

L 1 KR 66/16

Land
Hamburg
Sozialgericht
LSG Hamburg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
1
1. Instanz
SG Hamburg (HAM)
Aktenzeichen
S 33 KR 544/12
Datum
27.05.2016
2. Instanz
LSG Hamburg
Aktenzeichen
L 1 KR 66/16
Datum
14.06.2018
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie

Urteil

1. Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Hamburg vom 27. Mai 2016 wird mit der Maßgabe zurückgewiesen, dass 5% Zinsen auf 2.835,73 EUR erst ab 6. September 2010 zu zahlen sind. 2. Die Widerklage wird abgewiesen. 3. Die Beklagte trägt die Kosten des Berufungsverfahrens sowie die Kosten der Widerklage. 4. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten noch über die Vergütung einer stationären Krankenhausbehandlung i.H.v. 2.875,73 EUR.

In dem von der Klägerin betriebenen Krankenhaus wurde der 1937 geborene Versicherte in der Zeit vom 30. November 2009 bis 21. Dezember 2009 stationär behandelt. Der Versicherte war 2008 an einem Harnblasenkarzinom erkrankt und im Rahmen einer Nachsorgeuntersuchung stellte sich heraus, dass sich ein Lungentumor gebildet hatte. Neben einer flexiblen Bronchoskopie erfolgten mehrere operative Eingriffe im Lungenbereich. Am 29. Dezember 2009 übermittelte die Klägerin der Beklagten per Datenträgeraustausch eine Rechnung in Gesamthöhe von 14.422,41 EUR. Es wurden zahlreiche Prozeduren und Nebendiagnosen berechnet, die zu der von der Klägerin abgerechneten DRG E01A (Revisionseingriffe, beidseitige Lobektomie, erweiterte Lungenresektion und andere komplexe Eingriffe am Thorax mit Revisionseingriff, oder Endarteriektomie der A. pulmonalis, mit äußerst schweren CC) führten. Der geforderte Betrag wurde von der Beklagten zunächst gezahlt. Die Prüfung durch den medizinischen Dienst der Krankenkassen-Nord (MDK) zur Frage, ob die Nebendiagnose J 95.1 und OPS-Code 5-340.3 korrekt gewesen sei (Prüfauftrag an den MDK vom 6. Januar 2010) ergab eine Bestätigung der Hauptdiagnose. Der MDK kam jedoch hinsichtlich verschiedener Nebendiagnosen und Prozeduren zu einem anderen Ergebnis und einer anderen DRG, nämlich der E05B (andere große Eingriffe am Thorax ohne äußerst schwere CC, bei bösartiger Neubildung). Am 6. September 2010 rechnete die Beklagte mit einer unstreitigen Forderung in Höhe der Klageforderung als Differenzbetrag zwischen der vom MDK für richtig gehaltenen Abrechnung und derjenigen der Klägerin auf. Mit der am 22. Mai 2012 erhobenen Klage forderte die Klägerin zunächst den von der Beklagten aufgerechneten Differenzbetrag i.H.v. 6528,54 EUR. Die Beklagte schaltete daraufhin erneut den MDK ein und unterbreitete auf Grundlage des von diesem erstellten, dem Gericht im Volltext nicht vorliegenden Gutachtens vom 11. Januar 2013 den Vergleichsvorschlag, die zusätzliche Kodierung der Nebendiagnose J42 anzuerkennen und die Differenz der sich daraus ergebenden DRG E05A (Andere große Eingriffe am Thorax oder bestimmte Eingriffe zur Entfernung von intrakraniellen Gewebe, mit bestimmten Eingriffen bei Brustkorbdeformität oder mit äußerst schweren CC) zur bereits gezahlten DRG E05B an die Klägerin zu zahlen. Hiermit erklärte sich die Klägerin grundsätzlich einverstanden. Da aber die Beklagte weder bereit war, sich an den Kosten des Verfahrens zu beteiligen, noch Zinsen auf den Differenzbetrag zu zahlen, kam eine Einigung nicht zustande. Die Beklagte vertrat dabei den Standpunkt, nur im Rahmen des Vergleiches die Nebendiagnose J42 anerkennen zu können. Diese sei von der Klägerin bisher überhaupt nicht kodiert, gemeldet oder gefordert worden und könne nunmehr auch nicht mehr nachgefordert werden. Das Urteil des LSG vom 12. Juli 2011 ([L 1 KR 10/09](#)) müsse vor dem Hintergrund des damals, also zum Zeitpunkt des Schriftsatzes der Beklagten, noch vor dem BSG anhängigen Verfahrens [B 1 KR 47/12 R](#) neu bewertet werden. Das Sozialgericht holte daraufhin ein Gutachten des Chirurgen Dr. W. ein, welcher am 4. Februar 2015 zu dem Ergebnis kam, Hauptdiagnose sei die ICD C 34.1 (bösartige Neubildung Oberlappenbronchus links). Durchgeführte Prozeduren seien eine flexible diagnostische Bronchoskopie (OPS-Schlüssel 1-690.0), eine atypische Lungenresektion thoraskopisch links (OPS-Schlüssel 5-322.G1) sowie eine einfache Lobektomie der linken Lunge mit radikaler Lymphadenektomie offen chirurgisch (OPS-Schlüssel 5-324.B1). Als Nebendiagnosen seien zu kodieren eine bösartige Neubildung der Harnorgane in der Eigenanamnese (Z85.5), eine nicht näher bezeichnete chronische Bronchitis (J42) sowie Staphylokokkus aureus mit Resistenz (U80.0). Es ergebe sich die DRG E05A. Mit Urteil vom 27. Mai 2016, der Beklagten zugestellt am 1. Juli 2016, hat das Sozialgericht die Beklagte verurteilt, an die Klägerin 2.835,73 EUR nebst 5 % Zinsen seit dem 15. Januar 2010 zu zahlen und die Klage im Übrigen abgewiesen. Die DRG E05A folge aus dem nachvollziehbaren Gutachten vom 4. Februar 2015 des Sachverständigen Dr. W. und ergebe sich im Übrigen auch aufgrund der Ausführungen des MDK im Gutachten vom 11. Januar 2013. Im Ergebnis könne dahingestellt bleiben, ob für die einzelnen Nebendiagnosen und Prozeduren-Codes die

