

S 3 KR 2980/20

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
SG Detmold (NRW)
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
3
1. Instanz
SG Detmold (NRW)
Aktenzeichen
S 3 KR 2980/20
Datum
08.12.2023
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 11 KR 48/24 KH
Datum
-
3. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin 30.139,19 € nebst 2 Prozentpunkten Zinsen über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 21.09.2018 zu zahlen.

Die Beklagte trägt die Kosten des Verfahrens und die notwendigen außergerichtlichen Kosten der Klägerin.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die vollständige Kostenerstattung einer stationären Krankenhausbehandlung.

Die Klägerin ist Trägerin des I- und E Nordrhein-Westfalen, einem zur Behandlung gesetzlich Krankenversicherter zugelassenem Krankenhaus.

Der bei der Beklagten krankenversicherte Herr K L (geb. am 00.00.1935; nachfolgend: Versicherter L) wurde vom 21.11.2017 bis zum 27.11.2017 im klägerischen Krankenhaus behandelt.

Unter Zugrundelegung der DRG F 98 c (komplexe minimalinvasive Operationen an Herzklappen ohne minimalinvasiven Eingriff an mehreren Herzklappen, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplexe Diagnose, Alter > 15 Jahre, ohne sehr komplexen Eingriff)

berechnete die Klägerin der Beklagten am 01.12.2017 33.479,46 €.

Die Beklagte bezahlte die Rechnung vollständig und leitete am 07.12.2017 eine Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) ein. Die Fragestellungen der Beklagten an den MDK lauteten wie folgt: „Ist die DRG korrekt? Ist die Hauptdiagnose korrekt? Ist/sind die Nebendiagnosen korrekt? Ist/sind die Prozeduren korrekt? Bestand die Indikation zur Durchführung einer minimalinvasiven Technik?“

Der MDK bat die Klägerin um Übersendung sämtlicher Behandlungsunterlagen, die geeignet seien, die Fragestellungen der Krankenkasse bezogen auf den Prüfgegenstand vollumfänglich zu beantworten.

Im Gutachten vom 29.01.2018 kam Dr. T (MDK) zu dem Ergebnis, die Prozedur

5-35a.41 (minimalinvasive Operation an Herzklappen: Mitralklappenrekonstruktion: transvenös) sei zu streichen. Zwar sei ein solcher

Eingriff tatsächlich durchgeführt worden. Gemäß den Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) seien strukturelle Voraussetzungen und personelle und fachliche Anforderungen vom Krankenhaus zu erfüllen. Hier fehle es an einem Protokoll des interdisziplinären Herzteams. Eine gemeinsame Entscheidung und Indikationsstellung liege nicht vor. Eine umfassende und sachgerechte Patientenaufklärung sei nicht dokumentiert und die persönliche Inaugenscheinnahme des Versicherten durch die beteiligten Fachärzte nicht belegt. Damit seien die Voraussetzungen des Beschlusses des G-BA vom 22.01.2015 nicht erfüllt. Nach Streichung der Prozedur 5-35a.41 sei der Behandlungsfall mit der DRG F49F (Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne äußerst schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte, Alter > 14 Jahre, ohne kardiales Mapping, ohne schwere CC bei BT > 1, ohne kompl. Diagnose, mit best. Eingr.) abzurechnen.

Am 29.05.2018 unterrichtete die Beklagte die Klägerin über das Ergebnis der MDK-Prüfung und bezifferte ihren Erstattungsanspruch auf 30.139,19 €.

Die Klägerin widersprach am 14.06.2018 der Einschätzung des MDK. Aus ihrer Sicht seien alle Voraussetzungen des G-BA-Beschlusses erfüllt. Es sei auch nicht Aufgabe des MDK gewesen, die Einhaltung der G-BA-Richtlinien zu prüfen.

In einem weiteren MDK-Gutachten vom 25.02.2020 verblieb Dr. T bei seiner ursprünglichen Einschätzung. Die Vorgaben des G-BA zur minimalinvasiven Mitralklappenrekonstruktion seien allgemeinverbindlich. Die Erfüllung dieser Voraussetzungen sei von der Klägerin nicht dargelegt worden.

Die Beklagte verrechnete daraufhin am 10.09.2018 einen Betrag in Höhe von 30.139,19 € gegen eine Forderung der Klägerin aus der stationären Behandlung des bei der Beklagten versicherten Herrn F D (Rechnung vom 05.09.2018, Rechnungsnummer 7243405).

