
S 12 KR 244/13 ER

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	-
Sozialgericht	Sozialgericht Augsburg
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	12
Kategorie	-
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 12 KR 244/13 ER
Datum	30.08.2013

2. Instanz

Aktenzeichen	L 5 KR 361/13 B KR
Datum	02.12.2013

3. Instanz

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

- I. Der Antrag auf einstweilige Anordnung vom 20. Juni 2013 wird abgelehnt.
- II. Die Antragstellerin trägt die Kosten des Verfahrens.
- III. Der Streitwert wird auf 150.000 EUR festgesetzt.

Gründe:

I

Gegenstand des Antragsverfahrens ist die Untersagung einer routinemäßigen Prüfung von Krankenhausrechnungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) Bayern sowie danach Aufrechnung durch die Antragsgegnerin.

Die Antragstellerin betreibt mit der W.-klinik D. eine Klinik für Innere Medizin mit 40 Planbetten, aufgenommen in den Krankenhausplan des Freistaates Bayern. Sie versorgt jährlich circa 850 bis 900 Patienten. Bei der Antragsgegnerin sind in Bayern circa 40 % der gesetzlich Krankenversicherten Mitglied.

Der Bevollmächtigte der Antragstellerin hat am 20.06.2013 einen Antrag auf

einstweiligen Rechtsschutz beim Sozialgericht Augsburg gestellt. Ziel ist es, der Antragsgegnerin zu untersagen eine "routinemäßige" Beauftragung des MDK mit der Prüfung von Krankenhausrechnungen sowie anschließend eine Aufrechnung mit dem (vermeintlichen) öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch gegen andere Krankenhausrechnungen der Antragsgegnerin durchzuführen. Am 21.06.2013 wurde eine entsprechende Klage erhoben (Aktenzeichen S 12 KR 247/13). Der Bevollmächtigte hat vorgetragen, dass mit Eintritt der Antragstellerin in das DRG-System im Jahr 2006 unter Vorlage der Strukturen und Prozesse der Klinik die seit mehreren Jahrzehnten erbrachten Leistungen (Behandlung von komplexen Schmerzzuständen und Erkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis) durch Komplexbehandlungen mit den Krankenkassen vereinbart worden seien. Sie seien fester Bestandteil der Leistungserbringung und Schwerpunktsetzung der Klinik und kontinuierlich ausgebaut worden. Die Antragstellerin erfülle aufgrund ihrer speziellen Ausrichtung als internistische Akutklinik mit dem Therapieschwerpunkt Klassische Naturheilverfahren die Voraussetzung zur Abrechnung der Prozeduren OPS 8-918 (Multimodale Schmerztherapie), OPS 8-983 (Rheumatologische Komplexbehandlung), OPS 8-97d (Multimodale Komplexbehandlung bei Morbus Parkinson) und der im OPS-Katalog vorgesehenen Zusatzentgelte, insbesondere der naturheilkundlichen Komplexbehandlung (ZE 2012-40a und 40b) gemäß [§ 6 KHEntgG](#). Aufgezählt wurden 40 DRG, die den Schwerpunkt der Leistungserbringung darstellen würden. In den Jahren 2012 und 2013 seien für Versicherte der Antragsgegnerin in diesem Bereich Leistungen erbracht worden. Nachdem die Sozialleistungsträger einschließlich der Antragsgegnerin zunächst den Versorgungsauftrag der Antragstellerin bestritten und circa zwei Drittel der bisher erbrachten vereinbarten Leistungen infrage gestellt sowie die Einbeziehung von nicht angestellten Honorarärzten bestritten hätten, habe die Antragstellerin am 29.06.2012 ein Schiedsstellenverfahren vor der Schiedsstelle Bayern nach [§ 18a KHG](#) eingeleitet. Nach Hinweisen des Vorsitzenden hätten die Vertragsparteien eine Vereinbarung über die Budgetparameter, die im Wesentlichen der Rechtsposition der Antragstellerin entsprechen würden und die bisher von Seiten der Antragsgegnerin und den übrigen Sozialleistungsträgern bestrittenen Leistungen umfassen würden, geschlossen. Hinsichtlich der Prüfung und Verrechnung erfolge folgende Praxis der Antragsgegnerin: Diese zahle zunächst die von der Antragstellerin in Rechnung gestellten Behandlungskosten. Danach beauftrage sie den MDK nahezu durchgängig routinemäßig mit der Prüfung der Krankenhausrechnungen, obwohl sie im Schiedsstellenverfahren den Versorgungsauftrag und die Einbeziehung von Honorarärzten akzeptiert habe. Nach Beauftragung des MDK verrechne sie die gezahlten Beiträge zeitlich verzögert und unsystematisch mit anderen Krankenhausrechnungen der Antragstellerin. Die Antragsgegnerin unterziehe einen Großteil der Krankenhausabrechnungen unzulässigerweise einer Rechnungsprüfung durch den MDK (Quartal I/2012: 35 von 75; Quartal II/2012: 52 von 79; Quartal III/2012: 36 von 68; Quartal IV/2012: 40 von 66; Quartal I/2013: 28 von 65). Insgesamt seien von 353 Krankenhausrechnungen im Jahr 2012 und im Quartal I/2013 191 Rechnungen einer von der Antragsgegnerin veranlassten Prüfung unterzogen worden, mithin rund 55 % aller Leistungen seit 2012. Dabei würden Krankenhausrechnungen mit Komplexbehandlungen nahezu komplett einer Prüfung unterzogen (I/2012: 10 Fälle - Prüfung 100 %; II/2012: 18 Fälle - Prüfung 100 %; III/2012: 13 Fälle - Prüfung 100 %; IV/2012: 25 Fälle -

