S 49 KR 213/19 WA

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
SG Dortmund (NRW)
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
49
1. Instanz
SG Dortmund (NRW)
Aktenzeichen
S 49 KR 213/19 WA
Datum
26.11.2019
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin 300,00 EUR nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 20.04.2016 zu zahlen. Die Beklagte trägt die Kosten des Verfahrens. Der Streitwert wird auf 300,00 EUR festgesetzt. Die Berufung wird zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Zahlung einer Aufwandspauschale in Höhe von 300,00 EUR für die Prüfung des Behandlungsfalles der bei der Beklagten gesetzlich krankenversicherten M M1, geboren am XX.XX.XXXX, (Versicherte) im Krankenhaus der Klägerin vom 08.05.2014 bis zum 16.06.2014.

Am 30.05.2014 erfolgte eine Verlegung der Versicherten aus der Abteilung für Chirurgie im Krankenhaus der Klägerin zur geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung. Diese Behandlung dauerte bis zum 16.06.2014 an. Den gesamten Aufenthalt stellte die Klägerin der Beklagten unter der DRG I42Z (geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe) unter Verwendung der OPS-Ziffer 8-550.1 (geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 14 Behandlungstage und 20 Therapieeinheiten) in Rechnung, welche von der Beklagten vollständig beglichen wurde.

Sodann beauftragte die Beklagte am 04.07.2014 den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) mit einer Überprüfung des Aufenthaltes unter folgenden Fragestellungen: • Ist die DRG korrekt? • Ist/sind die Prozedur(en) korrekt?

Am 07.07.2014 teilte der MDK der Klägerin die Beauftragung unter Wiedergabe der Prüffragen mit. Mit Gutachten vom 21.07.2015 bestätigte der MDK die Korrektheit der Abrechnung sowohl im Hinblick auf die Kodierung der Hauptdiagnose als auch im Hinblick auf die OPS-Ziffer 8-550.1. Hierzu führte die Gutachterin Frau T aus, dass die OPS-Ziffer 8-550.1 nur kodiert werden dürfe, solange ein akutstationärer Behandlungsbedarf bestehe. Eine akute stationäre Behandlungsbedürftigkeit sei zum Zeitpunkt der Aufnahme/Verlegung ebenso wie eine geriatrietypische Multimorbidität erfüllt gewesen. Die Behandlung habe auch mindestens 14 Behandlungstage und 20 Therapieeinheiten umfasst.

Am 05.08.2015 stellte die Klägerin der Beklagte die Aufwandspauschale in Höhe von 300,00 EUR in Rechnung. Mit Schreiben vom 07.08.2015 lehnte die Beklagte die Begleichung der Aufwandspauschale ab, da es sich nur um eine sachlich-rechnerische Richtigkeitsprüfung gehandelt habe. In der Folge kam es nicht zu einer Zahlung der Aufwandpauschale.

Mit ihrer bei Gericht am 20.04.2016 eingegangenen Klage verfolgt die Klägerin ihr Begehren auf Begleichung der Aufwandspauschale weiter. Zunächst hat sie vorgetragen, dass auch eine sachlich-rechnerische Richtigkeitsprüfung die Zahlung der Aufwandspauschale auslöse. Im Übrigen meint sie, dass die Prüfung der OPS-Ziffer 8-550.1 völlig unzweifelhaft immer auch eine Überprüfung der Notwendigkeit der Behandlung beinhalte und damit jedenfalls auch eine Wirtschaftlichkeitsprüfung (Auffälligkeitsprüfung) umfasse. Schließlich habe der MDK im Gutachten ausdrücklich die akutstationäre Behandlungsbedürftigkeit geprüft und bejaht.

Die Klägerin beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, an sie 300,00 EUR nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 20.04.2016 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Zur Begründung trägt sie vor, dass die sachlich-rechnerische Richtigkeitsprüfung keine Zahlung der Aufwandspauschale auslöse. Die Prüfung der Voraussetzungen einer OPS-Ziffer stelle immer nur eine sachlich-rechnerische Richtigkeitsprüfung dar.

Etwaige Ergänzungen im Gutachten durch den jeweiligen Arzt des MDK seien überdies unerheblich, da es allein auf die Fragestellung der beauftragenden Krankenkasse ankomme.

Am 26.07.2017 hat die Kammer auf Antrag der Beteiligten das Ruhen des Verfahrens bis zu einer Entscheidung des Bundesverfassungsgerichtes in der unter dem Aktenzeichen 1 BvR 318/17 anhängigen Verfassungsbeschwerde angeordnet. Am 17.01.2019 ist die Wiederaufnahme des Verfahrens erfolgt.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird Bezug genommen auf den Inhalt der Gerichtsakte sowie der Verwaltungsakte der Beklagten. Diese waren Gegenstand der mündlichen Verhandlung und der Entscheidungsfindung.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Klage ist begründet.

