## S 8 KR 629/19

## Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land Hessen

Sozialgericht Sozialgericht Darmstadt Sachgebiet Krankenversicherung

**Abteilung** 

Kategorie Urteil Bemerkung Rechtskraft

Deskriptoren Verwirkung

Forderung und Nachforderung

Hauptdiagnose

Leitsätze 1. Die Änderung der

Krankenhausrechnung durch das

Krankenhaus auf Grund eines durch das Gericht eingeholtes Gutachten auf einen

niedrigeren Betrag stellt keine

Nachforderung dar.

2. Eine Nachforderung ist gegeben, wenn jemand eine zusätzliche Forderung erhebt

oder eine weitere nachträgliche

Rechnung erstellt. Die Ersetzung einer höheren Rechnung durch eine Rechnung mit einem geringeren Betrag für den gleichen Behandlungsfall stellt keine Nachforderung, sondern die ursprüngliche

Forderung dar.

3. Eine Verwirkung ist nicht gegeben, sofern das Krankenhaus die ursprüngliche Forderung außer- und gerichtlich geltend gemacht hat, sodass die Krankenkasse

nicht auf die nicht erfolgte

Geltendmachung vertrauen durfte.

Normenkette SGB V § 109

BGB § 242

1. Instanz

Aktenzeichen S 8 KR 629/19 28.06.2021 Datum

2. Instanz

Aktenzeichen

Datum

#### 3. Instanz

**Datum** 

Die Beklagte wird verurteilt, an die Kl $\tilde{A}$ ¤gerin einen Betrag in H $\tilde{A}$ ¶he von 1.500,72  $\hat{a}$  $\Box$ ¬ zuz $\tilde{A}$ ½glich Zinsen in H $\tilde{A}$ ¶he von 5 Prozentpunkten  $\tilde{A}$ ½ber dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 22.11.2016 zu zahlen.

Die Beklagte hat die Kosten des Rechtsstreites zu tragen.

### **Tatbestand**

Die Beteiligten streiten über die Vergütung eines vollstationären Krankenhausaufenthalts.

Die KlĤgerin ist TrĤgerin des GPR Klinikums in A-Stadt. Der bei der Beklagten versicherte Patient F. (im Weiteren der Patient) wurde von der KlĤgerin im Zeitraum vom 17.04.2016 bis 20.04.2016 stationĤr in der II. Medizinische Klinik, Abteilung Neurologie und Schlaganfall-Einheit, behandelt.

Der 1941 geborene Patient war im alkoholisierten Zustand auf einer Treppe gestolpert und mit dem Kopf gegen eine Treppenstufe gefallen. Es bestand keine Bewusstlosigkeit, keine Amnesie, kein Schwindel, keine Anbelkeit und kein Erbrechen. Er wurde mit dem Rettungswagen in die Klink der KlAzgerin eingeliefert, welche eine CT durchführte. Bei diesem CT wurde ein ausgedehntes KopfschwartenhĤmatom rechts frontal ohne intrazerebrale Blutung oder Fraktur festgestellt. Es bestand ein hypodenses Areal im dorsalen hohen Mediagebiet links von 2 cm Durchmesser. Es bestehe ein Anzeichen für einen beginnenden Insult, sodass weitere AbklĤrung empfohlen wurde. Nach dem NĤhen der ca. 8 cm langen Kopfplatzwunde wurde er in die neurologische Abteilung überführt. Hinsichtlich des neurologischen Befundes ergaben sich keine Hinweise auf Sprachoder SprechstĶrungen. Der Hirnnervenbefund war unauffĤllig. Es bestanden kein Meningismus, kein Nystagmus und keine Doppelbilder. Die Prüfung der Motorik ergaben keine Hinweise auf manifeste oder latente Paresen, kein Absinken und keine Pronationstendenz in den Halteversuchen. Koordination und Feinmotorik waren ungestört, komplizierte Gangprüfungen unauffällig durchführbar. Der MDR war seitengleich mittellebhaft auslĶsbar, die OberflĤchen- und TiefensensibilitÄxt ungestĶrt. Der Patient wurde in reduziertem Allgemein und gutem Ernährungszustand aufgenommen. Die Herztöne waren rein, rhythmisch, keine vitientypische GerĤusche. Es bestanden ein sonorer Klopfschall sowie ein vesikuläres Atemgeräusch. Das Abdomen war weich, die Darmgeräusche normal und ohne Druckdolenz. An den Extremitäten waren keine Ã∏deme. Der Puls war tastbar. Der Patient war wach und orientiert, es bestand keine fokale Neurologie. Die KlĤgerin fļhrte ein Ruhe-EKG, ein Langzeit-EKG, ein initiales CCT, ein CT der Halswirbelsäule, ein CMRT, ein Echokardiographie sowie eine Duplexsonographie der hirnversorgenden GefĤÃ∏e durch. Laborchemisch zeigten sich bis auf ein Ethanol-Spiegel von 2,15 Promille keine Besonderheiten. In dem

initial durchgeführten CCT ergab sich der Verdacht auf eine frische Ischämie, die sich in dem cMRT eher nicht bestätigte. Echokardigraphisch zeigte sich ein höchstgradig dilatierter linker Vorhof.

