S 54 KR 763/19

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht	Sozialgericht Duisburg
Sachgebiet	Sonstige Angelegenheiten
Abteilung	54
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 54 KR 763/19
Datum	04.11.2020

2. Instanz

Aktenzeichen	-
Datum	-

3. Instanz

Datum	-

Die Beklagte wird verurteilt, an die KlÃ¤gerin 7.269,73 EUR nebst Zinsen i. H. v. zwei Prozentpunkten Ã¼ber dem Basiszinssatz seit dem 13.05.2019 zu zahlen. Im Ãbrigen wird die Klage abgewiesen. Die Beklagte trÃ¤gt die Kosten des Verfahrens. Der Streitwert wird auf 7.269,73 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten Ã¼ber die VergÃ¼tung einer vollstationÃ¤ren Krankenhausbehandlung. Das fÃ¼r die Behandlung Versicherter zugelassene Krankenhaus der KlÃ¤gerin nahm den bei der beklagten Krankenkasse Versicherten Herrn Denis H., geboren am 05.04.19xx (im folgenden Versicherter) vom 20.02.2019 bis 25.02.2019 vollstationÃ¤r auf wegen einer therapierefraktÃ¤ren morbiden Adipositas Grad III (BMI Ã¼ber 56 kg/mÂ² â ICD-Code E66.02 und E66.82). DurchgefÃ¼hrt wurde eine adipositaschirurgische Magenoperation in laparoskopischer Operationstechnik ("Schlauchmagen-Operation"). Die Aufnahme zeigte die KlÃ¤gerin der Beklagten am 21.02.2019 per DatentrÃ¤geraustausch an. Am Folgetag verwies die Beklagte die KlÃ¤gerin auf eine Kostenablehnung gegenÃ¼ber dem Versicherten und ein dazu laufendes "Widerspruchsverfahren" und lehnte gegenÃ¼ber der KlÃ¤gerin die KostenÃ¼bernahme ab. FÃ¼r die

stationÃ¤re Behandlung stellte die KlÃ¤gerin der Beklagten mit Rechnung vom 12.04.2019 einen Betrag in HÃ¶he von 7.269,73 EUR unter Bezugnahme auf die DRG K04Z (groÃe Eingriffe bei Adipositas) aus, die diese jedoch nicht beglich. Mit der am 13.05.2019 erhobenen Klage verfolgt die KlÃ¤gerin ihren Zahlungsanspruch gegen die Beklagte weiter. Die KlÃ¤gerin fÃ¼hrt zur BegrÃ¼ndung aus, die stationÃ¤re Krankenhausbehandlung sei zuvor vertragsÃ¤rztlich verordnet worden und medizinisch erforderlich gewesen. So habe eine primÃ¤re Operationsindikation gemÃ¤Ã der S3-Leitlinie "Chirurgie der Adipositas und metabolischer Erkrankungen" bestanden. Da die Beklagte es unterlassen habe, eine MDK-PrÃ¼fung nach Â§ 275 Abs. 1c FÃ¼nftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) einzuleiten, sei eine PrÃ¤klusionswirkung im Hinblick auf mÃ¶gliche medizinische Einwendungen eingetreten. Die Patientenakte unterliege deshalb einem prozessualen Verwertungsverbot. Auf eine (bestandskrÃ¤ftige) Ablehnung, welche die Krankenkasse gegenÃ¼ber einem Versicherten ausgesprochen habe, komme es in diesem Verfahren nicht an. Die Befassung des MDK in einem diesbezÃ¼glichen Verwaltungsverfahren ersetze nicht die nachgelagerte AbrechnungsprÃ¼fung nach Â§ 275 Abs. 1 c SGB V. Die KlÃ¤gerin beantragt schriftsÃ¤tzlich, die Beklagte zu verurteilen, an die KlÃ¤gerin 7.269,73 EUR nebst Zinsen i. H. v. fÃ¼nf Prozentpunkten Ã¼ber dem Basiszinssatz seit Klageerhebung zu zahlen. Die Beklagte beantragt schriftsÃ¤tzlich, die Klage abzuweisen. Die Beklagte fÃ¼hrt zur BegrÃ¼ndung aus, der Versicherte habe am 18.10.2018 bei ihr einen Antrag auf KostenÃ¼bernahme einer adipositaschirurgischen MaÃnahme gestellt. FÃ¼r den beauftragten MDK sei Dr. H. in ihrem Gutachten vom 23.11.2018 zu dem Ergebnis gekommen, dass die medizinischen Voraussetzungen fÃ¼r die beantragte Operation nicht vorlÃ¤gen. Dieses Ergebnis sei dem Versicherten am 15.12.2018 Ã¼bermittelt worden und um weitere Unterlagen gebeten worden, worauf dieser mit Schreiben vom 13.01.2019 "Widerspruch" unter BeifÃ¼gung weiterer Unterlagen erhoben habe. Daraufhin sei Dr. J. fÃ¼r den MDK in ihrem Gutachten vom 05.06.2019 zu keinem anderen Ergebnis gekommen. Der Antrag des Versicherten sei daher mit Bescheid vom 07.06.2019 und Widerspruchsbescheid vom 26.09.2019 abgelehnt worden. Eine KostenÃ¼bernahme der stationÃ¤ren Behandlung komme damit nicht in Betracht. Die Rechnung der Beklagten sei aus diesem Grund direkt abgewiesen worden. Die Beteiligten erklÃ¤rten mit Schreiben vom 02.04.2020 und 15.04.2020 ihr EinverstÃ¤ndnis zur Entscheidung ohne mÃ¼ndliche Verhandlung durch Urteil gemÃ¤Ã Â§ 124 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz (SGG). Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die Gerichtsakte Bezug genommen, die Gegenstand der Entscheidung waren. Die Patientenakte wurde unter klÃ¤gerseitiger Berufung auf ein Beweisverwertungsverbot nicht vorgelegt und war somit nicht Gegenstand der Entscheidung.

