

Beglaubigte Abschrift

S 29 KR 230/16



SOZIALGERICHT MÜNCHEN GERICHTSBESCHIED

in dem Rechtsstreit

Proz.-Bev.:

Ralf Bregenhorn-Wendland u.a. Rechtsanwaltssozietät, Steinring 45 a, 44789 Bochum -
15/011521/JJR -

gegen

Die 29. Kammer des Sozialgerichts München erlässt durch ihren Vorsitzenden, Richter am Sozialgericht Dr. von Schenkendorff, am 10. Oktober 2017 ohne mündliche Verhandlung folgenden

G e r i c h t s b e s c h e i d :

- I. Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin 2330,17 € nebst Zinsen hieraus in Höhe von vier Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 23. Dezember 2014 zu Zahlen.
- II. Die Beklagte trägt die Kosten des Rechtsstreits.
- III. Der Streitwert wird auf 2330,17 € festgesetzt.

I. Sachverhalt:

1.
Strittig ist, ob die Klägerin gegen die Beklagte einen Anspruch auf 2330,17 € wegen der Durchführung einer stationären Krankenhausbehandlung vom 31. Juli 2010 bis 19. August 2010 bei einer Versicherten der Beklagten () im zugelassenen Krankenhaus der Klägerin hat.

Die Klägerin hat hierfür am 18. März 2011 eine Rechnung über 5557,13 € erstellt und die DRG B 44 D („geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems ohne schwere motorische Funktionseinschränkung, ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls“) abgerechnet und dabei die OPS 8-550.1 unterlegt.

Die Beklagte hat diese Rechnung vollständig bezahlt. Der sozialmedizinischen Dienst wurde nicht eingeschaltet. Mit einem weit nach Ablauf der Sechswochenfrist (§ 275 Abs. 1 c Satz 2 SGB V) gefertigten Schreiben vom 27. November 2014 hat die Beklagte der Klägerin dann bezüglich dieser Rechnung unter Hinweis auf die Rechtsprechungsänderung des Bundessozialgerichts (BSG) ab 1. Juli 2014 („Einführung“ der sachlich-rechnerischen Prüfung als eigenständiges Prüfregime) mitgeteilt, dass die Klägerin ihren primären Informationspflichten gemäß § 301 Abs. 1 Nr. 8 SGB V in Verbindung mit § 301 Abs. 3 SGB V bezüglich der durchgeführten medizinischen Rehabilitationsleistungen nicht nachgekommen sei. Die Klägerin wurde unter Fristsetzung aufgefordert entsprechende Unterlagen an den sozialmedizinischen Dienst zu übersenden. Gleichzeitig wurde für den Fall, dass die Überprüfung den Vergütungsanspruch der Klägerin nicht bestätige, eine entsprechende Aufrechnung des überzahlten Betrags angekündigt. Der sozialmedizinischen Dienst der Beklagten forderte daraufhin mit Schreiben vom 27. November 2014 unter Fristsetzung „insbesondere“ folgende Unterlagen an:

- Entlassungsbericht (mit datumsbezogenen Angaben über Therapie und Verlauf)
- Pflegebericht
- Kurvenplan/Fieberkurve.

Gleichzeitig wies der sozialmedizinischen Dienst darauf hin, dass bei fruchtlosem Fristablauf der Vorgang zur Entlastung an die Beklagte zurückgegeben werde.

Da die Klägerin die gewünschten Unterlagen nicht zur Verfügung stellte, teilte die Beklagte der Klägerin mit Schreiben vom 15.12.2014 mit, dass sie nunmehr davon ausgehe, dass die Voraussetzungen des geltendgemachten Vergütungsanspruchs nicht nachgewiesen seien und kündigte eine entsprechende Aufrechnung an. Als Informationsbeanstandung wird noch einmal das Fehlen der Daten nach § 301 Abs. 1 Nr. 8 SGB V genannt.

Am 22. Dezember 2014 verrechnete die Beklagte sodann den zunächst vollständig gezahlten Rechnungsbetrag in Höhe von 5557,13 € wieder vollständig und zahlte am gleichen Tag lediglich einen Teilbetrag in Höhe von 3226,96 € auf die streitgegenständliche Rechnung. Der Differenzbetrag stellt die Klageforderung dar.