Auffassung des MDK oder des Sachverständigen zutreffend sei, denn es ergebe sich jeweils dieselbe DRG. Die Forderung sei entgegen der Auffassung der Beklagten auch fällig gewesen, denn die Klägerin habe einen vollständigen Datensatz gemäß [§ 301 SGB V](#) übermittelt, der den formalen Anforderungen, die das Gesetz, der gültige Landesvertrag und die Rechtsprechung vorgäben, entsprochen habe. Nach der Rechtsprechung des BSG sei Fälligkeit Voraussetzung für eine solche Vergütungsforderung eines Krankenhauses, dass eine ordnungsgemäße Abrechnung gegenüber der Krankenkasse erfolgt sei und insbesondere alle Daten nach [§ 301 SGB V](#) übermittelt worden seien. Es trete nur dann keine Fälligkeit ein, wenn der Datensatz unvollständig sei bzw. die Anforderungen an eine formal ordnungsgemäße Abrechnung nicht erfüllt würden. Der von der Klägerin übermittelte Abrechnungssatz sei vollständig gewesen und habe den formellen Anforderungen des [§ 301 SGB V](#) entsprochen. Dass die Klägerin einen fehlerhaften DRG-Code abgerechnet habe, stehe der Fälligkeit der Rechnung nicht entgegen. Die materiell-rechtliche Richtigkeit der Abrechnung sei sowohl nach der gesetzlichen Konzeption als auch nach den vertraglichen Regelungen gerade nicht Voraussetzung für die Fälligkeit. Die Krankenkasse solle durch eine ordnungsgemäße Abrechnung lediglich in die Lage versetzt werden, zu prüfen, ob das gesetzlich geregelte Prüfverfahren durch den MDK eingeleitet werden solle. Sei die Rechnung unvollständig, so könne eine solche Prüfung nicht erfolgen. Auch die vertraglichen Regelungen bestätigten diesen Befund. So sehe § 12 des Landesvertrages eine kurze Zahlungsfrist von 15 Arbeitstagen nach Übermittlung des Datensatzes gemäß [§ 301 SGB V](#) vor. Eine materiell-rechtliche Prüfung der Abrechnung sei in diesem Verfahrensstadium gerade nicht vorgesehen und könne daher auch nicht Voraussetzung für die Fälligkeit der Forderung sein. Nach der vertraglichen und gesetzlichen Konzeption sei die Forderung eines Krankenhauses in einer relativ kurzen Frist ungeachtet der Frage, ob die Abrechnung inhaltlich zutreffend sei, zu begleichen. Zu einem späteren Zeitpunkt könne von den Krankenkassen eine Prüfung durch den MDK herbeigeführt werden. Soweit sich hier Änderungen ergäben, könnten Rückforderungen geltend gemacht werden oder wie im vorliegenden Fall eine Aufrechnung bzw. Teilaufrechnung mit einer unstreitigen Forderung. Der durch eine vorzeitige Zahlung entstandene Vermögensschaden sei durch die vereinbarten Zinssätze gegebenenfalls auszugleichen. Hiervon unberührt bleibe jedoch die grundsätzliche Fälligkeit der Forderung 15 Arbeitstage nach Übermittlung des (vollständigen) Datensatzes. Die Beklagte hat gegen das Urteil am 27. Juli 2016 Berufung eingelegt, mit welcher sie vorträgt, es könne der Klägerin nicht zum Vorteil gereichen, dass diese erst mehrere Jahre nach der Schlussrechnung im Verlaufe des Rechtsstreits zur teilweisen Begründung ihrer Forderung eine nach dem tatsächlichen Ablauf unzutreffende Kodierung gegen eine zutreffende ausgetauscht habe. Dem stünden der Grundsatz der peinlich genauen Abrechnung und der