EntscheidungsgrÃ¼nde:

Die Entscheidung ergeht im erklÃ¤rten EinverstÃ¤ndnis der Beteiligten ohne mÃ¼ndliche Verhandlung gemÃ¤Ã Â§ 124 Abs. 2 SGG. Die Klage ist zulÃ¤ssig und begrÃ¼ndet. Die KlÃ¤gerin macht den Zahlungsanspruch zu Recht mit der (echten) Leistungsklage nach Â§ 54 Abs. 5 SGG gegen die Beklagte geltend. Bei einer auf Zahlung der VergÃ¼tung fÃ¼r die Behandlung von Versicherten gerichteten Klage

eines KrankenhaustrÃ¤gers gegen eine Krankenkasse geht es um einen Beteiligtenstreit im GleichordnungsverhÃ¤ltnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt, kein Vorverfahren durchzufÃ¼hren ist und keine Klagefrist zu beachten ist (vgl. Bundessozialgericht [BSG], Urteil vom 17.12.2013, Az.: B 1 KR 70/12 R m. w. N.; Urteil vom 14.10.2014, Az.: B 1 KR 33/13 R; Urteil vom 16.12.2008, Az.: B 1 KN 3/08 R; Urteil vom 28.09.2006, Az.: B 3 KR 23/05). Der KlÃ¤gerin steht in HÃ¶he von 7269,73 EUR ein VergÃ¼tungsanspruch fÃ¼r die stationÃ¤re Behandlung des Versicherten im Zeitraum 20.02.2019 bis 25.02.2019 zu. Rechtsgrundlage fÃ¼r den VergÃ¼tungsanspruch eines zugelassenen Krankenhauses â wie der KlÃ¤gerin â gegenÃ¼ber einer gesetzlichen Krankenkasse bildet Â§ 109 Abs. 4 Satz 3 FÃ¼nftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) i.V.m. Â§ 7 Abs. 1 Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) und Â§ 17b Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG). Die Zahlungsverpflichtung der Krankenkasse entsteht nach stÃ¤ndiger Rechtsprechung unabhÃ¤ngig von einer Kostenzusage unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch einen Versicherten, wenn die Versorgung in einem zugelassenen Krankenhaus durchgefÃ¼hrt wird und i.S.d. Â§ 39 Abs. 1 S. 2 SGB V erforderlich ist (vgl. BSG, Urteil vom 30.06.2009, Az.: B 1 KR 24/08 R; Urteil vom 08.11.2011, Az.: B 1 KR 8/11 R). Die nÃ¤heren Einzelheiten Ã¼ber Aufnahme und Entlassung der Versicherten, KostenÃ¼bernahme, Abrechnung der Entgelte sowie die Ãberprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung ist in den zwischen der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen einerseits und verschiedenen Krankenkassen sowie LandesverbÃ¤nden der Krankenkassen andererseits geschlossenen VertrÃ¤ge nach Â§ 112 Abs. 2 Nr. 1 und 2 SGB V geregelt. Ein Anspruch auf Krankenhausbehandlung zu Lasten der Krankenkasse und damit korrespondierend ein Zahlungsanspruch des Krankenhauses ist gegeben, wenn die Krankenhausbehandlung erforderlich ist (vgl. Â§ 12 Abs. 1 SGB V). Sie ist erforderlich, wenn das Behandlungsziel nicht durch teilstationÃ¤re, vor- oder nachstationÃ¤re oder ambulante Behandlung einschlieÃlich hÃ¤uslicher Krankenpflege erreicht werden kann (Â§ 39 Abs. 1 S. 2 letzter Halbsatz SGB V). Soweit Â§ 39 Abs. 1 S. 2 SGB V Behandlungsziele in den Blick nimmt, wird auf Â§ 27 