

## S 36 KR 1882/11

Land  
Berlin-Brandenburg  
Sozialgericht  
SG Berlin (BRB)  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung  
36  
1. Instanz  
SG Berlin (BRB)  
Aktenzeichen  
S 36 KR 1882/11  
Datum  
11.01.2012  
2. Instanz  
LSG Berlin-Brandenburg  
Aktenzeichen  
-  
Datum  
-  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
-  
Datum  
-  
Kategorie  
Urteil

Die Klage wird abgewiesen. Die Kosten des Verfahrens trägt die Klägerin. Die Berufung wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Zahlung der Aufwandspauschale i.H.v. 300,00 EUR nebst Zinsen. In dem im Krankenhausplan des Landes Berlin aufgenommenen Krankenhaus der Klägerin wurde die bei der Beklagten gesetzlich krankenversicherte Patientin Frau G. (im Folgenden: die Versicherte) in der Zeit vom 26.02.2010 bis zum 28.02.2010 wegen einer Belastungsinkontinenz stationär behandelt. Die Klägerin stellte der Beklagten für die Behandlung insgesamt 2.380,53 EUR in Rechnung auf Grundlage der DRG L06B unter Zugrundelegung der Hauptdiagnose N39.3 (Belastungsinkontinenz) und der Prozedur OPS 5-593.20 (Transvaginale Suspensionsoperation). Nebendiagnosen wurden seitens der Klägerin im Rahmen des Datenaustauschs nicht angegeben. Mit Schreiben vom 16.04.2010 forderte die Beklagte die Klägerin zur Erstellung eines Kurzberichts auf, wobei sie zur Begründung angab, dass die postoperative Verweildauer nicht nachvollziehbar sei. Die Klägerin übersandte der Beklagten den angeforderten Kurzbericht am 22.04.2010 und machte darin Angaben zur Behandlungsdiagnose (Belastungsinkontinenz II. - III. Grades) und zu der durchgeführten Operation. Angaben zu Nebendiagnosen oder Komplikationen machte die Klägerin nicht. Insbesondere machte sie zu Ziffer 5 des Vordrucks des Kurzberichts (Verlauf und aktueller Befund/Zustand des Patienten) keine weiteren Angaben, außer dass sie zum Unterpunkt "Prognose" diese als gut bezeichnete. Wegen des Inhalts des Kurzberichts im Einzelnen wird auf die Verwaltungsakten der Beklagten (Bl. 7) Bezug genommen. Die Beklagte erteilte daraufhin einen Begutachtungsauftrag an den MDK Berlin-Brandenburg zu der Frage, ob die Überschreitung der unteren Grenzverweildauer medizinisch begründet war. Der MDK gelangte nach Einsichtnahme in die Krankenakten und Durchführung eines Fallgesprächs in der Stellungnahme vom 15.04.2011 zu der Einschätzung, dass die vollstationäre Behandlung für den gesamten Zeitraum medizinisch begründet gewesen sei. Die Versicherte habe an internistischen Nebendiagnosen gelitten (Diabetes und Hypertonus). Sie habe postoperativ an starken Schmerzen im Bereich der Oberschenkelinnenseiten gelitten. Am ersten postoperativen Tag seien hypertone Blutdruckwerte gemessen worden bei Zustand nach zweimaliger TIA (transitorische ischämische Attacke). Es seien mehrfache Kontrollmessungen und eine Stabilisierung im Verlauf erfolgt. Die stationäre Überwachung bis zur Normalisierung der Blutdruckwerte sei medizinisch erforderlich gewesen wegen der bestehenden Gefahr einer erneuten TIA. Mit Nachberechnung vom 08.07.2011 stellte die Klägerin der Beklagten die Aufwandspauschale für eine erfolglose MDK-Prüfung in Höhe von 300,00 EUR in Rechnung. Die Beklagte lehnte die Zahlung ab mit der Begründung, dass die Hypertonie bei der Entlassung nicht als Nebendiagnose gemeldet und das auch im Kurzbericht weder die postoperativen Schmerzen noch die stationäre Überwachung bis zur Normalisierung der Blutdruckwerte angeführt worden sei. Bei korrekter Angabe wäre seitens der Beklagten keine Prüfung durch den MDK eingeleitet worden. Am 19.09.2011 hat die Klägerin Klage erhoben, mit der sie die Verurteilung der Beklagten zur Zahlung der Aufwandspauschale nebst Zinsen begehrt. Sie ist der Ansicht, die Voraussetzungen eines Anspruchs der Klägerin auf die Aufwandspauschale nach [§ 275 Abs. 1c Satz 3 SGB V](#) lägen vor. Der