



Siehe auch: Urteil des 1. Senats vom 13.11.2012 - B 1 KR 24/11 R -, Urteil des 3. Senats vom 22.4.2009 - B 3 KR 24/07 R -, Urteil des 3. Senats vom 16.5.2012 - B 3 KR 14/11 R -

Bundessozialgericht



BUNDESSOZIALGERICHT - Pressestelle -
Graf-Bernadotte-Platz 5, 34119 Kassel
Tel. (0561) 3107-1, Durchwahl -460, Fax -474
e-mail: pressestelle@bsg.bund.de
Internet: <http://www.bundessozialgericht.de>

Kassel, den 16. Mai 2013

Terminbericht Nr. 23/13 (zur Terminvorschau Nr. 23/13)

Der 3. Senat des Bundessozialgerichts berichtet über seine Sitzung vom 16. Mai 2013 wie folgt:

1) Der Senat hat die Revision des klagenden Krankenhauses zurückgewiesen, obwohl die beklagte Krankenkasse das Verfahren zur Rechnungsprüfung in doppelter Hinsicht verletzt hat und die klageabweisenden Urteile der Vorinstanzen in wesentlichen Punkten falsch sind: Eine Rechnungsprüfung nach § 275 Abs 1 Nr 1, 2. Alt SGB V ist grundsätzlich nur zulässig, wenn sich Auffälligkeiten ergeben, die die Krankenkasse von sich aus oder ohne weitere Sachverhaltsermittlung und -bewertung durch den MDK nicht klären kann (*vgl BSG, U. v. 13.11.2012 - B 1 KR 24/11 R - RdNr 18 mwN*). Solche Auffälligkeiten hat die Beklagte hier nicht benannt; ihre Behauptung, die Operation hätte schon am Aufnahmetag durchgeführt werden können, hat sie nicht belegt. Das Schreiben vom 22.12.2006 deutet vielmehr darauf hin, dass es sich um eine routinemäßige Abfrage gehandelt hat mit dem Ziel, die Dauer der Krankenhausbehandlung zu verkürzen und somit die sog "Untere Grenzverweildauer" (uGVD) zwecks Kostenreduzierung zu unterschreiten. Die Rechnungsprüfung hätte demnach gar nicht durchgeführt werden dürfen (*BSG, U. v. 13.12.2012 aaO*). Die Beklagte hat zudem das dreistufige Prüfverfahren (*vgl BSG, U. v. 22.4.2009 - B 3 KR 24/07 R - SozR 4-2500 § 109 Nr 18 RdNr 24 ff*) verletzt, indem sie die Klägerin wiederholt zur Angabe medizinischer Gründe bzw zur Vorlage medizinischer Unterlagen an den MDK aufgefordert hat. Eine solche Verlagerung der gesetzlichen Obliegenheiten ist unzulässig; nach § 275 Abs 1 sind die Krankenkassen - vom Ausnahmefall des § 301 Abs 1 Satz 1 Nr 3 SGB V abgesehen - grundsätzlich verpflichtet, bei medizinischen Fragestellungen den MDK einzuschalten. Dies hat auch das LSG erkannt, weil es sowohl eine im Gesetz nicht vorgesehene Ausnahme von dieser Verpflichtung statuiert - "dürfte diese Verlagerung des Prüfverfahrens auf den MDK unpraktikabel sein" - und sich zudem nicht an die Vorgaben des dreistufigen Prüfungsverfahrens (*BSG, U. v. 22.4.2009 aaO*) gehalten hat.

Der Senat hat die Revision trotzdem zurückgewiesen, weil das LSG auf der Grundlage der erstinstanzlich eingeholten Stellungnahme des MDK festgestellt hat, dass eine stationäre Behandlung schon am 20.11.2006 nicht erforderlich gewesen ist; dem hat die Klägerin selbst im Revisionsverfahren nicht widersprochen. Es bestand auch - anders als in dem vom Senat zu § 275 Abs 1c Satz 2 SGB V entschiedenen Fall (*BSG, U. v. 16.5.2012 - B 3 KR 14/11 R*) - kein Beweisverwertungsverbot, weil der Beklagten kein so gravierendes Fehlverhalten vorzuwerfen ist, dass die gewonnenen Erkenntnisse nicht mehr hätten verwertet werden dürfen (*wie zB in den sog "Berliner Fällen" -- BSGE 89, 104 = SozR 3-2500 § 112 Nr 2*). Etwas anderes könnte aber gelten, wenn die Krankenkasse systematisch und ohne konkreten Anlass Behandlungsfälle an der uGVD geprüft hätte; dies würde den Verdacht nahelegen, dass es sich um reine Prüfungen zum Zwecke der Kostenreduzierung handelt. Denn eine Krankenhausbehandlung ist nicht allein deshalb "auffällig", weil sie sich zeitlich innerhalb der uGVD hält. Ein solcher Fall war hier indes nicht feststellbar.

