S 40 KR 867/13

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
SG Dortmund (NRW)
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
40
1. Instanz
SG Dortmund (NRW)
Aktenzeichen
S 40 KR 867/13
Datum
22.06.2015
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin 300,00 Euro nebst Zinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem jeweils gültigen Basiszinssatz seit dem 17.04.2012 zu zahlen. Die Beklagte trägt die Kosten des Verfahrens. Die Berufung wird zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Zahlung einer Aufwandspauschale in Höhe von 300,00 Euro. Der Versicherte E wurde im Krankenhaus der Klägerin vom 01.09.2011 bis 03.09.2011 behandelt. Darüber stellte sie der Beklagten eine Rechnung in Höhe von 2.114,87 Euro. Die Beklagte schaltete den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) zur Prüfung der Aufenthaltsdauer ein, der in seinem Gutachten vom 06.03.2012 die Überschreitung der unteren Grenzverweildauer bestätigte. Daraufhin stellte die Klägerin am 30.03.2012 eine Rechnung über die Aufwandspauschale in Höhe von 300,00 Euro. Die Beklagte verweigerte jedoch in der Folgezeit die Zahlung. Mit der am 16.07.2013 erhobenen Klage verfolgt die Klägerin ihr Begehren weiter. Sie ist der Ansicht, dass die vermeintlich fehlerhafte Kodierung schon nicht in einem Zusammenhang mit dem Prüfauftrag stehe. Dieser habe sich nicht auf eine vermeintliche Notfallbehandlung bezogen. Der MDK habe zudem die Aufnahmegründe bestätigt. Auch verschiedene Sozialgerichte (SG) hätten einen Anspruch auf die Aufwandspauschale angenommen und teilweise gegen die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) entschieden. Bestätigt werde die Sichtweise der Klägerin auch durch die Rechtsprechung des 3. Senats des BSG. Es liege schließlich keine fehlerhafte Kodierung vor. Der Versicherte sei mit einer Überweisung seines Urologen erschienen. Die Software lasse aber die Angabe, dass man mit Einweisung als Notfall komme, nicht zu. Vielmehr sei bei einer Einweisung immer ein Normalfall anzugeben. Die Klägerin beantragt, die Beklagte zu verurteilen, an sie 300,00 Euro nebst Zinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 17.04.2012 zu zahlen. Die Beklagte beantragt, die Klage abzuweisen. Zur Begründung führt sie aus, dass es sich um eine Notfallbehandlung gehandelt habe. Die Klägerin habe aber einen Normalfall angegeben, was falsch gewesen sei. Entgegen der Ansicht der Klägerin könne auch ein Notfall übermittelt werden. Zumindest wäre sie nach der Rechtsprechung des BSG in der Lage gewesen, die entsprechende Information auf anderem Wege zu übermitteln. Für einen Normalfall sei aber die Verweildauer nicht nachvollziehbar. Es handele sich zudem um Eingriffe, die nach dem AOP-Katalog ambulant erbracht werden könnten, so dass es genauerer Angaben bedurft hätte, warum diese nunmehr stationär durchgeführt worden seien. Es handele sich daher um eine fehlerhafte Kodierung, die nach dem BSG nicht zu einer Aufwandspauschale führe. Dies sei auch recht und billig, weil sich die Krankenkasse auf die Schlussrechnung verlassen können müsse und das Krankenhaus entsprechende Angaben machen könne. Mit dem BSG sei die Vorschrift über die Fallpauschale einschränkend auszulegen, so dass schon jede fehlerhafte Kodierung der Zahlung entgegenstehe. Mit dem LSG Berlin-Brandenburg komme es auf eine Kausalität nicht an. Ebenso habe das BSG bestätigt, dass die Kasse keinen Prüfgrund angeben müsse. Wegen des weiteren Sach- und Streitstandes wird auf die Gerichtsakte sowie die Verwaltungsakte der Beklagten, die das Gericht beigezogen hat und deren Inhalt Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