Der Klägerin steht der geltend gemachte Anspruch in Höhe von 300,00 EUR zu. Anspruchsgrundlage ist § 275 Abs. 1c S. 3 Sozialgesetzbuch – Fünftes Buch – in der Fassung vom 22.12.2011 (SGB V a. F.), dessen Voraussetzungen vorliegend erfüllt sind.

Nach § 275 Abs. 1c S. 3 SGB V a. F. hat die Krankenkasse dem Krankenhaus eine Aufwandspauschale in Höhe von 300 EUR 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 (Bundessozialgericht [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, zit. nach juris).

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 auch nicht durch ein Fehlverhalten der Klägerin verursacht worden. Entgegen der Auffassung der Beklagten steht dem Anspruch der Klägerin auf Zahlung der Aufwandspauschale nicht entgegen, dass es sich bei der Prüfung des streitgegenständlichen Behandlungsfalles der Versicherten um eine sachlich-rechnerische Richtigkeitsprüfung gehandelt haben soll. Zur Überzeugung der Kammer liegt vielmehr oder jedenfalls auch eine Auffälligkeitsprüfung vor.

Nach der ständigen Rechtsprechung des BSG (vgl. hierzu BSG, Urteil vom 23.06.2015, Az.: B 1 KR 20/14 R und BSG, Urteil vom 23.05.2017, Az.: B 1 KR 28/16 R, Rn. 16 ff., zit. nach juris), welcher der Kammer folgt, sind die sachlich-rechnerische Richtigkeitsprüfung, welche keine Aufwandspauschale auslöst, und die Auffälligkeitsprüfung, welche einen Anspruch auf Zahlung der Aufwandspauschale begründen kann, zu unterscheiden. Die Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit der Abrechnung betrifft unter Berücksichtigung der Rechtsprechung des BSG die Erfüllung der gesetzlichen und untergesetzlichen Informations- und Abrechnungsvorgaben für das Krankenhaus durch zutreffende tatsächliche Angaben und rechtmäßige Abrechnung auf dieser Grundlage. Dieser Prüfung kommt seit Einführung des Fallpauschalen-(DRG-)Systems durch § 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) eine besondere Bedeutung zu. Während vor Einführung der Fallpauschalen Gegenstand der Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit im Wesentlichen - abgesehen von Besonderheiten bei Sonder- und Zusatzentgelten - die zutreffende Anzahl der Pflegesatztage, die generelle Abrechnungsfähigkeit und die anderweitig bestimmte Höhe der einschlägigen Pflegesätze war, umfasst die Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit der Abrechnung bei DRG-Krankenhäusern seit Einführung der Fallpauschalen die viel umfassenderen und differenzierteren Grundlagen und Vorgaben der DRG-Abrechnung (vgl. BSG, Urteil vom 23.05.2017, Az.: B 1 KR 28/16 R, Rn. 17, zit. nach juris). Demgegenüber betrifft die Auffälligkeitsprüfung regelmäßig Fälle, in denen die Krankenkasse Zweifel daran haben kann, dass das Krankenhaus seine Leistung unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots (§ 12 Abs. 1 SGB V) erbracht hat (vgl. BSG, Urteil vom 10.03.2015, Az.: B 1 KR 2/15 R, Rn. 27, zit. nach juris).

Zusammengefasst handelt es sich grundsätzlich dann um eine sachlich-rechnerische Prüfung, wenn anhand der mitgeteilten Abrechnungsdaten (§ 301er-Daten) die Korrektheit der Abrechnung bzw. der Kodierung auf rechnerischer und/oder (kodier)rechtlicher Ebene überprüft wird.

Wird demgegenüber die Wirtschaftlichkeit der Behandlung bzw. einzelner Behandlungsmaßnahmen, deren medizinische Erforderlichkeit, die generelle Erforderlichkeit der stationären Aufnahme (primäre Fehlbelegung) und/oder deren Dauer (sekundäre Fehlbelegung) in Frage gestellt, dann handelt es sich um eine Auffälligkeitsprüfung. So liegt der Fall hier.