Kurzbericht sei für ausführliche Behandlungsaussagen nicht vorgesehen. Der Inhalt des an die Beklagte übersandten Kurzberichtes erfülle vollumfänglich die Voraussetzungen des Landesvertrages zur Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung, welcher explizit wiedergebe, dass dieser lediglich dazu diene, den Krankenkassen über die Aufnahmeanzeige hinaus weitere Information zur Beurteilung der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit zu geben. Aus der Regelung zur Anforderung eines Kurzberichtes ergebe sich kein Anspruch auf derartig umfassende Angaben, die schlussendlich im Entlassungsbericht enthalten wären. Ein derartiger Anspruch der Beklagten würde bereits daran scheitern, dass die Krankenkassen kein eigenes Recht auf Einsichtnahme in die medizinischen Unterlagen hätten und insoweit für eine Prüfung immer auf den MDK angewiesen seien. Die Entscheidung über die medizinischen Behandlungsschritte obliege dem Krankenhausarzt. Schmerzen nach einer Operation seien ebenso möglich wie erhöhter Blutdruck, maßgeblich sei aber bei der Belastungsinkontinenz und einer transvaginalen Operation die abschließende Harnkontrolle. Der MDK habe in seinem Gutachten die Erforderlichkeit der vom Krankenhausarzt prognostizierten Maßnahmen bestätigt. Weiteres könne die Beklagte allein nicht beurteilen. Insoweit sei sie immer auf das Tätigwerden des MDK angewiesen. Eine Nebendiagnose habe auch der MDK in seinem Gutachten nicht

bezeichnet. Die Klägerin habe ihre Mitwirkungspflichten erfüllt. Das Prüfverfahren beruhe zudem auf gegenseitiger Rücksichtnahme, wozu die grundsätzliche Infragestellung der ärztlichen Entscheidung nicht beitrage. Die Entscheidung des BSG vom 22.06.2010 ([B 1 KR 1/10 R](#)) beziehe sich lediglich auf eine fehlerhafte Kodierung der Hauptdiagnose und sei vorliegend nicht einschlägig. Die Klägerin hat ursprünglich die Verurteilung der Beklagten zur Zahlung der Aufwandspauschale zuzüglich Zinsen in Höhe von 4 % über dem Basiszinssatz beantragt. Hinsichtlich der Höhe der Zinsen hat sie die Klage am 04.10.2011 teilweise zurückgenommen. Die Klägerin beantragt nunmehr (sachdienlich gefasst), die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin 300 EUR nebst Zinsen in Höhe von zwei Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 22.07.2011 zu zahlen. Die Beklagte beantragt, die Klage abzuweisen. Sie ist der Ansicht, der Klägerin stehe der geltend gemachte Anspruch auf Zahlung der Aufwandspauschale nicht zu. Die Angaben im Kurzbericht seien ungenügend und rechtfertigten die Geltendmachung der Aufwandspauschale nicht. Aufgrund der unterlassenen Angabe der (kodierfähigen) Komplikationen habe die Beklagte nicht wissen können, ob die stationäre Behandlung Notwendigkeit für den gesamten ersten bzw. den zweiten postoperativen Tag begründet gewesen sei. Die postoperativ aufgetretenen starken Schmerzen sowie die hypertonen Blutdruckwerte seien erst durch den MDK bekannt geworden. Hätte die Klägerin hierauf bereits in dem Kurzbericht hingewiesen, wozu sie verpflichtet gewesen sei, hätte die Beklagte keine MDK-Prüfung veranlasst. Der abgestimmte und damit verbindliche Vordruck des Kurzberichtes sehe vor, dass seitens des Krankenhauses alle Angaben gemacht werden müssten, aus denen sich ergebe, dass das Handlungsziel nicht auch durch ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden könne. Angaben hierzu habe die Klägerin jedoch nicht gemacht. Sie habe überdies auch entgegen ihrer Verpflichtung gemäß [§ 301 Abs. 1 S. 1 Nr. 7 SGB V](#) die Nebendiagnosen nicht angegeben. Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung der Kammer ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt. Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitverhältnisses wird Bezug genommen auf die Gerichtsakten und auf die Verwaltungsakten der Beklagten, die bei Entscheidung vorgelegen haben.