Mit Rechnung vom 10.05.2016 stellte die KlĤgerin der Beklagten einen Betrag i. H. v. 2.916,54 â∏¬ in Rechnung. Die Abrechnung erfolgte unter Zugrundelegung der Fallpauschalen DRG V60A (Alkoholintoxikation und Alkoholentzug oder StĶrungen durch Alkoholmissbrauch und AlkoholabhĤngigkeit mit psychotischem Syndrom oder HIV-Krankheit). Als Hauptdiagnose wurde dabei F10.0 (Akute Alkoholintoxikation, im Sinne eines Rausches) verschlþsselt. Als Nebendiagnose kodierte die Klägerin u. a. die Nebendiagnose F10.0 (Akute Alkoholintoxikation, im Sinne eines Rausches) und F10.6 (Amnestisches Syndrom durch Alkohol). Die Beklagte þberwies diesen Betrag. Da sie Zweifel an der ordnungsgemäÃ∏en Rechnungslegung hegte, beauftragte sie am 17.05.2016 den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) mit der Ã∏berprþfung des Behandlungsfalles. Die Prþfungseinleitung erfolgte mit der Frage, ob die Haupt- und Nebendiagnosen korrekt sind. Der MDK forderte Unterlagen an, welche die Klägerin jedoch nicht vollständig vorlegte. Die Klägerin legte u. a. die Tageskurve und die Pflegedokumentation nicht vor.

Der MDK kam in seinem Gutachten vom 03.09.2016 zu dem Ergebnis, dass sowohl die Haupt- als auch die Nebendiagnose geĤndert werden mýssten. Der Fall mýsse mit der Hauptdiagnose S01.0 (Offene Wunde der behaarten Kopfhaut) als Hauptdiagnose sowie nur F10.0 (Psychische und Verhaltensstörung durch Alkohol: Akute Intoxikation [akuter Rausch]) kodiert werden. Der Fall mýsse mit der DRG X60Z kodiert werden. Die Beklagte rechnete mit Schreiben vom 17.11.2016 mit unstreitigen Forderungen der Klägerin auf.

Die Klägerin widersprach mit Schreiben vom 21.11.2016. Sie war der Ansicht, dass bei Anfragen von Seiten der Krankenkasse hinsichtlich der Korrektheit der Hauptund Nebendiagnose zur Ã $\Box$ berprÃ $^{1}$ / $_{4}$ fung der Entlassbericht und der Aufnahmebogen ausreiche. Eine Kopfplatzwunde, die genÃ $^{a}$ ht wurde, wÃ $^{1}$ / $_{4}$ rde nicht die stationÃ $^{a}$ re Aufnahme und Intensivpflichtigkeit begrÃ $^{1}$ / $_{4}$ nden. Die Aufnahme erfolgte wegen akuter Alkoholintoxikation mit Alkoholspiegel von > 2,8 â $^{a}$ 0. Die Beklagte verwies darauf, dass das PrÃ $^{1}$ / $_{4}$ fverfahren kein Widerspruchsverfahren enthalte.

Die Kl $\tilde{A}$ ¤gerin hat mit Schriftsatz ihrer Prozessbevollm $\tilde{A}$ ¤chtigten vom 04.04.2019 Klage erhoben. Sie wiederholte ihre bisherigen Ausf $\tilde{A}$ ½hrungen. Mit Rechnung vom 08.01.2021 stellte sie auf der Grundlage des gerichtlich eingeholten Gutachtens eine neue Rechnung i. H. v. 2.883,56 â $\Box$ ¬ aus und  $\tilde{A}$ ½bersandte sie der Beklagten, welche diese hinsichtlich des offenen Teilbetrages aber nicht ausglich. In der m $\tilde{A}$ ¾ndlichen Verhandlung am 28.06.2021 hat sie die Klage i. H. v. 32,98 â $\Box$ ¬ zur $\tilde{A}$ ½ckgenommen. Die Beklagte hat in der m $\tilde{A}$ ¾ndlichen Verhandlung die zwischenzeitlich erhobene hilfsweise Widerklage nicht mehr beantragt.

Die KlĤgerin ist der Ansicht, dass die Beklagte keinen Ķffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch geltend machen kĶnne, da sie mit Rechtsgrund an die KlĤgerin gezahlt habe. Die Zuordnung eines Behandlungsfalles zu dem

Fallpauschalenkatalog erfolge in zwei Schritten. ZunÄxchst werde die durchgeführte Behandlung basierend auf ihrem Gegenstand und ihren prägenden Merkmalen mit der maÃ∏geblichen Hauptdiagnose, den Nebendiagnosen sowie mit Codes nach den Operationen- und ProzedurenschlA¼ssel (OPS) verschlA¼sselt. Zur sachgerechten DurchfA¼hrung Kodierrichtlinien beschlossen. Ma̸geblich seien die jeweils für das Behandlungsjahr geltenden Kodierrichtlinien und Klassifikationen. In einem zweiten Schritt wýrden die Codes nach einem festgelegten Algorithmus einer bestimmten DRG zugeordnet, anhand dessen dann nach Maà gabe des Fallpauschalenkatalogs die von der Krankenkasse zu zahlender Vergütung errechnet werde. Der Fallpauschalenkatalog einschlie̸lich der Klassifikationen und der Kodierrichtlinien sei streng nach dem Wortlaut auszulegen. Bei WertungswidersprÄ<sup>1</sup>/<sub>4</sub>chen oder sonstigen Ungereimtheiten obliege es den jeweils zustĤndigen Stellen, diese durch ̸nderungen im Fallpauschalenkatalog für die Zukunft zu beseitigen. Nach den Deutschen Kodierrichtlinien liege die Auflistung der Diagnosen und Prozeduren in der Verantwortung des behandelnden Arztes. Danach sei die Hauptdiagnose die Diagnose, die nach der Analyse als diejenige festgestellt wurde, die hauptsÄxchlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthalts der Patientin verantwortlich sei. Der Begriff â∏nach Analyseâ∏ bezeichne die Evaluation der Befunde am Ende des stationÃxren Aufenthalts, um diejenige Krankheit festzustellen, die hauptsĤchlich verantwortlich fĽr die Veranlassung des stationĤren Krankenhausaufenthalts war. Wenn zwei oder mehrere Diagnosen in Bezug zur Aufnahme, Untersuchungsbefunden und / oder der durchgeführten Therapie gleicherma̸en die Kriterien für die Hauptdiagnose erfüllen und ICD-10-Verzeichnisse und Kodierrichtlinien keine VerschlÄ1/4sselungsanweisungen geben, mýsse vom behandelnden Arzt entschieden werden, welche Diagnose am besten der Hauptdiagnose-Definition entspreche. Nur in diesem Fall sei die Diagnose vom Arzt auszuwĤhlen, die fļr Untersuchung und / oder Behandlung die meisten Ressourcen verbracht haben. Dabei sei es unerheblich, ob Krankheiten verwandt seien oder nicht.