2.
Hiergegen hat die Klägerin am 18. Februar 2016 Leistungsklage zum Sozialgericht München erhoben.

Sie verweist einmal auf den Wortlaut des § 301 Abs. 1 Satz 1 Nr. 8 SGB V in dem von den „... im jeweiligen Krankenhaus durchgeführten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation...“ die Rede sei. Der Gesetzgeber habe die medizinische Rehabilitation in § 40 SGB V, die Leistungen zur Frührehabilitation hingegen in § 39 Abs. 1 Satz 3 zweiter

Halbsatz SGB V geregelt. Dies habe Auswirkungen auf die Definition des Begriffs „medizinische Rehabilitation“ in § 301 SGB V. Im Krankenhaus finde nur die Frührehabilitation (§ 39 Abs. 1 Satz 3 SGB V), nicht aber die medizinische Rehabilitation gemäß § 40 SGB V statt. Da eine medizinische Rehabilitation in letztgenanntem Sinne durch die Klägerin nicht durchgeführt worden sei, könne sie diesbezüglich dazu auch keine Angaben machen.

Demgegenüber verknüpfe das Bundessozialgericht die aus seiner Sicht unvollständige Datenübermittlung mit einer mangelnden Fälligkeit der Rechnung. Die Beklagte habe jedoch gezahlt und deswegen sei sie wohl von einer bestehenden Fälligkeit, d.h. von einer vollständigen § 301-Datenübermittlung ausgegangen. Andernfalls könnten beim öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch gemäß §§ 813 Abs. 2 BGB analog Leistungen auf eine bestehende, aber noch nicht fällig gewordene Forderung im Recht der ungerechtfertigten Bereicherung nicht zurückgefordert werden.

Im Übrigen sei eine rückwirkende Anwendung der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts ab 1. Juli 2014 unzulässig, da für diesen Fall eine Verletzung des Art. 20 Abs. 3 Grundgesetz (Bindung der Rechtsprechung an Gesetz und Recht) vorliege.

Die Beklagte geht weiterhin davon aus, dass seitens der Klägerin wegen der unzureichenden Vorlage von medizinischen Unterlagen eine mangelnde Informationsmitwirkung vorliege. Dies habe eine Beschränkung der Amtsermittlungspflicht im gerichtlichen Verfahren zur Folge. Die Prozedur OPS 8-550.1 sei zu Unrecht codiert worden. Bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten durch die Klägerin könne die Beklagte den Vergütungsanspruch ohne weitere Erforschung des Sachverhaltes als nicht erwiesen ansehen und die Zahlung verweigern bzw. den bereits bezahlten Betrag im Wege der Aufrechnung einbehalten. Nach der BSG Rechtsprechung folge aus einer endgültigen Verweigerung der Mitwirkungsverpflichtung des Krankenhauses – wie hier – sogar ein endgültiges Leistungsverweigerungsrecht der Krankenkasse. Jedenfalls sei die Klageforderung wegen der fehlenden Mitwirkung bisher nicht fällig geworden.

3.

Die Klägerin beantragt,
die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin 2330,17 € nebst Zinsen hieraus in Höhe von vier Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 23. Dezember 2014 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,
die Klage abzuweisen.

Im Übrigen wird gemäß § 136 Abs. 2 SGG auf den Akteninhalt verwiesen. Der Kammer haben die Beklagtenakten vorgelegen.

II. Entscheidungsgründe

1.

Die Klage ist zulässig, da das sachlich (§ 51 Abs. 1 Nr. 2 SGG) und örtlich (§ 57 Abs. 1 SGG) zuständige Sozialgericht München angerufen wurde und es eines Vorverfahrens zwischen den Parteien bei einer Leistungsklage (§ 54 Abs. 5 SGG) nicht bedurfte, so dass auch keine Klagefrist einzuhalten war (Meyer-Ladewig, SGG, 9. Auflage, § 54, Rn. 41).

Vorliegend konnte das Gericht einen Gerichtsbescheid erlassen, da gemäß § 105 Absatz 1 Satz 1 SGG die Sache keine besonderen Schwierigkeiten tatsächlicher oder rechtlicher Art aufwies und der Sachverhalt geklärt war. Die Beteiligten wurden ordnungsgemäß gehört, bzw. haben sich vorab mit einem Gerichtsbescheid einverstanden erklärt.

2.

Die Klage ist auch begründet.