Abs. 1 S. 1 SGB V Bezug genommen, d.h. es kommt darauf an, ob eine ambulante Krankenbehandlung ausreicht, um die Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhÃ¼ten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Erforderlich ist die Krankenhausbehandlung, wenn bezogen auf ein Behandlungsziel die besonderen Mittel eines Krankenhauses eingesetzt werden mÃ¼ssen. Als solche Mittel hat die Rechtsprechung insbesondere die apparative Mindestausstattung eines Krankenhauses, besonders geschultes Pflegepersonal und einen jederzeit prÃ¤senten bzw. rufbereiten Arzt herausgestellt. Vorausgesetzt wird weder der Einsatz all dieser Mittel, noch genÃ¼gt die Erforderlichkeit lediglich eines der Mittel. Es ist vielmehr eine Gesamtbetrachtung vorzunehmen, bei der den mit Aussicht auf Erfolg angestrebten Behandlungszielen und den MÃ¶glichkeiten einer vorrangigen ambulanten Behandlung entscheidende Bedeutung zukommt (zusammenfassend z.B. BSG, Urteil vom 17.11.2015, Az.: B 1 KR 18/15 R). Der PrÃ¼fungsmaÃstab der medizinischen Notwendigkeit ist im hier vorliegenden Fall aber stark beschrÃ¤nkt, da die Beklagte es unterlassen hat, eine MDK-PrÃ¼fung nach Â§ 275 Abs. 1c SGB V (in der bis zum 31.12.2019 geltenden Fassung) im VerhÃ¤ltnis zur Beklagten einzuleiten. GemÃ¤Ã Â§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V 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¤ÃŒen Abrechnung, eine gutachtliche Stellungnahme des MDK einzuholen. Nach Â§ 275 Abs. 1c S. 1 und 2 SGB V ist bei Krankenhausbehandlung nach Â§ 39 eine PrÃ¼fung nach Absatz 1 Nr. 1 zeitnah durchzufÃ¼hren. Die PrÃ¼fung nach Satz 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 V hat zur Folge, dass Krankenkasse und MDK bei einzelfallbezogenen AbrechnungsprÃ¼fungen nach Ablauf der Ausschlussfrist des Â§ 275 Abs. 1c S. 2 SGB V 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 (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 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 S. 2 SGB V unter ein besonderes Beschleunigungsgebot gestellt hat (BSG, Urteil vom 16.05.2012, Az.: B 3 KR 14/11 R). Die gesetzliche Ausschlussfrist des Â§ 275 Abs. 1c S. 2 SGB V 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 groÃŒen 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 V 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 S. 2 SGB V bewusst derartige EinzelfallprÃ¼fungen beschrÃ¤nken und stattdessen die StichprobenprÃ¼fung nach Â§ 17c Abs. 2 KHG aufwerten wollte (BSG, Urteil vom 16.05.2012, Az.: B 3 KR 14/11 R). 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. BSG, Urteil vom 16.05.2012, Az.: B 3 KR 14/11 R). Die Kammer darf die von der Beklagten vorprozessual unterbliebenen Ermittlungen im gerichtlichen Verfahren infolge des Verwertungsverbotes nicht mehr nachholen. Das