Die KlAzgerin beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, an sie einen Betrag i. H. v. 1.500,72  $\hat{a} \Box \neg zuz\tilde{A}^{1/4}glich$  Zinsen in HĶhe von 5 Prozentpunkten Ä $^{1/4}$ ber dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 22.11.2016 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie verweist auf ihre bisherigen Ausführungen. Sie ist der Ansicht, dass ihr ein öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch zustehen würde. Sie ist der Ansicht, dass das gerichtlich eingeholte Sachverständigengutachten nicht der Rechnungsoptimierung der Klägerin diene. Der Gutachter komme zu dem Ergebnis, dass die Kodierung der Klägerin nicht durch die in der Behandlungsdokumentation enthaltenen medizinische Fakten untermauert würde.

Es komme keine Abrechnung auf der Basis der Hauptdiagnose I67.88 bzw. der DRG B63Z in Betracht, da der Behandlungsfall bereits im Jahre 2016 stattfand und eine Nachkodierung daher ausscheide. Sie hält die Forderung im Hinblick auf die ständige Rechtsprechung zu Korrekturrechnungen im Rahmen des § 301 SGB V fþr verwirkt, jedenfalls fþr verjährt. Zudem sei die Rechnung nicht fällig.

Das Gericht hat Beweis nach  $\frac{\hat{A}\S}{106}$  Sozialgerichtsgesetz (SGG) durch Einholung eines sozialmedizinischen Gutachtens bei Dr. G. (Gutachten vom 05.11.2020) erhoben. F $\tilde{A}\frac{1}{4}$ r das Ergebnis der Beweisaufnahme wird auf die schriftlichen Ausf $\tilde{A}\frac{1}{4}$ hrungen der Sachverst $\tilde{A}$ xndigen Bezug genommen.

# EntscheidungsgrÃ1/4nde

- A. Streitgegenstand dieses Verfahrens ist die Vergütung eines vollstationären Krankenhausaufenthalts. Streitig ist dabei die Frage, welche Hauptdiagnose die Klägerin hätte kodieren mÃ⅓ssen und ob die durch einen gerichtlichen Gutachter im Klageverfahren von den Ansichten beider Beteiligten abweichend festgestellte Hauptdiagnose durch das Krankenhaus abgerechnet werden darf. Im Hinblick auf die seitens der Beklagten erhobene hilfsweise Widerklage hat sie in der mÃ⅓ndlichen Verhandlung keinen Antrag gestellt, sodass das Gericht â□□ auch im Kontext der RÃ⅓cknahme der Widerklagen in den weiteren mÃ⅓ndlichen Verhandlungen am gleichen Tag â□□ davon ausgeht, dass die Beklagte darÃ⅓ber keine Entscheidung wollte.
- B. Die Klage ist zulĤssig. Die KlĤgerin macht zu Recht ihren Anspruch auf Vergļtung der Krankenhausbehandlung gegenľber der Beklagten mit der (echten) Leistungsklage nach <u>§ 54 Abs. 5 SGG</u> geltend. Die Klage eines KrankenhaustrĤgers auf Zahlung von Behandlungskosten gegen eine Krankenkasse ist ein Beteiligtenstreit im GleichordnungsverhĤltnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt, kein Vorverfahren durchzuführen und keine Klagefrist zu beachten ist (st. Rspr., vgl. grundlegend dazu: Urteil des Bundessozialgerichts vom 16.12.2008, Az. <u>B 1 KN 1/07 KR R</u> m.w.N.). Die Klägerin hat den Zahlungsanspruch auch konkret beziffert.Â
- C. Die zulĤssige Klage ist auch nach der erklĤrten Teil-Rücknahme der Klage i. H. v. 32,98 â ¬ begründet. Der Klägerin steht ein Anspruch auf Zahlung von weiteren 1.500,72 â ¬ nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 22.11.2016 gegen die Beklagte zu.
- I. Rechtsgrundlage des geltend gemachten Vergütungsanspruchs ist § 109 Abs. 4 Satz 3 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V), in der hier anzuwendenden Fassung vom 10.12.2015, gültig ab dem 01.01.2016 bis zum 31.12.2016, i. V. m. § 7 S. 1 Nr. 1 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG â $\square$  in der hier anzuwendenden Fassung des Gesetzes vom 10.12.2015, gültig ab dem 01.01.2016 bis zum 31.12.2016), § 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG â $\square$  in der hier anzuwendenden Fassung des Gesetzes vom 10.12.2015, gültig ab dem 01.01.2016 bis zum 31.12.2016), dem maÃ $\square$ geblichen Fallpauschalen-Katalog und den Abrechnungsbestimmungen gemÃ $\square$ § 9 KHEntgG sowie dem zwischen der

Hessischen Krankenhausgesellschaft und den entsprechenden Krankenkassen bzw. deren Verb $\tilde{A}$  $^{x}$ nden geschlossenen Vertrag  $\tilde{A}$  $^{y}$ der die allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung nach  $\hat{A}$  $^{x}$  112 SGB V f $\tilde{A}$  $^{y}$ r das Land Hessen. $\hat{A}$ 

Nach der stĤndigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts entsteht die Zahlungsverpflichtung der Krankenkassen unabhĤngig von einer Kostenzusage unmittelbar mit Inanspruchnahme der Leistung durch den bei ihr versicherten Patienten, wenn die Versorgung in einem zugelassenen Krankenhaus durchgefĽhrt wird und im Sinne von § 39 Abs. 1 S. 2 SGB V erforderlich ist (st. Rspr., vgl. BSG, Urteil vom 25.11.2010, Az. B 3 KR 4/10 R â∏ juris â∏ Rn. 10). Der Behandlungspflicht der zugelassenen KrankenhĤuser i. S. des § 109 Abs. 4 Satz 2 SGB V steht ein Vergütungsanspruch gegenüber, der nach MaÃ∏gabe des KHG, des KHEntgG und der Fallpauschalenverordnung in der zwischen den Krankenkassen und dem Krankenhausträger abzuschlieÃ∏enden Fallpauschalenkatalogs festgelegt wird.