Prüfung 88 %; I/2013: 14 Fälle – Prüfung 100 %). Die Antragsgegnerin kündige nach Vorliegen des Prüfergebnisses an, dass der Betrag mit den laufenden Zahlungen verrechnet werde, wenn innerhalb der nächsten sechs Wochen keine berichtigte Rechnung vorgelegt werde. In der Regel vergingen mehrere Monate, teilweise über ein Jahr bis die Aufrechnung vollzogen werde. Dies geschehe dann ohne Ankündigung und ohne Mitteilung des konkreten Betrages. Oft würden auch nur Teilbeträge verrechnet, was für das Finanzcontrolling der Klinik eine enorme Belastung bedeute. Aufgrund der Prüf- und Verrechnungspraxis stehe der Antragstellerin nur ein geringer Anteil des Erlösbudgets zur Verfügung. Aus beigefügten Tabellen ergebe sich, dass der Antragsgegnerin jeweils etwa 20 % des Erlösbudgets vorenthalten werde. Die Verfahrensweise der Antragsgegnerin führe zu erheblichen Liquiditätsproblemen bei der Antragstellerin und stelle eine unzumutbare, nicht weiter hinnehmbare Belastung dar. Seit dem Schiedsstellenverfahren beauftrage die Antragsgegnerin den MDK systematisch mit Einzelfallprüfungen. Dieses Prüfgebaren führe zu einem außerordentlich hohen bürokratischen Aufwand bei der Antragstellerin, die sich mit jedem in die Prüfung einbezogenen Fall auseinandersetzen müsse, und belaste sie in nicht mehr zumutbarem Umfang. Dadurch werde die Leistungserbringung der Antragstellerin ernsthaft beeinträchtigt, da die Ärzte gefordert seien, jeweils Stellungnahmen in den Prüfungsfällen zu erarbeiten. Die Antragsgegnerin lasse in der Zwischenzeit selbst Widersprüche der Antragstellerin nicht mehr zu. Sie habe mit Schreiben vom 19.09.2012 mitgeteilt, dass "eingelegte Widersprüche durch Ihre Klinik nicht mehr akzeptiert werden". Der Antragstellerin verbleibe daher grundsätzlich nur die Möglichkeit, im Klagewege ihre Ansprüche im jeweiligen Einzelfall durchzusetzen. Auch dies stelle eine unzumutbare Belastung der Antragstellerin, unbeschadet der damit verbundenen finanziellen Probleme, dar. Die Antragstellerin habe in den Quartalen I – III/2012 insgesamt 222 Behandlungsfälle für Versicherte der Antragsgegnerin mit einem Erlösvolumen von 551.006,53 EUR durchgeführt. Die Antragsgegnerin habe von ihr zunächst bezahlte Krankenhausrechnungen in erheblichem Umfang mit anderen laufenden Rechnungen aufgerechnet, woraus ein offenstehender Betrag von 108.047,44 EUR (Stand 15.05.2013) resultiere. Im Vergleich zu anderen Krankenkassen sei die Antragsgegnerin zu einer flächendeckenden Prüfung der Krankenhausrechnungen übergegangen. Es bestehe ein Anordnungsanspruch, weil sowohl das Prüfungsverhalten als auch die daran anschließende Verrechnungspraxis rechtlich unzulässig seien. Die Antragsgegnerin verstoße in massiver Art gegen den Grundsatz von Treu und Glauben mit der Prüfquote. Das Vorgehen der Antragsgegnerin sei rechtsmissbräuchlich angelegt. Das Bundessozialgericht (BSG) habe auch zuletzt in seinem Urteil vom 13.11.2012 – [B 1 KR 10/12 R](#) – eine nahezu routinemäßig erfolgende Prüfungseinleitung als rechtsmissbräuchlich beziehungsweise rechtswidrig im Grenzbereich hin bis zum Rechtsmissbrauch angesehen. Mit ihrer Verfahrensweise stelle die Antragsgegnerin das Finanzierungssystem vom Grundsatz her infrage, das darauf angelegt sei, dass nach Vorleistung des Krankenhauses eine zeitnahe Zahlung erfolge. Diesen Anspruch unterlaufe die Antragsgegnerin mit ihrer Verrechnungspraxis. Aus dem Wortlaut des § 275 Abs. 1 Nr. 1 2. Alternative Sozialgesetzbuch Fünftes buch (SGB V) ergebe sich, dass eine Rechnungsprüfung nur zulässig sei, wenn Auffälligkeiten vorliegen würden. Entsprechende Auffälligkeiten würde die Antragsgegnerin jedoch weder im jeweiligen Einzelfall anführen, geschweige denn belegen. Das

