S 44 KR 1602/17

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Freistaat Bayern
Sozialgericht	Sozialgericht München
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	-
Kategorie	Gerichtsbescheid
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	Leitet die Krankenkasse ein Prüfverfahren erst nach Ablauf der in § 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V (in der ab dem 1.1.2016 bis zum 31.12.2019 geltenden Fassung vom 10.12.2015, BGBl I 2229) geregelten Frist ein, führt dies dazu, dass Einwendungen betreffend die Erforderlichkeit einer stationären Krankenhausbehandlung nur noch auf der Grundlage von Daten und Unterlagen geltend gemacht und überprüft werden können, die das Krankenhaus der Krankenkasse im Rahmen seiner Informationsobliegenheiten bei der Aufnahme des Versicherten bzw. im Rahmen der Abrechnung oder aber trotz Fristablauf – freiwillig zur Verfügung gestellt hat.
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 44 KR 1602/17
Datum	01.10.2020

2. Instanz

Aktenzeichen	-
Datum	-

3. Instanz

Datum	-

I. Die Beklagte wird verurteilt, an die KlÃ¤gerin 7.511,19 Euro nebst Zinsen hieraus in HÃ¶he von 4 Prozentpunkten Ã¼ber dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem seit

dem 01.01.2018 zu bezahlen.

II. Die Beklagte trÃ¤gt die Kosten des Verfahrens.

III. Der Streitwert wird auf 7.511,19 Euro festgesetzt.

T a t b e s t a n d :

Im Streit steht die VergÃ¼tung fÃ¼r eine stationÃ¤re Krankenhausbehandlung.
Der bei der beklagten Krankenkasse versicherte S. (im Folgenden: Versicherter) wurde im Zeitraum vom 04.10.2016 bis 09.10.2016 in dem fÃ¼r die Behandlung Versicherter nach Â§ 108 Nr. 2 FÃ¼nftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) zugelassenen Krankenhaus der klagenden KrankenhaustrÃ¤gerin vollstationÃ¤r behandelt. Bei dem Versicherten wurde eine sogenannte Schlauchmagen-Operation (Sleeve-Gastrektomie) bei Adipositas-Erkrankung durchgefÃ¼hrt.
FÃ¼r die erbrachten Leistungen rechnete die KlÃ¤gerin gegenÃ¼ber der Beklagten mit Rechnung vom 14.10.2016 die Fallpauschale DRG (Diagnosis Related Group) K04Z (GroÃ□e Eingriffe bei Adipositas) mit einem Gesamtbetrag in HÃ¶he von 7.511,19 Euro ab. Als Zahlungsziel wurde der 03.11.2016 angegeben.
Der Rechnungsbetrag wurde von der Beklagten zunÃ¤chst beglichen.
Mit Schreiben vom 08.12.2016 teilte sie der KlÃ¤gerin mit, aus dem dokumentierten Krankheits- und Leistungsverlauf sei die Prozedur 5-434.51 nicht nachvollziehbar. Daraus ergebe sich eine FehlbelegungsprÃ¼fung der Rechnung, mit welcher der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) bereits beauftragt sei.
Der MDK Bayern zeigte den bei ihm am 20.12.2016 eingegangenen PrÃ¼fauftrag der KlÃ¤gerin mit Schreiben vom 21.12.2016 an. Nach einer Vor-Ort-PrÃ¼fung im Krankenhaus der KlÃ¤gerin stellte der MDK Bayern mit Gutachten vom 28.02.2017 fest: â□□Anhand der vorliegenden Patientendokumentation lÃ¤sst sich die Fragestellung nicht ausreichend beantworten. Eine Vorabbegutachtung ist nicht ersichtlich. Es wird um eine neue Beauftragung durch den KostentrÃ¤ger an den MDK zur Erstellung eines individuellen Gutachtens (AMP-Gutachten/KV-Bereich) gebetenâ□□.
Nach erneuter Beauftragung durch die Beklagte zeigte der MDK Bayern der KlÃ¤gerin mit Schreiben vom 20.03.2017 die Erweiterung des PrÃ¼fauftrages auf folgende Fragen an: â□□Bestand die medizinische Notwendigkeit der Aufnahme in ein Krankenhaus zur stationÃ¤ren Behandlung? Eingriff erfolgte ohne vorausgegangene PrÃ¼fung und Bewilligung. Sind die stufenweisen Vorgaben und Inhalte der Richtlinie fÃ¼r Adipositaschirurgie erfÃ¼llt? Handelt es sich um eine MaÃ□nahme, welche von der GKV zu tragen sind? PrÃ¼fgegenstÃ¤nde gemÃ¤Ã□ Â§ 4 PrÃ¼fvV: -PrimÃ¤re Fehlbelegungâ□□.
In seinem nach Erweiterung des PrÃ¼fgegenstandes erstellten Aktenlage-Gutachten vom 24.07.2017 fÃ¼hrt der MDK-Gutachter Dr. F. u.a. Folgendes aus: â□□Bezogen auf diesen Einzelfall wird gutachterlicherseits festgestellt, dass bei vorliegendem BMI von >54 kg/mÂ² eine behandlungsbedÃ¼rftige Adipositas vorliegt. Gutachterlicherseits kann anhand der vorliegenden Unterlagen jedoch eine â□□ wie durch das BSG definierte â□□ ultima ratio NICHT bestÃ¤tigt werden. Entsprechende nachvollziehbare medizinische Unterlagen liegen zur Begutachtung NICHT vor. Eine AusschÃ¶pfung aller verfÃ¼gbarer konservativer MÃ¶glichkeiten