Entscheidungsgründe:

Die Kammer konnte ohne mündliche Verhandlung entscheiden, weil sich die Beteiligten hiermit einverstanden erklärt haben, [§ 124 Abs. 2 SGG](#). Die Klage ist als Leistungsklage im Gleichordnungsverhältnis gemäß [§ 54 Abs. 5 SGG](#) zulässig, hat in der Sache jedoch keinen Erfolg. Der Klägerin steht der geltend gemachte Anspruch auf die Aufwandspauschale in Höhe von 300,00 EUR nebst Zinsen gegen die Beklagte nicht zu. Nach [§ 275 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#) sind die Krankenkassen in den gesetzlich bestimmten Fällen oder wenn es nach Art, Schwere, Dauer oder Häufigkeit der Erkrankung oder nach dem Krankheitsverlauf erforderlich ist, verpflichtet, bei Erbringung von Leistungen, insbesondere zur Prüfung von Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistung, sowie bei Auffälligkeit zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung eine gutachterliche Stellungnahme des MDK einzuholen. [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) in der hier maßgeblichen Fassung des Gesetzes vom 17.03.2009 ([BGBl. I S. 534](#)) normiert, dass bei einer Krankenhausbehandlung nach [§ 39 SGB V](#) eine Prüfung nach Abs. 1 Nr. 1 zeitnah durchzuführen ist. Die Prüfung nach Satz 1 ist spätestens sechs Wochen nach Eingang der Abrechnung bei der Krankenkasse einzuleiten und durch den MDK dem Krankenhaus anzuzeigen. Falls die Prüfung nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages führt, hat die Krankenkasse dem Krankenhaus eine Aufwandspauschale in Höhe von 300,00 EUR zu entrichten. Zwar sind die Grundvoraussetzungen eines Anspruchs auf die Aufwandspauschale nach [§ 275 Abs. 1c Satz 3 SGB V](#), nämlich die Durchführung einer Prüfung im Sinne von [§ 275 Abs. 1 Nr. 1](#) i.V.m. Abs. 1c Satz 1 SGB V mit dem Ziel einer Verminderung des Rechnungsbetrages für die Krankenhausbehandlung und zum anderen, dass dem Krankenhaus durch die erneute Befassung mit dem Behandlungs- und Abrechnungsfall ein zusätzlicher Verwaltungsaufwand entstand (vgl. dazu BSG, Urteil vom 22.06.2010 – [B 1 KR 1/10 R](#), juris), erfüllt. Der Anspruch scheidet jedoch aus, weil die Beklagte jedenfalls durch einen unzureichend ausgefüllten Kurzbericht die Durchführung des Prüfverfahrens nach [§ 275 SGB V](#) unter Beteiligung des MDK veranlasst hat. In derartigen Fällen löst [§ 275 Abs. 1c Satz 3 SGB V](#) mit Blick auf die zentrale Bedeutung des Wirtschaftlichkeitsgebots und die den Krankenkassen zur Wahrung dieses Gebotes gesetzlich übertragenen Aufgaben keine Aufwandspauschale aus, selbst wenn sich der Gesamtabrechnungsbetrag für die Krankenhausbehandlung anschließend im Ergebnis nicht verringert (vgl. hierzu – eingehend – BSG, a.a.O.). [§ 275 Abs. 1c Satz 3 SGB V](#) bedarf insofern im Hinblick auf die gesetzliche Prüfungsverpflichtung der Krankenkassen und zur Wahrung der Gleichgewichtigkeit der wechselseitigen Interessen einer einschränkenden Auslegung (BSG, a.a.O., juris Rdnr. 19). Es wäre das Gegenteil des vom BSG in ständiger Rechtsprechung geforderten rücksichtsvollen Verhaltens, würde es das Gesetz ermöglichen, die Aufwandspauschale selbst dann zu beanspruchen, wenn eigenes Fehlverhalten des Krankenhauses zu einer überflüssigen, nutzlosen Prüfung geführt hat. [§ 275 Abs. 1c Satz 3 SGB V](#) zielt vielmehr nur auf die Einschränkung von Prüfungen ab, die Krankenkassen ohne berechtigten Anlass, ggf. gar durch "missbräuchliche" Prüfungsbegehren eingeleitet haben, nicht aber auf Verfahren, zu denen es nur durch ein Fehlverhalten des Krankenhauses gekommen ist (BSG, a.a.O., juris Rdnr. 21). Die Klägerin hat die MDK-Prüfung durch vorwerfbares vertragswidriges Verhalten veranlasst, weshalb die Aufwandspauschale nach den vorstehenden Grundsätzen nicht angefallen ist. Die Beklagte hat nachvollziehbar dargelegt, dass sich aus den mit der Abrechnung und im Rahmen des Datenaustauschs übersandten Daten für sie Zweifel an der Notwendigkeit