S 91 KR 239/20

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Berlin-Brandenburg
Sozialgericht	Landessozialgericht Berlin-Brandenburg
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	26.
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	Aufwandspauschale

Stationäre Behandlung

AOP-Katalog

Entlassungsdatum,

Entlassungsart

Verschlüsselung

Unrichtige Angaben

Mitteilungspflichten

Mitverantwortung

Prozesszinsen

Leitsätze

1. Der Anspruch auf die Aufwandspauschale unterliegt auch nach der Gesetzesänderung in [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) (a.F.) zum 1. Januar 2016 strukturellen Einschränkungen.

2. Er entsteht dann nicht, wenn das Krankenhaus selbst durch eine unrichtige, unvollständige oder missverständliche Abrechnung oder ein vergleichbares pflichtwidriges Verhalten den Grund für die Einschaltung des MDK und damit den Aufwand gesetzt hat.

Normenkette

SGB V (i.d.F. vom 10.12.2015),

SGB V [§ 301](#)

SGB V § 115 a

[SGG § 124 Abs. 2](#)

1. Instanz

Aktenzeichen

S 91 KR 239/20

Datum

09.05.2022

2. Instanz

Aktenzeichen

L 26 KR 214/22

Datum

24.03.2023

3. Instanz

Datum

-

Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 9. Mai 2022 wird zur^{1/4}ckgewiesen.

Â

Die Beklagte trÄ¼gt auch die Kosten des Berufungsverfahrens.

Â

Die Revision wird nicht zugelassen.

Â

Â

Tatbestand

Â

Die Beteiligten streiten Ä¼ber die Zahlung einer Aufwandspauschale in HÄ¼he von insgesamt 300 Euro nebst Zinsen seit RechtshÄ¼ngigkeit.

Â

Die KlÄ¼gerin ist als eingetragener Verein (e.Ä V.) TrÄ¼gerin eines in den Landeskrankenhausplan Berlin aufgenommenen und fÄ¼r die Behandlung gesetzlich Versicherter zugelassenen Akutkrankenhauses. Das Krankenhaus nahm

am Morgen des 21. Januar 2019 die bei der Beklagten versicherte G. M. (geboren am 3. Juni 1963 im Folgenden die Versicherte) planmäßig mit den Aufnahmediagnosen N92.0 (Zu starke oder häufige Menstruation bei regelmäßigem Menstruationszyklus), F40.2 (Spezifische (isolierte) Phobien) und Z86.5 (Andere psychische Krankheiten oder Verhaltensstörungen in der Eigenanamnese) auf. Die Aufnahme erfolgte zur vollstationären Behandlung, die Entlassung war im Hinblick auf mögliche Nachblutungen und postoperative Schmerzen für den nächsten Tag, den 22. Januar 2019, geplant (vgl. medizinische Behandlungsplanung des Krankenhauses vom 25. Januar 2019).

Ä

Das Krankenhaus der Klägerin führte am 21. Januar 2019 im Rahmen einer Operation mittels Hysteroskopie (Gebärmutter Spiegelung) die Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus (OPS-Kode 5-681.83) sowie die Entfernung von Myomen durch, dabei erfolgte eine Biopsie am Endometrium mittels fraktionierter Kürettage (OPS 1-471.2, lt. Patientenakte: Ende der OP 12.10 Uhr gemäß ANDOK = Dokumentation Anästhesie).

Ä

Die Versicherte verließ das Krankenhaus am Abend des 21. Januar 2019 auf eigenen Wunsch (Eintrag im System der Klägerin um 18.54 Uhr: Patientin wünscht die heutige Entlassung, Patientin wird über postoperative Verhaltensmaßnahmen aufgeklärt, so S. 5/5 der Patientenakte). Nach dem elektronisch geführten Datensatz der Klägerin erfolgte die Entlassung um 19.26 Uhr.

Ä

Die Klägerin übermittelte der Beklagten im Verfahren der elektronischen Datenübertragung (DAT) verschlüsselt die Aufnahmedaten, konkret den Aufnahmetag, den Aufnahmegrund der Krankenhausbehandlung, vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung (Normalfall) sowie alle o.g. Aufnahmediagnosen, den Entlassungstag, die Uhrzeit und den Entlassungsgrund. Im Rahmen der Datenübertragung verschlüsselte die Klägerin als Entlassungsgrund 019 Behandlung regulär beendet mit den zeitlichen Angaben 21. Januar 19.26 Uhr.

Ä

Per Fax-Nachricht vom 25. Januar 2019 wurde der Beklagten die o.g. Behandlungsplanung übersandt, wonach die Entlassung für den 22. Januar 2019 geplant war.

Ä

Mit der (elektronischen) Kostenübernahme vom 22. Januar 2019 bestellte die

Beklagte der KlÄgerin das Versichertenverhältnis und die Übernahme der Kosten für die medizinisch notwendige Behandlung. Eine Prüfung der Schlussrechnung behielt sie sich vor.

Ä

Die KlÄgerin berechnete für die Behandlung der Versicherten die DRG N25Z (Andere Eingriffe an Uterus und Adnexen oder bestimmten Hernien außer bei bÄrtiger Neubildung, ohne komplexe Diagnose oder andere kleine Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen). Die Beklagte beglich die am 22. Januar 2019 Äbermittelte Schlussrechnung in Höhe von 2.168,18 Euro.

Ä

Am 6. Februar 2019 beauftragte die Beklagte den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK, heute MD) mit der Prüfung einer primären Fehlbelegung, d.h., der Fragestellung: „Bestand die medizinische Notwendigkeit der Aufnahme in ein Krankenhaus zur stationären Behandlung?“. Der MDK Äbermittelte der KlÄgerin eine entsprechende Prüfungsanzeige.