Gesetzlich krankenversicherte Personen haben gemäß § 2, § 27 Abs. 2 Satz 2 Nr. 5, § 39 Absatz 1 Satz 1 SGB V Anspruch auf stationäre Krankenbehandlung, wenn das Behandlungsziel nicht anderweitig erreicht werden kann und Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung notwendig sind. Diesen Leistungsanspruch des Versicherten konkretisiert eine nach § 108 SGB V als Leistungserbringer zugelassene Klinik, sobald Sie stationäre Leistungen erbringt. Gleichzeitig mit der Leistung entsteht spiegelbildlich der Vergütungsanspruch des Krankenhauses.

Rechtsgrundlage dieses Vergütungsanspruchs ist § 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V, § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 in Verbindung mit § 9 Abs. 1 Nr. 1 KHEntgG sowie § 17 B Abs. 1 Satz 3 KHG in Verbindung mit § 39 Abs. 1 SGB V und dem Fallpauschalenkatalog.

Die Vergütungsregelungen sind streng nach ihrem Wortlaut und den dazu vereinbarten Anwendungsregeln zu handhaben; dabei gibt es grundsätzlich keinen Raum für weitere Bewertungen und Abwägungen. Ergeben sich bei der Abrechnung Wertungswidersprüche und sonstige Ungereimtheiten, müssen die zuständigen Stellen durch Änderung für die Zukunft Abhilfe schaffen. Eine systematische Interpretation der Vorschriften kann lediglich im Sinne einer Gesamtschau der im Inneren Zusammenhang stehenden Bestimmungen des Regelwerks erfolgen, mit ihrer Hilfe den Wortlaut der Leistungslegende klarzustellen (BSG, U. v. 18. Juli 2013, B3 KR 7/12 R).

Die Beklagte hat aufgrund eines ihrer Auffassung nach bestehenden öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruchs mit einer unstreitig bestehenden anderweitigen Forderung der Klägerin aufgerechnet. Die Aufrechnung ist unabhängig von ihrer konkreten Form im Bereich der Krankenhausabrechnung grundsätzlich zulässig (BSG, U. v. 25. Oktober 2016, B1 KR 6/16 R und B1 KR 9/16 R).

3.

Die konkrete Aufrechnung der Beklagten war jedoch unwirksam, weil ihr ein öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch nicht zusteht, denn die Vergütungsforderung der Klägerin war in voller Höhe entstanden und ist zurecht durch Zahlung erfüllt worden.

a)

Dies ergibt sich allerdings nicht schon – wie die Klägerin meint – daraus, dass sie deswegen ihren Informationsverpflichtungen nicht nachkommen musste, weil § 301 Abs. 1 Satz 1 Nr. 8 SGB V nur „durchgeführte Leistungen zur medizinischen Rehabilitation“ auskunftspflichtig macht und derartige Leistungen nach § 40 SGB V ausschließlich den dafür vorgesehenen Rehabilitationseinrichtungen und nicht den Krankenhäusern zugewiesen sind. Den für Krankenhäuser vorbehaltenen „Leistungen zur Frührehabilitation“ entsprechen demgegenüber keine Mitteilungspflicht nach § 301 SGB V.

Zwar wird in diesem Zusammenhang mitunter gerügt, dass das BSG (U. v. 14. Oktober 2014, B1 KR 26/13 R) die Grenze zwischen den Versorgungsformen Frührehabilitation (Krankenhausbehandlung) und medizinischer Rehabilitation (Rehabilitationseinrichtungen) verwischt habe. Der Gesetzgeber unterscheide dagegen deutlich zwischen diesen beiden Versorgungsformen und habe dies auch durch die 2001 neu gefasste Überschrift bei § 40 SGB V verdeutlicht (Sozialgericht Nürnberg, Urteil vom 1. Dezember 2016, S7 KR 376/16, Seite 8).

