

---

## S 6 KR 246/12

### Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	-
Sozialgericht	Sozialgericht Augsburg
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	6
Kategorie	-
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

#### 1. Instanz

Aktenzeichen	S 6 KR 246/12
Datum	12.11.2013

#### 2. Instanz

Aktenzeichen	-
Datum	-

#### 3. Instanz

Datum	-
-------	---

- I. Die Klage wird abgewiesen.
- II. Die Klägerin trägt die Kosten des Verfahrens.
- III. Der Streitwert wird auf 300,- EUR festgesetzt.
- IV. Die Berufung wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist ein Anspruch der Klägerin auf eine Aufwandspauschale in Höhe von 300,00 EUR streitig.

Die Klägerin betreibt das Klinikum A-Stadt in A-Stadt.

Dort wurde der Versicherte der Beklagten, Herr C., in der Zeit vom 24.11.2010 bis 23.12.2010 stationär behandelt.

Für diese Behandlung stellte die Klägerin der Beklagten die Schlussrechnung vom 05.01.2011 in Höhe von 19.854,17 EUR aus und übermittelte den entsprechenden Datensatz gemäß [§ 301](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) der Beklagten.

---

Mit Schreiben vom 18.01.2011 teilte die Beklagte der Klägerin mit, dass die übermittelten Daten eine zweifelsfreie Beurteilung der Frage, ob die angegebene Haupt- oder Nebendiagnose der DRG-Abrechnung zugrundezulegen sei, nicht zuließen. Der Sozialmedizinische Dienst (SMD) sei daher eingeschaltet worden und es werde gebeten, ihm bis 21.02.2011 weitere Unterlagen vorzulegen und zwar Entlassungsbericht (mit datumsbezogenen Angaben über Therapie und Verlauf), Aufnahmebefund (Status und Anamnese) und BGA.

In seiner medizinischen Stellungnahme vom 15.02.2011 teilte der SMD der Beklagten sodann mit, dass die stationäre Aufnahme des Versicherten wegen zunehmender Dyspnoe bei bekanntem Aortenklappenvitium erfolgt sei. Am 06.12.2010 sei ein operativer Aortenklappenersatz erfolgt. Bei Bemühung einer möglichst umfassenden Abbildung von Diagnosen und Prozeduren sei auffallend, dass die respiratorische Insuffizienz mit der ICD J96.0 nicht verschlüsselt worden sei. Eine erlösrelevante Änderung ergebe sich aus dieser Korrektur nicht.

Mit Schreiben vom 12.05.2011 forderte die Klägerin die Beklagte auf, ihr eine Aufwandspauschale nach [§ 275 Abs. 1c Satz 3 SGB V](#) zu bezahlen.

Die Beklagte erwiderte mit Schreiben vom 08.06.2011, dass die Einzelfallprüfung hier von der Klägerin aufgrund zunächst unrichtig übermittelter Angaben veranlasst worden sei. Bei einer inhaltlich korrekten Übermittlung von Aufnahme- und Entlassdaten wäre eine Beanstandung nicht initiiert worden. In diesem Zusammenhang werde auch auf das Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) vom 22.06.2010 – [B 1 KR 1/10 R](#) – verwiesen.