Grundsatz der formalen Strenge entgegen. Das Auswechseln der Zahlungsbegründung hier erst fast sechs Jahre nach der falschen Datenübermittlung vom 29. Dezember 2009, nämlich mit Schriftsatz vom 16. Februar 2015, könne es schon deshalb nicht geben, weil dadurch ja die bestehenden Abrechnungsregelungen unterlaufen würden und infolge dieser Divergenzen die Finanzierung der GKV aus dem Gesundheitsfonds nach [§ 266 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch \(SGB V\)](#) untergraben werde. Der Grundsatz der peinlich genauen Abrechnung, den das BSGE mit Urteil vom 18. August 1972 ([6 RKA 27/71](#)) aufgestellt habe, schließe derartige nachträgliche Rechnerkorrekturen völlig aus. Dieser Grundsatz besage, dass jede von einem Leistungserbringer eingereichte Abrechnung nicht nur formal, sondern auch sachlich richtig sein müsse. Von Krankenhäusern als an sich leistungsfähigen Leistungserbringern müssten umfassende Kenntnisse des Krankenhaus-, Rehabilitations- und Vergütungsrechtes sowie in der Medizin erwartet werden, sie alleine seien verantwortlich für die korrekte Abrechnung ihrer Leistungen. Das Abrechnungs- und Honorierungssystem der Leistungserbringer im SGB V baue auf Vertrauen auf. Nur eine peinlich genaue Rechnungslegung schaffe im Massengeschäft eine ausreichende Informationsgrundlage. Da also bei Vergütungen die Angaben der Krankenhäuser grundsätzlich als zutreffend zu Grunde gelegt würden, müsse auf deren Richtigkeit vertraut werden können. Dies sei ein Fundament des Systems der Leistungserbringung in der GKV. Der Grundsatz der peinlich genauen Leistungsabrechnung besage also im Vollzug formaler Strenge, dass jede von Krankenhäusern der Klägerin eingereichte Abrechnung nicht nur formell, sondern auch in sachlicher Hinsicht richtig sein müsse. Diese Auffassung sei alternativlos. Denn jede andere Sichtweise führe ansonsten zwangsläufig zur völligen Entropie in der Abrechnung und verstärke bzw. provoziere naturgemäß systemgefährdende bzw. -aushebelnde Bestrebungen. Das vom Vordergericht geduldete Verhalten der Klägerin führe zwangsläufig zum völligen Verfall der Kodierqualität. Im Übrigen sei der Beginn des Zinsanspruches vom Sozialgericht falsch bestimmt, dieser könne frühestens ab dem Zeitpunkt des Nachschiebens der Begründung liegen. Schließlich mache man hilfsweise gegen die Klägerin Schadensersatzansprüche geltend, welche aus einer Verletzung von Nebenpflichten gegenüber der Beklagten resultierten. Durch die fehlerhafte Datenübermittlung sei ihr, der Beklagten, ein hoher Mehraufwand durch zusätzlichen Prüfaufwand und die sich daran anschließende Prozessführung entstanden. Sie, die Beklagte, mache daher als Schaden neben dem aus [§ 303 Abs. 3 Satz 2 SGB V](#) folgenden Betrag in Höhe von 5 % der Rechnungssumme auch die ihr durch diesen Rechtsstreit entstandenen gesamten gerichtlichen und außergerichtlichen Kosten als Schadensersatz geltend. Die Beklagtenvertreterin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Hamburg vom 27. Mai 2016 aufzuheben soweit die Beklagte verurteilt wurde, an die Klägerin 2.875,73 Euro nebst Zinsen zu zahlen und die Klage abzuweisen.

