heranzieht, um sein Ergebnis zu begründen. Das Gericht beschreibt sodann die einzelnen Regelungsgehalte der Sätze 1 bis 3 des [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) und schickt vorweg, dass alle diese Sätze "spezielle Regelungen für die Prüfungen von Krankenhausbehandlungen" enthalten. Dies ist für sich genommen zutreffend, belegt aber nicht, warum die Sanktion in Form der Aufwandspauschale, die allein von der Rechnungsstellung, der Prüfung durch den MDK und deren Ergebnis abhängt, in einem Zusammenhang zum Beginn der stationären Aufnahme eines Versicherten steht – ganz unabhängig davon, dass die einzige konkrete Zeitangabe in [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) den Eingang der Abrechnung als Bezugspunkt besitzt. Schon gar nicht ergibt sich das Ergebnis des BSG aus dem Wortlaut des [§ 275 Abs. 1c S. 3 SGB V](#). dd) Auch das dann folgende Argument, die sechswöchige Ausschlussfrist des [§ 275 Abs. 1c S. 2 SGB V](#) entfalte entsprechend einer früheren Entscheidung des erkennenden Senats keine Rückwirkung, stützt das gefundene Ergebnis nicht. Denn hinsichtlich der Aufwandspauschale geht es nicht um die Frage einer Rückwirkung, sondern um eine Regelung für die Zukunft: Durch die Verkündung des GKV-WSG am 30. März 2007 wurde (für die Zukunft) ausgesprochen, dass später, nämlich ab dem 1. April 2007, 0.00 Uhr, MDK-Prüfungen, die keine Änderung einer Abrechnung zur Folge haben, zu einem Anspruch auf Zahlung einer Aufwandspauschale führen. Das Argument einer fehlenden Rückwirkung der Regelung über die Ausschlussfrist in [§ 275 Abs. 1c S. 2 SGB V](#) könnte nur dann von Bedeutung sein, wenn man den Aufwandspauschalenanspruch auch dann als entstanden ansehen wollte, wenn eine Krankenkasse den MDK bereits vor dem 1. April 2007 mit einer Prüfung beauftragt hatte. Aber auch dies hat keinen Bezug zur Frage des Beginns des stationären Aufenthalts und ist im vorliegenden Fall, wie bereits ausgeführt, nicht von Bedeutung und kann daher offen bleiben. ee) Auch die gesetssystematischen Erwägungen des BSG stützen das von ihm gefundene Ergebnis nicht. Es führt insoweit aus, der Zusammenhang von [§ 275 Abs. 1c S. 3 SGB V](#) mit [§ 275 Abs. 1 SGB V](#) und dessen Einbindung in die Leistungserbringung unterstreiche die Verwobenheit zu einem Gesamtkomplex. Ein Anspruch auf Vergütung stationärer Krankenhausbehandlung setze unter Anderem voraus, dass die Behandlung erforderlich war und die Voraussetzungen der gesetzlichen und vertraglich vorgesehenen Vergütungsregelungen erfüllt sind. Hierüber entscheide allein die Krankenkasse und im Streitfall ein Gericht, ohne dass diese an die Einschätzung des Krankenhauses oder seiner Ärzte gebunden sein. Die Voraussetzungen des Vergütungsanspruchs hätten die Krankenkassen gegebenenfalls erst durch eine Prüfung festzustellen, woran auch die Einführung des DRG-Systems nichts geändert habe. Die Erforderlichkeit der Krankenhausbehandlung, ihre Vergütung und deren Kontrolle durch Krankenkassen und MDK seien dabei auf das Engste miteinander verknüpft und verträgen kein Nebeneinander unterschiedlichen Rechts in Bezug auf die einzelnen Teilkomponenten. Die grundlegende Frage sei dabei nämlich, ob sich die stationäre Aufnahme oder Weiterbehandlung zu Recht als medizinisch notwendig dargestellt habe. Dies ist als Beschreibung zunächst unbestreitbar richtig, gibt aber erneut nichts dafür her, dass die Aufwandspauschale nur für die Prüfung von stationären Aufenthalten gelten solle, die nach dem 31. März 2007 begonnen haben. Die logische systematische Verknüpfung, die das BSG behauptet, fehlt. Außer dem Argument eines