Die Klägerin antwortete mit Schreiben vom 16.08.2011, dass aus dem Urteil des BSG vom 22.06.2010 nur zu entnehmen sei, dass ein Krankenhaus lediglich dann keine Aufwandspauschale beanspruchen könne, wenn es durch eine fehlerhafte Abrechnung die Einleitung des Prüfverfahrens veranlasst habe. Das sei hier aber nicht der Fall. Prüfungsanlass sei die Frage gewesen, ob die angegebene Haupt- und Nebendiagnose, die der DRG-Abrechnung zugrundezulegen sei, korrekt verschlüsselt gewesen sei. Gemäß der SMD-Stellungnahme seien alle DRG-relevanten Diagnosen korrekt verschlüsselt gewesen; die Prüfung führte nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages. Insofern sei gemäß den gesetzlichen Bestimmungen nach [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) die Aufwandspauschale zu entrichten. Hierzu nahm die Beklagte nochmals Stellung mit Schreiben vom 20.10.2011 und führte aus, dass Prüfungsanlass gewesen sei die auffällige Haupt- und Nebendiagnose. Es sei nicht schlüssig gewesen, dass die Hauptdiagnose I35.2 (Aortenklappenstenose mit Insuffizienz) und die Nebendiagnosen DJ91 (Pleuraerguss bei andernorts klassifizierten Krankheiten) und J93.0 (spontaner Spannungspneumothorax) und DJ96.0 (akute respiratorische Insuffizienz, andernorts nicht qualifiziert) vorgelegen haben. Der SMD komme nun in seiner Stellungnahme zu dem Ergebnis, dass die Nebendiagnose J96.0 zu kodieren gewesen sei. Bei einer korrekten Übermittlung dieser Nebendiagnose wäre sowohl die Haupt- als auch die Nebendiagnose schlüssig gewesen und eine Beanstandung des Falles wäre nicht initiiert worden.

Am 09.05.2012 hat die Bevollmächtigte der Klägerin Zahlungsklage zum Sozialgericht Augsburg erhoben.

Zur Klagebegründung ist ausgeführt worden, dass das BSG in seinem Urteil vom

---

22.06.2010 – [B 1 KR 1/10 R](#) – lediglich festgestellt habe, dass eine Aufwandspauschale von der Krankenkasse nicht zu zahlen sei, wenn ein Kausalzusammenhang zwischen einer unstreitig fehlerhaften Datenübermittlung und der Einleitung des Prüfverfahrens bestehe.

Ein solcher Kausalzusammenhang könne vorliegend bereits nicht angenommen werden, wenn die Kodierung vollumfänglich geprüft werden solle, also bezüglich der Hauptdiagnose und aller in Betracht kommenden Nebendiagnosen und Prozeduren. Nach Aktenlage seien damit die Gründe für die Einleitung des vorliegenden Prüfverfahrens mannigfaltig, jedenfalls könne dem Prüfauftrag nicht entnommen werden, dass gerade im Hinblick auf eine nicht kodierte Nebendiagnose eine Prüfung durch die Beklagte eingeleitet worden sei. Gegen eine solche Auslegung spreche im Übrigen, dass die vom SMD vermisste Nebendiagnose J96.0 keine erlösrelevante Bedeutung habe. Mithin wäre es schon sachlogisch nicht nachvollziehbar, wenn eine solche den Schweregrad und damit die Abrechnung der stationären Behandlung in keiner Weise beeinflussende Nebendiagnose Anlass zu Prüfung gegeben hätte.

Unabhängig davon sehe die Klägerin in der Nichtkodierung der vom SMD geforderten Nebendiagnose J96.0 auch kein Fehlverhalten ihrerseits. Gemäß der SMD-Stellungnahme seien alle DRG-relevanten Diagnosen korrekt verschlüsselt worden. Die Prüfung habe nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages geführt. Wie in den deutschen Kodierrichtlinien 2010 unter D003i festgelegt, können nicht DRG-relevante Nebendiagnosen verschlüsselt werden. Eine Verpflichtung hierzu lasse sich daraus jedoch nicht ableiten. Lediglich die umfassende Kodierung aller Prozeduren, die im OPS abbildbar seien, würden laut DKR D001f gefordert. Nach allem sei vorliegend weder ein Kausalzusammenhang zwischen der Prüfungseinleitung und der geforderten ergänzenden Nebendiagnose nachgewiesen, noch eine unstreitig fehlerhafte Datenübermittlung seitens der Klägerin. Das Hinzufügen der nicht erlösrelevanten Nebendiagnose J96.0 könne vor diesem Hintergrund den Anfall der gesetzlich vorgesehenen Aufwandspauschale in Höhe von 300,00 EUR nicht hindern.

