

## **S 17 KR 219/24 KH**

Land  
Nordrhein-Westfalen  
Sozialgericht  
SG Duisburg (NRW)  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung  
17  
1. Instanz  
SG Duisburg (NRW)  
Aktenzeichen  
S 17 KR 219/24 KH  
Datum  
30.10.2024  
2. Instanz  
-  
Aktenzeichen  
-  
Datum  
-  
3. Instanz  
-  
Aktenzeichen  
-  
Datum  
-  
Kategorie  
Urteil

**Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin 3.335,43 € zuzüglich Zinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 02.11.2023 zu zahlen.**

**Die Kosten des Rechtsstreits trägt die Beklagte.**

**Der Streitwert beträgt 3.335,43 €.**

### **Tatbestand:**

Die Beteiligten streiten im Rahmen der Vergütung stationärer Krankenhausbehandlung über die Einhaltung der Vorgaben der Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei Verfahren der Liposuktion bei Lipödem im Stadium III (QS-RL Liposuktion).

Die Klägerin betreibt ein nach [§ 108](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) zugelassenes Krankenhaus. Der Medizinische Dienst (MD) führte am 19.10.2022 bei der Klägerin eine Kontrolle über die Einhaltung der Qualitätsanforderungen der QS-RL Liposuktion durch. In seinem Kontrollbericht vom 24.10.2022 kam er zu dem Ergebnis, dass im überprüften Kontrollzeitraum (19.07.2022 bis 19.10.2022) die Anforderungen der Richtlinie in diversen Punkten nicht erfüllt seien, u.a. hinsichtlich Diagnostik und Indikationsstellung, Qualifikation des ärztlichen Personals und Operationsplanung.

Die bei der Beklagten versicherte Frau N. war im Zeitraum 19.10.2023 bis 20.10.2023 stationär im Hause der Klägerin zur Durchführung einer Liposuktion bei Lipödem aufgenommen. Für die Behandlung stellte die Klägerin der Beklagten unter Zugrundelegung der DRG Z01B einen Betrag i.H.v. 3.335,43 € in Rechnung.

Am 26.10.2023 führte der MD eine weitere Kontrolle im Hause der Klägerin durch. Im Prüfbericht vom 05.12.2023 kam er zu dem Ergebnis, dass im geprüften Zeitraum (26.07.2023 bis 26.10.2023) das Kriterium gemäß § 4 Abs. 2 QS-RL Liposuktion durch die Klägerin nicht erfüllt werde. Die in der Richtlinie beschriebenen „großlappig überhängenden Gewebeanteile von Haut und Subkutis“ hätten in acht von zwanzig Fällen nicht nachvollzogen werden können. Alle übrigen geprüften Merkmale sah der MD als erfüllt an.

Die Klägerin trat dem Kontrollbericht mit ärztlicher Stellungnahme der Dres. B. und Qu. entgegen. Das Kriterium der großlappig überhängenden Gewebeanteilen beim Lipödem im Stadium III lasse sich anhand eines Fotos und bei jüngeren Patientinnen mit strafferen Weichteilen schwer beurteilen. Es gebe fließende Übergänge, die klinisch von Fachärzten beurteilt werden sollten und in den genannten Fällen auch beurteilt worden seien. Auch wiesen voroperierte Patientinnen fotografisch und klinisch einen „milderen“ Befund vor, es sei dann die Diagnose des behandelnden Facharztes entscheidend.

Die Beklagte verweigerte die Zahlung im Behandlungsfall der Versicherten N. im Hinblick auf den negativen Prüfbericht des MD. Die Strukturvoraussetzungen für die erbrachte Leistung würden von der Klägerin nicht erfüllt.