hilfsweise

die Klägerin zu verurteilen, an die Beklagte Schadensersatz in Höhe von 721,12 Euro zu zahlen.

Der Klägervertreter beantragt,

die Berufung zurückzuweisen und die Widerklage abzuweisen.

Sie hält die erstinstanzliche Entscheidung für zutreffend.

Hinsichtlich des weiteren Vorbringens der Beteiligten und des Sachverhalts im Übrigen wird Bezug genommen auf den Inhalt der Gerichtsakten und der Verwaltungsakten der Klägerin und der Beklagten, die dem Gericht vorgelegen haben und Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung der Beklagten ist statthaft ([§§ 143, 144 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#)) und auch im Übrigen zulässig, insbesondere form- und fristgerecht ([§ 151 SGG](#)) erhoben. Sie erweist sich indes als unbegründet. Das Sozialgericht hat die Beklagte zu Recht und mit der zutreffenden Begründung, auf welche zwecks Vermeidung von Wiederholungen Bezug genommen wird, verpflichtet, weitere 2.835,37 EUR nebst 5 % Zinsen an die Klägerin zu zahlen. Wie in den Gründen des angefochtenen Urteils zu Recht ausgeführt, besteht der Zinsanspruch indes erst ab dem 6. September 2010, so dass der Tenor des erstinstanzlichen Urteils entsprechend zu korrigieren war. Bereits mit Urteil

vom 12. Juli 2011 ([L 1 KR 10/09](#)) hat der Senat Folgendes ausgeführt: "Die Beklagte kann dem Anspruch der Klägerin auch nicht entgegenhalten, dass die Frist für die Geltendmachung des Anspruchs nach § 11 Abs. 2 Satz 2 des Vertrages nach [§ 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V](#) nicht eingehalten worden sei. § 11 Abs. 2 Satz 1 des Vertrages bestimmt: "Nachdem die in [§ 301 SGB V](#) vorgeschriebenen Daten der Krankenkasse zugeleitet worden sind, können Beanstandungen rechnerischer oder sachlicher Art auch nach Bezahlung der Rechnung innerhalb von sechs Monaten geltend gemacht werden." In § 11 Abs. 2 Satz 2 des Vertrages heißt es: "Die gleiche Frist gilt auch für Nachforderungen der Krankenhäuser."