Ä

Das Prüfungsverfahren wurde am 16. August 2019 nach Äbermittlung des Ergebnisses der MDK-Prüfung ohne Beanstandung des Abrechnungsergebnisses abgeschlossen. Nach Feststellung des MDK auf der Grundlage eines bilateralen Fallgesprächs während einer Krankenhausbegehung bestand eine Notwendigkeit der Aufnahme zur stationären Behandlung. Ausweislich des dazu verwendeten Vordrucks zur Sozialmedizinischen Fallberatung wurde die handschriftliche Feststellung „Entlassung: 22.01.19 012“ auf eigenen Wunsch sowohl vom MDK als auch seitens des Krankenhauses unterzeichnet.

Ä

Die KlÄgerin forderte von der Beklagten für das Prüfungsverfahren betreffend die Behandlung der o.g. Versicherten die Zahlung einer Aufwandspauschale in Höhe von 300,00 Euro gemäß [Ä§ 275 Abs. 1 Nr. 1](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V, Nachberechnung vom 6. September 2019). Die Beklagte lehnte dies am 21. Januar 2020 mit der Begründung ab, eine Abrechnungsprüfung i.S. des Gesetzes bestehe nicht schon bei jeglicher Rückfrage einer Krankenkasse beim Krankenhaus im Zusammenhang mit dessen Abrechnung, sondern nur bei einer Auffälligkeitsprüfung. Voraussetzung sei eine durch die Krankenkasse veranlasste Prüfung mit dem Ziel der Verminderung des Rechnungsbetrages. Für eine Abrechnungsprüfung im engeren Sinne müsse die Krankenkasse den MDK beauftragt haben, eine gutachterliche Stellungnahme mit dem Ziel abzugeben, in Verfolgung des Wirtschaftlichkeitsgebotes zu einer Verminderung der abgerechneten Vergütung zu gelangen. Soweit das Krankenhaus dem MDK dagegen nur im Rahmen der Abklärung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit der

Abrechnung die Möglichkeit eröffne, die Behandlungsunterlagen einzusehen oder einer Krankenhausbegehung zustimme, finde [Â§ 275 Abs. 1c Satz 3 SGB V](#) keine Anwendung, weil es sich (dann) nicht um eine Auffälligkeitsprüfung handle. Im Fall der Versicherten habe die Beklagte eine sachlich-rechnerische Prüfung der Abrechnung vorgenommen, weshalb die Aufwandspauschale nicht angefallen sei.

Â

Die Klägerin hat am 5. Februar 2020 Klage zum Sozialgericht Berlin, gerichtet auf die Zahlung der Aufwandspauschale in Höhe von 300,00 Euro nebst Zinsen, erhoben. Eine Diskussion zur Frage der sachlich-rechnerischen Prüfung sei mit Blick auf die Änderung des [Â§ 275 Abs. 1c SGB V](#) zum 1. Januar 2016 obsolet. Danach sei als Prüfung i. S. der genannten Vorschrift jede Prüfung der Abrechnung eines Krankenhauses anzusehen, mit der die Krankenkasse den MDK beauftrage und die eine Datenerhebung durch diesen beim Krankenhaus erfordere. Mit der Einföhrung des Satz 4 zum 1. Januar 2016 sei auch die frühere Rechtsprechung des BSG, wonach nicht jede nachträgliche Prüfung im Zusammenhang mit der Abrechnung einer Krankenhausbehandlung unter Einschaltung des MDK den Anspruch auf eine Aufwandspauschale begründende, nicht mehr einschlägig.

Es sei nicht nachvollziehbar, wenn die Beklagte im Klageverfahren die Zahlung mit dem neuen Argument ablehne, die Klägerin habe die Prüfung des Behandlungsfalles selbst zu verantworten, weil sie den Entlassungsgrund gegenüber der Beklagten nicht zutreffend angeben habe.

Â

Der Gesetzgeber habe gerade bei Änderung des [Â§ 275 SGB V](#) zum 1. Januar 2016 die Zwecke der Beschleunigung und Planungssicherheit betont. Dieser Intention widerspreche eine Tatbestandsauslegung, die zusätzlich prüfe, ob das Krankenhaus einen Anlass zur Prüfung durch den MDK gegeben habe. Hätte der Gesetzgeber bestimmte Fälle nach dem Verursacherprinzip ausschließen wollen, hätte er das in Kenntnis der insoweit bestehenden teleologisch begründeten Rechtsprechung des BSG mit der Gesetzesänderung zum Januar 2016 eindeutig zum Ausdruck bringen müssen. Der Gesetzgeber habe mit der Änderung des [Â§ 275 Abs. 1c SGB V](#) zum 1. Januar 2016 eindeutig klargestellt, dass die Aufwandspauschale unabhängig davon anfallt, ob die Einschaltung des MDK durch eine unrichtige Abrechnung des Krankenhauses bedingt sei.

Â

Ungeachtet dessen habe die Klägerin nicht dadurch die Prüfung durch den MDK veranlasst, indem sie im Rahmen der Datenübermittlung nicht die Verschlüsselung auf eigenen Wunsch gewählt habe. Für den Entlassungsgrund auf eigenen Wunsch gebe es im Rahmen des Datenaustauschverfahrens schlichtweg kein eigenes Entlassungskennzeichen, sondern es gebe nur den Entlassungsgrund gegen ärztlichen Rat.

Tatsächlich sei die Versicherte hier aber nicht gegen ärztlichen Rat entlassen worden, vielmehr sei eine reguläre Entlassung erfolgt. Im Übrigen habe sich der Präfaufrag an den MDK gar nicht auf die Entlassungsgründe bezogen. Er habe gelautet: „Bestand die medizinische Notwendigkeit der Aufnahme in ein Krankenhaus zur stationären Behandlung?“. Es sei vor diesem Hintergrund nicht nachvollziehbar, warum bei Angabe des Entlassungsgrundes „auf eigenen Wunsch“ die Beauftragung des MDK unterblieben wäre. Die Entlassungsart habe auf die grundsätzlich bei Aufnahme zu präfende medizinische Notwendigkeit der stationären Behandlung keinen Einfluss.