allgemeinen und (daher) wenig überzeugenden Zusammenhangs ("Verwobenheit") zwischen Behandlung, Abrechnung und Prüfung ergibt sich daraus nichts. ff) Auch der Hinweis des BSG auf die nicht unerhebliche finanzielle Belastung, die mit der Aufwandspauschale für die Krankenkassen verbunden sein kann, gibt für die Gesetzesauslegung nichts, insbesondere für die Frage der Aufnahme eines Versicherten vor oder ab dem 1. April 2007. Dies gilt insbesondere auch deshalb, weil sich mögliche Streitfälle nur auf einen Übergangszeitraum beziehen, deren Quantität dadurch stark begrenzt ist. Gleiches gilt für das Argument, dass dem "Novum" der Aufwandspauschale keine spiegelbildliche Begünstigung der Krankenkassen gegenüberstehe. Als bewusste Entscheidung des Gesetzgebers ist dies hinzunehmen und jede Gesetzesauslegung, die dieser einseitigen Begünstigung entgegen wirkt, muss daher zwangsläufig den gesetzgeberischen Willen konterkarieren. Hierzu sind die Gerichte aufgrund ihrer Bindung an das Gesetz ([Art. 97 Abs. 1 GG](#)) nicht befugt. gg) Soweit das BSG sodann auf den Willen des Gesetzgebers Bezug nimmt und darauf verweist, dass mit [§ 275 Abs. 1c S. 3 SGB V](#) ein notwendiger Bürokratieabbau "für die Zukunft" herbeigeführt werden solle, so ist erneut darauf zu verweisen, dass die Aufwandspauschale Prüfungen durch den MDK in der Zukunft verhindern sollte, die aber als solche – wie das HessLSG in der bereits zitierten Entscheidung zutreffend ausgeführt hat – eine Abrechnung voraussetzen und sodann eine Entscheidung der Krankenkasse, die Prüfung als solche einzuleiten. Der Abbau von Bürokratie, die in der Vergangenheit vorgeherrscht hat, ist rein faktisch nicht möglich. Daher kann jeder Bürokratieabbau nur zukünftig wirken. Hier hat der Gesetzgeber die abzubauen Bürokratie in (zu vielen) MDK-Prüfverfahren gesehen. Diese sollten ab dem 1. April 2007 und damit zukünftig verringert werden durch die abschreckende Wirkung einer drohenden Aufwandspauschale, die aber nicht dadurch ausgelöst wird, dass ein Versicherter stationär behandelt wird, sondern dadurch, dass eine MDK-Prüfung eingeleitet wird, die die Richtigkeit einer Abrechnung belegt. Daher kommt es auf den Beginn oder den Abschluss der stationären Behandlung für den mit [§ 275 Abs. 1c S. 3 SGB V](#) verfolgten Bürokratieabbau nicht an. Daher könnte insofern erneut nur die Frage relevant werden, ob der Anspruch auf die Aufwandspauschale nur dann entstehen kann, wenn der MDK nach dem 31. März 2007 beauftragt worden ist. Dies ist für den vorliegenden Fall jedoch nicht relevant. Insofern ist die seitens des BSG zitierte Stellungnahme des Bundesministeriums für Gesundheit vom 19. September 2007 zwar formal zutreffend als ohne rechtserhebliche Bedeutung qualifiziert worden. Allerdings entfällt aufgrund dieser Stellungnahme, die die Entstehung des Anspruchs auf die Aufwandspauschale allein vom Zeitpunkt des Eingangs der Rechnung bei einer Krankenkasse als entscheidend ansieht, jegliche Überzeugungskraft einer Argumentation, die den gesetzgeberischen Willen heranzieht, um ein anderes Ergebnis zu begründen. Angesichts der entscheidenden Urheberschaft des Bundesministeriums für Gesundheit hinsichtlich des GKV-WSG ist dessen Auffassung ein entscheidender Beleg für den Willen des Gesetzgebers. Dies könnte nur dann anders gesehen werden, wenn im

Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens aus der Legislative heraus diesbezüglich andere Motive deutlich geworden wären, die sich mit dem Willen des Fachministeriums nicht deckten. Solche sind aber nicht ersichtlich und werden insbesondere seitens des BSG auch nicht benannt.