Am 30.09.2020 hat die Klägerin Klage erhoben. Sie verbleibt bei ihrer Einschätzung, der MDK sei nicht mit der Prüfung der Vorgaben der G-BA-Richtlinie beauftragt worden, weshalb sich die Beklagte nunmehr nicht hierauf berufen könne. Prüfgegenstand sei eine reine Kodierprüfung gewesen. Im Hinblick auf die Struktur und Prozessmerkmale der G-BA-Richtlinie habe es der MDK versäumt, konkrete Unterlagen der Klägerin anzufordern. Im Übrigen seien auch alle Vorgaben gemäß der G-BA-Richtlinie erfüllt worden.

Die Klägerin beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, 30.139,19 € nebst 2 Prozentpunkte Zinsen
über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 21.09.2018 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie macht u.a. geltend, die Klägerin sei aufgrund der Prüfanzeige des MDK darüber informiert worden, dass neben dem streitigen OPS auch die Indikation für die angewandte minimalinvasive Technik geprüft werden solle.

Die Beklagte reichte ein weiteres MDK-Gutachten von Dr. N-F vom 14.05.2021 zur Akte. Der Sachverständige führte hier aus, dass die Prozedur 5-35a.41 prinzipiell von der Klägerin kodierbar sei. Allerdings seien die vom G-BA gemachten Vorgaben nicht eingehalten worden. Da diese Vorgaben bindend seien, könne die Prozedur im Ergebnis nicht bestätigt werden.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den übrigen Inhalt der Gerichtsakte verwiesen. Die beigezogene Behandlungsdokumentation der Klägerin und die Verwaltungsakte der Beklagten waren Gegenstand der mündlichen Verhandlung.

Entscheidungsgründe:

Gegenstand der Klageforderung ist nicht der Vergütungsanspruch der Klägerin aus der Behandlung des Versicherten L. Denn dieser ist durch die Zahlung der Beklagten in vollem Umfang erfüllt. Gegenstand der Klageforderung ist vielmehr der Anspruch auf Zahlung der unstreitigen Vergütung aus dem Behandlungsfall D.

Ein solcher Vergütungsanspruch in der hier streitigen Höhe besteht, da die Beklagte mit einer Rückforderung aus dem Behandlungsfall des Versicherten L nicht aufrechnen durfte.

Die Klage ist als echte Leistungsklage nach [§ 54 Abs. 5](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) zulässig. Bei einer auf Zahlung der Vergütung wegen Behandlung eines Versicherten gerichteten Klage eines Krankenhauses gegen eine Krankenkasse geht es um einen sogenannten Parteienrechtsstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt. Ein Vorverfahren war mithin nicht durchzuführen. Die Einhaltung einer Klagefrist ist nicht geboten.

Die Klage ist begründet. Die Klägerin hat Anspruch auf vollständige Vergütung der Behandlung des Versicherten D gemäß der Rechnung vom 05.09.2018.

Rechtsgrundlage für den Vergütungsanspruch eines zugelassenen Krankenhauses gegenüber einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung ist nach ständiger Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG), der sich die Kammer anschließt, [§ 109 Abs. 4 Satz 3](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) i.V.m. der Pflegesatzvereinbarung der Beteiligten. Der Behandlungspflicht des zugelassenen Krankenhauses nach [§ 109 Abs. 4 Satz 2 SGB V](#) steht ein Vergütungsanspruch gegenüber, der nach Maßgabe des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG), des Krankenhausergeltgesetzes (KHEntgG) und der Bundespflegesatzverordnung festgelegt wird (vgl. BSG, Urteil vom 25.11.2010 - [B 3 KR 4/10 R](#) -, juris Rn. 9 f.; BSG, Urteil vom 29.04.2010 - [B 3 KR 11/09 R](#) -, juris Rn. 7; BSG, Urteil vom 16.12.2008 - [B 1 KN 1/07 KR R](#) -, juris Rn. 10). Die Zahlungsverpflichtung der Krankenkasse entsteht dabei unabhängig von einer Kostenzusage unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch einen Versicherten. Da der Zahlungsanspruch des zugelassenen Krankenhauses jedoch in aller Regel mit dem Naturalleistungsanspruch des Versicherten auf Krankenhausbehandlung korrespondiert, müssen beim Versicherten bei der Aufnahme in das Krankenhaus grundsätzlich die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für die Inanspruchnahme von Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung sowie Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit vorliegen.