Ä

Schließlich Ä habe die KIÄgerin die Notwendigkeit stationärer Behandlung gegenüber der Beklagten mit dem stationären Behandlungsplan begründet. Die Beklagte habe bei Bedenken oder weitergehenden Informationsbedürfnissen die Möglichkeit gehabt, einen Kurzbericht i. S. des Vertrags über Allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung für Berlin anzufordern. Auch habe das Sozialgericht Berlin in einem parallelen Verfahren (S 76 KR 992/20) die Auffassung der KIÄgerin geteilt und die Krankenkasse zur Zahlung der Aufwandspauschale verurteilt.

Ä

Mit Urteil vom 9. Mai 2022 hat das Sozialgericht Ä im Einverständnis beider Beteiligten ohne mündliche Verhandlung Ä die Beklagte verurteilt, an die KIÄgerin die Aufwandspauschale in Höhe von 300,00 Euro nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit Rechtshängigkeit zu zahlen. Zur Begründung hat das Sozialgericht ausgeführt, seit Änderung des § 275 Abs. 1c Satz 4 SGB V zum 1. Januar 2016 sei als Präfung i. S. der Vorschrift jede Präfung der Krankenhausabrechnung zu sehen, mit der die Krankenkassen den MDK beauftragten und die eine Datenerhebung des MDK beim Krankenhaus erfordere. Vorliegend sei es bei der Präfung der Abrechnung durch den MDK im Auftrag der Beklagten zu einer Datenerhebung bei der KIÄgerin gekommen. Ob es sich dabei um eine Überpräfung auf sachlich-rechnerische Richtigkeit oder eine Auffälligkeitspräfung gehandelt habe, sei für die Aufwandspauschale ohne Belang. Die Präfung habe nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages geführt. Der Gesetzgeber habe anlässlich der Änderung zum 1. Januar 2016 betont, die Präfung bei den Krankenhäusern sei durch eine Pauschale zu entschädigen, wenn dem jeweiligen Krankenhaus ein besonderer Aufwand entstanden sei und es im Zuge der Präfung nicht zu einer Anspruchsminderung komme. Dieser Intention widerspreche eine Auslegung, die als quasi zusätzliche Tatbestandsvoraussetzung präfe, ob das Krankenhaus einen Anlass zur Präfung gegeben habe und ihm insoweit ein Fehlverhalten anzulasten sei. Wenn der Gesetzgeber bestimmte Konstellationen nach dem Verursacherprinzip von der Zahlung der Aufwandspauschale hätte freistellen wollen, hätte er dies in Kenntnis der o. g. Rechtsprechung des BSG zur Bedeutung einer Mitverursachung mit der Neufassung der Vorschrift eindeutig klargestellt. Das Schweigen der zum 1. Januar 2016 erfolgten Änderung des § Ä

[275](#) Â SGB V lasse insoweit darauf schlieÃen, dass es fÃ¼r den Gesetzgeber gerade nicht auf die Richtigkeit der Abrechnung angekommen sei. Im Ã¼brigen habe die KlÃ¤gerin der Beklagten auch keinen Anlass zu einer Einschaltung des MDK gegeben. Die mitgeteilte Entlassungsart hÃ¤tte keinen Einfluss auf die Frage der Notwendigkeit der stationÃ¤ren Behandlung, die Inhalt des PrÃ¼fauftrags an den MDK gewesen sei. Das Sozialgericht hat die Berufung wegen grundsÃ¤tzlicher Bedeutung zugelassen.

Â

Die Beklagte hat gegen das ihren BevollmÃ¤chtigten am 23. Mai 2022 zugestellte Urteil am 23. Juni 2022 Berufung eingelegt.

Â

Die Krankenkassen seien bei einem VerstoÃ des Krankenhauses gegen seine gesetzlichen Ãbermittlungspflichten nicht zur Zahlung der Aufwandspauschale verpflichtet. GemÃ¤Ã der stÃ¤ndigen Rechtsprechung des BSG bestÃ¼nden zwischen dem Krankenhaus, dem MDK und der Krankenkasse wechselseitige Auskunft- und Mitwirkungspflichten auf drei Ebenen. Auf der ersten Stufe hÃ¤tten die KrankenhÃ¤user die Pflicht, den Krankenkassen bei Krankenhausbehandlung die in Â§ 301 Abs. 1 SGB V genannten Angaben im Wege elektronischer DatenÃ¼bertragung oder maschinell verwertbar auf DatentrÃ¤gern zu Ã¼bermitteln. Dem Krankenhaus obliege auÃerdem eine BegrÃ¼ndungspflicht in den FÃ¤llen, in denen regelhaft eine ambulante Behandlung mÃ¶glich sei. Eine ambulante Behandlung sei insbesondere regelhaft mÃ¶glich, wenn sie eine Leistung aus dem Katalog des Vertrags nach [Â§ 115b Absatz 1 SGB V](#) â Ambulantes Operieren, sonstige stationsersetzende Eingriffe und stationsersetzende Behandlungen im Krankenhaus (AOP-Vertrag) â beinhalte. Das Krankenhaus habe bei Erbringung solcher Leistungen deshalb Ã¼ber die Angabe der Krankheit hinaus der Krankenkasse auch Mitteilung zu machen, warum ausnahmsweise eine stationÃ¤re Behandlung erforderlich sei. Dies gebiete nicht zuletzt der Grundsatz der ambulanten vor der stationÃ¤ren Behandlung.