hh) Einzig das Argument, dass die Krankenkassen ein Interesse haben könnten, einen Behandlungsfall angesichts des wirtschaftlichen Risikos, das mit der Aufwandspauschale verbunden ist, von Anfang an zu begleiten, steht im Zusammenhang mit dem Beginn einer stationären Behandlung. Aber auch dies überzeugt letztendlich nicht. Dies ergibt sich bereits aus den empirischen Umständen, die dazu geführt haben, dass die Pauschale durch das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz vom 17. März 2009 verdreifacht wurde. 100 EUR reichten entgegen der Erwartung des Gesetzgebers nicht aus, um die Prüfverfahren ausreichend zu verringern. Insofern war das finanzielle Risiko für die Krankenkassen offensichtlich nicht allzu hoch. Aber auch unabhängig von dieser Einschätzung genügt die bloße Möglichkeit einer Begleitung eines stationären Aufenthaltes nicht, um einen Konnex zwischen Aufwandspauschale und Beginn der stationären Behandlung herzustellen und die Anwendbarkeit des [§ 275 Abs. 1c S. 3 SGB V](#) einzuschränken. Denn auch dann beruht die Prüfung durch den MDK auf einer autonomen Entscheidung einer Krankenkasse, diese zu veranlassen. jj) Wenn das BSG zuletzt noch auf den allgemeinen Sinn und Zweck des [§ 275 Abs. 1c S. 3 SGB V](#) Bezug nimmt und hierzu auf die Parallelentscheidung von 22. Juni 2010 – [B 1 KR 1/10 R](#) – verweist, kann hieraus nichts Wesentliches abgeleitet werden. Denn zum Einen setzt sich diese Entscheidung nur ergänzend zur Hauptargumentation mit der Aufwandspauschale auseinander. Zum Anderem vermag die Besonderheit der Leistungsbeziehung zwischen Krankenkassen und Krankenhaus abstrakt nichts für die Relevanz eines Behandlungsbeginns vor dem 1. April 2007 zu bewirken. Denn letztlich bleibt es dabei, dass der Gesetzgeber die Krankenkassen mit einer Sanktion versehen wollte für den Fall, dass sie eine Prüfung des MDK in Gang setzen, die nicht zu einer Änderung der Abrechnung des Krankenhauses führt. Damit hat der unmittelbar demokratisch legitimierte und daher zuvörderst berufene Träger staatlicher Gewalt die Beziehung zwischen Krankenkasse und Krankenhaus in diesem Punkt einseitig zu Gunsten der Krankenhäuser ausgestaltet. Diese Regelung definiert sodann den Charakter der Beziehung zwischen Krankenhaus und Krankenkasse mit, der nämlich nur dergestalt existiert, wie er durch den Gesetzgeber konkretisiert wird. In welcher Form die allgemeine Beziehung zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern den Zeitpunkt der stationären Aufnahme für relevant erklären sollte angesichts der Tatsache, dass dieses Kriterium in [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) keine Erwähnung findet, erschließt sich nicht. b) Auch die übrigen Entscheidungen, die den Beginn oder gar den Abschluss einer stationären Behandlung vor dem 1. April 2007 als Ausschlussgrund für die Anwendbarkeit [§ 275 Abs. 1c S. 3 SGB V](#) gesehen, überzeugen im Ergebnis nicht. So sieht das LSG NRW im Urteil vom 24. September 2009 – [L 5 KR 83/09](#) – juris Rn. 20, als entscheidend das Vorliegen einer Krankenhausbehandlung an und leitet daraus ab, dass sich [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) insgesamt auf Krankenhausbehandlungen beziehe. Dass die Vorschrift aber die stationäre Aufnahme oder die Beendigung des Aufenthalts im Krankenhaus in seinem Wortlaut überhaupt nicht erwähnt, bleibt undiskutiert. Der Gesetzgeber hat die Sanktion der Aufwandspauschale, wie