
S 22 KR 193/20

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	-
Sozialgericht	Sozialgericht Detmold
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	22
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 22 KR 193/20
Datum	16.02.2022

2. Instanz

Aktenzeichen	L 10 KR 226/22 KH
Datum	-

3. Instanz

Datum	-
-------	---

Die Beklagte wird verurteilt, an die KlÄgerin 3.006,92 Euro nebst Zinsen hieraus in HÄlle von 2 Prozentpunkten Äber dem jeweils gÄltigen Basiszinssatz seit dem 18.01.2019 zu zahlen.

Die Beklagte trÄgt die Kosten des Verfahrens.

Der Streitwert wird auf 3.006,92 Euro festgesetzt.

Ä

T a t b e s t a n d :

Die Beteiligten streiten Äber die VergÄtung einer stationÄren Krankenhausbehandlung in HÄlle von 3.006,92 Euro.

Das fÄr die Behandlung Versicherter zugelassene Krankenhaus der KlÄgerin nahm die bei der beklagten Krankenkasse versicherte O. A. (geb. am 00.00.0000, im Folgenden: Versicherte) vom 00.00.0000 bis zum 00.00.0000 vollstationÄr auf.

Mit Rechnung vom 16.01.2018, bei der Beklagten am 17.01.2018 eingegangen, machte die Klägerin bei der Beklagten Behandlungskosten in Höhe von 3.006,92 Euro geltend. Die Beklagte bezahlte den Rechnungsbetrag zunächst an die Klägerin.

Am 18.01.2018 Ã¼bermittelte der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) an die KÃ¼rgerin unter Bezugnahme auf einen entsprechenden Auftrag der Beklagten vom 17.01.2018 eine PrÃ¼fanzeige zur Begutachtung im Rahmen einer Begehung mit den PrÃ¼fgegenstÃ¤nden primÃ¤re Fehlbelegung, sekundÃ¤re Fehlbelegung und Kodierung und teilte mit, der MDK werde sich zeitnah mit der KÃ¼rgerin zur Terminabsprache in Verbindung setzen. Hierzu kam es nicht.

Am 02.10.2018 Ã¼bermittelte der MDK an die KlÃ¤gerin eine neuerliche PrÃ¼fanzeige mit denselben PrÃ¼fgegenstÃ¤nden, wiederum unter Bezugnahme auf den Auftrag der Beklagten vom 17.01.2018, nunmehr jedoch mit der Bitte um Ãbersendung âsÃ¤mtlicher Behandlungsunterlagen, die geeignet sind, die Fragestellung der Krankenkasse bezogen auf den PrÃ¼fgegenstand vollumfÃ¤nglich zu beantworten bzw. die zur Beurteilung von Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistung sowie zur PrÃ¼fung der ordnungsgemÃ¤Ãen Abrechnung benÃ¶tigt werdenâ bis zum 27.11.2018.

Die Klägerin übersandte keine Unterlagen an den MDK.

Am 14.12.2018 forderte die Beklagte von der Klāgerin die Erstattung von 3.006,92 Euro. Am 18.01.2019 verrechnete sie den Betrag gegen Forderungen der Klāgerin aus zwei anderen Behandlungsfällen mit den Rechnungsnummern 58000904 und 58000905.

Zur Begründung ihrer am 15.12.2019 erhobenen Klage trägt die Klägerin vor, die erneute Prüfung vom 02.10.2018 sei verfristet gewesen. Bei Direktbeauftragung des MDK durch die Krankenkasse betrage die maximale Zeitspanne 8 Wochen ab Eingang der zahlungsbegründenden Unterlagen bei der Krankenkasse. In dem Schreiben vom 02.10.2018 sei von einer Fortsetzung der Prüfung keine Rede. Im Gegenteil werde Bezug genommen auf den Auftrag der Beklagten vom 17.01.2018 und nicht auf die am 18.01.2018 angekündigte Begehung. Die Vereinbarung über das Nähere zum Prüfverfahren nach [Â§ 275 Abs. 1c SGB V](#) (Prüfverfahrensvereinbarung â PrüfV) gemäss [Â§ 17c Abs. 2 KHG](#) sehe eine Fortsetzung einer bereits eingeleiteten Prüfung nicht vor.

