
S 8 KR 298/10

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

| | |
|---------------|------------------------|
| Land | - |
| Sozialgericht | Sozialgericht Dortmund |
| Sachgebiet | Krankenversicherung |
| Abteilung | 8 |
| Kategorie | - |
| Bemerkung | - |
| Rechtskraft | - |
| Deskriptoren | - |
| Leitsätze | - |
| Normenkette | - |

1. Instanz

| | |
|--------------|---------------|
| Aktenzeichen | S 8 KR 298/10 |
| Datum | 22.07.2011 |

2. Instanz

| | |
|--------------|---|
| Aktenzeichen | - |
| Datum | - |

3. Instanz

| | |
|-------|---|
| Datum | - |
|-------|---|

Die Beklagte wird verurteilt, an den Kläger 3.257,56 EUR nebst Zinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 09.11.2008 zu zahlen. Die Beklagte trägt die Kosten des Rechtsstreits. Der Streitwert wird auf 3.257,56 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um Krankenhausvergütung und insbesondere um die Frage des Einwendungsausschlusses nach [§ 275 Abs. 1](#) c SGB V.

Die am xxx geborene und bei der Beklagten versicherte xxx (Versicherte) wurde in den Jahre 1997, 1998, 1999, 2000, 2001 und 2002 stationär im vom Kläger getragenen Krankenhaus behandelt. Nach Urteil des SG Nürnberg vom 06.04.2005 (Az.: S 7 KR 450/03), auf das wegen der Einzelheiten Bezug genommen wird, wurde sie erneut in den Jahren 2005, 2006 und 2007 stationär im Krankenhaus des Klägers behandelt. In der Zeit vom 01.09. bis 23.09.2008 erfolgte eine erneute stationäre Behandlung im vom Kläger getragenen Krankenhaus. Mit Schreiben vom 08.09.2008 lehnte die Beklagte eine Kostenübernahme ab. Zur Begründung wies sie auf das Urteil des SG Nürnberg hin. Danach könnten die Kosten der klägerischen

Klinik nur noch für eine weitere stationäre Behandlung übernommen werden. Danach seien sämtliche ambulanten Therapieformen vorrangig vor einer weiteren stationären Behandlung. Nach diesem Urteil habe die Beklagte bereits zwei stationäre Aufenthalte in der klägerischen Klinik übernommen. Eine Kostenübernahme für den stationären Aufenthalt seit 01.09.2008 könne daher nicht erfolgen.

Die am 22.10.2008 vom Kläger übersandte Rechnung über die DRG I42Z mit einem Rechnungsbetrag von insgesamt 3.257,56 EUR sandte die Beklagte an den Kläger zurück mit Hinweis auf das Schreiben vom 08.09.2008.

Mit Schreiben vom 04.05.2009 bat der Kläger um Übernahme der Kosten für die stationäre Behandlung 2008. Zur Begründung wies er insbesondere darauf hin, dass die Versicherte immer wieder versucht habe, eine ambulante Behandlung durchzuführen, sei es Physiotherapie oder orthopädische Behandlung beim Facharzt, ohne dass hierüber Besserungen zu erreichen gewesen wären. Vielmehr habe die Physiotherapie zu einer Zunahme der Beschwerdesymptomatik geführt. Auch könnten Injektionsbehandlungen wegen einer Multiallergie auf Lokalanästhetika nur äußerst eingeschränkt durchgeführt werden. Diesem Schreiben fügte er den Entlassungsbericht vom 23.10.2008 bei. Wegen der Einzelheiten wird auf den Entlassungsbericht Bezug genommen. Mit Schreiben vom 07.05.2009 lehnte die Beklagte eine Kostenübernahme ab. Aus der Stellungnahme vom 04.05.2009 ergäben sich keine neuen Erkenntnisse, die geeignet seien, von der auf Grund des Urteils des SG Nürnberg getroffenen Entscheidung abzuweichen. Insbesondere sei auf das fachorthopädische Gutachten von Herrn Dr. Mohing aus dem vorgenannten Sozialgerichtsverfahren zu verweisen, welches auch dem Kläger vorliegen dürfte.