Â

Im vorliegenden Fall habe die KlÃ¤gerin fÃ¼r die Versicherte eine Leistung aus dem Katalog des AOP-Vertrags erbracht. Die GrÃ¼nde fÃ¼r die behauptete Notwendigkeit der stationÃ¤ren Behandlung seien aus den Daten des [Â§ 301 SGB V](#) nicht zweifelsfrei ersichtlich gewesen. Die KlÃ¤gerin habe eine besondere medizinische BegrÃ¼ndung zu UmstÃ¼nden, die hier ausnahmsweise eine stationÃ¤re Behandlung bedingt hÃ¤tten und der Beklagten gemÃ¤Ã [Â§ 301 SGB V](#) zu Ã¼bermitteln gewesen wÃ¤ren, nicht gegeben. Das BSG habe zuletzt bestÃ¤tigt, dass ein Krankenhaus in FÃ¤llen in denen regelhaft eine ambulante Behandlung ausreichend sei, nicht nur eine Aufnahme-diagnose benennen dÃ¼rfe, die die Ã¤rztliche Behandlung rechtfertige, sondern gerade die stationÃ¤re Versorgung bedinge. Diese Obliegenheit gelte unabhÃ¤ngig von der mitgeteilten Entlassungsart, wenn eine Leistung aus dem AOP-Katalog vorgelegen habe und

diese damit regelhaft ambulant möglich sei. Die Mitteilungspflicht gelte umso mehr, als die Entlassung hier bereits am selben Tag der Aufnahme und gegen ärztlichen Rat erfolgt sei.

Ä

Allein die Erfüllung der den Krankenkassen obliegenden Prüfpflicht gemäß § 275 SGB V könne dagegen nicht einseitige Zahlungsansprüche des Krankenhauses gegen die Krankenkasse begründen. Das gelte insbesondere bei nachgewiesener Fehlerhaftigkeit der Abrechnung des Krankenhauses.

Ä

Sollte sich anhand der Patientendokumentation zudem nachvollziehen lassen, dass wie im bilateralen Fallgespräch zwischen MDK und Krankenhaus vermerkt die Entlassung der Versicherten tatsächlich erst am 22. Januar 2019 um 0.12 Uhr erfolgt sei, seien der der Beklagten elektronisch übermittelte Datensatz mit dem Entlassungszeitpunkt noch am 21. Januar 2019 und auch die angegebene Entlassungsart falsch. Die Klägerin habe dann bereits deshalb die Prüfung durch den MDK selbst veranlasst.

Ä

Die Beklagte beantragt schriftsätzlich,

Ä

das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 9. Mai 2022 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Ä

Die Klägerin beantragt schriftsätzlich,

Ä

das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 9. Mai 2022 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Ä

Die vom MDK auf dem Begutachtungsergebnis handschriftlich vermerkte Uhrzeit 0.12 Uhr sei die systemische Entlassung, d. h., die Eingabe der Entlassung der Versicherten im System der Verlaufsdocumentation der Klägerin und damit ein Abschluss der Pflegedokumentation durch den Spät-/Nachtdienst nach 0.00 Uhr. Vielleicht habe man insoweit diese Uhrzeit der Speicherung der Daten als Entlassungszeit interpretiert. Der Zeitpunkt der tatsächlich erfolgten Entlassung der Versicherten ergebe sich aus der Patientenakte wie auch die zutreffende Angabe der Art der Entlassung. Es habe danach keine Entlassung gegen

Ärztlichen Rat vorgelegen, das habe die Klägerin auch nie vorgetragen. Ohne die Angst der Versicherten, einer „Angst-Patientin“, hätte das Krankenhaus an einem weiteren stationären Aufenthalt festgehalten. Eine Entlassung der Versicherten erst am 22. Januar 2019 hätte zur Abrechnung eines weiteren Behandlungstages führen müssen. Eine entsprechend korrigierte Abrechnung sei aber nicht erfolgt. Soweit sich die Beklagte im Berufungsverfahren erstmals darauf stütze, die Klägerin habe das Prüfverfahren veranlasst, weil sie keine ausreichende Begründung für die stationäre Behandlung gegeben habe, sei das unzutreffend. Denn die Klägerin habe nach entsprechenden Hinweisen der Beklagten im Rahmen des Verfahrens gemäß [§ 301 SGB V](#) vom 24. Januar 2019 nachweislich am 25. Januar 2019 einen Behandlungsplan als Begründung für die stationäre Behandlungsnotwendigkeit an die Beklagte übersandt.

Ä

Sie verweist im Übrigen auf ihr erstinstanzliches Vorbringen und die rechtskräftige Entscheidung des Sozialgerichts Berlin im Verfahren S 76 KR 992/20.

Ä

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die ausgetauschten Schriftsätze nebst Anlagen, die Verwaltungsakte der Beklagten sowie die Patientenakte verwiesen.

Ä

Ä

Entscheidungsgründe

Ä

Ä

A. Der Senat durfte eine Entscheidung im schriftlichen Verfahren ohne mündliche Verhandlung treffen. Die Beteiligten haben dazu jeweils vorbehaltlos ihr Einverständnis erklärt ([§ 153 Abs. 1](#) Sozialgerichtsgesetz – SGG – i. V. m. [§ 124](#) Abs. 2 SGG, vgl. zu den Anforderungen an das Einverständnis jüngst BSG, Beschluss vom 8. Dezember 2022 – [B 7 AS 121/22](#) B – juris).

Ä

B. Die zulässige Berufung der Beklagten hat keinen Erfolg.

Ä

Sie ist nicht begründet, denn das Sozialgericht hat im Ergebnis zu Recht auf die Klage der Klägerin die Beklagte zur Zahlung der Aufwandspauschale nebst Zinsen seit Rechtshängigkeit verurteilt. Die Klägerin hat einen Anspruch auf die Zahlung der Aufwandspauschale und auf die Prozesszinsen.