Diese Interpretation ist jedoch nicht tragfähig. Zwar ist richtig, dass im Gesetz über Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen vom 19. Juni 2001 (BGBl. I Seite 1098/1100) einerseits in § 39 Abs. 1 Satz 3 „Leistungen zur Frührehabilitation“ und andererseits in der Überschrift zu § 40 SGB V „Leistungen zur medizinischen Rehabilitation“ eingefügt sowie in § 301 Abs. 1 Nr. 8 SGB V das Wort „Rehabilitationsmaßnahmen“ durch die Worte „Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzende Leistungen“ ersetzt wurden. Doch schon die Begründung zum Gesetzentwurf vom 16. Januar 2001 (Bundestagsdrucksache 14/5074, Seite 117) führt zur Änderung in § 39 Abs. 1 SGB V (zu Nr. 11 des Gesetzentwurfs) aus, dass die Neuregelung klarstellen sollte, dass im Rahmen der Behandlung im Krankenhaus zukünftig noch konsequenter die Chancen der „*medizinischen Rehabilitation*“ genutzt werden sollten. Das Krankenhaus ersetzt dabei die Rehabilitationseinrichtungen nicht, sondern die Ausschöpfung des Rehabilitationspotenzials im Rahmen der Krankenhausbehandlung soll der Fortsetzung der Rehabilitation in einer spezifischen ambulanten oder stationären Rehabilitationseinrichtung dienen. Die Integration der medizinischen Rehabilitation in die Krankenhausbehandlung stellt danach eine Qualitätsverbesserung der stationären Versorgung dar. Damit wird die Frührehabilitation aus § 39 SGB V zweifellos als Unterform der medizinischen Rehabilitation eingeordnet. Nur unter diesen Voraussetzungen macht i.Ü. auch die Aufnahme der medizinischen Rehabilitation in § 301 Abs. 1 Satz 1 Nr. 8 SGB V einen Sinn, denn wenn das Krankenhaus überhaupt keine medizinische Rehabilitation in dem dortigen Sinne erbringen könnte, wäre eine Information zu diesem Komplex sinnlos. Dies kann dem Gesetzgeber – zumal nach dem oben Gesagten – nicht unterstellt werden.

Ein vertieftes Eingehen auf den generellen Informationsumfang des § 301 Abs. 1 Satz 1 Nr. 8 SGB V (dessen Voraussetzungen aus dem Aktenstand allerdings nicht ausreichend zu erulieren waren – vgl. zum Umfang „Datenübermittlung-Vereinbarung“ gültig ab 1. Januar 2011, Schlüssel 2, Anlage A zu Anlage 2) erübrigt sich im Weiteren, weil ein Verfahren nach § 275 Abs. 1 Nr. 1, Absatz 1 c SGB V im Jahre 2011 (und auch in den beiden Folgejahren) zweifelsfrei nicht durchgeführt wurde. Damit ergibt sich für die Beklagte, den MDK sowie für das Gericht ein Ermittlungsausschuss im Hinblick auf weiter aufzuklärende medizinische Fragen (Becker-Kingreen, § 275 SGB V, Rn. 20,21; Krauskopf, Rn. 23; BSG, 16. 5. 2012, B3 KR 14/11 R Rn 25,30). Auch eine weitere Beweisaufnahme durch das Gericht zu medizinischen Sachverhalten auf Basis des Aktenstandes der Beklagten (Stand 2011) war damit nicht mehr angezeigt.

b)
Soweit aktenkundig hat die Beklagte die Rechnung vom 18. März 2011 vorbehaltlos beglichen, wozu sie nach § 12 Nr. 1 Satz 1 der Pflegesatz-Vereinbarung innerhalb von drei Wochen nach Rechnungslegung auch verpflichtet war. Wenn die Beklagte aber damals davon ausgegangen ist – Gegenteiliges ist nicht aktenkundig –, dass ohne die Daten nach § 301 Abs. 1 Nr. 8 SGB V die geltendgemachte DRG B 44 D gar nicht habe angerechnet werden dürfen, hätte sie bereits im Jahr der Rechnungsstellung wegen Implausibilität eine Rechnungsprüfung vornehmen oder zumindest die Zahlung wegen fehlender Fälligkeit verweigern müssen. Die Beklagte hat damit von Anfang an auf eine ihrer Auffassung nach nicht fällige Rechnung geleistet. Die Grundsätze des Bereicherungsrechts gelten aber auch für den öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch (vgl. Sozialgericht München, Urteil vom 22 März 2017, S 39 KR 1148/16, Seite 8 m.w.N.). Analog § 814 BGB kann das zum Zwecke der Erfüllung einer Verbindlichkeit geleistet aber nicht zurückgefordert werden, wenn der Leistende gewusst hat, dass er zur Leistung nicht verpflichtet war. Dieses positive Wissen kann zum vollständigen Ausschluss der Krankenkasse mit ihrer Rückforderung führen (vgl. Sozialgericht München, a.a.O., m.w.N.).

c)

Die Rückforderung ist auch deswegen ausgeschlossen, weil die nach dem hier streitgegenständlichen Zeitraum ergangene BSG-Rechtsprechung nicht mehr rückwirkend angewendet werden darf.