Die Klägerin beantragt schriftsätzlich,

die Beklagte zu verurteilen, an sie 3.006,92 Euro nebst Zinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten $\frac{1}{4}$ über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 18.01.2019 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt schriftsätzlich,

Die Klage abzuweisen,

Sie trägt vor, die Aufrechnung sei zu Recht erfolgt. Sie habe einen öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch gehabt, da die Klägerin dem MDK die angeforderten Unterlagen nicht zur Verfügung gestellt habe und damit gegen ihre Mitwirkungspflichten aus § 7 Abs. 2 PrÄfV verstoßen habe. Die Prüfung sei fristgerecht innerhalb der maßgeblichen 6-Wochen-Frist am 18.01.2018 angezeigt worden. Die Mitteilung vom 02.10.2018 sei eine Fortsetzung und keine Neueinleitung der Prüfung gewesen. Es handele sich um eine bloße Änderung der Verfahrensart der Prüfung. Die Klägerin habe die Unterlagen nicht innerhalb von 8 Wochen an den MDK übermittelt und habe damit nur einen Anspruch auf den unstrittigen Rechnungsbetrag.

In einem Termin zur Erörterung des Sachverhalts am 21.12.2021 haben sich die Beteiligten mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird ergänzend auf den übrigen Inhalt der Gerichtsakte und des Verwaltungsvorganges der Beklagten Bezug genommen, die Gegenstand der Entscheidungsfindung gewesen sind.

Entscheidungsgründe:

Vorliegend konnte die Kammer gemäß [§ 124 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) durch Urteil ohne mündliche Verhandlung entscheiden, da die Beteiligten ihr Einverständnis hierzu erklärt haben.

Die auf Zahlung der Behandlungskosten gerichtete Klage ist als echte Leistungsklage nach [§ 54 Abs. 5 SGG](#) zulässig, da es um einen sogenannten Parteienrechtsstreit im Gleichordnungsverhältnis geht, in welchem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt.

Die Klage ist auch begründet. Der Klägerin steht der geltend gemachte (weitere) Vergütungsanspruch in Höhe von 3.006,92 Euro zu.

Gegenstand der Klageforderung ist der Anspruch auf Vergütung aufgrund der stationären Behandlungen in zwei anderen Fällen anderer bei der Beklagten versicherter Patienten, die bezüglich der Höhe nicht streitig sind und für die die Klägerin daher jeweils einen Anspruch auf die in Rechnung gestellte Vergütung in voller Höhe hat. Die weiteren Forderungen der Klägerin aus diesen Behandlungsfällen mit den Rechnungsnummern 0 und 0 sind begründet, da die Beklagte gegen diese Forderungen nicht analog [§ 387 Bürgerliches Gesetzbuch \(BGB\)](#) aufrechnen durfte, da ein Erstattungsanspruch aus dem Behandlungsfall der Versicherten nicht bestand.

Die Voraussetzungen eines öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruches sind nicht erfüllt. Ein solcher Anspruch setzt u.a. voraus, dass der Berechtigte Leistungen im Rahmen eines öffentlichen Rechtsverhältnisses ohne rechtlichen Grund erbracht hat. Dies ist nicht der Fall. Denn die Klägerin hat gegen die Beklagte

einen Vergütungsanspruch für die Behandlung der Versicherten in der von ihr geltend gemachten Höhe.

Die Klägerin hat die Grundvoraussetzungen eines Anspruchs auf Krankenhausvergütung erfüllt, indem sie die Versicherte stationär behandelt hat.