routinemäßige Prüfverhalten lege vielmehr nahe, dass die Antragsgegnerin die routinemäßigen Prüfungen aus ausschließlich finanziellen Gründen durchführe und um die Antragstellerin unbotmäßig zu belasten. Eine solche Rechnungsprüfung sei aber nicht zulässig (BSG vom 16.05.2013 – [B 3 KR 32/12 R](#)). Ein Anordnungsgrund liege ebenfalls vor, da bei Fortsetzung der Praxis der Antragsgegnerin der Betrieb in seiner Existenz gefährdet wäre. Dem Antrag waren die Niederschrift der Schiedsstelle Bayern zum Schiedsverfahren am 06.08.2012 beigelegt, verschiedene Tabellen zu den Prüfquoten sowie eine eidesstattliche Versicherung des Geschäftsführers der Antragstellerin. Bereits mit der Eingangsbestätigung hat das Gericht darauf hingewiesen, dass ein Anordnungsgrund nicht glaubhaft gemacht sei. Es genüge nicht, sich auf eine gefährdete Liquidität zu berufen, vielmehr wäre dazu ein detaillierter Vortrag und Offenlegung der finanziellen Verhältnisse der Antragstellerin erforderlich. Der Bevollmächtigte hat daraufhin ergänzend vorgetragen, dass nach [§ 11 Abs. 1 Satz 3 KHEntgG](#) die Entgeltvereinbarungen Bestimmungen enthalten müssten, die eine zeitnahe Zahlung der Entgelte an das Krankenhaus gewährleiste. Die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser sei ein wesentlicher Grundsatz der Krankenhausfinanzierung. Daher habe die Antragsgegnerin als Kostenträgerin dafür zu sorgen, dass für erbrachte Leistungen zeitnah Zahlung geleistet werde. Unterlaufe sie dies aufgrund einer unzulässigen Praxis, verstoße sie gegen den vorrangigen Grundsatz der Liquiditätssicherung, der der Aufrechterhaltung des Betriebes diene. Der Liquiditätsgrad sei seit 2010 aufgrund der unzulässigen Prüf- und Verrechnungspraxis der Antragsgegnerin permanent zurückgegangen. Während er im Jahr 2010 noch 85,30 % betragen habe, liege er im Jahr 2012 bei 63,30 %. Beigelegt war der Jahresabschlussbericht des Wirtschaftsprüfers vom 03.07.2012, in dem dieser Liquiditätsgrad aufgeführt wird. Das Eigenkapital habe sich im Jahr 2012 bei einem Jahresfehlbetrag vermindert, das Betriebsergebnis sei mit 150.000 EUR negativ. Im Jahr 2012 seien wegen der bisherigen Prüfaufträge an den MDK Rückstellungen in Höhe von 260.000 EUR gebildet worden. Durch die Verrechnungen sei die Liquidität nicht nur gefährdet, sondern seines Erachtens bereits ernsthaft eingeschränkt. Die Antragsgegnerin hat vorgetragen, dass gerade nicht ein Großteil der Krankenhausabrechnungen einer Rechnungsprüfung durch den MDK unterzogen werde. Die eingehenden MDK-Gutachten würden jedoch in 50 % der Fälle (bezogen auf den Eingangszeitraum 01.01.2013 bis 31.05.2013) die von der Antragsgegnerin geltend gemachten Auffälligkeiten bestätigen. Aus der Entscheidung des BSG vom 13.11.2012 – [B 1 KR 10/12 R](#) – ergäbe sich nur, dass das Gesetz für die Fälle der Abrechnungsprüfung, die nicht zur Minderung des Abrechnungsbetrages führen, als einzige Konsequenz die Zahlung der Aufwandspauschale vorsehe, aber nicht – wie von der Antragstellerin begehrt – die Untersagung oder Einschränkung der Anzahl der MDK-Prüfungen. Die Pflegesatzvereinbarung schließe eine Aufrechnung nicht aus. Auch habe das BSG grundsätzlich die Möglichkeit zur Aufrechnung gegenüber laufenden Krankenhausabrechnungen bestätigt. Eine Eilbedürftigkeit sei nicht glaubhaft gemacht. Hinzu komme, dass die Antragstellerin selbst einen zügigen Abschluss der MDK-Abrechnungsprüfung erschwere, indem sie MDK-Gutachten, die eine Auffälligkeit bestätigen würden, unsubstanziiert und streufeuerartig widersprechen würde, ohne den Widerspruch mit nachprüfbaren medizinischen Fakten zu unterfüttern. Mit Schreiben vom 18.07.2013 hat das Gericht darauf hingewiesen, dass die Stellungnahme des Wirtschaftsprüfers vom 03.07.2013 nicht

ausreichend erscheine, um einen Anordnungsgrund glaubhaft zu machen. Der Bevollmächtigte hat weiterhin vorgetragen, dass es sich nicht um Auffälligkeitsprüfungen handle. Es seien vielmehr durchgängig die aufgeführten DRG betroffen. Auch seien die erstellten MDK-Gutachten nahezu wortgleich, trotz unterschiedlicher Erkrankungen. Hierdurch sei nachgewiesen, dass es sich nicht nur um verdachtsabhängige Einzelfallprüfungen handle. Auch die Vielzahl der Prüfungen sei ein Indiz, dass pauschal Auffälligkeiten unterstellt würden, die Antragsgegnerin führe ihre Verrechnungspraxis auf Basis nicht substantzierter MDK-Gutachten weiter fort. Eine von der Antragsgegnerin selbst eingeräumte Prüfquote von 41 % aller Behandlungsfälle im Quartal I/2003 sei mit einer auf Einzelfälle angelegten Prüfung nicht vereinbar. Eine routinemäßige Überprüfung werde aber bereits vom BSG in seinem Urteil vom 13.12.2011 - [B 3 KR 11/01 R](#) - als rechtsmissbräuchlich eingestuft. § 17 der Pfllegesatzvereinbarung 2013 enthalte keine Bestimmung, die eine systematische, rechtsmissbräuchliche Prüf- und Verrechnungspraxis der Antragsgegnerin zulasse. Die Einwände der Antragsgegnerin zur Hinzuziehung von Vertragsärzten seien bereits Gegenstand des Schiedsstellenverfahrens gewesen. Die Antragsgegnerin erkenne, dass die Behandlung auch durch nicht fest angestellte Ärzte und Ärztinnen zulässig sei. Daraufhin hat das Gericht darauf hingewiesen, dass die langwierigen Ausführungen zu den Strukturvoraussetzungen im Hinblick auf nicht fest angestellte Ärzte deshalb nicht nachvollziehbar seien, weil nach Kenntnis des Gerichts die Antragsgegnerin in all denjenigen Klageverfahren, in denen alleine dieses Problem beim OPS streitig gewesen sei, sämtlich Anerkenntnisse erklärt habe. Daraufhin hat der Bevollmächtigte ergänzend vorgetragen, dass auch der MDK Anfang 2013 eine Stichprobenprüfung nach [§ 17c Abs. 3 KHG](#) empfohlen habe wegen der Häufung der Kassenanfragen. Auch nach dem Schiedsstellenverfahren vom 06.08.2012 sei die Überprüfung durch den MDK unvermindert fortgeführt worden. Demgegenüber betrage die durchschnittliche Prüfquote laut Bericht des InEK vom März 2013 im Jahr 2010 11,3 %.