Zu unterscheiden sind hierbei einmal die (unbestrittenen) Vorgänge im Jahre 2011 (Rechnungsstellung am 18. März 2011 und die vollständige Begleichung dieser Rechnung am 29. März 2011) von den Vorgängen im Jahre 2014, ausgelöst durch die Rechtsprechungsänderung des 1. Senats des BSG ab 1. Juli 2014 und dem fiskalischen Ziel der Beklagten bereits an die Klägerin gezahlte Entgelte rückwirkend zurückzuerhalten.

aa)

Welcher Bearbeitungsweg auf Seiten der Beklagten im Jahre 2011 gewählt wurde, ist aus den Akten nicht erkennbar.

Die Beklagte selbst führt in Ihrem Klageerwiderungsschriftsatz vom 30.11.2016 nach der (2011 erfolgten) Bezahlung als nächsten Aktenvorgang erst wieder ihre Mitteilung vom 27. November 2014 an. Dort wurde unter Verweis auf die – im damals laufenden Jahr – neu ergangene BSG-Rechtsprechung eine „Aufklärung“ des angeblich noch unvollständigen Sachverhalts angemahnt.

Die lange Zeitdauer von der Rechnungsstellung 2011 bis zum Anschreiben vom 27. November 2014 (immerhin über dreieinhalb Jahre) lässt allerdings den Schluss zu, dass die Beklagte 2011 entweder die notwendige erststufige Überprüfung des Rechnungsvorgangs (vgl. zu den insgesamt 3 Stufen im Einzelnen: BSG, 13. November 2012, B1 KR 14/12 R, Beck-online, Rn. 29) nicht vorgenommen oder zwar vorgenommen, aber keine Auffälligkeiten gefunden hat (vgl. auch oben zu § 814 BGB analog). Hätten sich nämlich den Mitarbeitern der Beklagten aufgrund der von der Klägerin gebotenen Angaben die Notwendigkeit der vorgenommenen Krankenhausbehandlung oder weiterer Abrechnungsvoraussetzungen nicht selbst erschlossen (und wäre deshalb eine Informationsbeschaffung ohne Mithilfe des MDK nicht möglich und zulässig gewesen (BSG, 13. November 2012, a.a.O., Rn. 30), so hätte die Beklagte in einer zweiten Überprüfungsstufe ein Prüfverfahren nach § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V (rechtzeitig) einleiten müssen (BSG, 13. November 2012, a.a.O., Rn. 29). Unstreitig ist dies 2011 nicht erfolgt.

Widersprüchlich ist daraufhin die im Jahre 2014 erfolgte Aufrechnung der Beklagten, weil dazu notwendigerweise die Informationslage für eine Entscheidung über ihren Erstattungsanspruch hätte ausreichend sein müssen. Die Datenlage zum Vergütungsanspruch der Klägerin, als notwendiger Grundlage für den Erstattungsanspruch, hatte sich allerdings zwischenzeitlich offensichtlich nicht geändert. Sie war jedoch offensichtlich notleidend, denn die Beklagte hat mit ihrem Schreiben vom 27. November 2014 noch Informationen von der Klägerin verlangen müssen.

bb)

Es kann i.Ü. ausgeschlossen werden, dass die Beklagte im Jahre 2011 etwas anderes beabsichtigt hat bzw. beabsichtigen konnte, als eine im Gesetz allein vorgesehene Durchführung einer Prüfung nach § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V (Auffälligkeitsprüfung hinsichtlich der Abrechnung), denn die Entscheidung des Bundessozialgerichts vom 1. Juli 2014 mit erstmaliger Erwähnung der neuen Prüfungsart „sachlich-rechnerische Richtigkeit“ war 2011 mangels Vorhandenseins oder auch nur gerichtlicher Vorabhinweise (vgl. ausführlich Hambüchen, Rechtsgutachten vom 4. Januar 2016 für die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen e.V., Seite 8) nicht umsetzbar und es ist vor dieser Gerichtsentcheidung niemand auf diesen Prüfungsweg verfallen. Es ist daher 2011 mit Sicherheit allein die gesetzlich vorgesehene Prüfung nach § 275 Absatz Abs. 1 Nr. 1, Absatz 1 c SGB V unterblieben. Dieser Verstoß gegen die Prüfpflicht der Beklagten kann nach Sinn und Zweck des Gesetzes (Beschleunigungsmaxime) im Jahre 2014 keinesfalls durch ein neu erdachtes Prüfregime nachholend „geheilt“ werden.

cc)