Gemäß [§ 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) haben Versicherte Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Der Leistungsumfang umfasst gemäß [§§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5, 39 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) auch Krankenhausbehandlung, die vollstationär, teilstationär, vor- und nachstationär sowie ambulant erbracht wird. Der Sachleistungsanspruch des Versicherten umfasst vollstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus ([§ 108 SGB V](#)), wenn die Aufnahme nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann ([§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#)).

Die Höhe des Vergütungsanspruchs ergibt sich gemäß [§ 17b Abs. 1 Satz 1 KHG](#) i.V.m. [§§ 7 Abs. 1 Satz 1, 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG](#) aus einem diagnosebezogenen, pauschalierenden Vergütungssystem, bestehend aus einer Fallpauschalenvereinbarung und einem Fallpauschalenkatalog (G-DRG), hier in der im Jahr 2017 geltenden Fassung. Dem liegt ein System zugrunde, bei dem in einem als "Groupierung" bezeichneten Prozess aus den ermittelten Diagnosen, Operationen und Prozeduren mithilfe eines zertifizierten Softwareprogramms unter Einbeziehung von weiteren Variablen (Alter des Patienten, Verweildauer, usw.) eine DRG-Pauschale und die dafür zu zahlende Vergütung ermittelt werden (vgl. hierzu BSG, Urteil vom 08.11.2011 - [B 1 KR 8/11 R](#) -, juris).

Der Klägerin steht der volle Vergütungsanspruch für die Behandlung des Versicherten D zu. Da die Beklagte sich gegenüber der Klage ausschließlich im Wege der Primäraufrechnung mit einer Gegenforderung verteidigt, steht die Klageforderung (Hauptforderung) selbst außer Streit. Weitere Ausführungen hierzu sind deshalb entbehrlich.

Dieser Vergütungsanspruch erlosch auch nicht dadurch, dass die Beklagte wirksam mit einem öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch wegen Überzahlung der Vergütung für die Krankenhausbehandlung des Versicherten L die Aufrechnung erklärt hatte.

[§ 10](#) der Vereinbarung über das Nähere zum Prüfverfahren nach [§ 275 Absatz 1c SGB V](#) (Prüfverfahrensvereinbarung – PrüfVv 2017) sieht vor, dass die Krankenkasse einen nach Beendigung des Vorverfahrens einvernehmlich als bestehend festgestellten oder nach [§ 8](#) fristgerecht mitgeteilten Erstattungsanspruch mit einem unstreitigen Leistungsanspruch des Krankenhauses aufrechnen kann.

Die formellen Voraussetzungen der Verrechnung lagen vor, was zwischen den Beteiligten auch nicht streitig ist.

Rechtsgrundlage für die im Wege der Aufrechnung geltend gemachte Gegenforderung ist ein öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch. Dieses aus den allgemeinen Grundsätzen des öffentlichen Rechts hergeleitete Rechtsinstitut setzt voraus, dass im Rahmen eines öffentlichen Rechtsverhältnisses Leistungen ohne rechtlichen Grund erbracht oder sonstige rechtsgrundlose Vermögensverschiebungen vorgenommen worden sind. Ein öffentlich-rechtliches Rechtsverhältnis liegt hier vor, denn die Abrechnungsbeziehungen zwischen Krankenkasse und Krankenhaus sind öffentlich-rechtlich geprägt. Im Rahmen des öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruchs gelten ähnliche Grundsätze wie im bürgerlichen Recht der ungerechtfertigten Bereicherung - [§§ 812 ff. Bürgerliches Gesetzbuch](#) -, mit der der öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch zumindest insoweit vergleichbar ist, als beide Ansprüche als Ausdruck eines althergebrachten Rechtsgrundsatzes dem Ausgleich einer rechtsgrundlosen Vermögensverschiebung dienen. Diesbezüglich ist allgemein anerkannt, dass Leistungen zum Zwecke der Erfüllung einer Verbindlichkeit, die in Wirklichkeit nicht besteht, zurückgefordert werden können (vgl. BSG, Urteil vom 22.07.2004 - [B 3 KR 21/03 R](#) - juris Rn. 15 ff.).