Am 19.03.2010 hat der Kläger Klage erhoben. Zur Begründung führt er insbesondere aus, dass das Urteil des SG Nürnberg vom 03.05.2009 nicht ausreiche, um die Notwendigkeit einer stationären Krankenhausbehandlung im Jahr 2008 zu verneinen. Insbesondere hätte die Beklagte eine erneute Begutachtung bezogen auf den aktuellen Gesundheitsstatus der Versicherten im Jahr 2008 durchführen müssen. Da sie ein derartiges Überprüfungsverfahren nicht durchgeführt habe, sei sie nun mit sämtlichen weiteren Einwendungen ausgeschlossen. Dadurch reduziere sich auch der Amtsermittlungsgrundsatz, denn die Beklagte habe ihre Mitwirkungspflichten dadurch verletzt, dass sie den MDK zur Überprüfung überhaupt nicht eingeschaltet habe.

Der Kläger beantragt schriftsätzlich,

die Beklagte zu verurteilen, an ihn 3.257,56 EUR zuzüglich Zinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 09.11.2008 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Zur Begründung weist sie insbesondere darauf hin, dass es das alleinige Recht der Krankenkassen sei, über den Anspruch des Versicherten auf Krankenhausbehandlung zu entscheiden. Die stationäre Behandlung sei gegenüber der ambulanten Behandlung subsidiär. Die Nichteinhaltung der Vorschrift des [§ 275 SGB V](#) führe im vorliegenden Abrechnungsstreit nicht zum Einwendungsausschluss. Zum Einwendungsausschluss könnten nur sehr schwerwiegende Verletzungen des Prüfverfahrens führen, wenn die Grenzen des Rechtsmissbrauchs analog [§ 242 BGB](#) überschritten würden. Vorliegend habe zur Durchführung einer Prüfung zunächst kein Anlass bestanden. Sie habe allein schon auf Grund des Urteils des SG Nürnberg berechnigte Veranlassung gehabt, die Kostenübernahme zu negieren. Vom Kläger seien zu keinem Zeitpunkt substantiierte Gründe für die stationäre Durchführung genannt worden. Konsequente ambulante Möglichkeiten seien bis dato nicht ausreichend durchgeführt oder gar nachhaltig versucht worden. Auch die fehlende Compliance der Versicherten sei keineswegs angegangen worden. Der Amtsermittlungsgrundsatz werde nicht durch [§ 275 SGB V](#) eingeschränkt. Bei der Sechswochenfrist des [§ 275 Abs. 1 c Satz 2 SGB V](#) handele es sich nicht um eine auch vom Gericht zu beachtende Einwendungsausschlussfrist. Eine solche Interpretation gehe weit über den Wortlaut des Gesetzes hinaus. Sie würde auch dem gesetzgeberischen Willen zuwider laufen, die Krankenhäuser für übermäßig viel MDK-Prüfungen frei zu halten. Im sozialgerichtlichen Verfahren sei nicht mehr die Krankenkasse zur medizinischen Sachverhaltsaufklärung berufen, sondern diese obliege dem Gericht.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die Gerichts- und die Verwaltungsakte der Beklagten, deren Inhalt der Kammerentscheidung zu Grunde lag, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Kammer konnte den Rechtsstreit im Einverständnis der Beteiligten gemäß [§ 124 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) ohne mündliche Verhandlung entscheiden.

Die Klage ist als echte Leistungsklage im Sinne des [§ 54 Abs. 5 SGG](#) zulässig und begründet.

Der Kläger hat einen Anspruch auf Zahlung des Entgelts für die Krankenhausbehandlung der Versicherten in der Zeit vom 01.09. bis 23.09.2008.

Eine Krankenkasse ist nach [§ 109 Abs. 4 Satz 3 Sozialgesetzbuch – Fünftes Buch – \(SGB V\)](#) i.V.m. [§ 7 S. 1 Nr. 1 Krankenhausentgeltgesetz \(KHEntgG\)](#) und dem Vertrag nach [§ 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V](#) über die allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung (Sicherstellungsvertrag) zwischen der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen, den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen verpflichtet, die vereinbarten Entgelte zu zahlen, wenn die Versorgung des Versicherten im Krankenhaus im Sinne von [§ 39 SGB V](#) notwendig gewesen ist und Krankenhausbehandlung stattgefunden hat.