Die Rechtsgrundlage für einen Vergütungsanspruch eines zugelassenen Krankenhauses gegenüber einer Krankenkasse bildet [Â§ 109 Abs. 4 Satz 3](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) in Verbindung mit Â§ 7 Abs. 1 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) und Â§ 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG). Die Zahlungsverpflichtung der Krankenkasse entsteht nach ständiger Rechtsprechung unabhängig von einer Kostenzusage unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten, wenn die Versorgung in einem zugelassenen Krankenhaus durchgeführt wird und im Sinne des [Â§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) erforderlich ist (vgl. Bundessozialgericht [BSG], Urteil vom 30.06.2009, Az. [B 1 KR 24/08 R](#)).

Bei dem Krankenhaus der Klägerin handelt es sich um ein zugelassenes Krankenhaus.

Der Maßstab der Prüfung der medizinischen Erforderlichkeit ist im vorliegenden Fall beschränkt. Indem die Beklagte es unterlassen hat, fristgerecht eine Prüfung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) einzuleiten, ist eine Präklusionswirkung in Hinblick auf mögliche medizinische Einwendungen eingetreten.

Gemäß [Â§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) (diese und nachfolgende Vorschriften in der im maßgeblichen Zeitraum geltenden Fassung) sind die Krankenkassen in den gesetzlich bestimmten Fällen oder wenn es nach Art, Schwere, Dauer oder Häufigkeit der Erkrankung oder nach dem Krankheitsverlauf erforderlich ist, verpflichtet, bei Erbringung von Leistungen, insbesondere zur Prüfung von Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistung, sowie bei Auffälligkeiten zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung, eine gutachtliche Stellungnahme des MDK einzuholen. Nach [Â§ 275 Abs. 1c Satz 1](#) und 2 SGB V ist bei Krankenhausbehandlung nach [Â§ 39](#) eine Prüfung nach Absatz 1 Nr. 1 zeitnah durchzuführen. Die Prüfung nach Satz 1 ist spätestens sechs Wochen nach Eingang der Abrechnung bei der Krankenkasse einzuleiten und durch den MDK dem Krankenhaus anzuzeigen.

Die Regelung in [Â§ 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V](#) hat zur Folge, dass Krankenkasse und MDK bei einzelfallbezogenen Abrechnungsprüfungen nach Ablauf der Frist des [Â§ 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V](#) auf die Daten beschränkt sind, die das Krankenhaus der Krankenkasse im Rahmen seiner Informationsobliegenheiten bei der Krankenhausaufnahme und zur Abrechnung der vollständigen Erfüllung vorausgesetzt jeweils zur Verfügung gestellt hat (vgl. BSG, Urteil vom 16.05.2012, Az. [B 3 KR 14/11 R](#)). Diese Begrenzung der Sachverhaltsermittlung wirkt auch im Gerichtsverfahren fort. Die Amtsermittlungspflicht nach [Â§ 103 SGG](#) wird