(inkl. stationÃ¤rer RehamaÃnahmen) zur Gewichtsreduktion lassen sich NICHT bestÃ¤tigenâ¦[â¦.]â¦Ein Gewichtsverlauf der letzten Jahre ist aus den Unterlagen nicht erkennbarâ¦[â¦.]â¦.Besucht der Versicherte eine laufende ErnÃ¤hrungsschulung und eine Bewegungstherapie? Das lÃ¤sst sich aus den Unterlagen nicht ableiten.â Das Gutachten des MDK kommt zu dem Ergebnis, dass Kontraindikationen nach den vorliegenden Unterlagen nicht allumfassend ausgeschlossen seien und sich eine stattgehabte leitliniengerechte konservative multimodale Therapie der Adipositas Ã¼ber mindestens 6 Monate aus den Unterlagen nicht ableiten lasse, so dass bei fehlender Ultima Ratio keine medizinische Indikation der Implantation eines Magenbandes und damit keine Leistungspflicht der GKV bestehe.
Die Beklagte teilte der KlÃ¤gerin mit Schreiben vom 27.07.2017 das Ergebnis des MDK-Gutachtens mit und forderte sie zur Stornierung der Rechnung auf. Nachdem die KlÃ¤gerin dieser Aufforderung nicht nachkam, verrechnete die Beklagte den Rechnungsbetrag am 19.10.2017 mit einer anderen fÃ¤lligen, unstreitigen Forderung der KlÃ¤gerin aus der Behandlung eines anderen Versicherten.
Die KlÃ¤gerin hat am 24.10.2017 Klage beim Sozialgericht MÃ¼nchen (SG) erhoben. Sie trÃ¤gt im Wesentlichen vor, der Versicherte S. habe zum Zeitpunkt der stationÃ¤ren Therapie einen Body Mass Index (BMI) von 54 kg/mÂ² gehabt. Bei einem so hohen BMI sei ohne weitere konservative Therapie zwanglos die Indikation zur operativen Versorgung der bestehenden Adipositas gegeben. Dies ergebe sich aus der entsprechenden Leitlinie der Deutschen Adipositas Gesellschaft vom April 2014 (InterdisziplinÃ¤re Leitlinie der QualitÃ¤t S3 zur âPrÃ¤vention und Therapie der Adipositasâ Version 2.0), in welcher es heiÃe:
âEine chirurgische Therapie kann auch primÃ¤r ohne eine prÃ¤operative konservative Therapie durchgefÃ¼hrt werden, wenn die konservative Therapie ohne Aussicht auf Erfolg ist oder der Gesundheitszustand des Patienten keinen Aufschub eines operativen Eingriffs zur Besserung durch Gewichtsreduktion erlaubt. Dies ist unter folgenden UmstÃ¤nden gegeben:
â Besondere Schwere von Begleit- und Folgekrankheiten der Adipositas
â BMI > 50 kg/m2
â PersÃ¶nliche psychosoziale UmstÃ¤nde, die keinen Erfolg einer LebensstilÃ¤nderung in Aussicht stellenâ.
Trotzdem seien bei dem Versicherten konservative Versuche durchgefÃ¼hrt worden, alle aber ohne langanhaltenden Erfolg. ÃrztlicherseitS werde zudem bescheinigt, dass der Versicherte vor der Operation seit seiner Jugend zahlreiche Male ohne anhaltenden Erfolg versucht habe, sein Gewicht zu reduzieren.
Die KlÃ¤gerin beantragt mit SchriftsÃ¤tzen ihres BevollmÃ¤chtigten vom 22.10.2017 und vom 29.01.2020 zuletzt,
die Beklagte zu verurteilen, an die KlÃ¤gerin 7.511,19 Euro zzgl. Zinsen in HÃ¶he von vier Prozentpunkten Ã¼ber dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 01.01.2018 zu bezahlen.
Die Beklagte beantragt mit Schriftsatz vom 17.01.2018,
Â Â Â Â Â die Klage abzuweisen.
Sie hÃ¤lt die EinschÃ¤tzung des MDK Bayern in dessen Gutachten vom 24.07.2017 fÃ¼r zutreffend. Eine medizinische Notwendigkeit fÃ¼r eine vollstationÃ¤re Behandlung habe danach nicht bestanden. Der MDK habe eine AusschÃ¶pfung aller verfÃ¼gbaren konservativen MÃ¶glichkeiten zur Gewichtsreduktion nicht