Wie das Sozialgericht zu Recht entschieden hat, ist § 11 Abs. 2 Satz 2 des Vertrages auf den vorliegenden Fall nicht anwendbar, weil keine Nachforderung der Klägerin im Streit ist. Unter einer Nachforderung ist eine nachträgliche, zusätzliche Forderung zu verstehen (www.duden.de/rechtschreibung/Nachforderung). Es muss sich also nach dem Wortsinn um eine nachträglich geltend gemachte Forderung handeln, die über die ursprüngliche Forderung betragsmäßig hinausgeht. Dies ist hier nicht der Fall, vielmehr verfolgt die Klägerin ihr ursprüngliches Begehren nach vollständiger Erfüllung einer betragsmäßig unveränderten Zahlungsforderung weiter.

Die von der Beklagten vertretene Auffassung, eine Nachforderung liege auch dann vor, wenn die ursprüngliche Forderung weiterhin geltend gemacht, aber anders begründet werde, lässt sich mit dem Wortsinn der Vertragsregelung nicht vereinbaren. Der Austausch der Begründung für eine Zahlungsforderung ist etwas anderes als die Formulierung einer höheren als der ursprünglichen Zahlungsforderung. Auch die von der Beklagten angenommene Bindung an die gemäß [§ 301 SGB V](#) übermittelten Daten findet im Vertragstext keine Stütze. Die Klägerin weist insoweit zu Recht darauf hin, dass eine derartige Bindung an die anfängliche Begründung der Forderung – wenn sie gewollt gewesen wäre – ausdrücklich hätte formuliert werden können und müssen. Dies ist aber nicht geschehen. Der Vertrag sperrt daher nach seinem Wortlaut nicht eine von den zunächst nach [§ 301 SGB V](#) übermittelten Daten abweichende Begründung einer betragsmäßig unveränderten Zahlungsforderung eines Krankenhauses.

Auch aus Sinn und Zweck der in § 11 Abs. 2 des Vertrages enthaltenen Regelung ergibt sich keine andere Auslegung. Die Bestimmung bewirkt, dass sowohl die Krankenhäuser als auch die Krankenkassen nach einem absehbaren Zeitraum von sechs Monaten darauf vertrauen können, dass keine zusätzlichen Forderungen beziehungsweise Rückforderungen geltend gemacht werden. Demgegenüber kann sie entgegen der Ansicht der Beklagten nicht bewirken und deshalb auch nicht sinnvollerweise bezwecken, dass Abrechnungsfälle innerhalb von sechs Monaten erledigt sein müssen, da die Auseinandersetzung über eine fristgerecht erfolgte Beanstandung oder Nachforderung auch deutlich längere Zeit in Anspruch nehmen kann.