Der Beklagten steht ein solcher öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch nicht zu, da die Klägerin berechtigt war, den Behandlungsfall L mit der DRG F98C abzurechnen. Insbesondere durfte sie die Prozedur 5-35a.41 kodieren.

Zu den Voraussetzungen eines Vergütungsanspruchs gehört auch die Verpflichtung des Krankenhauses, die Leistung nur nach Maßgabe

bestimmter Qualitätssicherungsanforderungen erbringen zu dürfen. Die Kammer schließt sich der ständigen Rechtsprechung des BSG an, wonach das Qualitätsgebot im Rahmen der Erforderlichkeit auch Anforderungen an die strukturellen und prozeduralen Voraussetzungen der Leistungserbringung stellt. Eine dem Qualitätsgebot widersprechende Krankenhausbehandlung ist daher nach dem bis zum 31. Dezember 2015 geltenden Recht insgesamt unwirtschaftlich und damit nicht zu vergüten (vgl. BSG, Urteil vom 07.03.2023 – [B 1 KR 3/22 R](#) – juris Rn. 17).

Nach [§ 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V](#) legt der G-BA für die vertragsärztliche Versorgung und für zugelassene Krankenhäuser grundsätzlich einheitlich für alle Patienten durch Richtlinien nach [§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 SGB V](#) insbesondere Kriterien für die indikationsbezogene Notwendigkeit und Qualität der durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Leistungen, insbesondere aufwändiger medizintechnischer Leistungen fest; dabei sind auch Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu bestimmen. Hierdurch soll auch sichergestellt werden, dass Leistungserbringer nicht aus ökonomischen Gründen Leistungen mit unzureichender technischer oder personeller Ausstattung zu Lasten der Qualität erbringen (vgl. BSG, Urteil vom 16.08.2021 – [B 1 KR 18/20 R](#) – juris Rn. 13). Im vorliegenden Zusammenhang hat der G-BA die Qualitätssicherungsanforderungen in der Richtlinie zu minimalinvasiven Herzklappeninterventionen (MHI-RL) festgelegt.

Ob bei der Klägerin auch im Zeitraum der Behandlung des Versicherten L vom 21.11.2017 bis zum 27.11.2017 allgemein alle auf Grundlage von [§ 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V](#) in den §§ 4 bis 6 MHI-RL normierten Anforderungen vorlagen, kann im Ergebnis offenbleiben. Auch wenn dies tatsächlich nicht der Fall war, rechtfertigt es keine Streichung der Prozedur 5-35a.41.

Zwar kann ein Verstoß gegen wirksame Qualitätssicherungsrichtlinien des G-BA auch zu einem Wegfall des Vergütungsanspruchs führen (vgl. BSG, Urteil vom 16.08.2021 – [B 1 KR 18/20 R](#) – juris). Einem einschränkungslosen Automatismus zwischen Nichterfüllung von Anforderungen aus Qualitätssicherungsrichtlinien und Vergütungsausschluss steht jedoch [§ 137 Abs. 1 SGB V](#) entgegen (vgl. Gerlach, NZS 2019, 724 ff.). Denn hiernach „kann“ vom G-BA im Rahmen eines gestuften Sanktionssystems nach [§ 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 2 SGB V](#) auch ein Wegfall des Vergütungsanspruchs vorgesehen werden. Entsprechendes ist anknüpfend an [§ 137 Abs. 1 Satz 5 SGB V](#) in grundsätzlicher Weise in § 5 Abs. 2 Nr. 1 der Qualitätsförderungs- und Durchsetzungs-Richtlinie des G-BA (QFD-RL) geregelt. Nach den §§ 5 Abs. 1 Nr. 2, 2 Abs. 5 Satz 1 QFD-RL ist die Festlegung der Voraussetzungen eines Wegfalls des Vergütungswegfalls jedoch den einzelnen themenspezifischen Richtlinien vorbehalten, was seine Grundlage in [§ 137 Abs. 1 Satz 6 SGB V](#) hat (vgl. auch § 3 Abs. 1 QFD-RL). Folgerichtig wird in der QFD-RL nicht bestimmt, was unter einer Mindestanforderung im Einzelnen zu verstehen ist. Diese Festlegungen und weitere Konkretisierungen sind vielmehr den jeweiligen Einzelrichtlinien vorbehalten. Es obliegt mithin der Regelungskompetenz des G-BA, ob er jede in einer Richtlinie nach [§ 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V](#) enthaltene Vorgabe als Mindestanforderung mit der Folge eines Vergütungswegfalls bei Nichterfüllung einstuft oder nicht bzw. weitere Differenzierungen vornimmt. Darüber hinaus gibt [§ 137 Abs. 1 Satz 4 SGB V](#) ausdrücklich ein verhältnismäßig auszugestaltendes und anzuwendendes gestuftes Sanktionssystem vor (siehe auch § 3 Abs. 2 QFD-RL). Aus diesem Regelungssystem folgt, dass ein vollständiger Wegfall des Vergütungsanspruchs als schärfstes Sanktionsmittel nur dann Folge einer Nichterfüllung von Mindestanforderungen ist, wenn dies die jeweils einschlägige Einzelrichtlinie des G-BA unter speziell geregelten – und im betreffenden Einzelfall erfüllten – Voraussetzungen themenspezifisch vorsieht. Etwas anderes gilt nur, wenn das Gesetz einen Vergütungswegfall – wie z.B. in [§ 136b Abs. 5 Satz 2 SGB V](#) hinsichtlich eines Verstoßes gegen Mindestmengenregelungen – selbst vorgibt (vgl. Landessozialgericht Sachsen-Anhalt, Urteil vom 12.10.2023 – [L 6 KR 75/21](#) –, juris Rn. 28, 29).