bestÃ¤tigen kÃ¶nnen. Eine stattgehabte leitliniengerechte konservative multimodale Therapie der Adipositas Ã¼ber mindestens 6 Monate sei nicht ersichtlich.
Das Gericht hat gemÃ¤Ã Â§ 106 Abs. 3 Nr. 5, Abs. 4 Sozialgerichtsgesetz (SGG) Beweis erhoben durch Einholung eines adipositaschirurgischen Fachgutachtens des L., Oberarzt in der Viszeralchirurgischen Abteilung des Klinikums der UniversitÃ¤t M-Stadt. Dieser hat das Gutachten am 18.10.2018 sowie eine ergÃ¤nzende Stellungnahme am 19.03.2019 nach Aktenlage erstattet und festgestellt, dass nach den zum Behandlungszeitpunkt gÃ¼ltigen S3-Leitlinien (S3 â Leitlinie der Deutschen Adipositas-Gesellschaft â Chirurgie der Adipositasâ, 2010 sowie interdisziplinÃ¤re S3 â Leitlinie â PrÃ¤vention und Therapie der Adipositasâ, Version 2.0, April 2014) eine klare Indikation zur Operation bestanden habe. Es seien als KomorbiditÃ¤ten ein Iliosakralgelenksyndrom und ein arterieller Hypertonus belegt. Der Versicherte leide seit seiner Jugend an Gewichtsproblemen. Seit Jahren habe eine morbide Adipositas mit einem BMI zum Operationszeitpunkt von 54 kg/mÂ² vorgelegen. Unter den konservativen BehandlungsmÃ¶glichkeiten sei es ihm nicht gelungen, das Gewicht nachhaltig zu reduzieren. Insgesamt seien damit alleinig konservative MaÃnahmen zur Gewichtsreduktion erschÃ¶pft gewesen. Insoweit schlieÃe sich der SachverstÃ¤ndige der nachvollziehbaren EinschÃ¤tzung der behandelnden ErnÃ¤hrungsmedizinerin H. in deren Ã¤rztlicher Stellungnahme vom 12.07.2016, welche auch durch die damals aktuellen interdisziplinÃ¤ren Leitlinien gestÃ¼tzt werde, an.Â Der chirurgische Eingriff habe daher unter BerÃ¼cksichtigung der zum Zeitpunkt des Eingriffs gÃ¼ltigen Leitlinien nach erschÃ¶pfenden konservativen MaÃnahmen als Ultima Ratio in der Behandlung der morbiden Adipositas gewertet werden mÃ¼ssen. Kontraindikationen hÃ¤tten nicht bestanden. Das Operationsrisiko sei tolerabel gewesen.
Die Beklagte hat auf die Nachfrage des Gerichts mitgeteilt, sie kÃ¶nne den AusfÃ¼hrungen des gerichtlichen SachverstÃ¤ndigen nicht folgen. Ein Anerkenntnis werde daher nicht abgegeben. Aus ihrer Sicht sei die kurz vor dem operativen Eingriff bei H. durchgefÃ¼hrte ErnÃ¤hrungstherapie erfolgreich gewesen. Die Deutsche Adipositas Gesellschaft (DAG) sehe bei Patienten mit einem BMI hÃ¶her als 35 kg/mÂ² eine Gewichtsreduzierung von 10 % des Ausgangsgewichts innerhalb von sechs bis zwÃ¶lf Monaten nach DurchfÃ¼hrung einer multimodalen Therapie als erfolgreich an. Die Leitlinien der chirurgischen Arbeitsgemeinschaft definierten einen â Erfolgâ bei einem BMI von hÃ¶her als 40 kg/mÂ², wenn das Gewicht um 10-30 % von kumulativ sechs Monaten innerhalb von zwei Jahren abnehme. Der Versicherte habe hier allein aufgrund einer ErnÃ¤hrungsberatung 12 kg innerhalb von nur 6 Monaten und somit fast 8 % seines KÃ¶rpergewichts verloren. Eine multimodale Therapie sei nicht angewandt worden.
Mit Schreiben vom 10.02.2020 hat die Beklagte nach mehrmaliger Nachfrage des Gerichts mitgeteilt, dass die Rechnung der Beklagten vom 14.10.2016 Ã¼ber die strittige BehandlungsvergÃ¼tung ihr im Rahmen des Datenaustauschs am 17.10.2016 Ã¼bermittelt worden sei.
Mit richterlichen Hinweisen vom 02.03.2020, 08.04.2020 und 11.05.2020, auf deren Inhalt wegen der Einzelheiten Bezug genommen wird, wurde die Beklagte u.a. darauf hingewiesen, dass die MDK-PrÃ¼fung hier erst am 08.12.2016 und damit nach Ablauf der mit der RechnungsÃ¼bermittlung am 17.10.2016 beginnenden

Sechs-Wochen-Frist des Â§ 275 Abs. 1c SGB V angezeigt wurde und sich daraus eine BeschrÃ¤nkung der Amtsermittlung und der Verwertbarkeit der entgegen der Grenzen der Amtsermittlung beigezogenen Behandlungsunterlagen Ã¼ber die prÃ¤operativ bei dem Versicherten im Krankenhaus der KlÃ¤gerin am 11.08.2016 erfolgten Ãsophago-Gastro-Duodenoskopie ergebe. Dies deshalb, weil dem MDK Bayern nach der detaillierten Unterlagenauflistung in dessen Gutachten vom 24.07.2017 erkennbar ausschlieÃlich die Krankenakte aus dem strittigen stationÃ¤ren Aufenthalt des Versicherten vom 04.10.2016 bis 09.10.2016 vorgelegen und die KlÃ¤gerin dem Gericht mit der zweiten Patientenakte Ã¼ber den Voraufenthalt am 11.08.2016 mithin Patientenunterlagen (mit Informationen insbesondere zum Gewichtsverlauf, zur ernÃ¤hrungsmedizinischen Behandlung, zu MaÃnahmen zur Gewichtsreduktion und zum Ausschluss von Kontraindikationen) Ã¼bermittelt habe, welche dem MDK Bayern bei Erstellung des Gutachtens nicht vorlagen. Â
Mit Schriftsatz vom 25.06.2016 hat die Beklagte mitgeteilt, ein Anerkenntnis kÃ¶nne dennoch nicht abgegeben werden. In dem streitigen Fall habe bereits am 28.02.2017 in der Einrichtung der KlÃ¤gerin eine Erstbegutachtung unter Einsichtnahme in die Patientenakte stattgefunden. Auch hier habe die medizinische Notwendigkeit des Eingriffs nicht bejaht werden kÃ¶nnen. AuÃerdem habe dem MDK bei Erstellung des Gutachtens eine LeistungsÃ¼bersicht der Beklagten Ã¼ber alle vorausgegangenen Behandlungen des Versicherten vorgelegen.
Die Beteiligten wurden mit gerichtlichem Schreiben vom 30.06.2020 zur beabsichtigten Entscheidung des Rechtsstreits durch Gerichtsbescheid gehÃ¶rt.
Wegen der weiteren Einzelheiten zum Sach- und Streitstand wird auf den Inhalt der zwischen den Beteiligten gewechselten SchriftsÃ¤tze und den sonstigen Inhalt der Gerichtsakte sowie auf die beigezogene Verwaltungsakte der Beklagten, welche bei der Entscheidung vorgelegen hat, Bezug genommen.