Der mit der erhobenen Leistungsklage verfolgten Vergütungsanspruche der Klägerin aus einer späteren Krankenhausbehandlung eines Versicherten der Beklagten ist demgegenüber unstreitig.

II. Die zwischen den Beteiligten zunĤchst unstreitig entstandene Zahlungsanspruch der KlĤgerin i. H. v. 1.500,72 â□¬ ist auch nicht nachtrĤglich durch die seitens der Beklagten am 21.11.2016 erklĤrte Aufrechnung untergegangen.

Der im Ķffentlichen Recht auch ohne ausdrļckliche Normierung anerkannte Ķffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch ist aus allgemeinen GrundsĤtzen des Verwaltungsrechts, insbesondere der GesetzmĤÃ∏igkeit der Verwaltung, herzuleiten. Er tritt bei Ķffentlich-rechtlich geprĤgten Rechtsbeziehungen an die Stelle des zivilrechtlichen Bereicherungsanspruchs nach <u>§ 812</u> Býrgerliches Gesetzbuch (BGB). Für einen solchen öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch ist Voraussetzung, dass im Rahmen eines Ķffentlichen RechtsverhĤltnisses Leistungen ohne rechtlichen Grund erbracht oder sonstige rechtsgrundlose VermĶgensverschiebungen vorgenommen worden sind (vgl. dazu BSG, Urteil vom 8.11.2011, Az. <u>B 1 KR 8/11 R</u>). Die Rechtsbeziehung zwischen dem klagenden KrankenhaustrĤger und der beklagten Krankenkasse sind im vorliegenden Fall  $\tilde{\mathsf{A}}\P\mathsf{ffentlich}$ -rechtlicher Natur (dazu unter 1.). Jedoch hat die Beklagte auf die Rechnung der KlĤgerin vom 10.05.2016 für die Behandlung des Patienten nicht ohne Rechtsgrund geleistet (dazu unter 2.). Der Anspruch ist auch entgegen der Auffassung der Beklagten fÄxllig (dazu unter 3.). Er ist zudem weder verwirkt (dazu unter 4.) noch verjĤhrt (dazu unter 5.).

1. Die öffentlich-rechtliche Natur der Rechtsbeziehungen zwischen Krankenkassen und Krankenhäuser ergibt sich aus <u>§ 69 Abs. 1 Satz 2 SGB V</u>. Danach sind die Rechtsbeziehungen der Krankenkassen und ihrer Verbände zu den Krankenhäusern und ihren Verbänden abschlieÃ□end im Vierten Kapitel des SGB V, in den <u>§Â§ 63</u>, <u>64 SGB V</u> und in dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG), dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) sowie den hiernach erlassenen

Rechtsverordnungen geregelt. Es handelt sich um Vorschriften des Ķffentlichen Rechts, sodass die darauf beruhenden Rechtsbeziehungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern nur Ķffentlich-rechtlicher Natur sein kĶnnen (vgl. BSG, Urteil vom 08.11.2011, Az.: <u>B 1 KR 8/11 R</u>).

- 2. Die Beklagte hat jedoch nach Ä\[]berzeugung der Kammer nicht ohne Rechtsgrund geleistet. Entgegen der Auffassung der Beklagten steht der Kl\(\tilde{A}\)\[\tilde{x}\]gerin ein Anspruch auf den noch streitigen Betrag zu. Zwar hat auch die Kl\(\tilde{A}\)\[\tilde{x}\]gerin \(\tilde{a}\)\[\tilde{\tilde{\tilde{I}}}\] wie sich aus dem eingeholten Sachverst\(\tilde{A}\)\[\tilde{x}\]ndigengutachten ergibt \(\tilde{a}\)\[\tilde{\tilde{I}}\]\] die Hauptdiagnose nicht zutreffend kodiert. Jedoch war die seitens der von der Beklagten als zutreffend erachtete Hauptdiagnose ebenfalls nicht richtig. Vielmehr musste nach dem eingeholten Sachverst\(\tilde{A}\)\[\tilde{x}\]ndigengutachten die Mikroangiopathie als Hauptdiagnose gew\(\tilde{A}\)\[\tilde{x}\)hlt werden.
- a) Die abzurechnenden Fallpauschalen ergeben sich daraus, dass die nach den bereits aufgezeigten gesetzlichen Regelungen hierzu berufenen Vertragspartner eine Fallpauschalenvereinbarung (FPV) mit einem Fallpauschalen-Katalog als Teil derselben und die Kodierrichtlinien fA¼r die VerschlA¼sselung von Krankheiten und Prozeduren (DKR) vereinbart haben. Die DKR und die FPV bilden den konkreten vertragsrechtlichen Rahmen, aus dem die für eine Behandlung maÃ∏gebliche DRG-Position folgt. Diese Vergütungsregelungen sind eng nach ihrem Wortlaut und allenfalls ergĤnzend nach ihrem systematischen Zusammenhang auszulegen (vgl. hierzu ausführlich: BSG, Urteil vom 8.11.2011, Az. <u>B 1 KR 8/11 R</u>). Da das DRG-basierte Vergütungssystem vom Gesetzgeber als jährlich weiter zu entwickelndes und damit â∏∏lernendesâ∏∏ System angelegt ist, sind bei zutage tretenden Unrichtigkeiten oder Fehlsteuerungen in erster Linie die Vertragsparteien berufen, diese mit Wirkung für die Zukunft zu beseitigen (vgl. Hessischen Landessozialgerichts, Urteil vom 21.08.2014, Az. L 8 KR 128/13). Nach den aufgezeigten gesetzlichen Vorgaben und der FPV greifen das in der § 1 Abs. 6 FPV in Bezug genommene DRG-Ermittlungsprogramm (Grouper), der Fallpauschalen-Katalog und die Kodierrichtlinien als vereinbarte Abrechnungsbestimmungen ineinander. Die FPV und die DKR bilden dabei nÄxmlich nicht ein System von Pauschalen im Sinne einer Gebührenordnung mit Geldwerten oder Punktwerten. Vielmehr umschreibt der vereinbarte Fallpauschalen-Katalog lediglich mit Buchstaben und Ziffern gekennzeichnete DRG-Positionen, deren zugehĶrige Bewertungsrelationen und weitere Angaben wie zum Beispiel zur Verweildauer, die für die Abrechnung von stationären Leistungen notwendig sind. Die textliche Bezeichnung beschreibt lediglich die verschlüsselte Position, umreiÃ∏t aber keinen einer Auslegung als Basis und Ausgangspunkt zugrunde zu legenden subsumtionsfähigen Vergütungstatbestand. Welche DRG-Position abzurechnen ist, ergibt sich aus der Eingabe von im Einzelnen von einem Programm vorgegebenen, abzufragenden Daten in ein automatisches Datenverarbeitungssystem und dessen Anwendung (vgl. hierzu ausführlich: BSG, Urteil vom 8.11.2011, Az. B 1 KR 8/11 R). Für die Art und Weise der Dateneingabe sehen die FPV und die DKR konkrete Vorgaben vor. Â