Die Klägerin hat am 07.02.2024 Klage erhoben. Die Rechtsauffassung der Beklagten sei, dass der Vergütungsanspruch entfalle, solange kein positives Kontrollergebnis vom MD vorliege. Dies sei falsch. Die Beklagte habe es unterlassen, eine MD-Prüfung im Einzelfall einzuleiten. Im Hinblick auf mögliche medizinische Einwendungen, insbesondere im Hinblick auf die Einhaltung des Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsgebots sei somit eine Präklusionswirkung eingetreten und eine medizinisch-inhaltliche Aufklärung im Einzelfall und die Hinzuziehung der Patientenakte komme nicht in Betracht. Die Folgen der Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen regelt [§ 137 Abs. 1 SGB V](#) i.V.m. der Qualitätsförderungs- und Durchsetzungs-Richtlinie (QFD-RL). Zwar sehe [§ 9 Abs. 2](#) der QS-RL Liposuktion vor, dass die Nichterfüllung von Mindestanforderungen zu einem Wegfall des Vergütungsanspruchs führe. Es stehe jedoch im konkreten Einzelfall nicht fest, dass die Mindestanforderungen gemäß [§ 4 Abs. 2](#) QS-RL Liposuktion nicht erfüllt seien. Außerdem sei das Merkmal des [§ 4 Abs. 2a](#) QS-RL Liposuktion bereits als rechtswidrig anzusehen. Die dort gegebene Definition werde den Vorgaben des [§ 136 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 SGB V](#) hinsichtlich der Kriterien für indikationsbezogene Notwendigkeit und Qualität der Leistungen nicht gerecht. Es fehle an einer entsprechenden Messbarkeit, wie sich aus den Kontrollbericht des MD selbst ergebe. Darüber hinaus gäben weder der ICD-10-GM, noch die QS-RL Liposuktion oder die einschlägigen medizinischen Leitlinien vor, wann (objektiv) von einem großlappig überhängenden Gewebeanteil von Haut und Subkutis zu sprechen sei.

Die Klägerin beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin 3.335,43 € zuzüglich Zinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 02.11.2023 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie ist der Auffassung, dass die Qualitätsanforderungen der QS-RL Liposuktion im Hause der Klägerin im Streitzeitraum nicht erfüllt gewesen seien. Dies sei in den Kontrollberichten des MD Nordrhein vom 19.10.2022 und vom 05.12.2023 festgestellt. Die Versicherte N. sei in dem maßgeblichen Kontrollzeitraum des zweiten Kontrollberichts operiert worden. Aufgrund der beschriebenen Mängel müsse die Leistung abgelehnt werden. [§ 9 Abs. 3](#) der QS-RL Liposuktion sehe einen Wegfall des Vergütungsanspruchs vor, eine Zahlungspflicht ihrerseits sei daher nicht eingetreten.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichtsakte sowie den des beigezogenen Verwaltungsvorgangs der Beklagten Bezug genommen. Der wesentliche Inhalt der vorgenannten Akten ist Gegenstand der Entscheidungsfindung geworden.

### **Entscheidungsgründe:**

I. Die Klage ist zulässig. Die Klägerin macht den Anspruch auf Zahlung der Vergütung für stationäre Krankenbehandlung nach [§ 39 Abs. 1 SGB V](#) zu Recht mit der echten Leistungsklage nach [§ 54 Abs. 5](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) geltend. Die Klage einer Krankenhausträgerin auf Zahlung der Behandlungskosten von Versicherten gegen eine gesetzliche Krankenversicherung ist ein Beteiligtenstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt, kein Vorverfahren durchzuführen ist und keine Klagefrist zu beachten ist (u.a. BSG, Urteil vom 16.12.2008 - [B 1 KN 3/08 KR R](#); Urteil vom 28.09.2006 - [B 3 KR 23/05](#)).

II. Die Klage ist begründet.

Rechtsgrundlage für den Vergütungsanspruch aus dem Behandlungsfall ist [§ 109 Abs. 4 SGB V](#) in Verbindung mit § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG) in Verbindung mit § 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) in Verbindung mit dem Vertrag nach [§ 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V](#) (Sicherstellungsvertrag) und dem Fallpauschalen-Katalog der DRG-Version 2023. Danach entsteht der Zahlungsanspruch eines nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhauses, wie es die Einrichtung der Klägerin ist, unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten, wenn die Versorgung im Sinne von [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) erforderlich war.