Beweisverwertungsverbot fÃ¼r die Patientenakte fÃ¼hrt zu einer erheblichen PrÃ¼fungseinschrÃ¤nkung im gerichtlichen Verfahren und zu einer Verurteilung der Beklagten zur Begleichung des vollstÃ¤ndigen Betrages aus der fÃ¤llig gewordenen Rechnung. Es ist insofern auch nicht ausreichend, dass die Beklagte gegenÃ¼ber dem Versicherten im Verwaltungs- und Widerspruchsverfahren aufgrund dessen Antrags bzw. Widerspruchs den MDK beauftragt hat. Die Ablehnung gegenÃ¼ber dem Versicherten, auf die sich die Beklagte beruft, berÃ¼hrt nicht den VergÃ¼tungsanspruch der KlÃ¤gerin. Insofern ist das AbrechnungsverhÃ¤ltnis zwischen Krankenkasse und Krankenhaus vom BehandlungsverhÃ¤ltnis zwischen Krankenhaus und Versichertem sowie vom VersicherungsverhÃ¤ltnis zwischen Versichertem und Krankenkasse zu trennen (vgl. BSG, Urteil vom 11.04.2002, Az.: B 3 KR 24/01 R) , so dass die im VersicherungsverhÃ¤ltnis ergangene bindende Leistungsablehnung mangels KrankenhausbehandlungsbedÃ¼rftigkeit fÃ¼r das AbrechnungsverhÃ¤ltnis ohne Bedeutung ist (BSG, Urteil vom 17.05.2000, Az.: B 3 KR 33/99 R; Urteil vom 11.04.2002, Az.,: B 3 KR 24/01 R). Daher kann auch die Befassung des MDK im Verwaltungsverfahren zwischen Krankenkasse und Versichertem als vorgelagerte PrÃ¼fung des Bestehens eines Sachleistungsanspruchs nicht das MDK-PrÃ¼fverfahren im VerhÃ¤ltnis zwischen KrankenhaustrÃ¤ger und Krankenkasse i. R. d. nachgelagerte AbrechnungsprÃ¼fung ersetzen. Andernfalls wÃ¼rde das bereits beschriebene vorgesehene PrÃ¼fverfahren nach Â§ 275 Abs. 1c SGB V sowie das dreistufige PrÃ¼fverfahren samt der Auskunfts- und Mitwirkungspflichten der beteiligten Krankenkasse und des beteiligten Krankenhauses leerlaufen (dazu BSG, Urteil vom 16.05.2012, Az.: B 3 KR 14/11 R). 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 der Versicherte bei Adipositaserkrankung (ICD-Code E66.02 und E66.82) zur DurchfÃ¼hrung einer adipositaschirurgische Magenoperation vom 20.02.2018 bis zum 25.02.2018 vollstationÃ¤r aufgenommen wurde. Dabei wurde vor allem die DRG K04Z (GroÃer Eingriff bei Adipositas) abgerechnet. Anhaltspunkte fÃ¼r eine nicht bedarfsgerechte Therapie oder eine mangelnde Erforderlichkeit ergeben sich aus diesen Daten nicht. Von der Erforderlichkeit der stationÃ¤ren Behandlung ist auszugehen. Der VergÃ¼tungsanspruch ist auch fÃ¤llig. Eine formal ordnungsgemÃ¤Ãe Abrechnung setzt nach der Rechtsprechung des Bundessozialgericht eine ordnungsgemÃ¤Ãe Information der Krankenkasse Ã¼ber die vom Krankenhaus abgerechnete Versorgung nach MaÃgabe der Informationsobliegenheiten und ggf. Verpflichtungen voraus, insbesondere aus Â§ 301 SGB V. Die Informationen nach Â§ 301 SGB V wurden der Beklagten Ã¼bermittelt. Vorliegend hat die Beklagte weder auf der ersten Stufe nicht-medizinische Nachfragen an die KlÃ¤gerin gerichtet noch auf der zweiten Stufe der Sachverhaltserhebung ein PrÃ¼fverfahren nach Â§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V eingeleitet. Der Anspruch auf die geltend gemachten Zinsen ergibt sich aus der entsprechenden Anwendung von Â§ 15 Abs. 1 S. 4 Landesvertrag fÃ¼r das Land Nordrhein-Westfalen nach Â§ 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V. Die Kostenentscheidung beruht auf Â§ 197a SGG in Verbindung mit Â§ 154 Abs. 1 Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO) und trÃ¤gt dem Ausgang des Verfahrens Rechnung. Die Streitwertfestsetzung beruht auf Â§ 197a Abs.1 S. 1 SGG in Verbindung mit Â§ 52 Abs. 1, 3 Gerichtskostengesetz (GKG).

Erstellt am: 04.01.2021

Zuletzt verändert am: 23.12.2024