Die Zahlungsverpflichtung der Krankenkasse entsteht bei Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung – unabhängig von einer Kostenzusage – unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten (BSG Urteil vom 17.05.2000, Az. [B 3 KR 33/99 R](#); Urteil vom 10.04.2008, Az. [B 3 KR 21/05 R](#) m.w.N.). Der Zahlungsanspruch des Krankenhauses korrespondiert in aller Regel mit dem Anspruch des Versicherten auf Krankenhausbehandlung. Demgemäß müssen beim Versicherten bei der Aufnahme in das Krankenhaus grundsätzlich die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für die Inanspruchnahme von Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung sowie Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit vorliegen, wobei unter Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit ein Krankheitszustand zu verstehen ist, dessen Behandlung den Einsatz der besonderen Mittel eines Krankenhauses erforderlich macht (BSG a.a.O.).

Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für die Inanspruchnahme der Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung lagen unstrittig vor. Auf die fehlende Erforderlichkeit der Krankenhausbehandlung darf sich die Beklagte im vorliegenden Fall jedoch nicht mehr berufen. Die Berufung auf Einwendungen wäre rechtsmissbräuchlich, [§ 242 BGB](#) analog. Unterlässt die Krankenkasse die Einleitung des Prüfverfahrens, solange sich das Krankenhaus hierauf einstellen muss, in gravierender Weise, so ist sie nach Treu und Glauben mit solchen Einwendungen endgültig ausgeschlossen, die bis dahin geltend gemacht werden konnten (BSG Urteil vom 28.2.2007, Az. [B 3 KR 12/06 R](#); Urteil vom 20.11.2008, Az. [B 3 KN 1/08 KR R](#)).

Aufgrund einer Verletzung der der Beklagten in [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) auferlegten Pflichten ist diese hier mit Einwendungen ausgeschlossen. Der Kläger musste nach dem 03.12.2008 nicht mehr mit der Einleitung eines Prüfverfahrens nach [§ 275 SGB V](#) rechnen.

[§ 275 Abs. 1 SGB V](#) basiert auf der gesetzlichen Pflicht der Krankenkassen, nur Leistungen zu erbringen, die ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind und das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Ein Anspruch auf Vergütung stationärer Krankenhausbehandlung setzt u.a. voraus, dass die Behandlung erforderlich war und die Voraussetzungen der gesetzlichen und vertraglich vorgesehenen Vergütungsregelungen erfüllt sind (vgl. [§ 109 Abs. 4 S. 3](#) i.V.m. [§ 39 Abs. 1 S. 2 SGB V](#)). Über die Erforderlichkeit der Behandlung entscheidet allein die Krankenkasse und im Streitfall das Gericht. Die Voraussetzungen des Vergütungsanspruchs haben die Krankenkassen jedoch ggf. erst durch eine Prüfung festzustellen. Auch die Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser hat hieran nichts geändert. Neben der Möglichkeit der verdachtsunabhängigen Stichprobenprüfung nach [§ 17c Krankenhausfinanzierungsgesetz](#) steht den Krankenkassen die (hier nicht durchgeführte) anlassbezogene Einzelfallprüfung nach [§ 275 Abs. 1 SGB V](#) zu. In beiden Fällen ist der MDK zur Prüfung der medizinischen Voraussetzungen einzuschalten. Die Erforderlichkeit der Krankenhausbehandlung ([§ 39 Abs. 1 S. 2 SGB V](#)), ihre Vergütung ([§ 109 Abs. 4 S. 3 SGB V](#)) und deren Kontrolle durch Krankenkasse und MDK (u.a. [§ 275 SGB V](#)) sind dabei auf das Engste miteinander

verknüpft und vertragen kein Nebeneinander unterschiedlichen Rechts in Bezug auf die einzelnen Teilkomponenten. Die grundlegende Frage ist hier nämlich jeweils, ob sich die stationäre Aufnahme oder Weiterbehandlung bei Zugrundelegung der für den Krankenhausarzt nach den Regeln der ärztlichen Kunst im Behandlungszeitpunkt verfügbaren Kenntnisse und Informationen zu Recht als medizinisch notwendig dargestellt hat (BSG 22.6.2010, Az [B 1 KR 29/09 R](#)).