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

Das Gericht konnte gemÃ¤Ã Â§ 105 Abs. 1 SGG ohne mÃ¼ndliche Verhandlung durch Gerichtsbescheid entscheiden, da die Sache keine besonderen Schwierigkeiten tatsÃ¤chlicher oder rechtlicher Art aufweist, der Sachverhalt geklÃ¤rt ist und die Beteiligten zuvor Gelegenheit zur Stellungnahme erhalten bzw. sich mit der Entscheidung durch Gerichtsbescheid einverstanden erklÃ¤rt haben.
Die zulÃ¤ssige Klage ist begrÃ¼ndet.
1. Die auf die Zahlung der VergÃ¼tung fÃ¼r eine erbrachte stationÃ¤re Behandlungsleistung gerichtete Klage der KrankenhaustrÃ¤gerin gegen die beklagte Krankenkasse ist als (echte) Leistungsklage nach Â§ 54 Abs. 5 Sozialgerichtsgesetz (SGG) zulÃ¤ssig. Es handelt sich um einen sogenannten Parteienstreit im GleichordnungsverhÃ¤ltnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht zu ergehen hat (vgl. hierzu BSG, Urteil vom 17.6.2000, Az. B 3 KR 33/99 R).
2. Die Klage ist darÃ¼ber hinaus auch voll umfÃ¤nglich begrÃ¼ndet.
Die KlÃ¤gerin hat gegen die Beklagte in HÃ¶he der Klageforderung einen Anspruch auf Zahlung der noch ausstehenden RestvergÃ¼tung aus weiteren nicht strittigen BehandlungsfÃ¤llen, gegen welche die Beklagte am 19.10.2017 die Aufrechnung mit einem behaupteten Ã¶ffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch aus der

Behandlung des Versicherten S. erklÃ¤rt hat und dementsprechend auch auf die Zahlung der beantragten Zinsen jedenfalls seit dem 01.01.2018.
a) Der ursprÃ¼nglich entstandene Anspruch der KlÃ¤gerin gegen die Beklagte auf VergÃ¼tung von Krankenhaus-Behandlungsleistungen fÃ¼r andere Versicherte, der bezÃ¼glich der HÃ¶he nicht streitig ist und deshalb keiner nÃ¤heren PrÃ¼fung zu unterziehen ist (BSG, Urteil vom 21.04.2015 â B 1 KR 8/15 R -, Juris m.w.N.), ist durch die Aufrechnung mit einem Ã¶ffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch wegen Ãberzahlung der VergÃ¼tung fÃ¼r die Krankenhaus-Behandlung des Versicherten S. nicht analog Â§ 387 BÃ¼rgerliches Gesetzbuch (BGB) erloschen (zur entsprechenden Anwendung auf Ã¼berzahlte KrankenhausvergÃ¼tung vgl. z.B. BSG, Urteil vom 08.11.2011 â B 1 KR 8/11 R -, SozR 4-5560 Â§ 17b Nr. 2 m.w.N.), da der Beklagten ein Erstattungsanspruch aus der Behandlung des S. nicht zusteht. Die Voraussetzungen des Gegenanspruchs aus Ã¶ffentlich-rechtlicher Erstattung sind nicht erfÃ¼llt. Der Ã¶ffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch setzt u.a. voraus, dass der Berechtigte Leistungen im Rahmen eines Ã¶ffentlichen RechtsverhÃ¤ltnisses ohne rechtlichen Grund erbracht hat (st. Rspr.; vgl. z.B. BSG, Urteil vom 28.09.2010 â B 1 KR 4/10 R -, SozR 4-2500 Â§ 264 Nr. 3; Urteil vom 03.07.2012 â B 1 KR 16/11 R -, SozR 4-2500 Â§ 129 Nr. 7). So liegt es hier nicht. Denn die KlÃ¤gerin hat gegen die Beklagte wegen der stationÃ¤ren Behandlung des S. den geltend gemachten VergÃ¼tungsanspruch in HÃ¶he der Klageforderung nach DRG K04Z. Die Beklagte konnte deshalb keine Erstattung der zunÃ¤chst bezahlten VergÃ¼tung beanspruchen.
b) Der VergÃ¼tungsanspruch der KlÃ¤gerin fÃ¼r die Behandlung des Versicherten S. findet seine rechtliche Grundlage mangels Vorliegens eines Vertrages nach Â§ 112 SGB V fÃ¼r den Freistaat Bayern in Â§Â§ 39, 108f. SGB V i.V.m. Â§ 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) und Â§Â§ 7 Satz 1 Nr. 1, Â§ 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1, 11 Abs. 1 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) und der einschlÃ¤gigen Pflegesatzvereinbarung fÃ¼r 2016. GemÃ¤Ã Â§ 7 Satz 1 KHEntgG werden die allgemeinen Krankenhausleistungen gegenÃ¼ber den Patienten oder ihren KostentrÃ¤gern mit verschiedenen, in den Nrn. 1 bis 8 abschlieÃend aufgezÃ¤hlten Entgelten abgerechnet. Nach Â§ 8 Absatz 1 Satz 1 KHEntgG sind die Entgelte fÃ¼r allgemeine Krankenhausleistungen fÃ¼r alle Benutzer des Krankenhauses einheitlich zu berechnen. Die HÃ¶he der VergÃ¼tung fÃ¼r die Krankenhausbehandlung im Einzelfall ergibt sich aus einer multifaktoriellen Berechnung mittels eines zertifizierten Softwareprogramms, das Grouper genannt wird. Der zertifizierte Grouper wendet nach Eingabe der Daten das Abrechnungsrecht in Form einer Berechnung an. Der Grouper bildet im streitentscheidenden Jahr 2016 das komplexe Zusammenspiel der auf Grundlage des Â§ 7 Abs. 2 KHEntgG in Verbindung insbesondere mit Â§ 9 KHEntgG und Â§ 17b Abs. 2 KHG auf Bundesebene vereinbarten Regelwerke Fallpauschalenvereinbarung (FPV) 2016 mit einem Fallpauschalen-Katalog als Teil derselben und Deutsche Kodierrichtlinien (DKR) Version 2016 einerseits sowie der von der Bundesanstalt Deutsches Institut fÃ¼r Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) festgelegten Verzeichnisse ICD-10-GM Version 2016 (ICD-10) und Operations- und ProzedurenschlÃ¼ssel (OPS) Version 2016 andererseits ab. Allein die Verwendung der zertifizierten Grouper mit ihrem jeweiligen Rechenprogramm ist verbindlich vereinbart und entfaltet normative Wirkung (vgl. hierzu und den nachfolgenden AusfÃ¼hrungen grundlegend: BSG, Urteil vom 08.11.2011 â B 1 KR 8/11 R â