Schließlich ist die Geltendmachung des hier streitbefangenen Anspruchs auch nicht treuwidrig. Soweit die Beklagte sich hierfür auf die Urteile des Bundessozialgerichts vom 8. September 2009 und 17. Dezember 2009 (jeweils a.a.O.) bezogen hat, hat die Klägerin zu Recht darauf hingewiesen, dass diese Entscheidungen Fallgestaltungen betreffen, in denen nachträglich über die ursprüngliche Rechnung hinausgehende Forderungen geltend gemacht wurden. Es ging dort also um echte Nachforderungen, was hier gerade nicht der Fall ist. Soweit das Bundessozialgericht darauf abgestellt hat, dass die Krankenkassen darauf angewiesen seien, aufgrund ihres laufenden Ausgabevolumens im Kalenderjahr die Höhe ihrer Beiträge zu kalkulieren und sich daher grundsätzlich auf die Schlussrechnung eines Krankenhauses verlassen können müssten (BSG, Urteil vom 08.09.2009, a.a.O.), greift diese Erwägung nicht, wenn die geltend gemachte Forderung – wie hier – durchgehend unverändert ist und lediglich die Begründung geändert wird. Soweit das Bundessozialgericht außerdem ausgeführt hat, es sei mit dem Gebot gegenseitiger Rücksichtnahme unvereinbar, wenn nach Prüfung und Zahlung einer vorbehaltlos erteilten Schlussrechnung Nachforderungen erhoben würden und durch deren Prüfung der Krankenkasse ein Verwaltungsaufwand entstehe, der in einem unangemessenen Verhältnis zur Höhe der Nachforderung oder zum ursprünglichen Betrag stehe (BSG, Urteil vom 17.12.2009, a.a.O.), ist auch dies nicht auf den vorliegenden Fall übertragbar, da weder eine vorbehaltlose Zahlung erfolgt ist noch nachträglich ein höherer Betrag gefordert wurde. Der Senat hält an dieser Rechtsprechung fest und sieht sich darin bestätigt durch das Urteil des BSG vom 1. Juli 2014 in dem von der Beklagten angeführten Rechtsstreit [B 1 KR 47/12](#) – Juris. Ebenfalls bestätigt sieht sich der Senat durch die Entscheidung des BSG in den von der Beklagten für sich in Anspruch genommenen Nichtzulassungsbeschwerden. Hier hat das BSG deutliche Worte gefunden, indem es ausgeführt hat: "Selbst wenn man der Formulierung sinngemäß eine allgemein bedeutsame Frage entnehmen wollte, legt die Beklagte nicht hinreichend dar, wieso die im Hintergrund sich andeutende Frage nicht bereits geklärt ist. Die Beklagte weist selbst darauf hin, dass der erkennende Senat entschieden hat: Streitet ein Krankenhaus über die sachlich-rechnerische Richtigkeit der Vergütung und legt es hierbei den vollständigen Behandlungsablauf offen, kann es nicht gehindert sein, im Laufe des Rechtsstreits zur Begründung seiner Forderung eine nach dem tatsächlichen Ablauf unzutreffende Kodierung gegen eine zutreffende Kodierung auszutauschen, soweit nicht gesetzeskonformes Vertragsrecht entgegensteht (vgl. BSG SozR 4-5560 § 17b Nr 6 RdNr 21). Die Beklagte legt nicht schlüssig dar, wieso trotz der klaren Eingrenzung "im Laufe des Rechtsstreits" noch Klärungsbedarf zu der Frage bestehen soll, ob der Austausch der Kodierung (der Nebendiagnosen) "unbegrenzt" während des laufenden Rechtsstreits möglich ist." Etwas anderes folgt auch nicht aus dem von der Beklagten für sich in Anspruch genommenen "Grundsatz der peinlich genauen Abrechnung", den der für das Kassenarztrecht zuständige 6. Senat des BSG 1972, also weit vor den oben genannten Entscheidungen, aufgestellt hat. Hier geht es um die Verpflichtung des Vertragsarztes, nur tatsächlich erbrachte Leistungen anzugeben und abzurechnen. Hierzu ist selbstverständlich auch die Klägerin verpflichtet. Eine Abrechnung tatsächlich nicht erbrachter Leistungen liegt aber im vorliegenden Fall nicht vor. Die Klägerin hat vielmehr alle nach [§ 301 SGB V](#) abrechnungsrelevanten Daten formal zutreffend und ordnungsgemäß übermittelt und die dokumentierten Leistungen auch erbracht. Wie das Sozialgericht zu Recht festgestellt hat, war der von der Klägerin übermittelte Datensatz vollständig und ordnungsgemäß im Sinne der Anforderungen des § 301 SGB. Zu übermitteln sind die für die Abrechnung der Fallpauschalen und Zusatzentgelte erforderlichen Diagnosen, Prozeduren und sonstigen Angaben, die das Krankenhaus mit der Rechnung zu übersenden hat (vgl. § 17c Abs 5 S 1 KHG). Das Gesetz trägt damit (lediglich) der asymmetrischen Informationslage zwischen Krankenhaus und Krankenkasse Rechnung. Denn das Krankenhaus verfügt umfassend über alle erforderlichen Informationen, um die Rechtmäßigkeit seiner Vergütungsforderung gegen die Krankenkasse zu beurteilen, während die Krankenkasse nur eingeschränkt Informationen hierüber erhält. Das Gesetz zielt darauf ab, bestehende Ungleichgewichte aufgrund des Informationsgefälles zwischen Krankenhaus und Krankenkasse durch diese Informationsgebote auszugleichen. Zugleich lehnt das Gesetz die Vermutung für die Richtigkeit der Krankenhausabrechnung ab (BSG, Urteil vom 23. Mai 2017 – [B 1 KR 28/16 R](#) –, Rn. 18, juris). Aus diesem Grund kann die Richtigkeit der Abrechnung nicht Gegenstand der zu Frage sein, ob der Datensatz ordnungsgemäß übermittelt wurde. Bei der Frage nach der (auch sachlich-rechnerischen) Richtigkeit der Abrechnung handelt es sich vielmehr um Bewertungsfragen, innerhalb derer die Anwendung der Abrechnungsvorschriften zweifelhaft oder umstritten sein kann. Lediglich der der eigenen Abrechnung zugrundeliegende Sachverhalt ist der Beklagten daher zutreffend zu übermitteln und unerlässliche Basis dafür, dass die Beklagte eine eigene Bewertung treffen kann. Die Klägerin hat vorliegend allein die Zuordnung der erbrachten und übermittelten Leistungen zum Leistungskatalog anders vorgenommen als die Beklagte und der gerichtliche