Dabei erlegt [§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) den Krankenkassen die Pflicht auf, bei Erbringung von Leistungen, insbesondere zur Prüfung von Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistung und bei Auffälligkeiten zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung eine gutachterliche Stellungnahme des MDK einzuholen (BSG Urteil vom 22.04.2009, Az. [B 3 KR 24/07 R](#); Urteil vom 22.11.2008, Az. [B 3 KN 4/08 KR R](#) und [B 3 K 1/08 KR R](#)). Nach [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) muss eine Krankenkasse innerhalb von sechs Wochen nach Vorlage der Schlussrechnung über die Einleitung einzelfallbezogener Rechnungsprüfungen entschieden haben (BSG 17.12.2009, Az. [B 3 KR 12/08 R](#)). Die Prüfung ist spätestens sechs Wochen nach Eingang der Abrechnung bei der Krankenkasse einzuleiten und durch den Medizinischen Dienst dem Krankenhaus anzuzeigen.

[§ 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V](#) normiert damit besondere Pflichten für die Krankenkassen und eine sechswöchige Ausschlussfrist für die Einleitung der Einzelfallprüfung (BSG Urteil vom 16.12.2008, Az [B 1 KN 2/08 KR R](#); LSG NRW Urteil vom 24.09. 2009, Az. [L 5 KR 81/09](#)). Diese Frist schließt nach ihrem Ablauf jegliche Einwendungen, die die medizinische Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung betreffen, aus. Dies ergibt sich bereits aus der Gesetzesbegründung, nach der Prüfungen nach Ablauf der Frist "unzulässig" sind ([BT-Drucksache 16/3100 S. 171](#)). Wenn aber eine Prüfung durch den MDK nicht mehr zulässig ist, kann die Krankenkasse keine medizinischen Einwendungen mehr vorbringen, weil sie kraft der Systematik des SGB V nicht über eigenen medizinischen Sachverstand verfügt (SG Darmstadt, Urteil vom 20.05.2010, Az. [S 18 KR 344/08](#)).

Die Frist ist – anders als bspw. die Verjährung – von den Gerichten von Amts wegen zu beachten. Eine Beschränkung der Frist auf die vorgerichtliche Auseinandersetzung der Beteiligten ist dem Wortlaut nicht zu entnehmen. Sie ist auch nicht aus dem Sinn und Zweck der Vorschrift zu erklären, die eine missbräuchliche Verzögerung des Rechnungsprüfungsverfahrens zulasten des Krankenhauses verhindern soll. Im Gegenteil würde der Gesetzeszweck gleichsam konterkariert werden, wenn sich die Krankenkasse durch Klageeinreichung über die im vorgerichtlichen Verfahren eingetretene Präklusion hinwegsetzen könnte. Eine solche Beschränkung der Präklusionswirkung wäre auch rechtspolitisch nicht erklärlich, weil sie die Belastung der Gerichte weiter verstärken würde und die Bemühungen der Beteiligten außergerichtliche Lösungen für Konflikte zu finden, verringern könnte (SG Darmstadt a.a.O.).

Die Wirkungen der Ausschlussfrist sind im vorliegenden Fall eingetreten. Fristbeginn war die Rechnungsübermittlung am 22.10.2008. Die Sechs-Wochen-Frist ist daher am 03.12.2008 abgelaufen ([§§ 187 Abs. 1, 188 Abs. 2 BGB](#)). Eine Prüfanzeige durch den MDK ist in dieser Zeit nicht erfolgt. Die Beklagte hat den MDK bislang

nicht mit einer Einzelfallprüfung zu dieser stationären Behandlung beauftragt.

Wenn sich die Beklagte nunmehr drauf beruft, die stationäre Krankenhausbehandlung sei nicht notwendig gewesen, so ist dieses Verhalten nicht von [§ 275 Abs. 1c S. 1](#) und 2 SGB V gedeckt. Da es der Krankenkasse vor Einschaltung des MDK in der Regel an medizinischem Sachverstand fehlt, muss sich die Krankenkasse bei Zweifeln an der Notwendigkeit einer stationären Krankenhausbehandlung zur Prüfung dieser Zweifel des MDK bedienen. Die Frage der Notwendigkeit der stationären Krankenhausbehandlung ist eine medizinisch zu beantwortende Frage (SG Augsburg 13.01.2010, Az [S 12 KR 107/09](#)).