So enthält die FPV 2016 Abrechnungsbestimmungen für DRG-Fallpauschalen. Die DKR 2016 regeln Kodieranweisungen. Der Grouper greift dabei auf Dateien

zurück, die entweder als integrale Bestandteile des Programms mit vereinbart sind oder an anderer Stelle vereinbarte Regelungen wiedergeben. Zu letzteren gehören die Fallpauschalen selbst, aber auch die Internationale Klassifikation der Krankheiten (ICD 10) in der jeweiligen vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) herausgegebenen deutschen Fassung sowie die Klassifikation des vom DIMDI im Auftrag des BMG herausgegebenen Operationen- und Prozedurenschlüssel als solche (OPS) (vgl. hierzu ausführlich: BSG, Urteil vom 8.11.2011, Az. <u>B 1 KR 8/11 R</u>).

b) Hauptdiagnose im Sinne der DKR D002d als Teil der Allgemeinen Kodierrichtlinien ist die Diagnose, die bei retrospektiver Betrachtung objektiv nach medizinischwissenschaftlicher Erkenntnis die Aufnahme zur stationĤren Behandlung erforderlich machte. Es ist fĽr die Bestimmung der Hauptdiagnose ohne Belang, wenn innerhalb eines abrechenbaren Behandlungsfalls nach der Aufnahme ins Krankenhaus weitere Krankheiten oder Beschwerden auftreten, die ebenfalls für sich genommen stationĤre Behandlung bedingen, selbst wenn die stationĤre Behandlungsbedürftigkeit aufgrund der ersten Diagnose wegfällt. Bestehen bei der Aufnahme ins Krankenhaus zwei oder mehrere Krankheiten oder Beschwerden, die jeweils für sich genommen bereits stationärer Behandlung bedurften, kommt es darauf an, welche von ihnen bei retrospektiver Betrachtung objektiv nach medizinisch-wissenschaftlicher Erkenntnis hauptsächlich die stationäre Behandlung erforderlich machte. Das ist die Diagnose mit dem gröÃ□ten Ressourcenverbrauch (BSG, Urteil vom 21. April 2015, Az.: B 1 KR 9/15 R juris Rn. 15).

Die â\[\text{\text

Die Beurteilung, ob eine Diagnose als Hauptdiagnose zu kodieren ist, bemisst sich nach objektiven Ma $\tilde{\mathbb{A}}$ st $\tilde{\mathbb{A}}$ xben. Sie erfordert kein an eine bestimmte Person gebundenes h $\tilde{\mathbb{A}}$ nchstpers $\tilde{\mathbb{A}}$ nliches Fachurteil, sondern kann jederzeit durch einen unabh $\tilde{\mathbb{A}}$ xngigen Sachverst $\tilde{\mathbb{A}}$ xndigen nachvollzogen werden. Sie unterliegt im Streitfall der vollen richterlichen Nachpr $\tilde{\mathbb{A}}$ fung (BSG, Urteil vom 21. April 2015, Az.: B 1 KR 9/15 R  $\hat{\mathbb{A}}$   $\hat{\mathbb{$ 

â□□Nach Analyseâ□□ verdeutlicht, dass es weder auf die subjektive oder objektiv erzielbare Einweisungs- oder Aufnahmediagnose ankommt, sondern allein auf die

objektive ex-post-Betrachtung der Aufnahmegründe am Ende der Krankenhausbehandlung. Es ist fÃ⅓r die Bestimmung der Hauptdiagnose ohne Belang, dass die Diagnose des einweisenden Arztes und des aufnehmenden Krankenhausarztes unter BerÃ⅓cksichtigung der ex ante vorhandenen Informationen objektiv lege artis erfolgte. MaÃ□geblich ist allein die objektiv zutreffende ex-post-Betrachtung (BSG, Urteil vom 21. April 2015, Az.: B 1 KR 9/15 R â∏∏ juris â∏∏ Rn. 19).