In der MHI-RL ist kein Wegfall oder Minderung des Vergütungsanspruchs vorgesehen. Wenngleich die Nichteinhaltung von Mindestvorgaben nach [§ 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V](#) zwar als Regelfall ein Entfallen des Vergütungsanspruchs nach sich zieht, gilt dies nach [§ 137 Abs. 1 Sätze 3-6 SGB V](#) i.V.m. den §§ 5 Abs. 1 Nr. 2, 2 Abs. 5 Satz 1 QFD-RL allerdings nur dann, wenn der G-BA diese Rechtsfolge in der einschlägigen themenspezifischen Richtlinie vorsieht. Eine Einschränkung des Vergütungsanspruchs der Klägerin scheidet mangels Rechtsgrundlage aus. Dem lässt sich unter Hinweis auf § 2 Abs. 5 Satz 2 QFD-RL auch nicht damit begegnen, aus dem Fehlen einer entsprechenden Regelung in der jeweiligen Einzelrichtlinie anknüpfend an die bis zum 31.12.2015 geltende Rechtslage doch wieder einen Vergütungsausschluss zu schlussfolgern (vgl. Bockholdt in: Hauck/Noftz SGB V, 11. Ergänzungslieferung 2023, [§ 109 SGB V](#) Rn. 171). Denn hierdurch würde das Regelungssystem des [§ 137 Abs. 1 SGB V](#) ignoriert. Der Gesetzgeber hat die zu [§ 137 Abs. 1 SGB V](#) a.F. ergangene Rechtsprechung des BSG gerade zum Anlass einer Neufassung der Vorschrift genommen und einen Wegfall des Vergütungsanspruchs unter Bindung an den Verhältnismäßigkeitsgrundsatz – als ultima ratio – ausdrücklich dem Regelungsvorbehalt des G-BA unterstellt (siehe [BT-Drs. 18/5372, S. 92](#) f. und [BT-Drs. 18/6586, S. 110](#)). Ein Vergütungsverlust ohne dessen Anordnung durch den G-BA ist hiermit unvereinbar. Dies gilt umso mehr, als sachliche Gründe dafür sprechen können, eben nicht jede in einer Richtlinie nach [§ 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V](#) enthaltene Vorgabe inhaltlich als Mindestanforderung mit der automatischen Folge eines Vergütungswegfalls bei Nichterfüllung zu definieren (vgl. Landessozialgericht Sachsen-Anhalt, Urteil vom 12.10.2023 – [L 6 KR 75/21](#) –, juris Rn. 30, 31).

Diese Grundsätze gelten nach Auffassung der Kammer auch für die Streichung einzelner Prozeduren, wie hier des OPS 5-35a.41.

Der Anspruch auf Verzugszinsen ergibt sich aus § 15 des Landesvertrages nach [§ 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V](#). Die Beklagte befand sich seit dem 21.09.2018 in Verzug.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197 a SGG](#) in Verbindung mit [§ 154 Abs. 1](#) Verwaltungsgerichtsordnung.

Rechtskraft
Aus
Saved
2024-03-25