Der Anspruch auf Vergütung der Behandlung der Versicherten N. ist unmittelbar durch Inanspruchnahme der Leistung entstanden und durch Übermittlung von Datensatz ([§ 301 SGB V](#)) und Rechnung vom 26.10.2023 fällig geworden.

Die Beklagte kann dem Vergütungsanspruch weder entgegenhalten, dass die Klägerin im Behandlungszeitraum generell nicht zur Erbringung der Leistung und Abrechnung zulasten der GKV berechtigt war (dazu 1.), noch, dass die Behandlung der Versicherten N. nicht medizinisch indiziert gewesen ist (dazu 2.).

1. Rechtsgrundlage für die Anordnung von Rechtsfolgen bei Nichteinhaltung der Vorgaben einer Qualitätssicherungs-Richtlinie ist [§ 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 2 SGB V](#) i.V.m. § 5 Abs. 2 Nr. 1 QFD-RL. Gemäß § 137 Abs. 1 hat der GBA zur Förderung der Qualität ein gestuftes System von Folgen der Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen nach den §§ 136 bis 136 c festzulegen und ist dabei ermächtigt, u.a. den Wegfall des Vergütungsanspruchs bei Nichterfüllung von Mindestanforderungen nach § 136 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 zu regeln. Die QFD-RL bestimmt in § 5, dass die Durchsetzungsmaßnahmen in den einzelnen themenspezifischen Richtlinien – hier die QS-RL Liposuktion – festgelegt werden können; bei Nichterfüllung von Mindestanforderungen nach § 136 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 ist der Wegfall des Vergütungsanspruchs festzulegen.

Die QS-RL Liposuktion regelt in § 9 die Folgen der Nichterfüllung von Mindestanforderungen. In Abs. 1 wird u.a. die Regelung gemäß § 4 Abs. 2 und 3 (Diagnose- und Indikationsstellung) als Mindestanforderung definiert. Gemäß Abs. 2 führt die Nichterfüllung von Mindestanforderungen zum Wegfall des Vergütungsanspruchs, gemäß Abs. 3 darf im Falle der Nichterfüllung von Mindestanforderungen keine Versorgung von Patientinnen mit der Liposuktion zulasten der Krankenkassen zur Anwendung kommen.

Der Wortlaut von § 9 Abs. 2 und 3 QS-RL Liposuktion ließe eine Auslegung dahingehend zu, dass der Vergütungsanspruch für den einzelnen Behandlungsfall vollständig entfällt, wenn in diesem konkreten Behandlungsfall die Mindestmerkmale nicht eingehalten sind. Eine solche Regelung wäre auch nicht überflüssig oder nur rein deklaratorischer Natur, da nach der gesetzlichen Ermächtigungsgrundlage [§ 137 Abs. 1 SGB V](#) zur Durchsetzung von Qualitätsanforderungen auch andere Maßnahmen wie z.B. Vergütungsabschläge in Betracht kommen.

Die Beklagte nimmt indes ein generelles Leistungserbringungsverbot für die Methode an für den im Kontrollbericht überprüften Zeitraum und darüber hinaus bis zum Vorliegen eines in allen Punkten positiven Kontrollberichts und dies bereits bei Nichterfüllung eines einzigen Mindestmerkmals in nur einer einzigen der 20 geprüften Stichproben. Dieses Verständnis von § 9 QS-RL Liposuktion wird gestützt von den tragenden Gründen zum Beschluss des GBA über die QS-RL Liposuktion, wonach eine Leistungserbringung zulasten der Krankenkasse „erst wieder erfolgen“ dürfe, wenn die Mindestanforderungen eingehalten werden.