Ergänzend sei darauf hinzuweisen, dass bei einer Konstellation wie der vorliegenden eine weitere Aufklärung hinsichtlich der richtigen Kodierung unterbleiben müsse. Es sei zwischen den Parteien unstreitig, dass die Abrechnung in Bezug auf die zu Grunde gelegte DRG ordnungsgemäß erfolgt und der Abrechnungsbetrag zutreffend der Forderung zu Grunde gelegt worden sei; so müsste lediglich aufgrund einer nicht erlösrelevanten Nebendiagnose eine umfassende Kodierung und medizinische Prüfung für Streitfälle durchgeführt werden, bei denen die Höhe der Rechnung nicht strittig sei. Dies könne auf keinen Fall Sinn und Zweck der Neuregelung gemäß [§ 275 Abs. 1 SGB V](#) gewesen sein.

Diese Rechtsauffassung werde auch durch die erstinstanzliche Rechtsprechung des Sozialgerichts Leipzig vom 15.11.2011 – S 8 KR 124/10 – sowie des Sozialgerichts Lübeck vom 07.10.2010 – S 3 KR 382/09 – gestützt.

Danach sei evident, dass nicht jede Behauptung der Krankenkasse, sie sei durch eine fehlerhafte Abrechnung des Krankenhauses zur Beauftragung des MDK veranlasst worden, den Wegfall der Aufwandspauschale bedeuten könne. Vielmehr werde in den Entscheidungen deutlich gemacht, dass nach der bisherigen Rechtsprechung des BSG die Pflicht zur Zahlung der Aufwandspauschale nur

---

entfalle, wenn aus dem Prüfauftrag der Krankenkasse an den SMD (MDK) der die Beauftragung veranlassende "Fehler der Abrechnung" deutlich erkennbar werde und sich dieser Fehler letztendlich bestätige. Sei die Prüfung jedoch allgemein gehalten, würden dort viele verschiedene Faktoren (Diagnosen) zur Prüfung in Auftrag gegeben oder werde ein Fehler der Abrechnung erst durch die MDK-Prüfung entdeckt, greiften die Grundsätze des BSG-Urteils vom 22.06.2010 gerade nicht und die Zahlungspflicht der Krankenkasse bleibe bestehen.

Daraufhin hat die Beklagte mit Schreiben vom 06.08.2012 erwidert, dass aus Controllingsicht die angegebenen Haupt- und Nebendiagnosen nicht schlüssig gewesen seien. Allein aus diesem Grund sei der Fall zum SMD gegeben worden, welcher in seiner Stellungnahme zu dem Ergebnis gekommen sei, dass die Nebendiagnose J96.0 zu kodieren gewesen sei. Bei einer korrekten Übermittlung dieser Nebendiagnose wären sowohl die Haupt- als auch die Nebendiagnosen schlüssig gewesen.

Mit Schreiben vom 21.08.2012 hat die Bevollmächtigte der Klägerin noch weiter vorgetragen, dass dem Urteil des BSG vom 22.06.2010 ein Fall zu Grunde lag, in dem das Krankenhaus eine fehlerhafte Kodierung der Hauptdiagnose eingeräumt habe und es sich schlüssig erkennen ließe, dass das Fehlverhalten des Krankenhauses dort kausal für die Einleitung des Prüfverfahrens war. Dies sei vorliegend aber nicht der Fall. Aus der Prüfanzeige der Beklagten sei weder der von der Beklagten nunmehr angeführte "Kausalzusammenhang" mit der vorliegend durch den MDK ergänzten Kodierung J96.0 nachzuvollziehen, noch handle es sich im Ergebnis seitens der Klägerin um eine unstreitig fehlerhafte Datenübermittlung. Wie bereits in der Klagebegründung dargestellt habe die Klägerin mangels einer diesbezüglichen Verpflichtung vielmehr vorliegend fehlerfrei alle relevanten Haupt- und Nebendiagnosen per Datenträgeraustausch an die Beklagte übersandt.