Die Beklagte hat den MDK mit der Prüfung der abgerechneten DRG und der aufgeführten Prozeduren beauftragt. Die Prüfung der OPS-Ziffer 8-550.1 beinhaltet dabei unter Bezugnahme auf den Operationen- und Prozedurenschlüssel in der Version 2014 folgende Mindestmerkmale:

• Behandlung durch ein geriatrisches Team unter fachärztlicher Behandlungsleitung (Zusatzweiterbildung oder Schwerpunktbezeichnung im Bereich Klinische Geriatrie erforderlich). Die fachärztliche Behandlungsleitung muss überwiegend in der zugehörigen geriatrischen Einheit tätig sein

• Standardisiertes geriatrisches Assessment zu Beginn der Behandlung in mindestens 4 Bereichen (Mobilität, Selbsthilfefähigkeit, Kognition, Emotion) und vor der Entlassung in mindestens 2 Bereichen (Selbständigkeit, Mobilität). Lässt der Zustand des Patienten die Erhebung einzelner Assessmentbestandteile nicht zu, ist dies zu dokumentieren. Wenn der Zustand des Patienten es erlaubt, ist die Erhebung nachzuholen

• Soziales Assessment zum bisherigen Status in mindestens 5 Bereichen (soziales Umfeld, Wohnumfeld, häusliche/außerhäusliche Aktivitäten, Pflege-/Hilfsmittelbedarf, rechtliche Verfügungen). Lässt der Zustand des Patienten die Erhebung einzelner Assessmentbestandteile nicht zu, ist dies zu dokumentieren. Sofern möglich sind die fehlenden Bestandteile fremdanamnestisch zu erheben bzw. ist die Erhebung nachzuholen, wenn der Zustand des Patienten es erlaubt

• Wöchentliche Teambesprechung unter Beteiligung aller Berufsgruppen einschließlich der fachärztlichen Behandlungsleitung mit wochenbezogener Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele

• Aktivierend-therapeutische Pflege durch besonders geschultes Pflegepersonal. Mindestens eine Pflegefachkraft des geriatrischen Teams muss eine strukturierte curriculare geriatriespezifische Zusatzqualifikation im Umfang von mindestens 180 Stunden sowie eine mindestens 6-monatige Erfahrung in einer geriatrischen Einrichtung nachweisen. Sofern diese nicht vorliegen, ist zur Aufrechterhaltung bestehender geriatrischer Versorgungsangebote übergangsweise bis zum Jahresende 2014 eine 2-jährige Berufserfahrung in einer geriatrischen Einrichtung ausreichend

• Teamintegrierter Einsatz von mindestens 2 der folgenden 4 Therapiebereiche: Physiotherapie/Physikalische Therapie, Ergotherapie, Logopädie/fazioorale Therapie, Psychologie/Neuropsychologie

• Mindestens 14 Behandlungstage und 20 Therapieeinheiten

Eine gleichzeitige (dauernde oder intermittierende) akutmedizinische Diagnostik bzw. Behandlung ist gesondert zu kodieren.

Zur Überzeugung der Kammer stellt die hier von der Beklagten in Auftrag gegebene Prüfung der OPS-Kennziffer 8-550.1 (geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 14 Behandlungstage und 20 Therapieeinheiten) ohne Einschränkung auf bestimmte der oben aufgeführten Mindestmerkmale der OPS-Ziffer eine oder jedenfalls auch eine Auffälligkeitsprüfung dar. Schließlich beinhaltet die Prüfung dieser Prozedur auch immer die Prüfung der Erforderlichkeit der akutstationären Behandlungstage, an denen Therapieeinheiten zur geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung erbracht wurden. Die Kammer sieht sich bei dieser Einordnung auch durch das MDK-Gutachten von Frau T bestätigt. Diese verweist zum einen auf einen Kodierhinweis des DIMDI, wonach ein Kode aus diesem Bereich (8-550) jeweils nur einmal pro stationären Aufenthalt angegeben und nur solange verwendet werden dürfe, wie ein akutstationärer Behandlungsbedarf bestehe. Der Prüfumfang einer allein sachlich-rechnerischen bzw. kodierrechtlichen Prüfung wird dabei erkennbar verlassen und auf die Prüfung einer primären/sekundären Erforderlichkeit der Behandlung ausgeweitet, sodass medizinscher Sachverstand und mehr Behandlungsunterlagen benötigt werden und die Entrichtung einer Aufwandspauschale angemessen erscheint.

Zum anderen hat Frau T die akutstationäre Behandlungsbedürftigkeit sowie das Vorliegen einer geriatrischen Multimorbidität geprüft und bestätigt. Bei beiden Punkten handelt es sich um medizinische Fragen und damit um eine Auffälligkeitsprüfung.