Diese Auslegung von § 9 QS-RL Liposuktion ist jedoch zur Überzeugung der Kammer von der Ermächtigungsgrundlage des [§ 137 Abs. 1 und Abs. 2 SGB V](#) nicht gedeckt. Denn [§ 137 SGB V](#) ermächtigt den GBA dazu, ein gestuftes System von Folgen der Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen zu regeln (Abs. 1 S. 1). Neben Maßnahmen zur Beratung und Unterstützung bei der Qualitätsverbesserung darf er je nach Art und Schwere von Verstößen gegen wesentliche Qualitätsanforderungen angemessene Durchsetzungsmaßnahmen vorsehen (Abs. 1 S. 2). Gemäß Abs. 1 S. 4 sind die Maßnahmen verhältnismäßig zu gestalten und anzuwenden. Die Tragweite der von der Beklagten angenommenen „Sperrwirkung“ eines negativen Kontrollberichts für alle weiteren Behandlungsfälle ist unverhältnismäßig. Dies zeigt auch gerade der vorliegende Fall, bei dem im Kontrollbericht alle sonstigen Qualitätsanforderungen als erfüllt angesehen wurden, und lediglich das indikationsbezogene, patientenindividuelle Mindestmerkmal gemäß § 4 Abs. 2a) QS-RL Liposuktion in weniger als der Hälfte der geprüften Stichproben als nicht erfüllt angesehen wurde. Die Unverhältnismäßigkeit eines solchen faktischen Leistungserbringungsverbots für die Methode bei nur einem einzelnen festgestellten Verstoß ergibt sich nach Auffassung der Kammer auch daraus, dass trotz dieser weitreichenden Rechtsfolge keinerlei Rechtsschutzmöglichkeit gegen einen negativen Kontrollbericht vorgesehen ist, da anders als bei den insoweit vergleichbaren Strukturprüfungen das Ergebnis der Prüfung nicht mit einem (rechtsmittelfähigen) Bescheid abgeschlossen wird (vgl. [§ 275 d Abs. 2 SGB V](#)).

2. Bezogen auf den streitigen Behandlungsfall der Frau N. ist die Beklagte zwar nicht deshalb formal mit Einwendungen ausgeschlossen, weil sie keine Einzelfallprüfung nach [§ 275c SGB V](#) i.V.m. der Prüfverfahrensvereinbarung (PrüfvV) durchgeführt hat. Bei Verzicht auf die Durchführung eines Prüfverfahrens ist die Ermittlungs- und Prüfpflicht des Gerichts jedoch auf die Einwände der Krankenkasse und die freiwillig vom Krankenhaus zur Verfügung gestellten patientenindividuellen Unterlagen beschränkt und der Verzicht auf eine patientenindividuelle Sachverhaltsermittlung durch den MD wirkt sich bei der Beweiswürdigung zulasten der Krankenkasse aus. Entsprechend ist dem Gericht die Erhebung und Verwertung von Daten, die nur im Rahmen des Prüfverfahrens durch den MD beim Krankenhaus hätten erhoben werden können, verwehrt (BSG, Urteil vom 22.06.2022 – [B 1 KR 19/21 R](#)). Nach diesen Maßstäben geht die Kammer im Fall der Versicherten N. davon aus, dass die Behandlung indiziert war und dem Qualitätsgebot ([§ 2 Abs. 1 S. 3 SGB V](#)) entsprach. Eine nähere Prüfung wäre nur durch Auswertung der Patientenakte der Frau N. möglich, was dem Gericht jedoch verwehrt ist. Weitere Erkenntnisquellen sind nicht vorhanden, zumal die Versicherte N. bereits nicht Teil der geprüften Stichprobe war und sich aus dem Vortrag

der Beklagten nicht einmal die Behauptung ergibt, dass die Indikationsstellung in diesem Fall fehlerhaft gewesen sei.

III. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) in Verbindung mit [§ 154 Abs. 1](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO) und trägt dem Ausgang des Rechtsstreits Rechnung.

IV. Die Streitwertfestsetzung beruht auf [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) in Verbindung mit [§ 52 Abs. 1](#) und 3 Gerichtskostengesetz (GKG).

**Rechtsmittelbelehrung:**

Dieses Urteil kann mit der Berufung angefochten werden.