Das seit 2014 bestehende Zentralproblem der Krankenhausprüfungen besteht darin, dass das Bundessozialgericht ein im Gesetz vorgesehenes Prüfregime für Krankenhausabrechnungen (Auffälligkeitsprüfung) durch ein anderes Prüfregime (sogenannte sachlich-rechnerische Richtigkeitsprüfung) nicht gesetzes- oder verfassungskonform ergänzt, sondern (offensichtlich durch eine unspezifizierte Angst vor Manipulationen seitens der Krankenhäuser bedingt) im Endeffekt ersetzt hat. So wird die Einleitung des eigenständigen Prüfregimes über sechs Wochen hinaus bis zur Verjährungsgrenze ausgedehnt, und zusätzlich die Krankenhäuser in diesem Zeitraum jederzeit verpflichtet, zutreffend und vollständig alle Angaben zu machen, deren es zur Überprüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit bedarf. Zusätzlich besteht nicht einmal eine Obliegenheit oder gar Pflicht der Krankenkasse, Zweifel an der Erfüllung einer strittigen Anspruchsvoraussetzung bezüglich eines Krankenhausvergütungsanspruchs durch substantiierten Vortrag zu untermauern (BSG, 14. Oktober 2014, B1 KR 34/13 R Rn. 21). Ein Beschleunigungsgebot besteht ebenfalls nicht, da die sachlich-rechnerische Überprüfung als Prüfregime gänzlich eigenständig neben die Auffälligkeitsprüfung treten und unabhängig von deren „engeren Voraussetzungen“ praktiziert werden soll (BSG, 25. Oktober 2016, B1 KR 18/16 R, Rn. 15). Dieses entscheidend großzügiger und krankenkassenfreundlicher ausgestaltete Prüfregime erzeugt automatisch – jedenfalls zu einem großen Teil – einen Verdrängungsdruck gegenüber der gesetzlich festgelegten restriktiven Prüfung.

(1)

Es wird nicht verkannt, dass es grundsätzlich immer möglich ist, dass Gerichte eine gesetzliche Regelung unter Zuhilfenahme der anerkannten Auslegungsregeln neu interpretieren. Die Gerichte sind nicht an eine einmal gefundene Auslegung (herrschende Meinung) oder gar an den Willen des historischen Gesetzgebers gebunden (die historische Auslegung hat innerhalb der zur Verfügung stehenden Auslegungsvarianten nicht einmal ein eigenständiges Gewicht. Sie kann allenfalls die durch andere Auslegungsmethoden gefundenen Ergebnisse bestätigen; vgl. die ständige Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts: Entscheidungen vom 21. Mai 1952, 2 BvH 2/52, Juris, Rn. 56; vom 15.12.1959, 1 BvL 10/55, Juris, Rn. 40; vom 17.5.1960, 2 BvL 11/59, Juris, Rn. 17 ff; und vom 16. August 2001, 1 BvL 6/01, Juris, Rn. 22).

(2)

Die Rechtskraft gerichtlicher Entscheidungen betrifft zudem (Ausnahme Verfassungsgerichte) nur ausschnitthaft den einzelnen konkreten Prozess. „Eine allgemeine Verpflichtung der öffentlichen Gewalt, rechtskräftige Urteile über den Einzelfall hinaus auch in Parallelfällen für verbindlich zu halten, besteht grundsätzlich nicht“ (Schmidt-Aßmann in Maunz-Dürig, Art. 19 Abs. 4 Grundgesetz, Rn. 289).

Auf der anderen Seite erzeugt die Gerichtspraxis sehr häufig eine Breitenwirkung (meistens bezüglich der höchstrichterlichen Rechtsprechung: Schmidt-Aßmann, in Maunz-Dürig, Art. 19 Abs. 4, Rn. 292). Der Abweichungsspielraum für die Verwaltung verengt sich dabei, je eher zu einer bestimmten Frage von einer ständigen Rechtsprechung gesprochen werden kann (Schmidt-Aßmann, a.a.O.).

Umso mehr sind die Grenzen richterlicher Rechtsfortbildung nach dem Grundsatz zu beachten, „dass ... die Judikative in gleicher Art und Weise an das anzuwendende Recht gebunden ist wie die Verwaltung.“ (Grzeszick in Maunz-Dürig, Art. 20 Grundgesetz VI Rn. 90). Sie hat sich also in den allgemeinen Grenzen von Gesetz und Recht zu bewegen und vor allem den verfassungsrechtlichen Vorbehalt des Gesetzes zu beachten (Grzeszick a.a.O.). Der Richter darf sich also nicht dem Sinn und Zweck des Gesetzes entziehen, sondern hat diesen zur Geltung zu bringen. Richterlicher Rechtsfortbildung contra legem ist unzulässig (Grzeszick, a.a.O., Rn. 148).