Ä

I. Die Klägerin begehrt zulässigerweise im Wege der einfachen Leistungsklage (Ä§ Ä [54](#) Ä Abs. 5 SGG) die Verurteilung der Beklagten zur Zahlung der o.g. Pauschale. Die Beteiligten stehen sich im Abrechnungsverhältnis stationärer Krankenhausleistungen auf der Ebene der Gleichordnung gegenüber (für den Erstattungsanspruch wegen gezahlter Aufwandspauschalen zuletzt ausgeführt von BSG, Urteil vom 16. Ä Juli Ä 2020 Ä [B 1 KR 15/19 R](#) Ä, juris).

Ä

II. Die Klage der Klägerin ist begründet. Der Anspruch auf Zahlung der Aufwandspauschale ist dem Grunde und der Höhe nach begründet und fällig.

Ä

Zutreffend hat das Sozialgericht ihn auf [Ä§ 275 Abs. 1c Satz 3](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB Ä V) in der insoweit seit dem 1. Januar 2016 bis zum 31. Ä Dezember 2019 unveränderten Fassung des Krankenhausstrukturgesetzes (KSHG) vom 10. Dezember 2015 ([BGBl. I, S. 2229](#)) gestützt (jetzt: Ä§ Ä [275c](#) Ä Abs. Ä 1 Ä SGB V in der ab 1. Januar 2020 geltenden Fassung). Maßgeblich für die Frage, welche Fassung von Ä§ Ä [275 SGB V](#) zur Anwendung kommt, ist der Zeitpunkt, in welchem der Präfauftrag der Krankenkasse dem Krankenhaus zugeht, dies geschieht regelmäßig in Gestalt der Präfanzeige (BSG, Urteil vom 16. Juli 2020 Ä [B 1 Ä KR 15/19 R](#) Ä, Rn. 14, juris). Der MDK hat der Klägerin den Präfauftrag mit Präfanzeige vom 6. Februar 2019 mitgeteilt.

Ä

[Ä§ 275 Abs. 1c SGB V](#) a.F. regelt das Präfverfahren bei Krankenhausbehandlung nach [Ä§ 39 SGB V](#). Bei letzterer ist eine Präfung durch den MDK nach [Ä§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) zeitnah durchzuführen (Ä§ Ä [275 Abs. 1c Satz 1 SGB V](#) a. F.). Diese Präfung ist spätestens sechs Wochen nach Eingang der Abrechnung bei der Krankenkasse einzuleiten und durch den MDK dem Krankenhaus anzuzeigen (Ä§ Ä [275](#) Ä Abs. 1c Satz 2 SGB V a.F.). Daran anschließend bestimmt [Ä§ 275 Abs. 1c Satz 3 SGB V](#) a.F.: Ä Falls die Präfung nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages führt, hat die Krankenkasse dem Krankenhaus eine Aufwandspauschale in Höhe von 300 Euro zu entrichten.Ä Ferner regelt [Ä§ 275 Abs. 1c Satz 4 SGB V](#) a.F., dass als Präfung nach Satz 1 jede Präfung der Abrechnung eines Krankenhauses anzusehen ist, mit der die Krankenkasse den Medizinischen Dienst beauftragt und die eine Datenerhebung durch den Medizinischen Dienst beim Krankenhaus erfordert. Satz 4 wurde mit Wirkung zum 1. Januar 2016 neu eingeführt.

Ä

III. Der Anspruch auf Entrichtung einer Aufwandspauschale ist im Fall der KIÄxgerin entstanden, denn die gesetzlichen Tatbestandsvoraussetzungen sind erfüllt.

Ä

Die Beklagte hat mit dem Auftrag an den MDK mit dem Inhalt, zu prüfen, ob für die stationäre Behandlung der Versicherten am 21. Januar 2019 eine medizinische Notwendigkeit bestand, eine Prüfung i.S. des [Ä§ 275 Abs. 1c Satz 1 i. V. m. Satz 2 SGB V](#) veranlasst. Die Prüfung des MDK betraf eine Krankenhausbehandlung nach [Ä§ 39 SGB V](#) (vgl. dazu [Ä§ 275 Abs. 1c Satz 1 SGB V](#)). Die Versicherte wurde am 21. Januar 2019 stationär in das Krankenhaus der KIÄxgerin aufgenommen, es lag keine Durchführung und Abrechnung einer ambulanten Operation i. S. des [Ä§ 115b SGB V](#) vor. Das ergibt sich nicht zuletzt aus der Behandlungsplanung vom 25. Januar 2019 und der Schlussrechnung, in welcher die KIÄxgerin eine stationäre Krankenhausbehandlung abrechnete. Die Prüfung des MDK begründete auch ihrer Art nach die Entstehung der Aufwandspauschale. Seit der Einföugung des [Ä§ 275 Abs. 1c Satz 4 SGB V](#) begründet jede Prüfung durch den MDK, in welcher er die Abrechnung einer stationären Behandlung prüft und die einen Aufwand durch Erhebung von Daten beim Krankenhaus verursacht und damit Außenwirkung hat, die Entstehung der Aufwandspauschale. Die Einföugung des Satzes 4 reagierte auf die den Anwendungsbereich zuvor einschränkende Rechtsprechung des BSG, wonach [Ä§ 275 Abs. 1c SGB V](#) nur die sog. Auffälligkeitsprüfung i.S. von [Ä§ 275 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#) (a.F.) erfassen sollte, hingegen nicht die Richtigkeit der Abrechnung der erbrachten Leistung i. S. der sachlich-rechnerischen Richtigkeit der Abrechnung (z. B. hinsichtlich der Kodierung). In der Gesetzesbegründung nimmt der Gesetzgeber ausdrücklich Bezug auf diese Rechtsprechung ([BT-Drucks. 18/6586, S. 110](#) zu Artikel 6).