- c) Vor diesem Hintergrund durfte die Klägerin nach Auffassung der Kammer die erfolgte stationäre Behandlung des Patienten am 08.01.2021 nach der DRG â∏ Fallpauschale B63Z (Demenz und andere chronische Störungen der Hirnfunktion) mit der Hauptdiagnose I67.88 (Sonstige näher bezeichnete zerebrovaskuläre Krankheiten) abrechnen. Der Gutachter hat nach Auffassung des Gerichts die geänderte Hauptdiagnose sowie die sich daraus resultierende neue Fallpauschale schlüssig und unter Berücksichtigung aller Umstände des Einzelfalles ermittelt. Das Gericht ist insbesondere davon überzeugt, dass weder ein erhöhter Blutalkoholspiegel ohne Koordinationsstörungen und bestehender Gehfähigkeit noch eine versorgte (genähte) Kopfplatzwunde ohne Gefahr einer intrazerebralen Blutung und ohne Zeichen einer Commotio eine stationäre Aufnahme bedingt. Das Gutachten ist in vollem Umfang überzeugend.
- 3. Entgegen der Auffassung der Beklagten in der mýndlichen Verhandlung am 28.06.2021 ist der Vergütungsanspruch der Klägerin sowohl nach allgemeinen Erwägungen als auch nach den landesvertraglichen Regelungen fällig (dazu unter a) und b)).
- a) Vorliegend ergeben sich für das Gericht keine Anhaltspunkte dafür, dass die Vergütungsforderung nach allgemeinen Erwägungen nicht fällig sein dürfte.

Nach stå¤ndiger Rechtsprechung ist das Krankenhaus verpflichtet, dem Leistungstrå¤ger â∏im Einzelfall auf Verlangen Auskunft zu erteilen, soweit es få¼r die Durchfå¼hrung von dessen Aufgaben nach diesem Gesetzbuch erforderlichâ∏ ist und entweder der Betroffene eingewilligt hat (§ 100 Abs 1 Satz 1 Nr. 2 SGB X) oder dies gesetzlich zugelassen ist (§ 100 Abs 1 Satz 1 Nr. 1 SGB X); ausgenommen hiervon sind nach § 100 Abs 2 SGB X nur Angaben, die den Arzt oder ihm nahe stehende Personen der Gefahr aussetzen würden, wegen einer Straftat oder einer Ordnungswidrigkeit verfolgt zu werden (vgl. BSG, Urteil vom 22. April 2009, Az.: B 3 KR 24/07 R â∏ juris â∏ Rn. 15).

Zwingend, nämlich i. S. von <u>§ 100 Abs 1 Satz 1 Nr. 1 SGB X</u> gesetzlich zugelassen, sind auf der ersten Stufe der Sachverhaltserhebung die Angaben nach <u>§ 301 Abs 1 SGB V</u>. Danach besteht die Pflicht, der Krankenkasse bei Krankenhausbehandlung u. a. den Grund der Aufnahme sowie die Einweisungsdiagnose und die Aufnahmediagnose zu ýbermitteln (<u>§ 301 Abs 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V</u>). Hiermit ist aus datenschutzrechtlichen Grþnden abschlieÃ□end und enumerativ aufgelistet, welche Angaben der Krankenkasse bei einer Krankenhausbehandlung ihrer Versicherten auf jeden Fall zu übermitteln sind (BSG, Urteil vom 22. April 2009, Az.: <u>B 3 KR 24/07 R</u> â□□ juris â□□ Rn. 16).

Sofern die Anzeige des Krankenhauses den (Mindest-)Anforderungen der ersten Stufe der Sachverhaltsermittlung nicht gen $\tilde{A}^{1}$ /4gt, fehlt es bereits an der F $\tilde{A}$  $^{2}$  ligkeit der Verg $\tilde{A}^{1}$ /4tungsforderung (st. Rspr., vgl. BSG, Urteil vom 16. Mai 2012, Az.: <u>B 3 KR 14/11 R</u>  $\hat{A}$  $^{2}$  $^{$ 

Fýr das erkennende Gericht ist vorliegend nicht erkennbar, welche konkrete nach  $\frac{\hat{A}\S}{301}$  SGB V erforderlichen Angaben die Klägerin gegenýber der Beklagten nicht gemacht hat. Auch die Beklagte ist nach Zugang der Rechnung vom 05.06.2016 davon ausgegangen, dass die Klägerin ihrer Informationspflicht aus  $\frac{\hat{A}\S}{301}$  SGB V ausreichend nachgekommen ist. Dies ergibt sich daraus, dass sie den in der Rechnung geltend gemachten Betrag  $\hat{a}$  ohne nichtmedizinische Nachfragen bei der Klägerin zu stellen  $\hat{a}$   $\frac{\hat{A}}{2}$   $\frac{\hat{A}}{2}$  berwiesen hat.