(3)

Vorliegend hat das BSG das vom Gesetzgeber allein vorgesehene Prüfregime für Krankenhausabrechnungen (Auffälligkeitsprüfung) in letzter Konsequenz zu Gunsten eines eigenständig entwickelten neuen Prüfregims weit gehend ersetzt. Die Auffälligkeitsprüfung sieht – was bei Massenvorgängen sinnvoll ist – ganz bewusst eine Eingrenzung der Prüfungen vor. Dies geschieht durch eine sinnvolle Straffung des Verfahrens mittels einer sechswöchigen Prüfungsankündigungsfrist mit der Fehlerfolge eines Ermittlungsausschusses bis in das gerichtliche Verfahren hinein (Beschleunigungsgebot) sowie durch eine Pauschalzahlung der Krankenversicherungen an die Krankenhäuser, falls die Krankenkassen-Prüfung zu keiner Reduzierung der Krankenhausrechnung geführt hat (Begrenzung der Häufigkeit von Prüfungen mittels Erhöhung des wirtschaftlichen Risikos bei den Krankenkassen). Diese gesetzliche Regelung mit ihren Einschränkungen wird durch das BSG ausgehebelt, denn es ist für die Krankenkassen alle Mal bequemer, sich auf die BSG-Rechtsprechung zu berufen als auf die restriktivere gesetzliche Regelung. Diese Rechtsprechung gewinnt deswegen bei den Krankenkassen auch zunehmend an Gewicht.

Inzwischen hat der Gesetzgeber durch Gesetz vom 10. Dezember 2015 durch Anfügung eines Satzes 4 an § 275 Absatz 1 c SGB V klargestellt, dass die vom Gesetz abdriftete BSG-Rechtsprechung wieder zurecht zu rücken ist. Damit wurde klar gemacht, dass auch das angeblich selbstständige BSG-Prüfregime mit den Restriktionen der Auffälligkeitsprüfung verbunden bleiben soll. Dies erscheint auch allein deswegen notwendig, weil selbst das BSG keine wirklich brauchbare Trennlinie zwischen beiden Prüfregimen ziehen kann. Es bestehen nämlich nach seiner inzwischen ergänzend dargelegten Auffassung zwischen beiden „faktische Überschneidungen dergestalt, dass sachlich-rechnerische Unrichtigkeiten auch Auffälligkeiten im Rechtssinne bewirken können“ (BSG, 28. März 2017, B1 KR 23/16 R, Juris, Rn. 32).

4.

Das beschriebene Vorgehen des Bundessozialgerichts bedeutet zusammengefasst eine quasi-gesetzgeberische Vorgehensweise, ohne Rechtsgrundlage (auch hinsichtlich der Beiziehung von Unterlagen durch den MDK außerhalb von § 275 Abs. 1 Nr. 1, § 276 Abs. 2 Satz 1 SGB V) oder Verankerung in einer belastbaren verfassungskonformen Auslegung. Es besteht damit unmittelbar die Gefahr, die Gewaltenteilung zwischen rechtsprechender und gesetzgebender Gewalt (Art. 20 Abs. 2 Satz 2 GG) sowie die Gesetzesbindung der rechtsprechenden Gewalt (Artikel 20 Abs. 3 GG) zu verletzen.

Damit einhergehend werden durch die rückwirkende Anwendung dieser Rechtsprechung – hier durch die Beklagte – ganz wichtige rechtsstaatliche Prinzipien außer Kraft gesetzt. Neben der Frage welchen Regeln das eigenständige Prüfregime folgt und ob das Gebot eines fairen Verfahrens gegenüber den Krankenhäusern noch gewahrt ist, entsteht auch ein Rückwirkungsproblem. Ein Gesetz, das die sachlich-rechnerische Richtigkeitsprüfung eingeführt hätte, unterläge nämlich grundsätzlich dem Rückwirkungsverbot bezüglich abgeschlossener Sachverhalte, jedenfalls aber – bei der so genannten unechten Rückwirkung – bezüglich nicht abgeschlossener Sachverhalte der konkreten Vertrauensschutzprüfung. Diese rechtsstaatlichen Schutzmechanismen werden bei einer Rechtsprechungsänderung grundsätzlich nicht wirksam. Die Krankenhäuser werden, obwohl die Gesetzeslage eindeutig zu Ihrem Schutz eingrenzende zeitliche und häufigkeitsbegrenzende Vorgaben macht, nach der dargestellten Rechtsprechungsänderung des Bundessozialgerichts prinzipiell auch rückwirkend schutzlos. Deswegen wird die Wirksamkeit von Gerichtsentscheidungen durch das BSG in anderen Fällen auch durchaus begrenzt (zum Beispiel: BSG, 23.06.2015, B 1 KR 26/14 R, Juris, Rn. 24). Entsprechendes fehlt hier. Entweder muss der Vertrauensschutz zur Vermeidung verfassungsrechtlicher Probleme nachträglich in das Urteil vom 1.7.2014 hineininterpretiert wer-