Der Bevollmächtigte der Antragstellerin beantragt:

1. Der Antragsgegnerin wird untersagt, den MDK Bayern routinemäßig mit der Prüfung von Krankenhausrechnungen gemäß [§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) zu beauftragen und nach zunächst erfolgter Bezahlung der Krankenhausrechnungen die Rechnungsbeträge mit anderen Krankenhausrechnungen daraufhin wieder zu verrechnen bis der Rechtsstreit in der Hauptsache rechtskräftig abgeschlossen ist.
2. Hilfsweise wird beantragt: Der Antragsgegnerin wird untersagt, den MDK Bayern routinemäßig mit der Prüfung von Krankenhausrechnungen gemäß [§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) für Behandlungsfälle wegen:
 - I42Z: Multimodale Schmerztherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe - Z44Z: Multimodale Schmerztherapie bei Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, und andere Inanspruchnahme des Gesundheitswesens - B47Z: Multimodale Schmerztherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems - B49Z: Multimodale Komplexbehandlung bei Morbus Parkinson - U42Z: Multimodale Schmerztherapie bei psychischen

Krankheiten und Störungen Krankenhausindividuelles Entgelt nach [§ 6 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG](#) – I97Z: Rheumatologische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe – Z44Z: Multimodale Schmerztherapie bei Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, und anderer Inanspruchnahme des Gesundheitswesens – B63Z: Demenz und andere chronische Störungen der Hirnfunktion – B67A: Morbus Parkinson mit äußerst schweren CC oder schwerster Beeinträchtigung – B67B: Morbus Parkinson ohne äußerst schwere CC, ohne schwerste Beeinträchtigung – B68D: Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter)15 Jahre, ohne komplexe Diagnose – B71D: Erkrankungen an Hirnnerven und peripheren Nerven ohne komplexe Diagnose, ohne Komplexbehandlung der Hand, ohne äußerst schwere oder schwere CC, außer bei Para-/Tetraplegie – B77Z: Kopfschmerzen – B79Z: Schädelfrakturen, Somnolenz, Sopor – D61A: Komplexe Gleichgewichtsstörung, Hörverlust oder Tinnitus – D61B: Gleichgewichtsstörungen (Schwindel) außer komplexer Gleichgewichtsstörung, Hörverlust, Tinnitus – E77D: Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit bestimmter Diagnose oder äußerst schweren CC, mit Komplexbehandlung bei multi-resistenten Erregern oder angeborenem Fehlbildungssyndrom – F67B: Hypertonie mit komplizierender Diagnose oder schweren CC – F62B: Herzinsuffizienz und Schock ohne äußerst schwere CC oder ohne Dialyse, ohne Reanimation, ohne komplizierende Diagnose – G65Z: Obstruktion des Verdauungstraktes – H61A: Bösartige Neubildung an hepatobiliärem System und Pankreas, mehr als ein Belegungstag, mit komplexer Diagnose, mit äußerst schweren CC oder Pfortaderthrombose – H62B: Erkrankungen des Pankreas außer bösartige Neubildung mit akuter Pankreatitis, Alter)15 Jahre oder Leberzirrhose und bestimmte nicht-infektiöse Hepatitiden ohne äußerst schwere CC – I65C: Bösartige Neubildung des Bindegewebes einschließlich pathologischer Fraktur, Alter)16 Jahre, ohne äußerst schwere CC – I65C: Bösartige Neubildung des Bindegewebes einschließlich pathologischer Fraktur, Alter)16 Jahre, ohne äußerst schwere CC – I66B: Andere Erkrankungen des Bindegewebes, mehr als ein Belegungstag, ohne äußerst schwere CC oder Frakturen an Becken und Schenkelhals – I68: Nichtoperativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich – I69B: Knochenkrankheiten und spezifische Arthropathien ohne komplexe Diagnose – I71B: Muskel- und Sehnenerkrankungen außer bei Para-/Tetraplegie oder Verstauchung, Zerrung, Luxation an Hüftgelenk, Becken und Oberschenkel, ohne Zerebralparese, ohne Kontraktur – I75B: Schwere Verletzungen von Schulter, Arm, Ellenbogen, Knie, Bein und Sprunggelenk ohne CC oder Entzündungen von Sehnen, Muskeln und Schleimbeuteln ohne äußerst schwere oder schwere CC – I79Z: Fibromyalgie – J61C: Schwere Erkrankungen der Haut, mehr als ein Belegungstag, Alter(18 Jahre, ohne hochkomplexe Diagnose oder mäßig schwere Hauterkrankungen, mehr als ein Belegungstag – J64B: Infektion/Entzündung der Haut und Unterhaut ohne äußerst schwere CC – K60E: Diabetes mellitus ohne komplizierende Diagnosen, Alter)10 Jahre, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne multiple Komplikationen, ohne Ketoazidose, ohne multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus – K62B: Verschiedene Stoffwechselerkrankungen außer bei Para-/Tetraplegie, ohne komplizierende Diagnose, ohne endoskopische Einlage eines Magenballons, ohne äußerst schwere CC – K64A: Endokrinopathien, mit komplexer Diagnose und äußerst schweren CC – L60D: Niereninsuffizienz, mehr als ein Belegungstag, ohne Dialyse, ohne äußerst

schwere CC – U63Z: Schwere affektive Störung – U64Z: Angststörungen oder andere affektive und somatoforme Störungen – X62Z: Vergiftungen / Toxische Wirkungen von Drogen, Medikamenten und anderen Substanzen oder Folgen einer medizinischen Behandlung oder bestimmte Erfrierungen und andere Traumata – Z65Z: Beschwerden, Symptome, andere Anomalien und Nachbehandlung – ZE2012-40a und ZE2012-40b (Naturheilkundliche Komplexbehandlung) – ZE2012-41 (Multimodal – nicht operative Komplexbehandlung des Bewegungssystems)

zu beauftragen und nach zunächst erfolgter Bezahlung der Krankenhausrechnungen die Rechnungsbeträge daraufhin mit anderen Krankenhausrechnungen wieder zu verrechnen bis der Rechtsstreit in der Hauptsache rechtskräftig abgeschlossen ist.