Ä

Die Prüfung hat bei der KIÄxgerin zur Entstehung eines Aufwandes geführt und sie erfolgte nach Erteilung der Schlussrechnung (zu diesem Erfordernis, Pad©/Wenner/Lungstras in: Eichenhofer/von Koppenfels-Spie/Wenner, SGB V, 3. Aufl. 2018, [Ä§ 275 Rn. 29 m. w. N.](#) aus der Rechtsprechung auch des LSG Berlin-Brandenburg) und unter Erhebung von Daten, die das Krankenhaus dem MDK zur Verfügung stellte (sog. bilaterales Fallgespräch). Die Prüfung des MDK führte schließlich nicht zu einer Minderung des abgerechneten Betrags für die Krankenhausbehandlung (vgl., [Ä§ 275 Abs. 1c Satz 3 SGB V](#)).

Ä

IV. Der Anspruch der KIÄxgerin ist nicht dadurch ausgeschlossen, dass diese das Prüfverfahren und damit die Einschaltung des MDK durch eine fehlerhafte Abrechnung oder ein sonstiges vergleichbares vertragswidriges eigenes Verhalten veranlasst hat.

Â

1. Tatsächlich unterliegt der Anspruch auf die Aufwandspauschale auch nach der Gesetzesänderung in [Â§ 275 Abs. 1c SGB V](#) zum 1. Januar 2016 strukturellen Einschränkungen. Er entsteht dann nicht, wenn das Krankenhaus selbst durch eine unrichtige, unvollständige oder missverständliche Abrechnung oder ein vergleichbares pflichtwidriges Verhalten den Grund für die Einschaltung des MDK und damit den Aufwand gesetzt hat.

Â

Das Bundessozialgericht begrenzte seit dem Urteil vom 22. Juni 2010 (B 1 KR 1/10 R) den Anspruch auf die Aufwandspauschale mit Blick auf den Sinn und Zweck der Anspruchsgrundlage in ihrem funktionalen Zusammenspiel mit der Prämiebefreiung des [Â§ 275 Abs. 1 SGB V](#) und unter Berücksichtigung des Sonderrechtsverhältnis zwischen Krankenkassen und Krankenhaususern innerhalb eines Vertragsrahmens. Zur Begründung führte das Bundessozialgericht aus: Diese Dauerrechtsbeziehung sei nach ständiger Rechtsprechung u.a. von gegenseitiger Rücksichtnahme und dem Prinzip von Treu und Glauben geprägt. Dieses Verständnis gebiete es, die Norm des [Â§ 275 Abs. 1c Satz 3 SGB V](#) nicht isoliert allein anhand ihres Wortlautes auszulegen. Demgemäß entstehe nicht stets dann bereits ein Anspruch auf Zahlung der Aufwandspauschale, wenn die MDK-Prämiebefreiung beim Krankenhaus nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages führe. Ein Anspruch auf Aufwandspauschale ist nach dieser Auffassung des Bundessozialgerichts ausgeschlossen, wenn die Krankenkasse durch eine fehlerhafte Abrechnung des Krankenhauses zur Prämiebefreiung nach [Â§ 275 SGB V](#) veranlasst wurde. Fehlerhaft ist danach insbesondere eine Abrechnung, die unter Verstoß gegen die gesetzlichen Übermittlungspflichten, wie sie sich aus [Â§ 301 SGB V](#) ergeben, erfolgt. Denn [Â§ 301 SGB V](#) i. V. m. der auf [Â§ 301 Abs. 3 SGB V](#) beruhenden Vereinbarung zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft verpflichtet das Krankenhaus bei Krankenhausbehandlung, die näher geregelten Angaben im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern den Krankenkassen zu übermitteln. Das Krankenhaus verhält sich demgemäß pflichtwidrig wie auch vertragswidrig, wenn die übermittelten Abrechnungsdaten den Vorgaben nicht genügen. Dem ist nach Auffassung des Bundessozialgerichts der Fall gleichzustellen, in welchem das Krankenhaus entgegen seiner Pflicht auf Verlangen der Krankenkasse die medizinische Begründung für eine Überschreitung der voraussichtlichen Dauer der Krankenbehandlung an die Krankenkasse nicht (elektronisch) übermitteln (Verweis auf [Â§ 301 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V](#), BSG, Urteil vom 22. Juni 2010 â B 1 KR 1/10 R, Rn. 18; Urteil vom 23. Juni 2015 â B 1 KR 13/14 R â, Rn. 23 juris).

Â

Diese aus Sinn und Zweck der Aufwandspauschale folgende Interpretation der Anspruchsnorm beansprucht auch unter Berücksichtigung der zwischenzeitlichen Änderung zum 1. Januar 2016 zur Überzeugung des Senats weiterhin Geltung.

Insbesondere der Einschub des Satzes 4 in [Â§ Â 275 Abs. 1c SGB V](#) steht dem nicht entgegen. Die Gesetzesänderung reagierte auf die anspruchseinschränkende (teleologische) Auslegung durch das Bundessozialgericht hinsichtlich der Frage, welche Prüfverfahren die Aufwandspauschale überhaupt nach sich ziehen (dazu oben). So nimmt die Gesetzesbegründung allein die höchststrichterliche Rechtsprechung ins Visier, soweit diese seit 2010 den Anwendungsbereich der Aufwandspauschale auf bestimmte Prüfarten beschränkte. Von der Einbeziehung aller Prüfarten in [Â§ 275 Abs. 1c SGB V](#) mit dem Satz 4 erhoffte sich der Gesetzgeber u.a. einen Beschleunigungseffekt. Zur Bedeutung eines Fehlverhaltens des Krankenhauses, einschließlich der möglichen Folgen für den Anspruch auf Aufwendungsersatz und der zu dieser Frage ebenfalls ergangenen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts äußerte sich der Gesetzgeber dagegen nicht ([BT-Drucks. 18/6586, S. 110](#) – Zu Artikel 6). Diese Fragen spielten bei der Gesetzesänderung zur Überzeugung des Senats erkennbar keine Rolle.