Ergänzend ist mit Schreiben vom 22.01.2013 dazu weiter ausgeführt worden, dass von der Klägerin die geforderte ergänzende Nebendiagnose J96.0 nicht bestätigt worden sei. Es handle sich somit nicht um eine nachweislich falsche Nebendiagnose. Unter diesen Bedingungen könne es auf eine Ingangsetzung irgendeiner Kausalkette schon gar nicht ankommen. Hinsichtlich der Beweislastverteilung sei festzustellen, dass die Beklagte den Nachweis einer Pflichtverletzung durch die Klägerin erbringen müsse, um die für sie günstige Rechtsfolge einer Entbindung von der Aufwandspauschale zu bewirken. Dieser Nach-

weis sei durch die Beklagte nicht zu führen, da in einer Konstellation wie der vorliegenden eine weitere Aufklärung hinsichtlich der "richtigen", aber bezüglich der Abrechnung völlig irrelevanten, Kodierung unterbleiben müsse. Auch diesbezüglich werde auf die bisherigen Ausführungen der Klägerin verwiesen.

Abschließend hat die Bevollmächtigte mit Schreiben vom 04.11.2013 auf die [Bundestagsdrucksache 16/3100](#) auf S. 171 zur Einführung der Aufwandspauschale verwiesen. Auch seien nach Aktenlage die Gründe für die Einleitung des Prüfverfahrens nicht spezifiziert. Der MDK sei vielmehr mit einer umfassenden Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung und der Korrektheit der Kodierung befasst worden. Danach bleibe festzuhalten, dass eine Veranlassung der Klägerin zur Einleitung des Prüfverfahrens durch die unsubstantiiert beanstandete Nebendiagnose nicht gegeben sei. Selbst bei "unbeanstandeter" Kodierung der angezweifelten Nebendiagnose wäre es aufgrund des umfassenden Prüfauftrages

---

und der damit verbundenen Fragestellung zu einer Prüfung durch den SMD gekommen. Insoweit werde auch auf die Urteile des Sozialgerichts Osnabrück vom 21.02.2013

- S 13 KR 376/11 und S 3 KR 369/11 - verwiesen sowie auf einen Beschluss des Landessozialgerichts Niedersachsen-Bremen vom 21.02.2013 - [L 4 KR 341/12 NZB](#)

-.

In der mündlichen Verhandlung vom 12.11.2013 beantragt die Bevollmächtigte der Klägerin,

die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin einen Betrag in Höhe von 300,00 EUR nebst Zinsen in Höhe von 5 % über dem Basissatz seit dem 29.06.2011 zu zahlen.

Der Bevollmächtigte der Beklagten beantragt,

die Klage abzuweisen.

Zur Ergänzung des Tatbestandes wird im Übrigen auf die beigezogene Verwaltungsakte der Beklagten und der Gerichtsakte im Übrigen Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß [§ 54 Abs. 5 SGG](#) zulässige Klage ist unbegründet.

Die Klägerin hat nämlich keinen Anspruch auf Zahlung einer Aufwandspauschale gemäß [§ 275 Abs. 1c Satz 3 SGB V](#) gegenüber der Beklagten.

Zwar liegen nach dem Wortlaut des [§ 275 Abs. 1c Satz 3 SGB V](#) die Grundvoraussetzungen für den geltend gemachten Leistungsanspruch vor. So hat die Beklagte unstreitig eine Schlussrechnung der Klägerin dem SMD zur Prüfung übermittelt mit dem Ziel einer Minderung der Höhe der Abrechnung. Nach dem Prüfergebnis des SMD vom 15.02.2011 war der Abrechnungsbetrag aber nicht zu mindern.