Die Antragsgegnerin beantragt,

den Antrag abzulehnen.

Zur Ergänzung des Sachverhalts im Übrigen wird auf den Inhalt der Gerichtsakte Bezug genommen.

II.

Nach [§ 86b Abs. 2 SGG](#) kann das Gericht der Hauptsache auf Antrag eine einstweilige Anordnung in Bezug auf den Streitgegenstand treffen, wenn die Gefahr besteht, dass durch eine Veränderung des bestehenden Zustandes die Verwirklichung eines Rechts des Antragstellers vereitelt oder wesentlich erschwert werden könnte. Einstweilige Anordnungen sind auch zur Regelung eines vorläufigen Zustandes in Bezug auf ein streitiges Rechtsverhältnis zulässig, wenn eine solche Regelung zur Abwendung wesentlicher Nachteile nötig erscheint. Eine einstweilige Anordnung setzt einen Anordnungsanspruch und einen Anordnungsgrund voraus. Das Gericht entscheidet aufgrund einer summarischen Prüfung der Sach- und Rechtslage, ob ein Anordnungsanspruch und ein Anordnungsgrund vorliegen und welche Maßnahmen unter Abwägung der Belange der Öffentlichkeit und des Antragstellers nötig erscheinen. Anordnungsanspruch ist der materielle Anspruch, für den der Antragsteller vorläufigen Rechtsschutz sucht. Er ist identisch mit dem auch im Hauptsacheverfahren geltend zu machenden materiellen Anspruch. Anordnungsgrund ist die Eilbedürftigkeit einer vorläufigen Regelung.

Beide Voraussetzungen sind hier nicht gegeben. Denn es ist aufgrund der hier gebotenen pauschalen Prüfung der Sach- und Rechtslage nicht ersichtlich, dass die Antragsgegnerin Rechte der Antragstellerin vereiteln oder wesentlich erschweren würde oder dass streitige Rechtsverhältnisse gegenüber der Antragsgegnerin zu regeln wären, um von der Antragstellerin wesentliche Nachteile abzuwenden.

1. Hauptantrag (Ziffer 1)

Zunächst einmal ist zum zweiten Teil des Antrages, der Untersagung einer Aufrechnung, festzustellen, dass die Antragsgegnerin – nach dem Sachvortrag der

Antragstellerin und Kenntnis der Vorsitzenden aus zahlreichen hier anhängigen Klageverfahren – die "beanstandeten Rechnungen" innerhalb der nach der Pflegesatzvereinbarung vorgesehenen Zahlungsfrist von drei Wochen nach Zugang der Rechnung bezahlt. Erst nachdem dann eine Prüfung durch den MDK durchgeführt, die Rechnung beanstandet und die Antragstellerin ergebnislos zur Rechnungs Korrektur binnen sechs Wochen aufgefordert wurde, nimmt die Antragsgegnerin eine Aufrechnung in Höhe des ermittelten (vermeintlichen) öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruches vor gegen eine aktuell zur Zahlung fällige Rechnung der Antragstellerin für einen anderen Patienten. Teilweise erfolgt die Aufrechnung auch erst nach Einholung eines Zweitgutachtens, sofern ein – nach Ansicht der Antragsgegnerin ausreichend begründeter – Widerspruch durch die Antragstellerin eingereicht worden war. Die Aufrechnung gegen laufend fällige Krankenhausrechnungen mit einem öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch wurde und wird vom BSG in ständiger Rechtsprechung für zulässig erachtet (siehe zum Beispiel BSG vom 22.07.2004 – [B 3 KR 21/03 R](#)). Die Aufrechnung widerspricht gerade nicht dem Grundsatz, dass die Krankenkassen verpflichtet sind, die Liquidität der Krankenhäuser durch zügige Zahlung der Rechnungen zu sichern. Ein landesrechtliches Aufrechnungsverbot in Bayern existiert nicht. Ebenso wenig kann aus der Formulierung der Pflegesatzvereinbarung zum Punkt "Zahlungs- und andere Abrechnungsbestimmungen" (§ 12 in der Pflegesatzvereinbarung 2010 – § 17 in der Pflegesatzvereinbarung 2013) die Einrede erhoben werden, dass die Gegenforderung (der öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch) im Zeitpunkt der Aufrechnung nicht fällig wäre. Soweit das Sozialgericht Augsburg in mehreren Urteilen (zum Beispiel vom 22.07.2009 – [S 12 KR 35/09](#)) diese Auffassung vertreten hat, gilt dies nur für die Formulierung der Pflegesatzvereinbarung bis zum Jahr 2010. Dagegen wurde die Musterpflegesatzvereinbarung in Bayern ab 2011 in diesem Punkt geändert, und diese Änderung, die einer Aufrechnung nicht mehr entgegensteht, ist auch in der Pflegesatzvereinbarung der Antragstellerin übernommen worden.

Der Antragsgegnerin kann also bereits nicht untersagt werden, nach Beanstandung einer Rechnung durch den MDK den (vermeintlichen – zwischen den Beteiligten streitigen) öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch im Wege einer Aufrechnung geltend zu machen. Der Antragstellerin bleibt hiergegen der Klageweg offen.

Auch was den ersten Teil des Antrages anbelangt, der Antragsgegnerin eine "routinemäßige" Beauftragung des MDK mit der Prüfung von Krankenhausrechnungen zu untersagen, ist eine Rechtsgrundlage nicht ersichtlich.