durch eine unterlassene bzw. nicht fristgerecht eingeleitete MDK-Prüfung eingeschränkt. Dies gilt insbesondere im Hinblick darauf, dass der Gesetzgeber die behördliche Sachverhaltsermittlung durch die bereichsspezifische Sonderregelung in [§ 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V](#) unter ein besonderes Beschleunigungsgebot gestellt hat. Die gesetzliche Frist des [§ 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V](#) ist zudem Ausdruck der besonderen Verantwortungsbeziehungen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen im Rahmen ihres Auftrags zur stationären Versorgung der Versicherten. Sie soll eine schnelle Abwicklung und Abrechnung der großen Zahl der Behandlungsfälle ermöglichen und das Vertrauen der Beteiligten auf den Abschluss der Leistungsabrechnung schützen. Mit diesem Schutzzweck wäre es unvereinbar, wenn anstelle des nach [§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) zur Prüfung berufenen, wegen Ablaufs der Sechs-Wochen-Frist aber nicht mehr befugten MDK nunmehr die Sozialgerichte an dessen Stelle erstmals den von einer Krankenkasse aufgeworfenen medizinischen Zweifelsfragen nachgehen und in aller Regel umfangreich Beweis erheben müssten. Sie würden hierdurch nachhaltig in die Abrechnungsbeziehungen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen eingreifen und im vorgerichtlichen Verfahren nicht mehr zulässige Einzelfallprüfungen im Sozialgerichtsprozess durchführen, obwohl der Gesetzgeber mit der Einführung von [§ 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V](#) bewusst derartige Einzelfallprüfungen beschränken und stattdessen die Stichprobenprüfung nach [§ 17c Abs. 2 KHG](#) aufwerten wollte. Die von den Vertragsparteien und auch vom Gesetzgeber beabsichtigte Beschleunigung des Verfahrens würde konterkariert, wenn diesen die Möglichkeit eröffnet würde, nach nicht fristgerechter Einleitung eines Prüfverfahrens medizinische Einwendungen im Gerichtsverfahren zu plausibilisieren. Dies würde die Beschleunigungsmaxime ad absurdum führen. Infolgedessen besteht ein Beweisverwertungsverbot bzgl. der Patientenakte (vgl. zum Vorstehenden BSG a.a.O.). Die Kammer darf die von der Beklagten vorprozessual unterbliebenen Ermittlungen im gerichtlichen Verfahren infolge des Verwertungsverbotes nicht mehr nachholen. Andernfalls würde das bereits beschriebene vorgesehene Prüfverfahren nach

[§ 275 Abs. 1c SGB V](#) sowie das dreistufige Prüfverfahren samt der Auskunfts- und Mitwirkungspflichten der beteiligten Krankenkasse und des beteiligten Krankenhauses leerlaufen (dazu ebenfalls BSG a.a.O.).

Die vorliegend streitige Rechnung wurde von der Klägerin am 17.01.2018 an die Beklagte übermittelt. Sie hat die ihr obliegenden Mitteilungspflichten im Verhältnis zur Krankenkasse über Anlass und Verlauf der abgerechneten Krankenhausversorgung ordnungsgemäß erfüllt und damit den Lauf der Frist des [§ 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V](#) in Gang gesetzt. Ein Verstoß gegen die Mitteilungspflichten des [§ 301 SGB V](#) ist weder vorgetragen noch ersichtlich. Die Frist des [§ 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V](#) ist jedoch nicht eingehalten worden.

Zunächst hat der MDK mit Schreiben vom 18.01.2018 eine Prüfung angekündigt, und zwar eine Prüfung vor Ort. Diese angekündigte Prüfung ist jedoch tatsächlich nicht durchgeführt worden. Der MDK hat auch nicht innerhalb der Frist des [§ 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V](#) mitgeteilt, dass ein Wechsel in das

schriftliche Verfahren erfolgen solle.

Die weitere PrÃ¼fanzeige vom 02.12.2018 ist weit auÃerhalb der Frist des [Â§ 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V](#) bei der KlÃ¤gerin eingegangen. Auch ergibt sich aus dem Schreiben vom 02.10.2018 insbesondere nicht, dass hier nicht eine neue PrÃ¼fung eingeleitet werden sollte, sondern die mit Schreiben vom 18.01.2018 eingeleitete PrÃ¼fung â weiter â durchgefÃ¼hrt werden sollte.

Bei der PrÃ¼fung vor Ort einerseits und der PrÃ¼fung im schriftlichen Verfahren andererseits handelt es sich um zwei verschiedene PrÃ¼fverfahren. Ein Wechsel zwischen den beiden PrÃ¼fverfahrensarten ist â innerhalb der Frist des [Â§ 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V](#) â mÃ¶glich, hier aber, wie ausgefÃ¼hrt, nicht erfolgt.

Das Schreiben vom 02.10.2018 enthÃ¤lt auch weder einen Hinweis darauf, dass hier an eine bereits eingeleitete PrÃ¼fung angeknÃ¼pft werden sollte, noch darauf, dass ein Wechsel der PrÃ¼fverfahrensart erfolgen sollte. Vielmehr ist das Schreiben als Anzeige eines neuen PrÃ¼fverfahrens formuliert; es unterscheidet sich nicht von den Ã¼brigen â neuen â PrÃ¼fanzeigen des MDK.

