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 KlÃ¤gerin 3.006,92 Euro nebst Zinsen hieraus in HÃ¶he von 2 Prozentpunkten Ã¼ber dem jeweils gÃ¼ltigen Basiszinssatz seit dem 18.01.2019 zu zahlen.

Die Beklagte trÃ¤gt die Kosten des Verfahrens.

Der Streitwert wird auf 3.006,92 Euro festgesetzt.

Â

T a t b e s t a n d :

Die Beteiligten streiten Ã¼ber die VergÃ¼tung einer stationÃ¤ren Krankenhausbehandlung in HÃ¶he von 3.006,92 Euro.

Das fÃ¼r die Behandlung Versicherter zugelassene Krankenhaus der KlÃ¤gerin 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 vollstationÃ¤r auf.

Mit Rechnung vom 16.01.2018, bei der Beklagten am 17.01.2018 eingegangen, machte die KlÃ¤gerin bei der Beklagten Behandlungskosten in HÃ¶he von 3.006,92 Euro geltend. Die Beklagte bezahlte den Rechnungsbetrag zunÃ¤chst an die KlÃ¤gerin.

Am 18.01.2018 Ã¼bermittelte der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) an die KlÃ¤gerin 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 KlÃ¤gerin 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 Ãbersendung 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¤Ãen Abrechnung benÃ¶tigt werdenâ bis zum 27.11.2018.

Die KlÃ¤gerin Ã¼bersandte keine Unterlagen an den MDK.

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

Zur BegrÃ¼ndung ihrer am 15.12.2019 erhobenen Klage trÃ¤gt die KlÃ¤gerin vor, die erneute PrÃ¼fanzeige vom 02.10.2018 sei verfristet gewesen. Bei Direktbeauftragung des MDK durch die Krankenkasse betrage die maximale Zeitspanne 8 Wochen ab Eingang der zahlungsbegrÃ¼ndenden Unterlagen bei der Krankenkasse. In dem Schreiben vom 02.10.2018 sei von einer Fortsetzung der PrÃ¼fung keine Rede. Im Gegenteil werde Bezug genommen auf den Auftrag der Beklagten vom 17.01.2018 und nicht auf die am 18.01.2018 angekÃ¼ndigte Begehung. Die âVereinbarung Ã¼ber das NÃ¤here zum PrÃ¼fverfahren nach Â§ 275 Abs. 1c SGB V (PrÃ¼fverfahrensvereinbarung â PrÃ¼fvV) gemÃ¤Ã Â§ 17c Abs. 2 KHGâ sehe eine Fortsetzung einer bereits eingeleiteten PrÃ¼fung nicht vor.

Die KlÃ¤gerin beantragt schriftsÃ¤tzlich,

die Beklagte zu verurteilen, an sie 3.006,92 Euro nebst Zinsen in HÃ¶he von 2 Prozentpunkten Ã¼ber dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 18.01.2019 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt schriftsÃ¤tzlich,

Â Â Â

Sie trÃ¤gt vor, die Aufrechnung sei zu Recht erfolgt. Sie habe einen Ã¶ffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch gehabt, da die KlÃ¤gerin dem MDK die angeforderten Unterlagen nicht zur VerfÃ¼gung gestellt habe und damit gegen ihre Mitwirkungspflichten aus Â§ 7 Abs. 2 PrÃ¼fvV verstoÃen habe. Die PrÃ¼fung sei fristgerecht innerhalb der maÃgeblichen 6-Wochen-Frist am 18.01.2018 angezeigt worden. Die Mitteilung vom 02.10.2018 sei eine Fortsetzung und keine Neueinleitung der PrÃ¼fung gewesen. Es handele sich um eine bloÃe Ãnderung der Verfahrensart der PrÃ¼fung. Die KlÃ¤gerin habe die Unterlagen nicht innerhalb von 8 Wochen an den MDK Ã¼bermittelt und habe damit nur einen Anspruch auf den unstrittigen Rechnungsbetrag.

In einem Termin zur ErÃ¶rterung des Sachverhalts am 21.12.2021 haben sich die Beteiligten mit einer Entscheidung ohne mÃ¼ndliche Verhandlung einverstanden erklÃ¤rt.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird ergÃ¤nzend auf den Ã¼brigen Inhalt der Gerichtsakte und des Verwaltungsvorganges der Beklagten Bezug genommen, die Gegenstand der Entscheidungsfindung gewesen sind.

E n t s c h e i d u n g s g r Ã¼ n d e :

Vorliegend konnte die Kammer gemÃ¤Ã Â§ 124 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz (SGG) durch Urteil ohne mÃ¼ndliche Verhandlung entscheiden, da die Beteiligten ihr EinverstÃ¤ndnis hierzu erklÃ¤rt haben.