Juris). Die Verbindlichkeit der in dem jeweiligen Vertragswerk angesprochenen Klassifikationssysteme folgt aus dem Umstand, dass sie in die zertifizierten Grouper einbezogen sind. Die in den Grouper einzugebenden Diagnosen und Prozeduren sowie die sonstigen benÃ¶tigten Sachverhaltsangaben â etwa das Alter des Patienten â sind als Tatsachen einem gerichtlichen Beweis zugÃ¤nglich. Die automatisierte Subsumtion ist eine rechtliche Bewertung des Sachverhalts und damit Rechtsfrage. Die Gerichte sind auch fÃ¼r die Ãberprüfung der Kodierungspraxis zustÃ¤ndig, um effektiven Rechtsschutz zu gewÃ¤hrleisten. Die VergÃ¼tungsregelungen sind streng nach ihrem Wortlaut und den dazu vereinbarten Anwendungsregeln zu handhaben; dabei gibt es grundsÃ¤tzlich keinen Raum fÃ¼r weitere Bewertungen und AbwÃ¤gungen. Ergeben sich bei der Abrechnung WertungswidersprÃ¼che und sonstige Ungereimtheiten, mÃ¼ssen die zustÃ¤ndigen Stellen durch Ãnderung fÃ¼r die Zukunft Abhilfe schaffen. Eine systematische Interpretation der Vorschriften kann lediglich im Sinne einer Gesamtschau der im inneren Zusammenhang stehenden Bestimmungen des Regelungswerks erfolgen, um mit ihrer Hilfe den Wortlaut der Leistungslegende klarzustellen (vgl. BSG, Urteil vom 18. Juli 2013, B 3 KR 7/12 R, â Juris).
c) Die Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse entsteht unabhÃ¤ngig von einer Kostenzusage unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten, wenn die Versorgung in einem zugelassenen Krankenhaus (Â§ 108 SGB V) durchgefÃ¼hrt wird (dazu aa) und im Sinne des Â§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V erforderlich (dazu bb) ist (stÃ¤ndige Rspr., u.a. BSG, Urteil vom 8.11.2011, B 1 KR 8/11 R, Juris-Rn. 13 â m.w.N.; Felix, VergÃ¼tungsanspruch des Krankenhauses, SGb 2017, S. 181 [186]).
aa) Bei der KlÃ¤gerin handelt es sich um ein zugelassenes Krankenhaus i.S.d. Â§ 108 SGB V.
bb) Von der medizinischen Erforderlichkeit der strittigen vollstationÃ¤ren Krankenhausbehandlung des Versicherten S. ist auszugehen.
Ob einem Versicherten eine vollstationÃ¤re Krankenhausbehandlung zu gewÃ¤hren ist, richtet sich allein nach den medizinischen Erfordernissen des Einzelfalles. Die Berechtigung der Krankenhausbehandlung ist nicht rÃ¼ckschauend aus der spÃ¤teren Sicht des Gutachters zu beurteilen, sondern es kommt darauf an, ob sich die stationÃ¤re Aufnahme oder Weiterbehandlung bei Zugrundelegung der fÃ¼r den Krankenhausarzt nach den Regeln der Ã¤rztlichen Kunst im Behandlungszeitpunkt verfÃ¼gbaren Kenntnisse und Informationen zu Recht als medizinisch notwendig dargestellt hat (BSG, Urteil vom 16.12.2008 â B 1 KN 3/08 KR R, â Juris). KrankenhausbehandlungsbedÃ¼rftigkeit ist ein Krankheitszustand, dessen Behandlung den Einsatz der besonderen Mittel eines Krankenhauses erforderlich macht (BSG, Urteil vom 14.10.2014 â B 1 KR 27/13 R, â Juris). Als besondere Mittel des Krankenhauses sind eine apparative Mindestausstattung, geschultes Pflegepersonal und ein jederzeit prÃ¤senter oder rufbereiter Arzt anzusehen. Dabei ist eine Gesamtbetrachtung vorzunehmen, bei der den mit Aussicht auf Erfolg angestrebten Behandlungszielen und den vorhandenen MÃ¶glichkeiten einer vorrangigen ambulanten Behandlung entscheidende Bedeutung zukommt. ErmÃ¶glicht es der Gesundheitszustand des Patienten, das Behandlungsziel durch andere MaÃnahmen, insbesondere durch ambulante Behandlung, einschlieÃlich hÃ¤uslicher Krankenpflege, zu erreichen, so besteht kein Anspruch auf stationÃ¤re Behandlung und damit auch kein