bereits ausführlich dargelegt, an eine folgenlose Prüfung durch den MDK geknüpft, nicht an den Zeitpunkt der zu Grunde liegenden stationären Behandlung eines Versicherten. Soweit das Gericht auf eine fehlende Rückwirkung Bezug nimmt, kann auf die vorstehenden Ausführungen zur fehlenden Rückwirkung der Norm verwiesen werden. Gleiches gilt, soweit seitens des LSG auf den zukünftigen Charakter der Regelung Bezug genommen wird. Wenn das LSG im Weiteren von einer "echten Rückwirkung" ausgeht, so verkennt es die verfassungsrechtlichen Voraussetzungen derselben. Eine echte Rückwirkung, die grundsätzlich verfassungswidrig ist, liegt vor, wenn ihre Rechtsfolge mit belastender Wirkung schon vor dem Zeitpunkt ihrer Verkündung für bereits abgeschlossene Tatbestände gelten soll ("Rückbewirkung von Rechtsfolgen", vgl. nur BVerfG, [NJW 2010, S. 3629](#) [3630]). Dies ist hier offensichtlich nicht der Fall. Denn [§ 275 Abs. 1c S. 3 SGB V](#) regelt den Tatbestand eines – vom Zeitpunkt seines Inkrafttretens aus gesehen – erst zukünftigen, nicht abgeschlossenen, letztlich nicht einmal begonnenen Tatbestands auch dann, wenn man ihn auf die Prüfung solcher stationärer Aufenthalte bezieht, die vor dem 1. April 2007 beendet waren. Die Vorschrift hat nämlich gar keinen zeitlichen Bezug zum stationären Aufenthalt, dessen Abrechnung geprüft werden soll, sondern nur zur Prüfung durch den MDK und deren Ergebnis. Relevant würde die Frage der Rückwirkung erst dann, wenn der Gesetzgeber die Pauschale auch für solche Prüfungen hätte angewandt sehen wollen, die bereits am 31. März 2007 (mit einer Bestätigung der Abrechnung des Krankenhauses) abgeschlossen worden waren. Dies ist aber in den hier diskutierten Fällen wie dem vorliegenden nicht der Fall. Das LSG kommt zur Relevanz der Rückwirkungsfrage allein dadurch, dass es eine Rückwirkung, die gar nicht existiert, erst konstruiert, wobei es das Gericht unterlässt, insoweit zwischen den einzelnen Sätzen des [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) zu differenzieren. Warum hier eine Differenzierung nicht geboten oder gar unzulässig sein soll, ist nicht ersichtlich. Wenn man gleichwohl eine Rückwirkung annehmen wollte, so könnte dies nur eine "unechte" sein, weil belastende Rechtsfolgen einer Norm (hier die Pflicht zur Zahlung der Aufwandspauschale) erst nach ihrer Verkündung eintreten, tatbestandlich aber von einem bereits ins Werk gesetzten Sachverhalt ausgelöst werden ("tatbestandliche Rückanknüpfung"). Denn der Sachverhalt, nämlich die Frage der Vergütungspflicht für eine stationäre Krankenhausbehandlung, ist gerade noch nicht abgeschlossen, weil die Rechnung noch nicht bezahlt, jedenfalls aber die Berechtigung ihrer Höhe erst noch geklärt werden soll. Eine solche unechte Rückwirkung wäre nicht grundsätzlich unzulässig, denn die Gewährung vollständigen Schutzes zu Gunsten des Fortbestehens der bisherigen Rechtslage würde den dem Gemeinwohl verpflichteten Gesetzgeber in wichtigen Bereichen lähmen und den Konflikt zwischen der Verlässlichkeit der Rechtsordnung und der Notwendigkeit ihrer Änderung im Hinblick auf einen Wandel der Lebensverhältnisse in nicht mehr vertretbarer Weise zu Lasten der Anpassungsfähigkeit der Rechtsordnung lösen (s. BVerfG, ebd.; HessStGH, Urt. v. 11. Juni 2008 – [P.St. 2133](#), 2158 – StAnz. 