Dass die Klägerin dennoch keinen Anspruch auf die Aufwandspauschale hat ergibt sich aus der notwendigen einschränkenden Auslegung nach der ständigen Rechtsprechung des BSG (siehe Urteil vom 22.06.2010 - [B 1 KR 1/10 R](#) - sowie bestätigt nochmals mit Urteil vom 21.03.2013 - [B 3 KR 28/12 R](#) -).

Danach ist bei der Auslegung des [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) zu berücksichtigen, dass dieser die Krankenkassen nicht von ihrer einzelfallbezogenen Prüfungspflicht nach [§ 275 Abs. 1 SGB V](#) entbindet. Vielmehr sollte durch die Einführung des [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) sichergestellt werden, dass die von Gesetzes wegen geforderten Einzelfallprüfungen zielorientierter und zügiger durchgeführt werden (siehe [Bundestagsdrucksache 16/3100 S. 171](#)). Verhindert werden sollte also eine routinemäßige Kontrolle bzw. eine ungezielte Einleitung von Prüfverfahren. Im Übrigen bleibt es beim Auftrag der Beklagten, Krankenhausabrechnungen auch in medizinischer Hinsicht zu überprüfen sowie auf die Einhaltung des Wirtschaftlichkeitsgebotes ([§ 2 Abs. 1 Satz 1](#), [§ 4 Abs. 3](#), [§ 12 SGB V](#)) zu achten, welches uneingeschränkt auch im Bereich des Leistungserbringungsrechts gilt. Es ist daher elementare Aufgabe der Krankenkassen - worauf das BSG mehrfach

---

hingewiesen hat – nur solche Leistungen zu bewilligen, die ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind und das Maß des Notwendigen nicht überschreiten.

Diesem Auftrag der Krankenkassen steht gegenüber die Mitwirkungsverpflichtung der Krankenhäuser, alle notwendigen Angaben zur Verfügung zu stellen, die zur Überprüfung der Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung benötigt werden (vgl. [Bundestagsdrucksache 12/3608 S. 124](#)).

Sollten sich sodann aus den zur Verfügung gestellten Daten Auffälligkeiten ergeben, die berechtigte Zweifel zulassen, dass die in Rechnung gestellte Leistung nicht den oben genannten Prinzipien entspricht, ist die Beklagte nach § 275 Abs. 1 Satz 1 2. Halbsatz

SGB V verpflichtet, eine gutachterliche Stellungnahme des MDK/SMD einzuholen. Unter Berücksichtigung dieser Rechtspflicht ist daher [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) dahingehend zu verstehen, dass die Aufwandspauschale nur dann anfallen kann, wenn sich kein nachvollziehbarer Anlass zur Einleitung des Prüfverfahrens ergibt (siehe Urteil des Hessischen LSG vom 29.11.2012 – [L 8 KR 118/10](#)).

Davon ist hier aber nicht auszugehen. Vielmehr ist durch den Akteninhalt dokumentiert (siehe S. 5 der Verwaltungsakte der Beklagten), dass der SMD deshalb eingeschaltet worden ist, weil die mitgeteilte Haupt- und Nebendiagnose nicht so miteinander in Einklang standen, dass die Abrechnung schlüssig nachvollziehbar gewesen wäre. So war hieraus nicht nachvollziehbar, weshalb der Versicherte an einer Aortenklappenstenose mit Insuffizienz – I35.2 – sowie an einem Pleuraerguss bei andernorts klassifizierten Krankheiten – J.91 – und an einem spontanen Spannungspneumothorax – J 93.0 – leiden konnte, ohne dass eine akute respiratorische Insuffizienz vorgelegen hat – J96.0 -. Diese Nebendiagnose ist von der Klägerin unstreitig nämlich nicht kodiert worden.

Dass die Kodierung dieser Nebendiagnose zur Schlüssigkeit der Rechnung beigetragen hätte wird durch die Stellungnahme des SMD vom 15.02.2011 auch bestätigt.