Nach [§ 275 Abs. 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 Auffälligkeiten zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung eine gutachtliche Stellungnahme des MDK einzuholen. Das Vorgehen der Krankenkassen nach [§ 275 SGB V](#) hat seinen Ursprung darin, dass es zu den elementaren Aufgaben einer Krankenkasse gehört, auf die Einhaltung des Wirtschaftlichkeitsgebots ([§ 2 Abs. 1 Satz 1](#), [§ 4 Abs. 3](#), [§ 12 SGB V](#)) Acht zu

nehmen, welches uneingeschränkt auch im Bereich des Leistungserbringungsrechts gilt ([§ 70 Abs. 1 SGB V](#); siehe auch BSG vom 22.06.2010 – [B 1 KR 29/09 R](#)). Der Anspruch eines Versicherten auf Krankenhausbehandlung, die Pflicht der Krankenkasse zu ihrer Bewilligung sowie die Pflicht des Krankenhausträgers zu ihrer Bewirkung hängen von der Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots ab. Das Wirtschaftlichkeitsgebot verknüpft die Erforderlichkeit der Krankenhausbehandlung, ihre Vergütung und die Kontrolle des Vorliegens ihrer Voraussetzungen durch Krankenkassen und MDK untrennbar miteinander. [§ 275 Abs. 1 SGB V](#) basiert in diesem Sinne auf der gesetzlichen Pflicht einerseits der Krankenkassen, nur solche Leistungen zu bewilligen und andererseits der Krankenhäuser, nur solche Leistungen zu bewirken, die ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind und das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Ein Anspruch auf Vergütung stationärer Krankenhausbehandlung nach [§ 39 SGB V](#) setzt deshalb unter anderem voraus, dass die Behandlung notwendig beziehungsweise erforderlich war. [§ 275 Abs. 1 SGB V](#) verpflichtet die Krankenkassen, eben diese Voraussetzungen zu überprüfen und hierzu gegebenenfalls den MDK einzuschalten (so BSG vom 22.06.2010 – [B 1 KR 1/10 R](#)). Der Krankenkasse kann also nicht verboten werden, ihrer gesetzlichen Pflicht zur Prüfung von Krankenhausrechnungen auf ihre Korrektheit nachzukommen. Anders als die Antragstellerin meint, muss die Krankenkasse keine konkreten Auffälligkeiten in jedem Einzelfall benennen. Dies ist ihr nämlich in aller Regel auch gar nicht möglich, da ihr zusätzlich zur Rechnung lediglich die nach [§ 301 SGB V](#) übermittelten Daten zur Verfügung stehen. Ob beispielsweise die von der Antragstellerin in der Entlassungsmitteilung aufgeführten OPS für Komplexbehandlungen, die regelmäßig erhebliche Auswirkung auf die Höhe der Rechnung haben, korrekt in Rechnung gestellt wurden, also ob deren Voraussetzungen sämtlich erfüllt sind, lässt sich gerade nur anhand einer Überprüfung der Krankenakte feststellen; konkrete Auffälligkeiten können aufgrund der Entlassungsmitteilung nicht benannt werden. Die Antragstellerin verkennt in diesem Zusammenhang, dass Krankenkassen grundsätzlich dazu verpflichtet sind, die Voraussetzungen einer Leistung zu prüfen, und zwar nicht nur bei Auffälligkeiten.

Das Gericht verkennt nicht, dass durch die Antragsgegnerin bei der Antragstellerin eine sehr hohe Prüfquote der Rechnungen seit etwa 2011 veranlasst wurde und weiterhin wird. Eine Prüfquote von über 40 %, gegenüber etwa 11 % im Durchschnitt der Krankenhäuser, zusätzlich eine Prüfquote von zuletzt nahezu 100 % im Bereich der Komplexbehandlungen ist äußerst ungewöhnlich und kann durchaus – wie die Antragstellerin meint – den Verdacht nahe legen, dass die Antragsgegnerin damit die Antragstellerin in Bedrängnis bringen möchte. Allerdings hat zur Überzeugung des Gerichts die hohe Prüfquote einen schlüssig nachvollziehbaren Grund in der bislang hohen Quote der Beanstandungen der geprüften Rechnungen durch den MDK mit etwa 50 % (Vortrag der Antragsgegnerin – widerspiegelt auch in den von der Antragstellerin übersandten tabellarischen Übersichten zu den Rechnungen, die vom MDK geprüft und später aufgerechnet wurden). Es ist aus Sicht des Gerichts nur allzu logisch, dass je höher die "Erfolgsquote" der Krankenkasse ist, also je höher der Anteil der Beanstandungen an den geprüften Rechnungen ist, dies dazu führt, dass die Zahl der Prüfungen weiter erhöht wird, und zwar so lange, bis der Anteil der durch den MDK

beanstandeten Rechnungen erheblich sinkt. Ein anderes Vorgehen, nämlich die Senkung der Prüfquote bei hoher Beanstandungsquote, wäre nicht mit der Aufgabe der Krankenkasse zu vereinbaren, die Interessen der Versichertengemeinschaft im Hinblick auf einen korrekten Einsatz der Versichertengelder zu wahren.