Die Beklagte durfte auch nicht aufgrund des Urteils des SG Nürnberg aus 2005 auf die Einschaltung des MDK verzichten. Zum einen war der Kläger im Verfahren vor dem SG Nürnberg nicht beteiligt, so dass das Urteil ihm gegenüber keine Bindungswirkung entfaltet. Zum anderen folgt aus dem Urteil nicht notwendiger Weise, dass die stationäre Behandlung im Jahr 2008 nicht notwendig war. Denn es ist nicht auszuschließen, dass sich der Gesundheitszustand der Versicherten seit der Begutachtung durch den Sachverständigen im Verfahren vor dem SG Nürnberg so verschlechtert hat, dass nunmehr eine stationäre Krankenhausbehandlung erneut erforderlich war.

Mit dem Hinweis auf die 6-Wochen-Frist hat sich der Kläger gesetzeskonform verhalten. Ein treuwidriges Verhalten kann ihm in keiner Weise vorgeworfen werden. Es ist vielmehr die Beklagte, die gegen ihre Mitwirkungslast vorgerichtlich verstoßen hat, indem sie der ihr obliegenden Verpflichtung zur Einleitung des Prüfverfahrens durch den MDK nicht nachgekommen ist und damit dem Kläger die vorgerichtlich vorgesehene Möglichkeit zum Nachweis der Notwendigkeit der stationären Krankenhausbehandlung genommen hat. (SG Augsburg 13.01.2010, Az [S 12 KR 107/09](#)).

Wenn sich das Krankenhaus nicht mehr auf die nachträgliche Prüfung einstellen musste, bedarf es auch keiner gerichtlichen Sachaufklärung zur Frage der Notwendigkeit und Dauer der jeweiligen Behandlung (BSG Urteil vom 28.09.2006, Az. [B 3 KR 23/05 R](#)). Nach Bundesrecht sind die Krankenkassen nicht verpflichtet, Krankenhausrechnungen auch dann in voller Höhe zu begleichen, wenn sie innerhalb angemessener Frist substantiierte und der Höhe nach bezifferte Einwendungen gegen die Abrechnung geltend machen (BSG Urteil vom 20.11.2008, Az. [B 3 KN 1/08 KR R](#)). Machen sie solche substantiierten Einwendungen nicht rechtzeitig geltend, sind sie im Umkehrschluss zur Zahlung verpflichtet.

Das Gericht sah sich daher nicht dazu verpflichtet, die Patientenakte beizuziehen und der Beklagten zur Auswertung durch den MDK zur Verfügung zu stellen im Rahmen der Gewährung rechtlichen Gehörs. Nach [§ 106 Abs. 1 und 2 SGG](#) hat der Vorsitzende bereits vor der mündlichen Verhandlung alle Maßnahmen zu treffen, die notwendig sind, um den Rechtsstreit möglichst in einer mündlichen Verhandlung zu erledigen und kann zu diesem Zweck insbesondere Krankenpapiere und Krankengeschichten beiziehen. Diese Beiziehung von Unterlagen erfolgt jedoch nur insoweit, als dies für eine Entscheidung erforderlich ist (SG Augsburg 13.01.2010,

Az [S 12 KR 107/09](#)). Im vorliegenden Fall war dies jedoch zur Überzeugung des Gerichts nicht erforderlich, da die Beklagte mit Einwendungen ausgeschlossen ist.

Weitere Gründe, die gegen eine Zahlungsverpflichtung der Beklagten sprechen, sind weder vorgetragen noch sonst ersichtlich.

Die Zinsforderung des Klägers ergibt sich aus § 15 Abs. 1 S. 4 des nordrhein-westfälischen Landesvertrags nach [§ 112 Abs. 2 S. 1 Nr. 1 SGB V](#).

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197 a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 2 Verwaltungsgerichtsordnung \(VwGO\)](#).

Die Streitwertfestsetzung folgt aus [§ 52 Abs. 3 GKG](#).

Erstellt am: 09.08.2011

Zuletzt verändert am: 09.08.2011