Die auf Zahlung der Behandlungskosten gerichtete Klage ist als echte Leistungsklage nach Â§ 54 Abs. 5 SGG zulÃ¤ssig, da es um einen sogenannten Parteienrechtsstreit im GleichordnungsverhÃ¤ltnis geht, in welchem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt.

Die Klage ist auch begrÃ¼ndet. Der KlÃ¤gerin steht der geltend gemachte (weitere) VergÃ¼tungsanspruch in HÃ¶he von 3.006,92 Euro zu.

Gegenstand der Klageforderung ist der Anspruch auf VergÃ¼tung aufgrund der stationÃ¤ren Behandlungen in zwei anderen FÃ¤llen anderer bei der Beklagten versicherter Patienten, die bezÃ¼glich der HÃ¶he nicht streitig sind und fÃ¼r die die KlÃ¤gerin daher jeweils einen Anspruch auf die in Rechnung gestellte VergÃ¼tung in voller HÃ¶he hat. Die weiteren Forderungen der KlÃ¤gerin aus diesen BehandlungsfÃ¤llen mit den Rechnungsnummern 0 und 0 sind begrÃ¼ndet, da die Beklagte gegen diese Forderungen nicht analog Â§ 387 BÃ¼rgerliches Gesetzbuch (BGB) aufrechnen durfte, da ein Erstattungsanspruch aus dem Behandlungsfall der Versicherten nicht bestand.

Die Voraussetzungen eines Ã¶ffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruches sind nicht erfÃ¼llt. Ein solcher AnspruchÂ setzt u.a. voraus, dass der Berechtigte Leistungen im Rahmen eines Ã¶ffentlichen RechtsverhÃ¤ltnisses ohne rechtlichen Grund erbracht hat. Dies ist nicht der Fall. Denn die KlÃ¤gerin hat gegen die Beklagte

einen VergÃ¼tungsanspruch fÃ¼r die Behandlung der Versicherten in der von ihr geltend gemachten HÃ¶he.

Die KlÃ¤gerin hat die Grundvoraussetzungen eines Anspruchs auf KrankenhausvergÃ¼tung erfÃ¼llt, indem sie die Versicherte stationÃ¤r behandelt hat.

Die Rechtsgrundlage fÃ¼r einen VergÃ¼tungsanspruch eines zugelassenen Krankenhauses gegenÃ¼ber einer Krankenkasse bildet Â§ 109 Abs. 4 Satz 3 FÃ¼nftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) in Verbindung mit Â§ 7 Abs. 1 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) und Â§ 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG). Die Zahlungsverpflichtung der Krankenkasse entsteht nach stÃ¤ndiger Rechtsprechung unabhÃ¤ngig von einer Kostenzusage unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten, wenn die Versorgung in einem zugelassenen Krankenhaus durchgefÃ¼hrt 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 KlÃ¤gerin handelt es sich um ein zugelassenes Krankenhaus.

Der MaÃstab der PrÃ¼fung der medizinischen Erforderlichkeit ist im vorliegenden Fall beschrÃ¤nkt. Indem die Beklagte es unterlassen hat, fristgerecht eine â PrÃ¼fung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) einzuleiten, ist eine PrÃ¤klusionswirkung in Hinblick auf mÃ¶gliche medizinische Einwendungen eingetreten.

GemÃ¤Ã Â§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V (diese und nachfolgende Vorschriften in der im maÃgeblichen Zeitraum geltenden Fassung) sind die Krankenkassen in den gesetzlich bestimmten FÃ¤llen oder wenn es nach Art, Schwere, Dauer oder HÃ¤ufigkeit der Erkrankung oder nach dem Krankheitsverlauf erforderlich ist, verpflichtet, bei Erbringung von Leistungen, insbesondere zur PrÃ¼fung von Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistung, sowie bei AuffÃ¤lligkeiten zur PrÃ¼fung der ordnungsgemÃ¤Ãen Abrechnung, eine gutachtliche Stellungnahme des MDK einzuholen. Nach Â§ 275 Abs. 1c Satz 1 und 2 SGB VÂ ist bei Krankenhausbehandlung nach Â§Â 39 eine PrÃ¼fung nach AbsatzÂ 1 Nr.Â 1 zeitnah durchzufÃ¼hren. Die PrÃ¼fung nach SatzÂ 1 ist spÃ¤testens 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 VÂ hat zur Folge, dass Krankenkasse und MDK bei einzelfallbezogenen AbrechnungsprÃ¼fungen nach Ablauf der Frist des Â§ 275 Abs. 1c Satz 2 SGB VÂ auf die Daten beschrÃ¤nkt sind, die das Krankenhaus der Krankenkasse im Rahmen seiner Informationsobliegenheiten bei der Krankenhausaufnahme und zur Abrechnung â deren vollstÃ¤ndige ErfÃ¼llung vorausgesetzt â jeweils zur VerfÃ¼gung 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 SGGÂ wird