der vollstationären Behandlung für den zweiten und teilweise auch für den ersten postoperativen Tag ergaben, da mit den übermittelten Daten keinerlei Komplikationen oder relevante Nebendiagnosen mitgeteilt wurden. Die Beklagte hat daher entsprechend [§ 2 Abs. 1](#) des zwischen den Krankenkassenverbänden und der Berliner Krankenhausgesellschaft geschlossenen Vertrages zur Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung (KÜV) bei der Klägerin eine medizinische Stellungnahme (Kurzbericht) angefordert. Sie hat hierbei entsprechend [§ 2 Abs. 1 S. 2 KÜV](#) den Anlass der Überprüfung mitgeteilt, nämlich dass die postoperative Verweildauer nicht nachvollziehbar sei. Die Klägerin war daraufhin gem. [§ 2 Abs. 1 S. 3 KÜV](#) verpflichtet, den Kurzbericht auszufüllen und der Beklagten innerhalb einer Woche nach Eingang der Aufforderung zuzusenden. Diese Verpflichtung ist sie nur unvollständig nachgekommen. Nach [§ 2 Abs. 1 S. 4 KÜV](#) soll der Kurzbericht der Krankenkasse über die Aufnahmeanzeige hinaus weitere Informationen zur Beurteilung der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit des Versicherten geben. Die Kammer verkennt in diesem Zusammenhang nicht, dass der Kurzbericht bereits seiner Bezeichnung nach nur kurze, stichpunktartige Angaben zum stationären Aufenthalt und zur medizinischen Notwendigkeit und Dauer der stationären Behandlung erfordert und nicht eine ausführliche Dokumentation und Darlegung des Behandlungsverlaufs. Art und Umfang der Angaben im Einzelnen, die von dem Krankenhaus im Rahmen des Kurzberichtes erwartet werden können, richten sich dabei auch nach den besonderen Gegebenheiten des Einzelfalles. Insofern sind einerseits das berechnete Interesse des Krankenhauses an der Vermeidung übermäßigen Bürokratieaufwandes durch die Erstellung von Berichten und Dokumentationen und andererseits das berechnete (öffentliche) Interesse der Krankenkasse an der Wahrnehmung ihrer gesetzlichen Prüfungsverpflichtung gegeneinander abzuwägen. Zu berücksichtigen ist insofern auch das vom Gesetzgeber mit [§ 275 Abs. 1c Satz 3 SGB V](#) hervorgehobene gemeinsame Interesse des Krankenhauses und der Krankenkasse an der Vermeidung unnötiger MDK-Prüfungen (vgl. Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und SPD zum Entwurf des GKV-WSG, [BT-Drucks 16/3100 S 171](#) zu Nummer 185 ([§ 275](#)) zu Buchst. a)). Diesem Interesse dient gerade auch die Erstellung des Kurzberichts, der der Krankenkasse und auch dem MDK eine schnelle und wenig Aufwand verursachende Prüfung der Notwendigkeit und Dauer der Behandlung ermöglichen soll. Sofern die Klägerin insofern einwendet, dass die Krankenkasse hinsichtlich der Prüfung der medizinischen Behandlungsnotwendigkeit stets auf den

medizinischen Sachverstand des MDK angewiesen sei, verkennt sie den Zweck des Kurzberichts im Rahmen des mehrstufigen Prüfverfahrens. Der Kurzbericht dient nicht nur der Prüfung durch die Krankenkasse selbst, sondern soll auch – sofern die Krankenkasse selbst dies wegen fehlenden Sachverstandes nicht beurteilen kann – dem MDK die Prüfung der medizinischen Notwendigkeit der stationären Behandlung möglichst ohne aufwändige Krankenhausbegehung mit Einsichtnahme in die Krankenakten und Durchführung eines Fallgesprächs ermöglichen. Dies ergibt sich explizit aus § 2 Abs. 3 und 4 KÜV, wonach der MDK die Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung "auf Grundlage des vorliegenden Kurzberichtes" prüft und ergänzend ein Gespräch mit dem Krankenhausarzt durchgeführt werden kann. Nur soweit die Notwendigkeit und Dauer auf Grundlage des Kurzberichtes sowie ggf. ergänzender Informationen nicht bestätigt werden kann, erfolgt eine Prüfung im Krankenhaus selbst. Zweck des Kurzberichtes ist es danach u.a., auch dem MDK eine möglichst abschließende Prüfung ohne weiteren Aufwand für das Krankenhaus (insbesondere im Rahmen einer Krankenhausbegehung) zu ermöglichen. Sofern die Klägerin eine