Â

Gerade das unveränderte Zusammenspiel von [Â§ Â 275 SGB V](#) i. V. m. [Â§ 301 SGB V](#) gebietet es auch weiterhin, dass ein Krankenhaus dann keinen Anspruch auf die Aufwandspauschale erwirbt, wenn es selbst die Prüfung durch den MDK durch eigenes Fehlverhalten provoziert hat. Eine grundlegende Änderung hätte zudem einer Änderung im Wortlaut der Norm des [Â§ 275 Abs. 1c SGB V](#) a.F. – vergleichbar dem Satz 4 – bedurft.

Â

Zur Überzeugung des Senates ist vor diesem Hintergrund auch für Prüfverfahren alle ab Januar 2016 daran festzuhalten, dass kein Anspruch auf Zahlung einer Aufwandspauschale besteht, wenn das Prüfverfahren durch ein Fehlverhalten des Krankenhauses veranlasst worden ist (so im Ergebnis auch LSG Rheinland-Pfalz, Urteil vom 24. Mai 2022 – L 5 KR 135/21 -, Rn. 16, juris). Dies hat zuletzt auch das Bundessozialgericht ausdrücklich mit Urteil vom 7. März 2023 für eine Krankenhausbehandlung, die 2019 erfolgte, bestätigt (Az.: [B 1 KR 11/22](#), Terminbericht 7/23 vom 7. März 2023 zur o. g. Entscheidung des LSG Rheinland-Pfalz).

Â

2. Die Klägerin hat im vorliegenden Fall die Einleitung der Prüfung durch den MDK nicht durch ihr Verhalten veranlasst. Sie hat der Beklagten weder eine fehlerhafte Abrechnung übersandt oder sonst gegen die Pflichten aus [Â§ 301 SGB V](#) verstoßen noch ein vergleichbares vertrags- oder pflichtwidriges Verhalten im Zusammenhang mit der stationären Behandlung der Versicherten gezeigt. Sie hat keine eigene Obliegenheit verletzt, die es rechtfertigen könnte, ihr den Anspruch auf Aufwendungsersatz zu verwehren.

Â

Die KIÄxgerin hat im Wege der elektronischen Ä¼bermittlung keine unrichtigen Angaben zum Entlassungsgrund aus der stationÄxren Behandlung vorgenommen. GemÄxÄ¼ [Ä§ 301 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) sind die dort genannten einzelnen Angaben im Wege elektronischer DatenÄ¼bertragung oder maschinell verwertbar auf DatentrÄxgern an die Krankenkasse zu Ä¼bermitteln. Das NÄxhere ergibt sich aus der auf [Ä§ 301 Abs. 3 SGB V](#) beruhenden Vereinbarung zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Zu den Pflichtangaben gehÄ¼ren u.a. der Tag und die Uhrzeit sowie der Grund fÄ¼r die Entlassung aus der stationÄxren Behandlung. Diese Angaben erfolgen gemÄxÄ¼ Anlage 2 zur Ä§ 301-Vereinbarung, hier in der Fassung vom 12. Oktober 2018 (abrufbar unter: www.gkv-datenaustausch.de), mittels Verwendung der dort vereinbarten SchlÄ¼sselkennzahlen. SchlÄ¼ssel 5 (betreffend 1. und 2. Stelle der Zahl) gibt die mÄ¼glichen EntlassungsgrÄ¼nde abschlie¼end vor. Neben â¼Behandlung regulÄxer beendetâ¼ (â¼01â¼) findet sich â¼Behandlung aus sonstigem Grund beendetâ¼ (â¼03â¼) sowie â¼Behandlung gegen Äxrtlichen Rat beendetâ¼ (â¼04â¼). Ein SchlÄ¼sselkennzeichen fÄ¼r â¼Behandlung auf eigenen Wunsch beendetâ¼ bzw. â¼Entlassung auf eigenen Wunschâ¼ gibt es nicht.

Ä

Gemessen daran hat die KIÄxgerin nachweislich den Entlassungsgrund â¼01â¼ an die Beklagte Ä¼bermittelt. Die damit gekennzeichnete Entlassung als â¼regulÄxerâ¼ war nicht unrichtig. Die Versicherte hat die Klinik zwar auf eigenen Wunsch verlassen, aber nicht gegen Äxrtlichen Rat. Das belegt auch die Patientenakte. Dass die KIÄxgerin die Art der Entlassung nicht weiter (im Wortsinn) â¼aufschlÄ¼selnâ¼ konnte, verletzt keine Obliegenheit, sondern ist strukturell bedingt. Die rahmenvertraglich vereinbarten SchlÄ¼sselkennzahlen boten keine MÄ¼glichkeit die â¼Entlassung auf eigenen Wunschâ¼ separat abzubilden.