Soweit geltend gemacht wird, dass durch das Prüfgebaren der Antragsgegnerin die Leistungserbringung bei der Antragstellerin ernsthaft beeinträchtigt werde, da die Ärzte gefordert seien, jeweils Stellungnahmen in den Prüfungsfällen zu erarbeiten, verkennt die Antragstellerin offensichtlich, dass die Beweislast dafür, dass der Krankenhausaufenthalt erforderlich war und die Abrechnung in vollem Umfang korrekt erfolgt ist, beim Krankenhaus liegt. Die für das Prüfverfahren entstehenden Kosten sind grundsätzlich Teil der Kosten der Leistungserbringung selbst, das heißt schon in die Vergütung für die erbrachten Leistungen mit "eingepreist" und können daher nur ausnahmsweise – unter eng umrissenen Voraussetzungen – den Krankenkassen zusätzlich und allein auferlegt werden (BSG vom 22.06.2010 – [B 1 KR 1/10 R](#)). Im Übrigen kann die Antragsgegnerin, sofern die Prüfung der Rechnung zu keiner erlöserheblichen Beanstandung geführt hat, nach [§ 275 Abs. 1c Satz 3 SGB V](#) von der Antragsgegnerin die Zahlung einer Aufwandspauschale von 300 EUR fordern. Anlass zur Schaffung des [§ 275 Abs. 1c Satz 3 SGB V](#) bot ausweislich der Gesetzesbegründung der Umstand, dass einzelne Krankenkassen die Prüfungsmöglichkeit nach [§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) "in unverhältnismäßiger und nicht sachgerechter Weise" zur Einzelfallsteuerung genutzt und sich so bei einzelnen Krankenkassen Prüfquoten bis zu 45 % aller Krankenhausfälle ergeben hatten. Dies führe – so die Gesetzesbegründung – insbesondere bei nicht zeitnahen Prüfungen zu "unnötiger Bürokratie", nämlich einer teilweise erheblichen Belastung der Abläufe in den Krankenhäusern mit zusätzlichem personellen und finanziellen Aufwand sowie zu in der Regel hohen und nicht gerechtfertigten Außenständen und Liquiditätsproblemen mit Unsicherheiten bei Erlösausgleichen und Jahresabschlüssen. Um vor diesem Hintergrund "einer ungezielten und übermäßigen Einleitung von Begutachtungen entgegenzuwirken", wurde eine Aufwandspauschale von ursprünglich 100 EUR (ab 25.03.2009 durch das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz vom 17.03.2009, [BGBl. I 534](#), erhöht auf 300 EUR) eingeführt. Mit dieser Pauschale sollten unter dem Blickwinkel eines angestrebten Bürokratieabbaus Anreize gesetzt werden, Einzelfallprüfungen "zukünftig zielorientierter und zügiger" einzusetzen (so zum Ganzen Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und SPD zum Entwurf des GKV-WSG, [Bundestagsdrucksache 16/3100 S. 171](#) zu Nr. 185 zu Buchstabe a). Der Gesetzgeber hat also für den von der Antragstellerin vermuteten Fall einer übermäßigen und sachlich nicht gerechtfertigten Anzahl von Prüfungen eine gesetzliche Regelung getroffen. Er hat es gerade nicht für notwendig angesehen, die Prüfquoten der Krankenhäuser generell zu beschränken auf einen bestimmten niedrigen Prozentsatz und den Krankenkassen darüber hinausgehende Prüfungen zu untersagen.

Im Übrigen ist der Antrag nach Ansicht des Gerichts auch nicht ausreichend bestimmt und bestimmbar, soweit formuliert ist, dass der Antragsgegnerin untersagt werden soll, den MDK Bayern "routinemäßig" mit der Prüfung von Krankenhausabrechnungen zu beauftragen. Was unter dem Begriff routinemäßig zu

verstehen ist, erschließt sich nicht automatisch, sondern erst durch Auslegung. Ein Antrag auf Untersagung muss jedoch so formuliert sein, dass auch eine Vollstreckung bei Zuwiderhandlung möglich ist. Dies ist bei dem vom Klägerbevollmächtigten formulierten Antrag gerade nicht der Fall. Es bliebe der Ansicht des Betrachters überlassen, ob damit das völlige Verbot einer Prüfung gemeint ist, ob nur eine Prüfquote von etwa 11 % pro Jahr erreicht werden soll, oder ob es auch möglich wäre eine Prüfquote von beispielsweise 20 % zu erreichen.

Auch ein Anordnungsgrund ist nicht glaubhaft gemacht. Die Antragstellerin stützt sich dabei auf den Vortrag, dass ihre Liquidität durch die vorgenommenen Aufrechnungen gefährdet beziehungsweise bereits eingeschränkt sei. Hierzu wurde ausschließlich ein Schreiben des Steuerberaters/Wirtschaftsprüfers vom 03.07.2013 vorgelegt, wonach die Liquidität von 2010 bis 2012 gesunken war, wobei vom Steuerberater pauschal erklärt wird, dass der Grund dafür in den Verrechnungen der Antragsgegnerin zu sehen sei. Diesem Bericht ist auch zu entnehmen, dass das Betriebsergebnis im Jahr 2012 mit 150.000 EUR negativ war. Auch würden sich Auswirkungen auf die Zahlungsverpflichtungen bereits zeigen. Obwohl vom Gericht mitgeteilt wurde, dass dieser Bericht alleine als nicht ausreichend angesehen werden könne, um einen Anordnungsgrund glaubhaft zu machen, erfolgten keine weiteren Darstellungen hierzu, beispielsweise konkret welche Zahlungsverpflichtungen nicht mehr oder nur unter Aufnahme unzumutbar hoher Kreditverpflichtungen erfüllt werden könnten.

Auch die tabellarischen Übersichten zu Zahl und Höhe der Aufrechnungen sind nicht geeignet, einen Anordnungsgrund glaubhaft zu machen. Denn die Antragstellerin lässt unberücksichtigt, dass die Antragsgegnerin zwischenzeitlich in zahlreichen anhängigen Klageverfahren Anerkenntnisse erklärt und damit Rückerstattungen einschließlich Verzinsung vorgenommen hat.