durch eine unterlassene bzw. nicht fristgerecht eingeleitete MDK-PrÃ¼fung eingeschrÃ¤nkt. Dies gilt insbesondere im Hinblick darauf, dass der Gesetzgeber die behÃ¶rdliche Sachverhaltsermittlung durch die bereichsspezifische Sonderregelung in Â§ 275 Abs. 1c Satz 2 SGB VÂ unter ein besonderes Beschleunigungsgebot gestellt hat. Die gesetzliche Frist des Â§ 275 Abs. 1c Satz 2 SGB VÂ ist zudem Ausdruck der besonderen Verantwortungsbeziehungen zwischen KrankenhÃ¤usern und Krankenkassen im Rahmen ihres Auftrags zur stationÃ¤ren Versorgung der Versicherten. Sie soll eine schnelle Abwicklung und Abrechnung der groÃen Zahl der BehandlungsfÃ¤lle ermÃ¶glichen und das Vertrauen der Beteiligten auf den Abschluss der Leistungsabrechnung schÃ¼tzen. Mit diesem Schutzzweck wÃ¤re es unvereinbar, wenn anstelle des nach Â§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB VÂ zur PrÃ¼fung 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 mÃ¼ssten. Sie wÃ¼rden hierdurch nachhaltig in die Abrechnungsbeziehungen zwischen KrankenhÃ¤usern und Krankenkassen eingreifen und im vorgerichtlichen Verfahren nicht mehr zulÃ¤ssige EinzelfallprÃ¼fungen im Sozialgerichtsprozess durchfÃ¼hren, obwohl der Gesetzgeber mit der EinfÃ¼hrung von Â§ 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V bewusst derartige EinzelfallprÃ¼fungen beschrÃ¤nken und stattdessen die StichprobenprÃ¼fung nach Â§ 17c Abs. 2 KHG aufwerten wollte. Die von den Vertragsparteien und auch vom Gesetzgeber beabsichtigte Beschleunigung des Verfahrens wÃ¼rde konterkariert, wenn diesen die MÃ¶glichkeit erÃ¶ffnet wÃ¼rde, nach nicht fristgerechter Einleitung eines PrÃ¼fverfahrens medizinische Einwendungen im Gerichtsverfahren zu plausibilisieren. Dies wÃ¼rde die Beschleunigungsmaxime ad absurdum fÃ¼hren. 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 wÃ¼rde das bereits beschriebene vorgesehene PrÃ¼fverfahren nach

Â§ 275 Abs. 1c SGB VÂ sowie das dreistufige PrÃ¼fverfahren 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 KlÃ¤gerin am 17.01.2018 an die Beklagte Ã¼bermittelt. Sie hat die ihr obliegenden Mitteilungspflichten im VerhÃ¤ltnis zur Krankenkasse Ã¼ber Anlass und Verlauf der abgerechneten Krankenhausversorgung ordnungsgemÃ¤Ã erfÃ¼llt und damit den Lauf der Frist des Â§ 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V in Gang gesetzt. Ein VerstoÃ gegen die Mitteilungspflichten des Â§ 301 SGB VÂ ist weder vorgetragen noch ersichtlich. Die Frist des Â§ 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V ist jedoch nicht eingehalten worden.

ZunÃ¤chst hat der MDK mit Schreiben vom 18.01.2018 eine PrÃ¼fung angekÃ¼ndigt, und zwar eine PrÃ¼fung vor Ort. Diese angekÃ¼ndigte PrÃ¼fung ist jedoch tatsÃ¤chlich nicht durchgefÃ¼hrt worden. Der MDK hat auch nicht innerhalb der Frist des Â§ 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 auÃerhalb 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. Diesen 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¤Ãe Abrechnung setzt nach der Rechtsprechung des BSG eine ordnungsgemÃ¤Ãe Information der Krankenkasse Ã¼ber die vom Krankenhaus abgerechnete Versorgung nach MaÃgabe der Informationsobliegenheiten und ggf. Verpflichtungen voraus, insbesondere aus Â§Â 301 SGB V. Fehlt es an dieser Angabe, tritt mangels formal ordnungsgemÃ¤Ãer 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§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¤Ã□ 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§Â§ 52 Abs. 1 und Abs. 3 Satz 1, 63 Abs. 2 Satz 1 Gerichtskostengesetz (GKG).

Hinsichtlich der Streitwertfestsetzung gilt die Rechtsmittelbelehrung II, im Ã□brigen die Rechtsmittelbelehrung I.

Erstellt am: 11.07.2024

Zuletzt verändert am: 23.12.2024