Ä

Die Ä¼bermittlung des Datums der Entlassung und der Uhrzeit mit 21. Januar 2019, 19.26 Uhr, war schlie¼lich nicht nachweislich falsch. Aus dem auf dem MDK-Vordruck zur Sozialmedizinischen Fallberatung wÄxhrend eines bilateralen FallgesprÄxchs verzeichneten handschriftlichen Vermerk â¼stationÄxer begrÄ¼ndet, Entlassung: 22.01.19 012ÄÄ auf eigenen Wunsch !!â¼ lÄxsst sich sowohl nach dem Wortlaut als auch der Auswertung der Patientenakte nicht schlie¼en, dass die Versicherte tatsÄxchlich erst nach 0.00 Uhr in der Nacht vom 21. auf den 22. Januar 2019 entlassen wurde und die Ä¼bermittlung des Entlassungsdatums (21. Januar) falsch war. Zum einen enthÄ¼lt der handschriftliche Vermerk keine Uhrzeit, sondern die Zahl 012ÄÄ. Es fehlt die Angabe, dass es eine Uhrzeit ist und der Punkt zwischen der Stunden- und Minutenangabe. Zum anderen ergibt sich aus der Patientenakte, dass die Versicherte um 18.54 Uhr den Wunsch nach Entlassung ÄxuÄ¼erte und Ä¼ber postoperative Verhaltensweisen aufgeklÄxrt wurde. Ferner findet sich keinerlei Dokumentation weiterer Äxrtlicher oder pflegerischer MaÄ¼nahmen oder Hinweise fÄ¼r einen weiteren Aufenthalt nach 19.00 Uhr. Die Ziffernfolge 012ÄÄ kÄ¼nnte einem KÄ¼rzel bzw.Ä einer

Verschleissung aus dem internen System entsprechen und darauf hindeuten, dass die systemische Entlassung erst am 22. Januar 2019 in das System eingepflegt wurde. Ähnliche Ziffern finden sich in der Patientenakte in der Spalte rechts neben dem Datum und der Uhrzeit für einzelne dokumentierte Behandlungs- oder Pflegemaßnahmen.

Ä

Die Klägerin hat auch nicht in sonstiger Art und Weise durch eigenes oder ihr zurechenbares (pflicht- oder gesetzwidriges) Verhalten die MDK-Prüfung veranlasst. Zwar handelt es sich bei dem operativen Eingriff bei der Versicherten (OPS-Kode: 5-681.83) um eine Operation, die nachweislich zum Leistungskatalog Ambulantes Operieren gehört, den der GKV-Spitzenverband, die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) gemäß [§ 115b SGB V](#) vereinbaren. Die durchgeführte Operation findet sich in dem Katalog ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationärsersetzender Eingriffe in der zum 1. Januar 2019 vereinbarten Fassung unter Abschnitt 1 unter Ambulant durchführbare Operationen und sonstige stationärsersetzende Eingriffe gemäß [§ 115b SGB V](#) aus Anhang 2 zu Kapitel 31 des EBM (abrufbar unter www.gkv-spitzenverband.de, Archiv der AOP-Verträge).

Ä

Die Klägerin hat ihre Ermittlungs- und Begründungspflichten für die Notwendigkeit stationärer Behandlung nicht verletzt, wie es die Beklagte erstmals in der Berufung vorgetragen hat. Sie hat zum einen im Rahmen der Datenübermittlung nach [§ 301 SGB V](#) bei den Aufnahmediagnosen nicht nur die Diagnose N92.0 (Zu starke oder zu häufige Menstruation bei regelmäßigem Menstruationszyklus), sondern auch die Diagnosen F40.2 (Spezifische (isolierte) Phobien) und Z86.5 (Andere psychische Krankheiten oder Verhaltensstörungen in der Eigenanamnese) übermittelt. Damit wurde der Beklagten zeitnah die Kenntnis von Komorbiditäten verschafft, die Anlass gaben, ein Abweichen von einem typischerweise ambulant erbringbaren Eingriff zu präferieren (vgl. zur notwendigen Mitteilung von Begleiterkrankungen, BSG, Urteil vom 16. Mai 2012 – [B 3 KR 14/11 R](#), [BSGE 111, 58](#)-71, Rn. 34, juris).

Ä

Darüber hinaus hat die Klägerin nachweislich am 25. Januar 2019 auch wohl auf Anforderung der Beklagten den Behandlungsplan als Begründung für den stationären Aufenthalt per Fax-Nachricht übermittelt. Dies geschah noch vor der Beauftragung des MDK am 6. Februar 2019. Damit lag der Beklagten eine medizinische Begründung für den stationären Aufenthalt vor. Einen anderen Geschehensablauf behauptet auch die Beklagte zuletzt nicht mehr.

Ä

Aus alledem folgt, dass die Klägerin bereits vor der Beauftragung des MDK Angaben

zu GrÃ¼nden machte, die Anlass fÃ¼r die stationÃ¤re Versorgung der Versicherten hÃ¤tten geben kÃ¶nnen (vgl. zu diesem Aspekt, BSG, Beschluss vom 6. September 2021, B 1 KR 99/20 B, Rn. 8, juris).

Ã

V. Der Anspruch auf die Prozesszinsen beruht auf [Ã§ 69 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) i. V. m. [Ã§ 291, 288 Abs. 1 Satz 2](#) BÃ¼rgerliches Gesetzbuch, [Ã§ 94 SGG](#). Er kann nicht auf Vereinbarungen oder sonstige Regelungen zum Anspruch auf VergÃ¼tung fÃ¼r erbrachte Leistungen gestÃ¼tzt werden, da die Aufwandspauschale kein VergÃ¼tungsanspruch des Leistungserbringers ist, sondern sich aus dem Gesetz selbst ergibt (vgl. BSG, Urteil vom 23. Juni 2015, B 1 KR 24/14 R, Rn. 14, juris).

Ã

Die Kostenentscheidung beruht auf [Ã§ 197a SGG](#) i. V. m. [Ã§ 154 Abs. 2](#) Verwaltungsgerichtsordnung.

Ã

GrÃ¼nde fÃ¼r die Zulassung der Revision bestehen nicht ([Ã§ 160 Abs. 2 SGG](#)).

Erstellt am: 31.05.2023

Zuletzt verÃ¤ndert am: 22.12.2024