2008, S. 1960 [1981 li. Sp.]). Entgegen der Auffassung des LSG kommt dem Eingang der Rechnung sehr wohl eine entscheidende Bedeutung zu, weil sie erst der Auslöser einer Prüfung sein kann, auf die die Regelung des [§ 275 Abs. 1c S. 3 SGB V](#) Anwendung findet, wie das HessLSG an der zitierten Stelle zutreffend ausgeführt hat. c) Nach alledem ist kein Grund ersichtlich, der es rechtfertigen würde, die Regelung über die Aufwandspauschale nicht auf sämtliche MDK-Prüfungen anzuwenden, die nach dem 31. März 2007 durch eine Krankenkasse veranlasst worden sind. Dies gilt jedenfalls dann, wenn, wie im vorliegenden Fall, die zu prüfende Abrechnung ebenfalls nach dem 31. März 2007 der Krankenkasse zugegangen ist. Jede MDK-Prüfung, die ab dem 1. April 2007 veranlasst wurde, erfolgte in der Gewissheit der drohenden Sanktion in Form der Aufwandspauschale. Daher geht auch die Argumentation der Beklagten ins Leere, die meint, die Krankenkassen hätten sich erst ab dem 1. April 2007 auf die neue Rechtslage einstellen können. Dies ist schon rein faktisch zweifelhaft, da die Krankenkassen und ihre Verbände als professionalisierte Organisationen natürlich über den Gang des Gesetzgebungsverfahrens schon vor dem Inkrafttreten informiert waren und angesichts der im Jahr 2007 herrschenden Mehrheitsverhältnisse in Bundestag und Bundesrat nicht ernsthaft mit einer Änderung im Gesetzgebungsverfahren zu rechnen brauchten. Erst recht war nach dem Gesetzesbeschluss klar, dass die Regelung in Kürze in Kraft treten würde (vgl. HessStGH, ebd., re. Sp. a. E.). Für den vorliegenden Fall ist dies jedoch irrelevant, da die Prüfung durch den MDK erst nach der Rechnungsstellung vom 4. April 2007 veranlasst worden ist, als die Regelung bereits in Kraft war. Insofern bedurfte es keiner Frist mehr für die Beklagte, sich auf die neue Regel einzustellen, sie war bekannt. Jeder Sachbearbeiter einer Krankenversicherung, der nach dem 31. März 2007 die Prüfung durch den MDK gemäß [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) veranlasste, wusste, dass im Fall der Bestätigung der Abrechnung der Anspruch auf Zahlung der Aufwandspauschale entstehen würde. d) Bezüglich der beiden zusätzlichen, im Tatbestand des [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) allerdings nicht enthaltenen Voraussetzungen, die das BSG im weiteren Urteil vom 22. Juni 2010 – [B 1 KR 1/10 R](#) – für den Anspruch auf Zahlung der Aufwandspauschale fordert (vgl. dazu zutreffend kritisch Korthus, KH 2010, S. 1086 f.; für Unabgängigkeit vom tatsächlichen Aufwand auch Sieper, GesR 2007, S. 446 [448]), bedarf es keiner näheren Ausführungen; sie liegen vor. Weder ist vorgetragen noch

ersichtlich, dass das dem hier streitgegenständlichen Verfahren zugrunde liegende MDK-Prüfverfahren nicht dem Ziel einer Vergütungsminderung gedient hat oder bei der Klägerin keinen zusätzlichen Verwaltungsaufwand verursacht hätte.

3. Der Anspruch der Klägerin auf Verzinsung der ihr somit zustehenden Aufwandspauschale ab dem 10. Juni 2009 (etwa wegen Verzugs) besteht nicht. Sie kann lediglich Prozesszinsen gem. [§§ 291, 288 BGB](#) ab dem 19. August 2009 als dem Tag nach Eingang der Klage bei Gericht verlangen ([§ 94 SGG](#); BGH, [NJW-RR 1990, 518](#) [519]).

4. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 154 Abs. 1 VwGO](#) i.V.m. [§ 197a SGG](#).

5. Aufgrund der dargestellten Abweichung von der Entscheidung des BSG vom 22. Juni 2010 ist die Berufung gem. [§ 144 Abs. 2 Nr. 2 SGG](#) zuzulassen.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2015-11-25