Sofern die Beklagte vorträgt, dass allein eine sachlich-rechnerische Richtigkeitsprüfung beauftragt werden sollte und eine etwaige Ausweitung des Prüfauftrages durch den MDK nicht der Krankenkasse zum Nachtteil gereichen dürfe, so verfängt dieser Einwand nicht. Zum einen ist bereits kein Nachweis dafür ersichtlich, dass die Beklagte die Prüfung der OPS-Ziffer 8-550.1 auf rein nicht-medizinische Aspekte bzw. sachlich-rechnerische oder kodierrechtliche Fragestellungen beschränken wollte. Dann wäre die Einschaltung des MDK überdies auch eigentlich überhaupt nicht erforderlich gewesen. Zum anderen ist der Kammer durch die Vielzahl der geführten Abrechnungsstreitigkeiten, gerade auch bei der OPS-Ziffer 8-550.1, bekannt, dass neben der Protokollierung der Teambesprechungen die Frage der Verweildauer einen häufigen Streitpunkt darstellt, welcher von den Krankenkassen nach einer bei dem MDK in Auftrag gegebenen Prüfung dieser Prozedur entsprechend gerügt wird.

Schließlich sieht sich die Kammer auch in Einklang mit der Rechtsprechung des BSG, welche überhaupt erst zur Differenzierung von sachlich-rechnerischer Richtigkeitsprüfung und Auffälligkeitsprüfung geführt hat. Denn der erste Senat des BSG folgt selber keiner rein formalen Betrachtung, sondern entscheidet anhand einer Prüfung des Einzelfalls. Dabei hat er die Prüfung der OPS-Ziffer 8-800.90 (2 Apherese-Thrombozytenkonzentrate) im Hinblick auf die medizinische Erforderlichkeit der Verabreichung dieser Konzentrate als Auffälligkeitsprüfung eingestuft (vgl. BSG, Urt. 10.03.2015, Az.: B 1 KR 2/15 R, Rn. 27, zit. nach juris). Ebenso verhält es sich im streitgegenständlichen Fall, wenn nicht geprüft wird, ob überhaupt an 14 Tagen stationär behandelt wurde, sondern ob an sämtlichen 14 Behandlungstagen ein akutstationärer Behandlungsbedarf bestanden hat. Andernfalls wäre die Behandlung nämlich trotz Erfüllung sämtlicher weiterer Mindestmerkmale der OPS-Ziffer 8-550.1 nicht wirtschaftlich gewesen.

Der Zinsanspruch kann nicht auf den Sicherstellungsvertrag des Landes Nordrhein-Westfalen nach § 112 Abs. 1 Nr. 1 SGB V oder sonstige Regelungen zum Anspruch auf Vergütung für erbrachte Leistungen gestützt werden, da die Aufwandspauschale kein Vergütungsanspruch des Leistungserbringers ist. Jedoch ergibt sich aus § 69 Abs. 1 S. 3 SGB V i.V.m. §§ 288 Abs. 1, 291 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB), dass der Klägerin ein Anspruch auf Prozesszinsen in beantragter Höhe zusteht.

Die Kostenentscheidung beruht auf §§ 197 a Sozialgerichtsgesetz (SGG) i.V.m. §§ 154 Abs. 1, 161 Abs. 1 der Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO) und trägt dem vollständigen Unterliegen der Beklagten Rechnung.

In dem Klageverfahren gehören weder die Klägerin noch die Beklagte zu den in § 183 SGG genannten Personen. Damit werden Kosten nach den Vorschriften des Gerichtskostengesetzes (GKG) erhoben (§ 197 a Abs. 1 S. 1 SGG). Der Streitwert im Sinne des § 63 Abs. 2 GKG ist nach der sich aus dem Antrag der Klägerin für sie ergebenden Bedeutung der Sache nach Ermessen zu bestimmen (§ 52 Abs. 1 GKG). Die Klage war auf Zahlung von 300,00 EUR gerichtet. Dies ist gemäß §§ 52 Abs. 3, 43 Abs. 1 GKG als Streitwert festzusetzen.

Die Kammer lässt die Berufung wegen der grundsätzlichen Bedeutung der Sache nach § 144 Abs. 2 Nr. 1 SGG zu. Allein am Sozialgericht Dortmund sind mehrere Klagen bezüglich der Einordung des Prüfauftrages bei der OPS-Kennziffer 8-550, sei es in Abrechnungsstreitigkeiten und der Frage der Anwendbarkeit der Prüfverfahrensvereinbarung oder – wie hier – bei Streitigkeiten hinsichtlich der Zahlung der Aufwandspauschale, anhängig. Ferner hat die obergerichtliche Rechtsprechung noch keine trennscharfe Unterscheidung zwischen sachlich-rechnerischer Richtigkeitsprüfung und Auffälligkeitsprüfung entwickelt, sodass es einer Grundsatzentscheidung bedarf.

Rechtskraft
Aus
Login
NRW
Saved
2020-01-27