SG Halle - S 17 KR 71/07 -
LSG Sachsen-Anhalt - L 4 KR 17/11 -
Bundessozialgericht - B 3 KR 32/12 R -

2) Der Senat hat die Revision der Klägerin zurückgewiesen. Es bestehen grundsätzlich zwei Möglichkeiten, wie Pflegeheime ein Erhöhungsverlangen umsetzen können: Der Weg über § 87a Abs 2 SGB XI setzt die Aufforderung des Heimträgers an den Pflegebedürftigen voraus, bei der Pflegekasse die Zuordnung zu einer höheren Pflegestufe zu beantragen; dies ist hier ersichtlich nicht geschehen. Nach § 84 Abs 2 Satz 3, 2. Halbs SGB XI ist als andere Alternative ein Antrag des Heimträgers an die

Pflegekasse erforderlich, eine von der Pflegestufe abweichende Pflegeklasse festzusetzen. Einen solchen Antrag hat die Klägerin hier gestellt; entgegen der Meinung des LSG waren dabei die Verfahrensgrundsätze des § 87a Abs 2 Satz 1 und 2 SGB XI nicht anzuwenden. Die Pflegekasse hätte daraufhin den MDK beauftragen müssen, um das erforderliche Einvernehmen iSv § 84 Abs 2 Satz 3, 2. Halbs SGB XI herzustellen oder aber ein solches abzulehnen. Dieses Einvernehmen ist materiell-rechtliche Anspruchsvoraussetzung einer Pflegeklassen-Höherstufung; im vorliegenden Fall fehlt es daran. Im Übrigen ist die Zahlungsklage des Heimträgers gegen die Pflegekasse auch deshalb unbegründet, weil die Pflegekasse zwar Herrin des Verfahrens nach § 84 Abs 2 Satz 3, 2. Halbs SGB XI ist, die konkrete Zahlungsklage aus einer höheren, von der zuerkannten Pflegestufe abweichenden Pflegeklasse letztlich aber nur gegen den Versicherten aus dem Heimvertrag möglich ist. Denn die Zahlungsverpflichtung der Pflegekasse bei stationärer Pflege richtet sich nur nach der Pflegestufe, nicht nach der Pflegeklasse.

SG Duisburg - S 15 P 167/06 -
 LSG Nordrhein-Westfalen - L 10 P 105/10 -
 Bundessozialgericht - B 3 P 1/12 R -

3) Der Senat hat die Revision zurückgewiesen. Entgegen der Auffassung des LSG ist die – jetzt nur noch streitige – vorbeugende Unterlassungsklage mit dem Ziel, die Erstellung und Veröffentlichung weiterer Transparenzberichte über die Einrichtung der Klägerin zukünftig zu unterlassen, mangels eines qualifizierten Rechtsschutzbedürfnisses unzulässig. Der Klägerin drohen keine unzumutbaren Nachteile, wenn sie auf nachgängigen Rechtsschutz verwiesen wird. Eine abstrakte Normenkontrolle ist insoweit im SGG nicht vorgesehen. Doch auch bei Betrachtung der früher anhängigen Anträge auf Fortsetzungsfeststellung hätte die Klägerin keinen Anspruch darauf, die Rechtswidrigkeit der Erstellung und Veröffentlichung von Transparenzberichten feststellen zu lassen. Sie ist in der Sache nicht mehr beschwert und kann auch kein aus Art 19 Abs 4 GG herzuleitendes Rehabilitationsinteresse anführen, welches das BVerfG zB annimmt in Fällen, in denen schwerwiegende Grundrechtseingriffe erfolgt sind und wegen Zeitablaufs keine Möglichkeit mehr zur gerichtlichen Klärung besteht. Eine solche Fallgestaltung ist hier nicht gegeben; in Rede stehen lediglich Berufsausübungsregelungen, hinsichtlich derer die Klägerin selbst keine schwerwiegenden Grundrechtsverstöße benennen konnte und die im Übrigen auch der Senat nicht für verfassungsrechtlich bedenklich erachtet.