Die Beklagte hat hiernach weder auf der ersten Stufe der Sachverhaltserhebung nicht-medizinische Nachfragen an die KlÃ¤gerin gerichtet noch auf der zweiten Stufe fristgerecht ein PrÃ¼fverfahren eingeleitet. Die PrÃ¼fung beschrÃ¤nkt sich daher auf den Sachverhalt, wie er sich aus den nach [Â§ 301 Abs. 1 SGB V](#) Ã¼bermittelten Daten und der Rechnung darstellt. Daraus lÃ¤sst sich lediglich entnehmen, dass die Versicherte bei einer Erkrankung der Schulter zur DurchfÃ¼hrung einer arthroskopischen Behandlung vom 00.00.0000 bis zum 00.00.0000 vollstationÃ¤r aufgenommen wurde. Dabei wurde die DRG I16B (Andere Eingriffe an der Schulter und bestimmte Eingriffe an der oberen ExtremitÃ¤t ohne bestimmten Eingriff an Schulter, Arm und Ellenbogen, mit bestimmtem anderem Eingriff an Klavikula und Schultergelenk) abgerechnet. Anhaltspunkte fÃ¼r eine mangelnde Erforderlichkeit der stationÃ¤ren Behandlung oder eine fehlerhafte Abrechnung ergeben sich aus diesen Daten nicht. Von der Erforderlichkeit der stationÃ¤ren Behandlung ist auszugehen.

Der formal ordnungsgemÃ¤Ã abgerechnete VergÃ¼tungsanspruch aus dem Behandlungsfall der Versicherten war auch fÃ¤llig. Eine formal ordnungsgemÃ¤Ãe Abrechnung setzt nach der Rechtsprechung des BSG eine ordnungsgemÃ¤Ãe Information der Krankenkasse Ã¼ber die vom Krankenhaus abgerechnete Versorgung nach MaÃgabe der Informationsobliegenheiten und ggf. Verpflichtungen voraus, insbesondere aus [Â§ 301 SGB V](#). Fehlt es an dieser Angabe, tritt mangels formal ordnungsgemÃ¤Ãer Abrechnung bereits die FÃ¤lligkeit der abgerechneten Forderung nicht ein (BSG, Urteil vom 21.04.2015, Az. [B 1 KR 10/15 R](#)). Die Informationen nach [Â§ 301 SGB V](#) wurden der Beklagten Ã¼bermittelt. Etwas Gegenteiliges ist weder vorgetragen noch ansonsten ersichtlich. Der Anspruch war hiernach fÃ¤llig.

Damit steht der KlÃ¤gerin der geltend gemachte Zahlungsanspruch in der geltend gemachten â rechnerisch unstreitigen â HÃ¶he zu. Diesen hat die Beklagte

nach Â§ 15 Abs. 1 Satz 4 des Vertrages nach [Â§ 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V](#) Ã¼ber
âAllgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlungâ (Landesvertrag NRW)
antragsgemÃ zu verzinsen.

Die Kostenentscheidung folgt aus Â§ 197a Abs. 1 Teils. 3 SGG i. V. m. [Â§ 154 Abs. 1](#)
Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).

Die Entscheidung Ã¼ber den Streitwert stÃ¼tzt sich auf Â§ 197a Abs. 1 Satz 1 Teils.
1 SGG i. V. m. [Â§ 52 Abs. 1 und Abs. 3 Satz 1](#), [63 Abs. 2 Satz 1](#)
Gerichtskostengesetz (GKG).

Hinsichtlich der Streitwertfestsetzung gilt die Rechtsmittelbelehrung II, im Ã¼brigen
die Rechtsmittelbelehrung I.

Erstellt am: 11.07.2024

Zuletzt verÃ¤ndert am: 23.12.2024