Der Annahme eines Anordnungsgrundes steht auch entgegen, dass sich die Antragstellerin, soweit ersichtlich, im Vorfeld nicht ernsthaft darum bemüht hat, mit Verantwortlichen der Antragsgegnerin und des MDK ein Gespräch zu führen, um die zahlreichen Probleme bei der Prüfung und der Aufrechnung zu klären. Die Antragstellerin kann sich dabei nicht darauf berufen, dass anlässlich des Schiedsverfahrens im Jahr 2012 Gespräche geführt worden wären. Denn im Rahmen des Schiedsverfahrens ging es um die Aufstellung des Budgets und nicht um diejenigen Probleme, die Gegenstand der einstweiligen Anordnung wären. Das Fehlen von Vorgesprächen ist auch insofern wesentlich, als nach Einschätzung des Sozialgerichts die Antragstellerin eine nicht unerhebliche "Mitschuld" an der "Eskalation" der Situation trägt. Aus den zahlreichen Klageverfahren bei der 12. Kammer und der 10. Kammer (hierfür in den letzten Monaten Vertretung durch die Vorsitzende der 12. Kammer) ergibt sich folgendes Bild: Dem MDK wurde in aller Regel zur Prüfung nicht die komplette Krankenakte übersandt, vielmehr wurden nur ausgesuchte Teile vom Krankenhaus zugeschickt. Nach Beiziehen der Krankenakte hat sich für das Gericht in vielen Fällen schon aus laienhafter Sicht die Vermutung ergeben, dass die Krankenakte wesentliche Informationen (zum Beispiel: Berichte der behandelnden Ärzte und Angaben der Patienten zur vorhergehenden Behandlung – soweit Notwendigkeit der stationären Krankenhausbehandlung

streitig war) enthält, die dem MDK bei der Erstbegutachtung nicht zur Verfügung standen. Das Gericht hat daher die Antragsgegnerin darum gebeten, nochmals den MDK mit einer Prüfung anhand der kompletten Krankenakte zu beauftragen. Dies hat zwischenzeitlich bei den inzwischen durchgeführten Zweitgutachten dazu geführt, dass der MDK in etwa der Hälfte der Fälle die frühere Beanstandung nicht mehr aufrechterhalten und die Antragsgegnerin konsequenterweise Anerkenntnisse erklärt hat. Dass dem MDK sämtliche für die Beurteilung notwendigen Unterlagen bereits im Rahmen des Erstgutachtens zugehen, ist die alleinige Verantwortung des Krankenhauses. Ebenso ist für das Gericht nicht verwunderlich, dass auf die Widersprüche der Antragstellerin nur selten ein Zweitgutachten durch die Antragsgegnerin eingeholt wurde. Denn die Widersprüche sind in aller Regel "inhaltsleer"; sie beschränken sich darauf, die eigene Einschätzung zur Notwendigkeit der Behandlung zu wiederholen, ohne konkreten Bezug auf einschlägige Befunde zu nehmen und einschlägige Passagen aus der Krankenakte zu zitieren beziehungsweise diese Unterlagen beizufügen (im verschlossenen Umschlag – damit datenschutzrechtlich nur der MDK von den geschützten Patientendaten Kenntnis erhält) und so dem MDK eine sinnvolle Prüfgrundlage für ein Zweitgutachten zu bieten. Unverständlich ist für das Gericht auch, dass seitens der Antragstellerin die Möglichkeit einer Mediation im Rahmen eines Güterichterverfahrens abgelehnt wurde. Gerade die Mediation würde die Möglichkeit bieten, die zwischen Antragstellerin, Antragsgegnerin und MDK offensichtlich verfahrenere Situation aufzuarbeiten.

2. Hilfsantrag

Der Hilfsantrag unterscheidet sich vom Hauptantrag lediglich darin, dass der Antrag auf einzelne genau benannte DRG beschränkt wird. Zu Anordnungsanspruch und Anordnungsgrund gelten insofern die Ausführungen zum Hauptantrag entsprechend.

Der Antrag war daher insgesamt abzulehnen.

3. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) in Verbindung mit [§§ 161 Abs. 1, 154 Abs. 1](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).

4. Die Streitwertfestsetzung beruht auf [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) in Verbindung mit dem Gerichtskostengesetz (GKG). Gemäß [§ 53 Abs. 3 Nr. 4](#), [§ 52 Abs. 1 GKG](#) ist der Streitwert nach der sich aus dem Antrag für die Antragstellerin ergebenden Bedeutung der Sache nach Ermessen zu bestimmen. Eigentliches Ziel der Hauptsache und der einstweiligen Anordnung ist die Verhinderung von Aufrechnungen, und damit die vollständige Zahlung sämtlicher aktueller Rechnungen. Da es hier um die Zukunft geht, ist der Ansatz des Klägerbevollmächtigten zur Ermittlung des Streitwertes insofern nicht nachvollziehbar, als konkret die bereits entstandenen "Erlöseinbußen" zur Bestimmung der Streitwertes herangezogen werden. Denn es ist das Interesse der Antragstellerin für die Zukunft zugrunde zu legen. Hierbei kann allerdings die voraussichtliche Erlöseinbuße eines Jahres von circa 150.000 EUR als Basis angesetzt werden. Da es um eine wiederkehrende, nämlich laufende Durchführung

von Aufrechnungen geht, ist diese Langzeitwirkung bei der Streitwertfestsetzung gebührend zu berücksichtigen. Ein bestimmter Zeitraum ist nicht streitig, denn der Antrag enthält keine zeitliche Befristung. Es erscheint daher angebracht, die geschätzte voraussichtliche Erlöseinbuße für zwei Jahre der Streitwertfestsetzung zugrunde zu legen. Den Wert der Hauptsache sollte man dabei nur dann einsetzen, wenn die Bedeutung des vorläufigen Verfahrens dem Hauptsacheverfahren gleichkommt, etwa weil die Einordnung bereits vollendete Tatsachen schafft (Hartmann, GKG, 38. Auflage § 53 Rz. 24). Dies ist hier nach Einschätzung des Gerichts im Wesentlichen der Fall, denn die Antragstellerin könnte auch bei Stattgabe der einstweiligen Anordnung und späterer Klageabweisung einen erheblichen Liquiditätsgewinn erzielen. Dennoch erscheint angebracht, hier einen Abschlag vorzunehmen und nur die Hälfte des für die Hauptsache anzunehmenden Streitwertes anzusetzen, damit 150.000 EUR.

Erstellt am: 19.07.2016

Zuletzt verändert am: 19.07.2016