- b) Nach § 10 Abs 4 KHBV Hessen hat die KK die Schlussrechnung innerhalb von 30 Tagen ab dem Tag des Rechnungseingangs zu bezahlen. In dieser Zeit kann die KK die Rechnung prüfen, ohne in Verzug zu geraten. Vorliegend hat die Beklagte die Rechnung am 10.05.2016 erhalten und zunÄxchst bezahlt. Die danach erfolgte Aufrechnung berührt nicht die grundsÃxtzliche FÃxlligkeit der ursprünglichen Forderung. Bezogen auf die medizinische Sachverhaltsermittlung im gerichtlichen Verfahren hat die KlĤgerin am 08.01.2021 (im Protokoll insofern falsch mit dem 08.01.2016 bezeichnet) eine neue Rechnung gestellt und diese der Beklagten übersandt, welche nicht ausgeglichen ist. Zwar ist das genaue Datum der ̸bersendung der Rechnung nicht bekannt. Jedenfalls das Schreiben der Prozessbevollmächtigten der Klägerin vom 21.01.2021, in dem diese Vergleichsbereitschaft auf der Basis des Ergebnisses des SachverstÃxndigengutachtens signalisiert, ist jedenfalls als Geltendmachung des Rechnungsbetrages zu werten. Mangels Ausgleichs dieser Rechnung ist diese nach der maÄngebenden vertraglichen Regelung fÄxllig. Bezogen auf die AusfÄhrungen unter 3. a) hat auch die Beklagten hinsichtlich dieser Rechnung keine Tatsachen vorgebracht, die dafļr sprechen, dass die KlĤgerin ihre Informationspflichten nach <u>§ 301 SGB V</u> verletzt haben könnte.
- 4. Die Beklagte beruft sich hinsichtlich des erhobenen Einwands der Verwirkung auf die hĶchstrichterliche Rechtsprechung zu Korrekturrechnung. Dieser Einwand greift vorliegend nicht durch.
- a) Nach der stĤndigen hĶchstrichterlichen Rechtsprechung richtet sich die ZulĤssigkeit von Nachforderungen eines Krankenhauses wegen Behandlung eines Versicherten mangels ausdrļcklicher Regelung gemĤÄ□ dem þber § 69 Abs 1 Satz 3 SGB V auf die Rechtsbeziehungen zwischen Krankenhaus und Krankenkassen einwirkenden Rechtsgedanken des § 242 BGB nach Treu und Glauben in Gestalt der Verwirkung. Die Verwirkung setzt als Unterfall der unzulĤssigen Rechtsausübung voraus, dass der Berechtigte die Ausþbung seines Rechts wĤhrend eines lĤngeren Zeitraums unterlassen hat und weitere besondere UmstĤnde hinzutreten, die nach den Besonderheiten des Einzelfalls und des in Betracht kommenden Rechtsgebietes das verspĤtete Geltendmachen des Rechts dem Verpflichteten gegenüber nach Treu und Glauben als illoyal erscheinen

lassen. Solche, die Verwirkung auslĶsenden â□□besonderen UmstĤndeâ□□ liegen vor, wenn der Verpflichtete infolge eines bestimmten Verhaltens des Berechtigten (Verwirkungsverhalten) darauf vertrauen durfte, dass dieser das Recht nicht mehr geltend machen werde (Vertrauensgrundlage), und der Verpflichtete tatsĤchlich darauf vertraut hat, dass das Recht nicht mehr ausgeù¼bt wird (Vertrauenstatbestand), und sich infolgedessen in seinen Vorkehrungen und MaÃ□nahmen so eingerichtet hat (Vertrauensverhalten), dass ihm durch die verspätete Durchsetzung des Rechts ein unzumutbarer Nachteil entstehen wù¼rde (BSG, Urteil vom 13. November 2012, Az.: B 1 KR 24/11 R â□□ juris â□□ Rn. 36 â□□ 37; BSG, Urteil vom 01. Juli 2014, Az.: B 1 KR 48/12 R â□□ juris â□□ Rn. 22; s. BSG, Urteil vom 18. Juli 2013, Az.: B 3 KR 22/12 R â□□ juris- Rn. 27).

Das Rechtsinstitut der Verwirkung passt als ergĤnzende Regelung innerhalb der kurzen vierjĤhrigen VerjĤhrungsfrist grundsĤtzlich nicht. Das Rechtsinstitut der Verwirkung findet nĤmlich nur in besonderen, engen Ausnahmekonstellationen Anwendung. Als ein Verwirkungsverhalten wertete die hA¶chstrichterliche Rechtsprechung regelmĤÄ∏ig die vorbehaltlose Erteilung einer nicht offensichtlich unschlýssigen Schlussrechnung eines Krankenhauses. Eine Vertrauensgrundlage entsteht in der Regel im Anschluss hieran, wenn das Krankenhaus eine Nachforderung weder im gerade laufenden noch nachfolgenden vollen Haushaltsjahr der KK geltend macht. Der Vertrauenstatbestand erwÄxchst daraus, dass die KK regelhaft darauf vertraut, dass das Krankenhaus insoweit keine weiteren Nachforderungen erhebt. Hieran richtet sie ihr Verhalten aus, indem sie davon Abstand nimmt, die Abrechnung als zweifelhaft zu behandeln und â∏ im Kontext sonstiger streitiger Forderungen  $\hat{a} \square \square daf \tilde{A}^{1/4}r$  haushaltsrechtlich relevante Vorkehrungen zu treffen. Ist die Schlussrechnung des Krankenhauses dagegen A in seltenen Ausnahmefällen â∏ offensichtlich unschlüssig, kann eine Rechnungskorrektur auch nach Ablauf eines ganzen folgenden Haushaltsjahres noch nicht verwirkt sein. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn ein offensichtlicher, ins Auge springender Korrekturbedarf zu Gunsten des Krankenhauses besteht (BSG, Urteil vom 05. Juli 2016, Az.: B 1 KR 40/15 R Â juris Â Rn. 20 â∏∏ 21).

b) Diese Rechtsprechung greift im vorliegenden Fall aus mehreren Gründen nicht. Zunächst fehlt es an einem Vertrauenstatbestand auf Seiten der Beklagten. Die Klägerin hat nämlich insoweit gegen die Aufrechnung der Beklagten Widerspruch erhoben (s. insoweit das Schreiben der Klägerin vom 21.11.2016). Damit liegt bereits keine vorbehaltlose Erteilung einer nicht unschlþssigen Rechnung vor. Vielmehr meinte die Beklagte, dass die Rechnung der Klägerin unzutreffend ist. Dies stellt aber bereits ein erheblicher prozessualer und materiell-rechtlicher Unterschied dar. Die Beklagte hat nämlich gerade die Rechnung der Klägerin hinsichtlich des Behandlungsfalles F. moniert und diese mit der Erhebung des Widerspruchs deutlich gemacht, dass aus ihrer Sicht die Rechnung richtig und zutreffend geltend gemacht wurde. Die Beklagte hat damit gerade nicht davon Abstand genommen, die Abrechnung als zweifelhaft zu behandeln und war aus diesem Grund verpflichtet, haushaltsrechtlich relevante Vorkehrungen zu treffen. Hinzu kommt, dass die Klägerin mit Schriftsatz ihrer Prozessbevollmächtigten vom 04.04.2019 Klage erhoben hat und seit diesem Zeitpunkt die seitens der

Beklagten bestrittene Forderung rechtshĤngig war. Damit konnte und durfte die Beklagte nicht darauf vertrauen, dass die KlĤgerin die Forderung nicht mehr geltend macht.