Umgehung der Nichtberechtigung der Krankenkasse, Einsicht in die Krankenakten zu nehmen befürchtet, verfängt dieser Einwand bereits deshalb nicht, weil der Krankenkasse nach Auffassung der Kammer auch außerhalb gerichtlicher Verfahren ein Einsichtsrecht in die Krankenakten zusteht (eingehend dazu Knispel, GesR 2011, 518ff.) und die Übermittlung patientenbezogener Daten durch § 24 Abs. 5 Nr. 5 des Landeskrankenhausgesetzes Berlin (LKG Bln) "zur Geltendmachung von Ansprüchen des Krankenhauses und zur Abwehr von Ansprüchen, die gegen das Krankenhaus gerichtet sind" legitimiert ist. Ausgangspunkt für den Umfang der von dem Krankenhaus zu erwartenden Angaben ist der im KÜV verbindlich vereinbarte Vordruck (Anlage 1 zum KÜV, auf die in § 2 Abs. 1 Satz 1 KÜV Bezug genommen wird), so dass von dem Krankenhaus zumindest erwartet werden kann, dass zu jedem der in dem Vordruck aufgeführten Punkte kurze Angaben gemacht werden. Verlangt werden kann von dem Krankenhaus überdies, dass in diesem Rahmen auch zumindest mit wenigen Worten zu dem von der Krankenkasse mitgeteilten Anlass der Überprüfung Stellung genommen wird, wobei umso konkretere Angaben erwartet werden können, umso konkreter auch die Angaben der Krankenkasse zum Prüfanlass sind. Auch hinsichtlich des Umfangs der Angaben kann der Vordruck als Anhalt dienen. Ausführlichere Angaben, als bei normaler Schriftgröße in den Vordruckfeldern untergebracht werden können, wird die Krankenkasse nicht erwarten können. Unter Berücksichtigung der vorgenannten Grundsätze waren die Angaben der Klägerin in dem von der Klägerin an die Beklagte übersandten Kurzbericht unzureichend. Die Beklagte hat in der Anforderung des Kurzberichtes als Prüfanlass mitgeteilt, dass die postoperative Verweildauer nicht nachvollziehbar ist. Aus dem zwischen den Beteiligten unstreitigen medizinischen Sachverhalt ergibt sich, dass die Versicherte postoperativ an starken Schmerzen litt und das hypertone Blutdruckwerte bei Zustand nach vorangegangener zweimaliger TIA festgestellt wurden. Hierbei handelt es sich um Tatsachen, deren Mitteilung wenig Aufwand erfordert und die erkennbar geeignet sind, Zweifel an der medizinischen Notwendigkeit eines postoperativen stationären Aufenthalts von zwei Tagen zu beseitigen und damit eine weitergehende MDK-Prüfung zu vermeiden. Insofern konnte von der Klägerin die Mitteilung dieser Tatsachen in dem Kurzbericht erwartet werden. Dies hat sie jedoch unterlassen und stattdessen in dem entsprechenden Feld des Vordrucks ("5. Verlauf und aktueller Befund/Zustand des Patienten") überhaupt keine Angaben gemacht, außer zu dem Unterpunkt "Prognose". Die Beklagte hat für die Kammer nachvollziehbar dargelegt, dass sie bei Mitteilung der vorgenannten Tatsachen zum poststationären Behandlungsverlauf auf eine MDK-Prüfung verzichtet hätte. Die Klägerin hat daher durch den pflichtwidrig unvollständig ausgefüllten Kurzbericht die MDK-Prüfung in zurechenbarer Weise veranlasst, so dass die Aufwandspauschale nach der oben dargelegten Rechtsprechung des BSG nicht angefallen ist. Auf die von der Beklagten zudem aufgeworfene Frage, ob das Unterlassen der Übermittlung der (vorliegend wohl nicht kodierrelevanten) Nebendiagnosen und poststationären Komplikationen im Rahmen der Datenübermittlung einen Verstoß gegen [§ 301 SGB V](#) darstellt, kommt es insofern nicht mehr an. Mangels Bestehens des Anspruchs auf die Aufwandspauschale scheidet auch der geltend gemachte Zinsanspruch aus. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) i. V. m. [§ 154 VwGO](#). Gründe, die nach [§ 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG](#) zulassungsbedürftige Berufung zuzulassen, liegen nicht vor. Die für die Entscheidung des Rechtsstreits wesentlichen rechtlichen Fragen sind (insbesondere durch die Entscheidung des BSG vom 22.06.2010, [a.a.O.](#)) höchstrichterlich geklärt.

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2012-01-31