Damit hat nach Überzeugung des Gerichts die Beklagte das Prüfverfahren nicht routinemäßig bzw. ohne Anlass in Form einer Stichprobe eingeleitet, sondern aufgrund einer dokumentierten Auffälligkeit in der Schlussrechnung. Diese war geeignet, berechtigte Zweifel an der stationären Notwendigkeit der in Rechnung gestellten Leistung, also im Hinblick ob deren Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit, zu erzeugen. Es bestand damit ein kausaler Zusammenhang zwischen der von der Beklagten veranlassten Prüfung und den übermittelten Daten der Klägerin.

Nicht von Bedeutung ist dagegen, dass die Klägerin – wie sie behauptet – nicht verpflichtet gewesen sei, die Nebendiagnose J96.0 zu kodieren, weil sie nicht DRG-relevant gewesen sei. Ausreichend für ein so genanntes Fehlverhalten im Rahmen der Erstellung ist – wie bereits oben ausgeführt –, dass die gestellte Rechnung Anlass für eine Überprüfung ergibt, was hier der Fall war (vgl. hierzu auch LSG Hessen, a.a.O.).

Unerheblich ist weiter, ob nun die vom SMD verlangte Kodierung richtig ist oder die von der Klägerin vorgenommene. Hier handelt es sich im Ergebnis um einen Streit, der medizinisches Fachwissen voraussetzt. Sachverständig hierfür ist aber nicht die Beklagte sondern der SMD. Wenn dieser jedoch eine beanstandbare Auffälligkeit sieht, dann kann der Beklagten nicht abgesprochen werden, berechtigterweise

---

Zweifel an der Rechnung gehabt zu haben, da sie über ein geringeres medizinisches Fachwissen verfügt und gerade deshalb den gesetzlichen Auftrag gemäß [§ 275 Abs. 1 SGB V](#) zur Einschaltung des MDK/SMD erhalten hat.

Weiter ist unschädlich, dass sich aus der Akte nicht der genaue Prüfauftrag an den SMD entnehmen lässt, also ob dieser konkret dazu befragt wurde, ob noch die Nebendiagnose J96.0 fehlerhaft nicht kodiert bzw. ob diese überhaupt vorgelegen hat, oder ob ein genereller Prüfauftrag an den MDK übermittelt worden ist. Für die notwendige Kausalität zwischen der Rechnungsstellung und dem MDK-Auftrag ist allein entscheidend, dass eine Auffälligkeit in der Rechnung überprüfbar vorgelegen hat und diese Anlass für den Prüfauftrag war, und nicht, wie dieser anschließend formuliert worden ist (dem Urteil des BSG vom 22.06.2010 - [B 1 KR 1/10 R](#) - ist nach Auffassung des Gerichts sogar zu entnehmen, dass grundsätzlich im Fall einer Auffälligkeit auch ein umfassender Prüfauftrag zu ergehen hat und nicht nur einer bezogen auf die Auffälligkeit. Dies ergibt sich aus der Formulierung: "Dass die Beklagte ... dem MDK keinen "allgemeinen Prüfauftrag" erteilt, sondern den Auftrag auf die Prüfung der Richtigkeit der Hauptdiagnose beschränkt hatte, ist insoweit ohne Bedeutung ... " [Rndn. 15]).

Da insgesamt ein nachvollziehbarer und in der Akte dokumentierter Anlass zur Einleitung des Prüfverfahrens vorgelegen hat, hat die Klägerin keinen Anspruch auf die geltend gemachte Aufwandspauschale.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) in Verbindung mit [§ 154 Abs. 1](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).

Die Streitwertfestsetzung ergibt sich aus [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) in Verbindung mit dem Gerichtskostengesetz (GKG). Da der Klageantrag auf eine bezifferte Geldleistung gerichtet war, ist deren Höhe maßgeblich ([§ 52 Abs. 3 GKG](#)).

Erstellt am: 16.12.2013

Zuletzt verändert am: 16.12.2013