Die Berufung ist innerhalb eines Monats nach Zustellung des Urteils beim

**Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen, Zweigertstraße 54, 45130 Essen**

schriftlich oder mündlich zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle einzulegen.

Die Berufungsfrist ist auch gewahrt, wenn die Berufung innerhalb der Frist bei dem

**Sozialgericht Duisburg, Mülheimer Straße 54, 47057 Duisburg, ab dem 01.12.2024 Aakerfährrstraße 40, 47058 Duisburg**

schriftlich oder mündlich zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle eingelegt wird.

Die Berufungsschrift muss bis zum Ablauf der Frist bei einem der vorgenannten Gerichte eingegangen sein. Sie soll das angefochtene Urteil bezeichnen, einen bestimmten Antrag enthalten und die zur Begründung dienenden Tatsachen und Beweismittel angeben.

Die elektronische Form wird durch Übermittlung eines elektronischen Dokuments gewahrt, das für die Bearbeitung durch das Gericht geeignet ist und

- von der verantwortenden Person qualifiziert elektronisch signiert ist

- von der verantwortenden Person signiert und auf einem sicheren Übermittlungsweg gem. [§ 65a Abs. 4](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) eingereicht wird.

Weitere Voraussetzungen, insbesondere zu den zugelassenen Dateiformaten und zur qualifizierten elektronischen Signatur, ergeben sich aus der Verordnung über die technischen Rahmenbedingungen des elektronischen Rechtsverkehrs und über das besondere elektronische Behördenpostfach (Elektronischer-Rechtsverkehr-Verordnung - ERVV) in der jeweils gültigen Fassung. Über das Justizportal des Bundes und der Länder ([www.justiz.de](http://www.justiz.de)) können nähere Informationen abgerufen werden.

Zusätzlich wird darauf hingewiesen, dass einem Beteiligten auf seinen Antrag für das Verfahren vor dem Landessozialgericht unter bestimmten Voraussetzungen Prozesskostenhilfe bewilligt werden kann.

Gegen das Urteil steht den Beteiligten die Revision zum Bundessozialgericht unter Übergehung der Berufungsinstanz zu, wenn der Gegner schriftlich zustimmt und wenn sie von dem Sozialgericht auf Antrag durch Beschluss zugelassen wird. Der Antrag auf Zulassung der Revision ist innerhalb eines Monats nach Zustellung des Urteils bei dem Sozialgericht Duisburg schriftlich zu stellen. Die Zustimmung des Gegners ist dem Antrag beizufügen.

Lehnt das Sozialgericht den Antrag auf Zulassung der Revision durch Beschluss ab, so beginnt mit der Zustellung dieser Entscheidung der Lauf der Berufungsfrist von neuem, sofern der Antrag auf Zulassung der Revision in der gesetzlichen Form und Frist gestellt und die Zustimmungserklärung des Gegners beigefügt war.

Die Einlegung der Revision und die Zustimmung des Gegners gelten als Verzicht auf die Berufung, wenn das Sozialgericht die Revision zugelassen hat.

Schriftlich einzureichende Anträge und Erklärungen, die durch einen Rechtsanwalt, durch eine Behörde oder durch eine juristische Person des öffentlichen Rechts einschließlich der von ihr zur Erfüllung ihrer öffentlichen Aufgaben gebildeten Zusammenschlüsse eingereicht werden, sind als elektronisches Dokument zu übermitteln. Ist dies aus technischen Gründen vorübergehend nicht möglich, bleibt die Übermittlung nach den allgemeinen Vorschriften zulässig. Die vorübergehende Unmöglichkeit ist bei der Ersatzeinreichung oder unverzüglich danach glaubhaft zu machen; auf Anforderung ist ein elektronisches Dokument nachzureichen. Gleiches gilt für die nach dem Sozialgerichtsgesetz vertretungsberechtigten Personen, für die ein sicherer Übermittlungsweg nach [§ 65a Abs. 4 Nr. 2 SGG](#) zur Verfügung steht ([§ 65d SGG](#)).

Rechtskraft  
Aus  
Saved  
2024-12-27