den oder man wendet die sachlich rechnerische Überprüfung als eigenständiges Prüfregime wegen Verstoßes gegen Art. 20 Abs. 3 Grundgesetz bzw. gegen das Gewaltenteilungsprinzip zur Gänze nicht an. Die zuletzt genannte Lösung entspricht der Auffassung des erkennenden Gerichts. Schon danach wäre der Klage stattzugeben.

Jedenfalls aber ist, da vorliegend das Vertrauen der Klägerin dahin gehend, dass das Überprüfungsverfahren im Rahmen der Auffälligkeitsprüfung beendet war und keine späteren und neuartigen – zudem zweifelhafte – Überprüfungsarten zur Anwendung gelangen, verfassungsrechtlich schützenswert (mitunter wird auch nur auf den Grundsatz von Treu und Glauben zurückgegriffen: vgl SG München, Urteil vom 22. März 2017, S 39 KR 1148/16, Seite 9; SG Nürnberg, Urteil vom 1. Dezember 2016, Seite 11). Das eigenständige Prüfregime der sachlich-rechnerischen Überprüfung ist danach hier zusätzlich auch aus diesem Grunde nicht anwendbar.

Denn „was sogar dem Gesetzgeber nicht erlaubt ist, muss erst recht der dem Gesetz unterworfenen Rechtsprechung verboten sein“ (Medicus, „Über die Rückwirkung von Rechtsprechung“ NJW 1995, Seite 2582).

5.

Der Klage war daher in vollem Umfang stattzugeben. Der Zinsanspruch ergibt sich aus der Pflegesatzvereinbarung der Beteiligten.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 197 a Abs. 1 Satz 1 SGG in Verbindung mit § 154 Abs. 1 VwGO.

Die Streitwertentscheidung beruht auf § 197 a SGG in Verbindung mit § 52 Abs. 1 und 3 GKG.

Rechtsmittelbelehrung

Dieser Gerichtsbescheid kann mit der Berufung angefochten werden.

Die Berufung ist innerhalb eines Monats nach Zustellung des Gerichtsbescheids beim Bayer. Landessozialgericht, Ludwigstraße 15, 80539 München, oder bei der Zweigstelle des Bayer. Landessozialgerichts, Rusterberg 2, 97421 Schweinfurt, schriftlich oder zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle oder beim Bayer. Landessozialgericht in elektronischer Form einzulegen.

Die Berufungsfrist ist auch gewahrt, wenn die Berufung innerhalb der Frist beim Sozialgericht München, Richeistraße 11, 80634 München, schriftlich oder zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle oder beim Sozialgericht München in elektronischer Form eingelegt wird.

Die elektronische Form wird nur durch eine qualifiziert signierte Datei gewahrt, die nach den Maßgaben der "Verordnung über den elektronischen Rechtsverkehr in der Sozialgerichtsbarkeit - ERVV SG" an die elektronische Gerichtspoststelle des Bayer. Landessozialgerichts oder des Sozialgerichts München zu übermitteln ist. Über das Internetportal des elektronischen Gerichts- und Verwaltungspostfachs (www.egvp.de) können weitere Informationen über die Rechtsgrundlagen, Bearbeitungsvoraussetzungen und das Verfahren des elektronischen Rechtsverkehrs abgerufen werden.

Die Berufungsschrift soll den angefochtenen Gerichtsbescheid bezeichnen, einen bestimmten Antrag enthalten und die zur Begründung der Berufung dienenden Tatsachen und Beweismittel angeben.

Der Berufungsschrift und allen folgenden Schriftsätzen sollen Abschriften für die übrigen Beteiligten beigelegt werden; dies gilt nicht im Rahmen des elektronischen Rechtsverkehrs.

Dr. von Schenckendorff