SG Köln - S 23 P 235/09 -
 LSG Nordrhein-Westfalen - L 10 P 137/11 -
 Bundessozialgericht - B 3 P 5/12 R -

4) Der Senat hat die Revision mit der Maßgabe zurückgewiesen, dass die Schiedsstelle bei ihrer erneuten Entscheidung die Rechtsauffassung des erkennenden Senats zugrunde zu legen hat. Unter Anknüpfung an seine jüngere Rechtsprechung (U. v. 29.1.2009 - BSGE 102, 227 - und U. v. 17.13.2009 - BSGE 105, 126 -) hat der Senat noch einmal bekräftigt, dass wirtschaftlich angemessene Pflegesätze gemäß § 84 SGB XI in einem zweistufigen Verfahren festzustellen sind: Die von einer stationären Pflegeeinrichtung beanspruchte Vergütung ist leistungsgerecht, wenn die von dem Heimträger zugrunde gelegten voraussichtlichen Gestehungskosten nachvollziehbar sind (Plausibilitätskontrolle) und sie im Vergleich mit der Vergütung anderer Einrichtungen (externer Vergleich) den Grundsätzen wirtschaftlicher Betriebsführung entspricht. Dabei ist die Berücksichtigung von Tarif- oder entsprechenden Entgelten in aller Regel als plausibel anzuerkennen und entspricht wirtschaftlicher Betriebsführung. Damit sollen insbesondere einer Tariffucht entgegengewirkt und Lohndumping sowie Outsourcing vermieden werden. Andererseits dürfen unangemessene Lohnsteigerungen nicht automatisch an die Versicherten weitergegeben werden. Dieses Spannungsverhältnis hat der Senat wie folgt gelöst: Bei extremen Ausreißern im Lohn- und Tarifgefüge ist eine Angemessenheitsprüfung durchzuführen, bei der sachliche Gründe für die Lohn-/Gehaltshöhe darzulegen sind. Solche Fälle werden äußerst selten vorkommen; der hier streitige Fall gehört sicher nicht dazu. Im Übrigen ist das Entgeltgefüge einer Pflegeeinrichtung zu akzeptieren. Gleichwohl ist auf der 2. Stufe – beim externen Vergleich – eine Gesamtbetrachtung durchzuführen, soweit der geforderte Pflegesatz nicht im unteren Drittel der Vergütungen vergleichbarer Einrichtungen liegt. Entscheidend kommt es bei dieser Gesamtbewertung darauf an, ob der von der Einrichtung geforderte Vergütungssatz im Vergleich mit günstigeren Pflegesätzen und Entgelten anderer Einrichtungen im Hinblick auf die Leistungen der Einrichtung und die Gründe für ihren höheren Kostenaufwand (dennoch) als insgesamt angemessen und deshalb leistungsgerecht iSv § 84 Abs 2 Satz 1 SGB XI anzusehen ist. Unter Berücksichtigung dieser Grundsätze hat das LSG den angegriffenen Schiedsspruch zu Recht aufgehoben und die Beklagte zur Neubeschreibung verpflichtet. Wenn beim externen Vergleich eine Gesamtbetrachtung erfolgt und diese eine Verringerung der geforderten Pflegesätze zur Folge hat, dann müssen die Maßstäbe hierfür nachvollziehbar dargestellt werden.

Wie der Senat ebenfalls schon wiederholt festgestellt hat, umfasst die leistungsgerechte Vergütung einer Einrichtung auch eine angemessene Vergütung ihres Unternehmerrisikos. Hierzu zählen nicht Wagnis- und Risikozuschläge oder solche für höhere Gewalt, wie sich schon aus § 85 Abs 7 SGB XI ergibt,

sondern im Ergebnis die Möglichkeit zur Gewinnerzielung, denn "Überschüsse verbleiben beim Pflegeheim, Verluste sind von ihm zu tragen" (§ 84 Abs 2 Satz 5 SGB XI). Ein solcher Zuschlag für angemessene Vergütung kann als umsatzbezogener Prozentsatz berücksichtigt oder auch – wie hier – über die Auslastungsquote gesteuert werden. Letzteres setzt aber voraus, dass die Auslastungsquote im externen Vergleich realistisch angesetzt wird und bei ordnungsgemäßer Betriebsführung auch zu einem Unternehmensgewinn führen kann. Hierzu enthält der Schiedsspruch keine ausreichenden Feststellungen; sie sind nachzuholen. Dabei wird die Schiedsstelle auch zu prüfen haben, ob die Parteien des Pflegesatzverfahrens gemäß § 85 Abs 2 SGB XI zutreffend beteiligt worden sind.

Der "hilfsweise" geltend gemachte Zuschlag zur Eigenkapitalverzinsung ist von der Klägerin nicht mit Fakten belegt worden. Die beklagte Schiedsstelle hat diese Position deshalb zu Recht nicht berücksichtigt. Im Übrigen sind finanzielle Rückstellungen für den Pflegebetrieb typischer Teil des Unternehmerrisikos und deshalb in der Regel nicht gesondert zu berücksichtigen.

LSG Baden-Württemberg - L 4 P 1629/10 KL -
Bundessozialgericht - B 3 P 2/12 R -