VergÃ¼tungsanspruch des Krankenhauses (BSG, Urteil vom 14.10.2014 â□□ B 1 KR 27/13 R â□□ Juris). Das gleiche gilt, wenn medizinische Rehabilitation ausreichend ist (BSG, Urteil vom 20.1.2005 â□□ B 3 KR 9/03 R, â□□ Juris).
Die Notwendigkeit und Erforderlichkeit der vollstationÃ¤ren Behandlung unterliegt grundsÃ¤tzlich der PrÃ¼fung durch die Krankenkassen entweder im Rahmen eines zuvor gestellten Antrags des Versicherten oder nach Rechnungslegung im Rahmen einer PrÃ¼fung der Krankenkasse gemÃ¤Ã□ Â§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V mittels Einschaltung des MDK. DarÃ¼ber besteht seit der Entscheidung des GroÃ□en Senats des BSG vom 25.09.2007 (GS 1/06, â□□ Juris) Rechtsklarheit. Dem Krankenhausarzt steht insoweit keine EinschÃ¤tzungsprÃ¤rogative zu (vgl. BSG, GroÃ□er Senat, Beschluss vom 25.09.2007, a.a.O. â□□ Juris-Rn. 28).
FÃ¼r die PrÃ¼fung von Krankenhausrechnungen gilt die Regelung des Â§ 275 Abs. 1c SGB V (hier i.d.F. vom 10.12.2015). Danach ist die PrÃ¼fung spÃ¤testens sechs Wochen nach Eingang der Abrechnung bei der Krankenkasse einzuleiten und durch den Medizinischen Dienst dem Krankenhaus anzuzeigen. Leitet die Krankenkasse die PrÃ¼fung nicht spÃ¤testens sechs Wochen nach Eingang der Abrechnung bei ihr ein und zeigt der MDK die Einleitung der PrÃ¼fung dem Krankenhaus nicht oder nicht rechtzeitig nach Â§ 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V an, bewirkt dies ein sich auch auf ein Gerichtsverfahren erstreckendes Beweisverwertungsverbot (vgl. BSG, Urteil vom 01.07.2014 â□□ B 1 KR 29/13 R -Juris-Rn. 20). Dies hindert das Krankenhaus nach Fristablauf zwar nicht daran, dem MDK angeforderte Sozialdaten aus freien StÃ¼cken zur VerfÃ¼gung zu stellen. Es ist bloÃ□ berechtigt, entsprechende Anforderungen zu verweigern und ggf. abzuwehren. Ebenso bleibt das Recht der Krankenkasse unberÃ¼hrt, fÃ¼r eine PrÃ¼fung andere zulÃ¤ssige Informationsquellen zu nutzen (BSG, Urteil vom 14.10.2014 â□□ B 1 KR 34/13 R, â□□ Juris-Rn. 17).
Der ungenutzte Ablauf der Frist fÃ¼hrt mithin dazu, dass Krankenhaus und MDK â□□ sowie im gerichtlichen Verfahren auch das Gericht â□□ bei einzelfallbezogenen AbrechnungsprÃ¼fungen 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. BSGE 112, 156 = SozR 4-2500 Â§ 114 Nr. 1, Rn. 39 mwN) oder trotz Fristablauf freiwillig zur VerfÃ¼gung gestellt hat.
Deshalb ist eine Begrenzung der gerichtlichen Amtsermittlungspflicht nach Â§ 106 SGG geboten, soweit das PrÃ¼fverfahren nach Â§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V verspÃ¤tet eingeleitet worden ist (vgl. BSG, Urteil vom 16.05.2012 â□□ B 3 KR 14/11 R â□□ Juris, BSG; Urteil vom 13.11.2012 â□□ B 1 KR 24/11 R -, BSGE 112, 141-156, SozR 4-2500 Â§ 275 Nr 8). Ein solcher Fall ist vorliegend gegeben. Die fristgerechte Einleitung des PrÃ¼fverfahrens und Anzeige durch den MDK ist hier nicht erfolgt. Die Rechnung der KlÃ¤gerin vom 14.10.2016 ist nach Angabe der Beklagten bei dieser am 17.10.2016 eingegangen. Die Beklagte hat der KlÃ¤gerin die Einleitung der RechnungsprÃ¼fung erstmals mit Schreiben vom 08.12.2016, also nach Ablauf der 6-Wochen-Frist angezeigt. Die PrÃ¼fanzeige durch den MDK erfolgte zeitlich spÃ¤ter mit Schreiben vom 21.12.2016. Haben die Gerichte den sich aus der FristversÃ¤umnis ergebenden Grenzen der Amtsermittlung zuwider gleichwohl Behandlungsunterlagen des Krankenhauses beigezogen, so dÃ¼rfen im Prozess weder diese Unterlagen noch darauf gestÃ¼tzte weitere Beweisergebnisse