1. Die zulässige Klage ist begründet. Der Klägerin steht der geltend gemachte Anspruch in Höhe von 300,00 Euro zu. Anspruchsgrundlage ist § 275 Abs. 1c S. 3 SGB V, deren Voraussetzungen vorliegend erfüllt sind. a. Nach § 275 Abs. 1c S. 3 SGB V hat die Krankenkasse dem Krankenhaus eine Aufwandspauschale in Höhe von 300 Euro zu entrichten, falls die Prüfung nach § 275 Abs. 1 SGB V nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrags führt. Nach der Vorschrift ist eine Aufwandspauschale zu zahlen, wenn eine gezielte Beauftragung des MDK mit der Prüfung vorliegt, dem Krankenhaus ein tatsächlicher Aufwand entstanden ist, eine Minderung des Rechnungsbetrages aufgrund der Prüfung nicht erfolgt ist und das Krankenhaus im Übrigen keine Veranlassung für das Prüfverfahren gegeben hat (BSG, Urteil vom 22.06.2010, Az.: B 1 KR 1/10 R; BSG, Urteil vom 28.11.2013, Az.: B 3 KR 4/13 R; LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 23.08.2013, Az.: L 1 KR 295/12). Unstreitig hat eine Prüfung durch den MDK stattgefunden, die zu keiner Minderung des Rechnungsbetrages geführt und die einen Aufwand für die Klägerin verursacht hat. Die Prüfung ist entgegen der Ansicht der Beklagten nicht durch ein Fehlverhalten der Klägerin

verursacht worden. Denn eine solche Konstellation ist nur dann gegeben, wenn die Prüfung auf einer nachweislich fehlerhaften Rechnung des Krankenhauses beruht (BSG, Urteil vom 22.06.2010, Az.: B 1 KR 1/10 R; BSG, Urteil vom 28.11.2013, Az.: B 3 KR 4/13 R; LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 23.08.2013, Az.: L 1 KR 295/12). Die damit allenfalls im Ausnahmefall gegebene Möglichkeit der Einschränkung des § 275 Abs. 1c S. 3 SGB V ist vom Willen des Gesetzgebers getragen, die Abrechnungsstreitigkeiten nicht in die Prüfung der Voraussetzungen der Aufwandspauschale zu verlagern (BSG, Urteil vom 28.11.2013, Az.: B 3 KR 4/13 R; dem folgend SG Dortmund, Urteil vom 16.09.2014, Az.: S 40 KR 672/13). Denn mit der Regelung des § 275 Abs. 1c SGB V sollte die Prüfungstätigkeit der Krankenkassen eingeschränkt werden. Daher sollte für den Fall einer Prüfung ohne Rechnungskürzung eine einfache Regelung zur pauschalen Abgeltung des dem Krankenhaus entstandenen Aufwandes getroffen werden, die zugleich eine abschreckende Wirkung auf die Krankenkasse haben sollte (vgl. BT-Drucks. 16/3100, S. 171; Heberlein, in: Beck scher Online-Kommentar, SGB V, § 275 Rn. 59). Eine Einzelfallgerechtigkeit wurde nicht angestrebt (BT-Drucks. 16/3100, S. 171). Eine danach erforderliche nachweislich fehlerhafte Kodierung ist hier nicht gegeben. Vielmehr ist die Frage, ob eine solche fehlerhafte Kodierung vorliegt, zwischen den Beteiligten des Rechtsstreits überaus umstritten. Es ist für die Kammer jedenfalls anhand der von der Klägerin überreichten Auszüge aus der "Anlage 1 zur § 301 – Vereinbarung" nicht ohne Weiteres klar, dass hier ein Notfall zu kodieren war. Eine hinreichend klare Regelung, aus der sich ergäbe, dass trotz Einweisung durch einen Arzt in jedem Fall ein Notfall zu kodieren ist, findet sich nicht. Es kommt vielmehr ebenso in Betracht, hier wegen der Einweisung eines Vertragsarztes einen Normalfall zu kodieren, mag auch der gesundheitliche Zustand des Patienten so schlecht gewesen sein, dass dem Grunde nach ein Notfall vorgelegen hat. So sieht die Anlage z.B. bei einem Arbeitsunfall explizit entweder die Angabe eines Arbeitsunfalls (Nr. 02) oder eines Notfalles (Nr. 07) vor (vgl. S. 6). Ebenso unterscheidet die Anlage zwischen einer Einweisung durch einen Vertragsarzt und einer Notfallaufnahme, wo die veranlassende Stelle anzugeben ist (vgl. S. 48 f.). Es entspricht nicht Sinn und Zweck der Aufwandspauschale sowie dem Willen des Gesetzgebers, die umstrittene Frage im Rahmen des hiesigen Rechtsstreits zu klären. Da keine nachweislich fehlerhafte Kodierung vorlag, war der Klage im Übrigen statt zu geben. b. Dem steht die Rechtsprechung des 1. Senats des BSG, wonach die Aufwandspauschale bei Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit nicht anfalle, nicht entgegen. Soweit das BSG seit 2014 (vgl. BSG, Urteil vom 01.07.2014, Az.: B 1 KR 29/13 R; BSG, Urteil vom 14.10.2014, Az.: B 1 KR 25/13 R, zuletzt BSG, Urteil 10.03.2015, Az.: B 1 KR 4/15 R) die Ansicht vertritt, dass es sich bei der Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit der Rechnung um ein eigenständiges Prüfregime neben § 275 SGB V handele und mithin kein Anspruch auf die Aufwandspauschale bestehe, folgt dem die Kammer nicht (wie hier SG Mainz, Urteil vom 04.05.2015, Az.: S 3 KR 428/14; Knispel, GesR 2015, 200 (205 ff.)). Nach dem Wortlaut des § 275 Abs. 1c SGB V ist auch die Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit erfasst und stellt kein eigenständiges Prüfregime dar. Die Angabe des § 39 SGB V in S. 1 des § 275 Abs. 1c SGB V dient nur der Abgrenzung zu den sonstigen Prüfanlässen in § 275 Abs. 1 SGB V. Die Vorschrift selbst nimmt sodann ausdrücklich Bezug auf § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V. Nach § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V ist die Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit als Prüfanlass erfasst. Denn danach besteht eine Verpflichtung zur Einschaltung des MDK bei Auffälligkeiten zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung. Das bedeutet nach Ansicht der Kammer nichts anderes als die Überprüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit. Dies hat mithin auch für § 275 Abs. 1c SGB V zu gelten (s.a. SG Mainz, Urteil vom 04.05.2015, Az.: S 3 KR 428/14; Knispel, GesR 2015, 200 (206); ebenso noch BSG, Urteil vom 17.12.2013, Az.: B 1 KR 14/13 R). Eine solche Sichtweise wird vom Sinn und Zweck der Regelung des § 275 Abs. 1c getragen. Damit sollte nämlich die Prüfungstätigkeit der Krankenkassen eingeschränkt werden (BT-Drucks. 16/3100, S. 171). Ein erheblicher Teil der Prüfungen der Kassen bezieht sich mittlerweile auf die Prüfung der Abrechnung, insbesondere auf die Überprüfung der Kodierung des Aufenthalts. Es ist nicht davon auszugehen, dass der Gesetzgeber diesen erheblichen Teil der Überprüfungstätigkeiten der Kassen aus der Regelung ausnehmen wollte (vgl. BT-Drucks. 16/3100, S. 171, wo ausdrücklich Fehlabrechnungen aufgrund der Komplexität und des Umfangs der Kodierregelungen erwähnt werden). Der Regelung würde ansonsten im erheblichen Maße die Wirksamkeit genommen. Anhaltspunkte in diese Richtung finden sich in der Gesetzesbegründung daher zu Recht nicht. Der danach klar zu Tage tretende Wille des Gesetzgebers ist durch die Kammer zu beachten (Bundesverfassungsgericht [BVerfG], Beschluss vom 25.01.2011, Az.: 1 BvR 918/10; BVerfG, Beschluss vom 26.09.2011, Az.: 2 BvR 2216/06 u.a.; LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss vom 08.08.2012, Az.: L 23 SF 80/12 B AB; Rüthers, NJW 2011, 1856 ff.; Wedel, NJW 2012, 719 f.). Lässt sich der Wille des Gesetzgebers – wie hier – eindeutig feststellen, gebietet es der Respekt vor dem demokratisch legitimierten Gesetzgeber, diesem bei der Anwendung der Norm Ausdruck zu verleihen. Jedenfalls darf das Gericht nicht durch seine Auslegung das gesetzgeberische Ziel der Norm in einem wesentlichen Punkt verfehlen oder verfälschen oder an die Stelle der Regelungskonzeption des Gesetzgebers gar eine eigene treten lassen. Einen tragfähigen Grund, warum nunmehr die gesetzliche Vorschrift einschränkend auszulegen sein soll, hat der 1. Senat nicht benannt. Vielmehr wird der Wortlaut der Vorschrift durch das BSG entgegen der gesetzgeberischen Wertung eingeschränkt, was sich kaum mit den anerkannten Auslegungsmethoden in Einklang bringen lässt. Dies lässt sich auch nicht dadurch umgehen, dass man ein neues Prüfregime neben § 275 SGB V konstruiert. Unabhängig von der Frage ist im vorliegenden Fall ein eindeutiger Prüfauftrag zur Überprüfung der Notwendigkeit der stationären Krankenhausbehandlung erteilt worden, dem der MDK auch nachgekommen ist. In einem solchen Fall kann entgegen der Ansicht der Beklagten nicht wiederum eine Überprüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit quasi hineinkonstruiert werden. Vielmehr muss auch diese sich an den von ihr erteilten Prüfauftrag festhalten lassen. Damit aber steht die Rechtsprechung des BSG zur Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit dem Anspruch der Klägerin im hiesigen Fall nach Ansicht der Kammer nicht entgegen. c. Der Anspruch ist nicht durch die Rechtsprechung des 3. Senats ausgeschlossen, wonach bei Operationen, die grundsätzlich ambulant erbracht werden können, in jedem Falle der Grund für die stationäre Durchführung mitzuteilen ist (BSG, vom 21.03.2013, Az.: B 3 KR 28/12 R). Folgte man allerdings der Rechtsprechung des BSG, hätte die hiesige Klägerin eine Begründung angeben müssen, warum die von ihr durchgeführte Operation nicht im ambulanten Setting erbracht werden konnte. Daran fehlt es vorliegend. Das hätte wiederum zur Folge, dass die Forderung noch nicht fällig geworden wäre, als der MDK durch die Beklagte eingeschaltet wurde. Nach dem Stufenschema des BSG wäre mithin die dritte Stufe, die allein durch § 275 Abs. 1c SGB V erfasst sein soll, gar nicht erreicht, eine Aufwandspauschale mithin nicht zu zahlen. Auch diese Rechtsprechung lässt sich aber schwerlich mit dem geltenden Recht in Einklang bringen. Denn die zu übermittelnden Daten wurden in § 301 SGB V ausdrücklich geregelt. Wie auch das BSG zu Recht betont, ist diese Vorschrift abschließend (s.a. Hess, in: Kasseler Kommentar, SGB V, § 301 Rn. 2; Scholz, in: Beck scher Online-Kommentar, SGB V, § 301 Rn. 1). Eine Grundlage, auf der die Klägerin nunmehr zur Übermittlung weiterer Daten an die Krankenkasse befugt bzw. verpflichtet wäre, findet sich nicht. Der Grund der Aufnahme war vorliegend die Einweisung durch einen Vertragsarzt. Damit ist dieser Tatbestand (§ 301 Abs. 1 S. 1 Nr. 3 SGB V) erschöpft. Weitere Angaben, warum die Operation stationär durchgeführt wurde, können nicht darunter gefasst werden (a.A. Knispel, GesR 2015, 200 (204)). Denn erfasst wird nur die Angabe des Aufnahmegrundes (Singular), nicht einer Begründung. Ohne eine solche gesetzliche Grundlage fehlt es an einer Verpflichtung zur Übermittlung. Der Übermittlung stehen vielmehr die Vorschriften des § 35 des Sozialgesetzbuches Erstes Buch (SGB I), des § 67 a Abs. 2 des Sozialgesetzbuches Zehntes Buch (SGB X) entgegen. Die Datenschutzvorschriften des § 35 SGB I, § 67 ff. SGB X sowie der § 284 ff. SGB V dienen dem Schutz des verfassungsrechtlich verbürgten Rechts auf informationelle Selbstbestimmung des Versicherten. In dieses Recht darf nur aufgrund oder durch Gesetz eingegriffen werden, woran es nach Ansicht der Kammer fehlt. Eine entsprechende Befugnis kommt nach § 276 SGB V nur dem MDK zu. Zwar führt das im Ergebnis zu vermehrten Prüftätigkeiten des MDK. Folge davon kann jedoch nur sein, dass der Gesetzgeber bei Vorliegen eines entsprechenden Bedürfnisses die Regelung des § 301 SGB V

anpasst. Da mithin entgegen der Ansicht des BSG alle relevanten Daten übermittelt wurden, war die Forderung nach Ansicht der Kammer fällig und mit der Einschaltung des MDK lagen die Voraussetzungen des § 275 Abs. 1c S. 3 SGB V vor. Dem kann man nicht mit dem BSG entgegenhalten, dass es sich bei den zu übermittelnden Daten regelmäßig nicht um medizinische Informationen handeln dürfte, sondern lediglich Angaben für das Abweichen vom Standardvorgehen "ambulant vor stationär" erforderlich seien. Denn einerseits kommt es für die Frage des Datenschutzes nicht auf die Unterscheidung zwischen medizinischen und sonstigen Gründen an (vgl. § 67 Abs. 1 S. 2 SGB X mit seiner Regelung zu Betriebs- und Geschäftsgeheimnissen; s.a. die Auflistung von Sozialdaten bei Seewald, in: Kasseler Kommentar, SGB I, § 35 Rn. 6a ff.). Andererseits geht diese Sichtweise auch fehl. Schon ein Blick auf die G-AEP-Kriterien zeigt vielmehr, dass regelmäßig medizinische Fragen relevant werden. 2. Die Kostenentscheidung folgt aus §§ 197 a Abs. 1 SGG i.V.m. 155 Abs. 1 Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO). 3. Die Berufung war hier gemäß § 144 Abs. 2 Nr. 2 SGG zuzulassen, weil die Kammer von der Rechtsprechung des BSG in streitentscheidender Weise abgewichen ist.
Rechtskraft
Aus
Login
NRW
Saved
2015-12-18