Im  $\tilde{\mathbb{A}}$  brigen ist die unter a) zitierte Rechtsprechung bereits deswegen nicht einschl $\tilde{\mathbb{A}}$  agig, da die Kl $\tilde{\mathbb{A}}$  agerin vorliegend keine Nachforderung geltend macht. Eine Nachforderung ist gegeben, wenn jemand eine zus $\tilde{\mathbb{A}}$  atzliche Forderung erhebt oder eine weitere nachtr $\tilde{\mathbb{A}}$  gliche Rechnung ausstellt (vgl. Duden: https://www.duden.de/rechtschreibung/Nachforderung). Die Kl $\tilde{\mathbb{A}}$  agerin macht vorliegend aber gerade keine  $\tilde{\mathbb{A}}$  ber die urspr $\tilde{\mathbb{A}}$  nglich hinausgehende Forderung geltend. Vielmehr begehrt sie weiterhin  $\hat{\mathbb{A}}$  abgesehen von der zur $\tilde{\mathbb{A}}$  ckgenommenen Klage in H $\tilde{\mathbb{A}}$  he eines Teilbetrages von 32,98  $\hat{\mathbb{A}}$   $\hat{\mathbb{A}}$  die Erf $\tilde{\mathbb{A}}$  llung ihrer urspr $\tilde{\mathbb{A}}$  nglichen Forderung, nun allerdings abgerechnet als DRG B36Z statt als DRG V60A. Es handelt sich n $\tilde{\mathbb{A}}$  mlich um den gleichen Behandlungsfall, f $\tilde{\mathbb{A}}$  den der Anspruch rechtsh $\tilde{\mathbb{A}}$  ngig gemacht wurde. Sie lediglich diesbez $\tilde{\mathbb{A}}$  glich die rechtliche Grundlage  $\hat{\mathbb{A}}$  n $\tilde{\mathbb{A}}$  mlich Abrechnung einer anderen DRG  $\hat{\mathbb{A}}$  ausgetauscht, aber nicht eine Nachforderung erhoben. Die Forderung ist damit nicht verwirkt.

5. Die Forderung ist auch nicht verjährt. Nach ständiger höchstrichterlicher Rechtsprechung verjähren Ansprüche aus Krankenhausbehandlungen gemäÃ☐ der in § 45 SGB I bestimmten Verjährungsfrist von vier Jahren. Dies stellt Ausdruck eines allgemeinen Prinzips dar, das der Harmonisierung der Vorschriften über die Verjährung öffentlich-rechtlicher Ansprüche dient. Nach § 69 Abs. 1 Satz 3 SGB V greifen dabei lediglich im Ã☐brigen die Vorschriften des BGB entsprechend, soweit sie mit den Vorgaben des § 70 SGB V â☐☐und den übrigen Aufgaben und Pflichten der Beteiligten nachâ☐☐ dem 4. Kapitel des SGB V vereinbar sind (BSG, Urteil vom 21. April 2015, Az.: B 1 KR 11/15 R â☐☐iuris â☐☐ Rn. 14).Â

Nach <u>§ 45 Abs. 1</u> Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I) verjA¤hren AnsprA¼che auf Sozialleistungen in vier Jahren nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem sie entstanden sind. Der Ķffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch der Krankenkasse im gleichgeordneten LeistungserbringungsverhĤltnis entsteht bereits im Augenblick der ̸berzahlung (BSG, Urteil vom 17. Dezember 2013, Az.: <u>B 1 KR</u> 71/12 R juris Rn. 12). Im Umkehrschluss muss der Vergütungsanspruch des Krankenhauses im Zeitpunkt der erfolgten Aufrechnung durch die Krankenkasse entstehen. Die Beklagte hat nach zunÄxchst erfolgter Begleichung der Rechnung der KlĤgerin gegen unstreitige Ansprüche aus andere Behandlungsfällen der KIägerin mit Schreiben vom 21.11.2016 aufgerechnet, sodass der Vergütungsanspruch im Jahre 2016 entstanden ist und die Verjährungsfrist zu Beginn des Jahres 2017 angefangen zu laufen. Bei Erhebung der Klage am 04.04.2019 war die vierjĤhrige VerjĤhrungsfrist noch nicht abgelaufen, sodass durch deren RechtshĤngigkeit die VerjĤhrung nach <u>§ 69 Abs. 1 Satz 3 SGB V</u> i. V. m. <u>§ 204 Abs. 1 Nr. 1 BGB</u> gehemmt war. Es handelt sich â∏∏ wie das Gericht unter 4. herausgearbeitet hat â∏ um die gleiche Forderung und gerade nicht um eine Nachforderung.Â

D. Die Kostenentscheidung folgt aus <u>§ 197a SGG</u> und trAzgt dem Ausgang der

jeweiligen Verfahren Rechnung. Die Berufung ist nach  $\frac{\hat{A}\S\hat{A}\S}{143}$ ,  $\frac{144\ SGG}{144\ SGG}$  zul $\tilde{A}$ ¤ssig, da die Beklagte zu einer Zahlung eines Betrages i. H. v. 1.500,72  $\hat{a}$  $\neg$  verurteilt wurde, sodass der ma $\tilde{A}$  $gebliche Wert des Beschwerdegegenstandes von 750,-<math>\hat{a}$  $\neg$   $\tilde{A}$ 4berschritten ist.

Erstellt am: 10.01.2022

Zuletzt verändert am: 23.12.2024