verwertet werden. BeschrÃ¤nkt ist die Verwertung gleichwohl erhobener Beweise allerdings nur, wenn das Krankenhaus seinerseits die ihm obliegenden Mitteilungspflichten im VerhÃltnis zur Krankenkasse Ã¼ber Anlass und Verlauf der abgerechneten Krankenhaus-versorgung bis zur Vorlage der Abrechnung ordnungsgemÃ¤Ã erfÃ¼llt und damit den Lauf der Ausschlussfrist des Â§ 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V Ã¼berhaupt in Gang gesetzt hat (vgl. BSG, Urteil vom 16. Mai 2012 â B 3 KR 14/11 R -, BSGE 111, 58-71, SozR 4-2500 Â§ 109 Nr. 24, Rn. 30f â juris). Ein VerstoÃ gegen die Mitteilungspflichten des Â§ 301 SGB V ist bislang weder vorgetragen noch sonst erkennbar. Die KlÃ¤gerin hat daher mit ihrer Abrechnung die Frist des Â§ 275 Abs. 1c SGB V in Lauf gesetzt.
Die Kammer war daher von der weiteren Ermittlung des medizinischen Sachverhalts insoweit ausgeschlossen, als â Ã¼ber die dem MDK nach Fristablauf von der KlÃ¤gerin freiwillig zur VerfÃ¼gung gestellten Patientenunterlagen hinaus â weitere Krankenunterlagen nicht verwertet werden durften. Welche Unterlagen die KlÃ¤gerin dem MDK im Rahmen der im schriftlichen Verfahren durchgefÃ¼hrten PrÃ¼fung zur VerfÃ¼gung gestellt hatte, ergibt sich abschlieÃend aus der detaillierten Aufstellung auf Seite 2 des MDK-Gutachtens vom 24.07.2017. Dies war danach ausschlieÃlich die vollstÃ¤ndige Patientenakte aus dem strittigen stationÃ¤ren Aufenthalt des S. vom 04.10.2016 bis 09.10.2016, nicht aber die von der KlÃ¤gerin im gerichtlichen Verfahren darÃ¼ber hinaus Ã¼bersandte Patientenakte aus dem Voraufenthalt des Versicherten vom 11.08.2016, welche insbesondere die ErnÃ¤hrungsprotokolle, das Ã¤rztliche Schreiben der orthopÃ¤dischen Gemeinschaftspraxis Dres. L1. vom 26.01.2016, den Entlassbericht der Reha-Klinik K. vom 09.10.2014, die Ã¤rztliche Stellungnahme der Schwerpunktpraxis fÃ¼r ErnÃ¤hrungsmedizin H1. vom 12.07.2016 mit u.a. Angaben zum Gewichtsverlauf in den letzten Jahren, das Ã¤rztliche Attest der Praxis R. vom 27.01.2016, den Laborbefund der Fachkliniken M-Stadt AG vom 03.08.2016 und den vorlÃ¤ufigen Arztbrief der KlÃ¤gerin vom 11.08.2016 enthÃ¤lt. Diese Unterlagen â sowie in der Konsequenz das auf der Grundlage dieser Unterlagen erstellte SachverstÃ¤ndigengutachten des L. â durfte das Gericht bei seiner Entscheidung somit nicht verwerten.
Mit der Abrechnung der Behandlung hat die KlÃ¤gerin die Daten nach Â§ 301 SGB V vollstÃ¤ndig Ã¼bermittelt und mitgeteilt, dass sie den Eingriff durchgefÃ¼hrt hat. Damit ist sie ihrer Darlegungs- und Beweislast bezÃ¼glich der Entstehung des VergÃ¼tungsanspruchs hinreichend nachgekommen. Die PrÃ¼fung beschrÃ¤nkt sich auf den Sachverhalt, wie er sich aus den nach Â§ 301 Ab. 1 SGB V Ã¼bermittelten Daten und den dem MDK vorliegenden Patientenunterlagen und Informationen darstellt. Diesen lÃ¤sst sich lediglich entnehmen, dass bei Adipositas-Erkrankung eine vollstationÃ¤re Behandlung durchgefÃ¼hrt wurde und eine Aufnahme in der allgemeinen Chirurgie erfolgte. Dabei wurde die DRG K04Z (GroÃer Eingriff bei Adipositas) abgerechnet. Belastbare Anhaltspunkte, dass diese Behandlung nicht erforderlich gewesen sein sollte, lassen sich den Angaben nicht entnehmen. Aus den dem MDK vorliegenden Patientenunterlagen folgte nach dem MDK-Gutachten lediglich, dass die Bewertung einer Ultima Ratio-Situation auf der Grundlage dieser Unterlagen (noch) nicht nachvollziehbar mÃ¶glich war. Dies schlieÃt den VergÃ¼tungsanspruch jedoch nicht aus, sondern wirft lediglich die Frage nach dem Vorliegen weiterer Unterlagen zum Nachweis der Ultima Ratio-Situation auf. Die gerichtliche Amtsermittlungspflicht war wegen Fristablaufs

insoweit jedoch beschrÃ¤nkt. Von der Erforderlichkeit der stationÃ¤ren Behandlung ist daher auszugehen. Die Beklagte ist mit dem von ihr erhobenen Einwand der fehlenden medizinischen Erforderlichkeit des Eingriffs auf Grund des FristversÃ¤umnisses nach Â§ 275 Abs. 1c SGB V ausgeschlossen. Die Voraussetzungen des geltend gemachten VergÃ¼tungsanspruchs sind damit erfÃ¼llt.
Etwas anderes ergibt sich entgegen der Ansicht der Beklagten zur Ãberzeugung der Kammer auch nicht aus der (hier wegen der freiwilligen Vorlage der im MDK-Gutachten vom 24.07.2017 angefÃ¼hrten Unterlagen prozessrechtlich nicht ausgeschlossenen) Verwertung des MDK-Gutachtens selbst. Denn die PrÃ¼fung sÃ¤mtlicher dem MDK von der KlÃ¤gerin im vorliegenden Fall trotz des Fristablaufs vorgelegten Patientenunterlagen (einschlieÃlich der dem MDK bei seiner Beauftragung von der Beklagten zur VerfÃ¼gung gestellten LeistungsÃ¼bersicht) hat hier dazu gefÃ¼hrt, dass nach der Beurteilung des MDK der VergÃ¼tungsanspruch der KlÃ¤gerin gerade wegen fehlender bzw. nicht ausreichender Informationen zur Bewertung der ultima-ratio-Situation nicht bestÃ¤tigt werden konnte. Dabei wurden in dem MDK-Gutachten explizit Unterlagen als fehlend angefÃ¼hrt, welche sich in der dem Gericht zur VerfÃ¼gung gestellten Patientenakte Ã¼ber den Voraufenthalt des S. am 11.08.2016 befinden (so z.B. Angaben zum Gewichtsverlauf, zum Ausschluss von Kontraindikationen, zur DurchfÃ¼hrung stationÃ¤rer RehamaÃnahmen, zur ErnÃ¤hrungsschulung u.a.). Bereits hieraus ergibt sich, dass auch im Rahmen der Erstbegutachtung durch den MDK am 25.01.2017 allein die Patientenakte aus dem strittigen stationÃ¤ren Aufenthalt vom 04.10.2016 bis 09.10.2016 vorgelegen haben kann. Dies entspricht dem Ã¼blichen Geschehensablauf bei Vor-Ort-Begutachtungen und steht im ÃbrigEn damit in Einklang, dass im MDK-Erstgutachten vom 28.02.2017 als Beurteilungsgrundlage auch nur das Wort â€Krankenakteâ€ â€ im Singular â€ dokumentiert ist. Es besteht vorliegend damit auch bei Verwertung des MDK-Gutachtens vom 24.07.2017 und der dem MDK bekannten und/oder ihm freiwillig nach Fristablauf vom Krankenhaus der KlÃ¤gerin zur VerfÃ¼gung gestellten Unterlagen die Situation, dass der VergÃ¼tungsanspruch vom MDK mit den ihm zum Zeitpunkt der Gutachtenserstellung vorliegenden Nachweisen gerade mangels ausreichender Beurteilungsgrundlagen als nicht hinreichend belegt beurteilt wurde, eine abschlieÃende Beurteilung der medizinischen Notwendigkeit der stationÃ¤ren Behandlung also nicht erfolgen konnte. Diese Situation kann keine andere Rechtsfolge haben, als in den FÃ¤llen, in denen das Krankenhaus dem MDK nach Fristablauf (zu Recht) von vornherein keine Unterlagen vorlegt. Vielmehr verbleibt es dann als Rechtsfolge des Fristablaufs dabei, dass sich die Beklagte nicht mehr darauf berufen kann, eine Ultima-Ratio-Situation sei von der KlÃ¤gerin nicht hinreichend belegt und weitere Ermittlungen von Amts wegen insoweit ausgeschlossen sind. Ein anderes Ergebnis wÃ¤re allenfalls fÃ¼r den Fall denkbar, dass der MDK aus ihm freiwillig vorgelegten Unterlagen bereits abschlieÃend hÃ¤tte entnehmen kÃ¶nnen, dass ein VergÃ¼tungsanspruch unter keinen UmstÃ¤nden entstanden sein kann. Das ist hier aber gerade nicht der Fall.
Im vorliegenden gerichtlichen Verfahren sind demnach ausschlieÃlich die dem MDK im Rahmen des PrÃ¼fverfahrens von der KlÃ¤gerin vorgelegten Patientenakten verwertbar. Auch das gerichtliche SachverstÃ¤ndigengutachten kann folgerichtig nicht verwertet werden, da diesem die Patientenakte aus der

ambulanten Behandlung des Versicherten am 11.08.2016 zugrunde lag, welche wie dargelegt einem Beweisverwertungsverbot unterliegt.
d) Der VergÃ¼tungsanspruch 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§ 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 , Juris-Rn. 10). Ausweislich des MDK-Erstgutachtens lag der Datensatz nach Â§ 301 SGB V der KlÃ¤gerin am 25.01.2017 vor. Der Anspruch war damit am 25.01.2017 fÃ¤llig.
e) Ohne dass es im vorliegenden Fall darauf noch streitentscheidend ankÃ¤me, sei zudem darauf hingewiesen, dass bei dem Versicherten S. zur Ãberzeugung des Gerichts unter BerÃ¼cksichtigung der einschlÃ¤gigen Leitlinien (S3-Leitlinie â Chirurgie der Adipositasâ (2010) Abschnitt 3.2 Unterpunkt 4 und S3-Leitlinie â PrÃ¤vention und Therapie der Adipositasâ (2014) Empfehlung 5.45) bei Heranziehung des schlÃ¼ssigen und nachvollziehbaren medizinischen SachverstÃ¤ndigengutachtens des L. eine primÃ¤re Indikation zur chirurgischen Therapie vorlag (vgl. dazu a. Bayerisches Landessozialgericht, Urteil vom 04.12.2018 â L 20 KR 191/16 -, Juris).
Der Klage war nach alledem vollumfÃ¤nglich stattzugeben.
Der fÃ¼r den Zeitraum nach Verrechnung ab dem 01.01.2018 geltend gemachte Zinsanspruch ergibt sich aus der maÃgeblichen Pflegesatzvereinbarung der Beteiligten fÃ¼r das Jahr 2016.
3. Die Kostenentscheidung beruht auf Â§ 197a SGG i.V.m. Â§Â§ 161 Abs. 1, 154 Abs. 1 Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO), da weder die KlÃ¤gerin noch die Beklagte zu den in Â§ 183 SGG genannten Personen gehÃ¶ren und die Beklagte unterliegende Partei des Rechtsstreits ist.
4. Die Streitwertfestsetzung ergibt sich aus Â§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG in Verbindung mit den Â§Â§ 52 Abs. 1 und 3 sowie Â§ 63 Abs. 2 Gerichtskostengesetz (GKG).

Â

Â

Erstellt am: 16.02.2024

Zuletzt verändert am: 23.12.2024