Sachverständige. Derartige Unstimmigkeiten sind aber im DRG-System systemimmanent und nicht zu vermeiden, da das DRG-basierte Vergütungssystem vom Gesetzgeber als jährlich weiterzuentwickelndes (§ 17b Abs. 2 S. 1 KHG) und damit "lernendes" System angelegt ist. Bei zutage tretenden Unrichtigkeiten, Unbilligkeiten oder Fehlsteuerungen sind in erster Linie die Vertragsparteien berufen, diese Mängel mit Wirkung für die Zukunft zu beseitigen (grundlegend BSG, Urteil vom 25.11.2010 - [B 3 KR 4/10 R](#) - juris). Ob nicht dennoch im Einzelfall ein Verstoß gegen den Grundsatz der peinlich genauen Abrechnung vorliegen kann, muss der Senat vorliegend nicht entscheiden, da vorliegend entsprechende Anhaltspunkte für ein wie auch immer geartetes grobes Fehlverhalten der Klägerin nicht vorgetragen und auch sonst nicht ersichtlich sind. Die Befürchtungen der Beklagten, dieses könne zu einer Tendenz um sich greifender Unordnung im Abrechnungswesen führen, teilt der Senat nicht. Dass die Klägerin bestimmte Kodierungen vornimmt, der MDK eine andere Einschätzung vertritt und der gerichtliche Sachverständige möglicherweise wieder eine andere, ist zumindest in den Fällen, die in einen Rechtsstreit münden, durchaus nicht ungewöhnlich. Hierin ist noch kein Anzeichen für einen drohenden Verfall der Sitten zu sehen. Der Hinweis auf den Grundsatz der Formstrenge schließlich kann sich allein auf die nach [§ 301 SGB V](#) zu übermittelnden Daten beziehen. Diese Datenübermittlung ist indes, wie ausgeführt, formal vollständig und ordnungsgemäß erfolgt. Der Zinsanspruch ergibt sich aus § 14 Satz 1 des Vertrages nach [§ 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V](#). Erfolgt die Zahlung nicht innerhalb der nach § 12 genannten Frist, kann das Krankenhaus nach Ablauf dieser Zahlungsfrist Zinsen in Höhe von 5 % p.a. ohne Anbindung an den Basiszinssatz verlangen. Gemäß § 12 Satz 1 des Vertrages beträgt die Zahlungsfrist für die Bezahlung der Krankenhausrechnung 15 Arbeitstage. Sie beginnt mit dem Vorliegen aller Daten nach [§ 301 SGB V](#) (§ 12 Satz 2 des Vertrages), die wie dargelegt ordnungsgemäß am 29. Dezember 2009 übermittelt wurden. Damit war der Anspruch in Höhe des ausgeurteilten Betrages fällig. Aus dem von der Beklagten für sich in Anspruch genommenen Urteil des BSG vom 28. März 2017 ([B 1 KR 3/16 R](#) - juris) folgt hinsichtlich der Fälligkeit des Rechnungsbetrages nichts anderes. Das BSG hat dort ausgeführt:

"Selbst wenn danach zunächst ein erster Aufenthalt zutreffend abgerechnet war, sich aber ein zweiter, mit ersterem zusammenfassender Aufenthalt anschließt, entfällt die Fälligkeit der ersten Abrechnung mit Zugang der zweiten, die Aufenthalte zusammenfassenden Abrechnung, die ihrerseits Fälligkeit begründet. Eine die Zusammenführung missachtende Abrechnung des zweiten Aufenthalts begründet mangels sachlich-rechnerischer Richtigkeit keine Fälligkeit. Es fehlt für einen Zinsanspruch der Klägerin an einer sachlich-rechnerisch richtigen Rechnung über die zweite und dritte Behandlungsepisode." Diese Ausführungen beziehen sich ersichtlich ausschließlich auf Fälle der Fallzusammenführung, denn in diesen Fällen ist die Datenübermittlung, wenn sie nach Abschluss aller Aufenthalte in getrennten Rechnungen erfolgt, nicht formal ordnungsgemäß, da jede Rechnung für sich genommen nicht alle erforderlichen Daten nach [§ 301 Abs. 1 Nr. 3](#) und 7 SGB V enthält. Ergeht die Schlussrechnung vor erneuter Aufnahme des Patienten, so ist sie zwar zunächst formal ordnungsgemäß und auch fällig. In einem solchen Fall entfällt dann allerdings nach der Rechtsprechung des BSG die Fälligkeit der ersten Abrechnung mit Übermittlung der zweiten Rechnung. Diese ist dann allerdings nicht vollständig, da sie ja bei einer streitigen Fallzusammenführung nur Aufnahme- und Entlassungsdatum des zweiten Aufenthalts, nicht aber die entsprechenden Daten des ersten enthält. Diese Daten sind aber nach § 2 der Fallpauschalenvereinbarung (in den unterschiedlichen Fassungen und Formulierungen) "zusammenzufassen". Gegebenenfalls schon erteilte Abrechnungen sind zu stornieren. Findet diese Stornierung und Zusammenfassung nicht statt, so sind die Daten schon hinsichtlich Aufnahme und Entlassung dann nicht vollständig übermittelt und damit auch formal nicht ordnungsgemäß abgerechnet. Derartige Fälle der nicht vollständigen und damit schon formal nicht ordnungsgemäßen, weil nicht kompletten Datenübermittlung sind von der vorliegend zu entscheidenden Frage der inhaltlichen Richtigkeit der Abrechnung in Fällen, in denen der Krankenkasse die 301er-Daten mit der Übermittlung des kompletten Datensatzes übermittelt worden sind, zu trennen. Damit trat, wie das Sozialgericht in den Gründen auch zutreffend ausgeführt hat, Verzug mit der Aufrechnung durch die Beklagte ein, jedenfalls soweit der Höhe nach die Forderung der Klägerin sich im Ergebnis doch als berechtigt erwiesen hat. Die hilfsweise erhobene Widerklage erweist sich ebenfalls als unbegründet. Eine Anspruchsgrundlage für einen Schadensersatzanspruch findet sich nicht. Die Beklagte ist auch nähere Erläuterungen schuldig geblieben, worin der geltend gemachte Vermögensschaden bestehen soll. Der Verweis auf [§ 303 Abs. 3 Satz 2 SGB V](#) trägt nicht. Die Vorschrift lautet:

[§ 303 Abs. 3 SGB V](#) "Werden die den Krankenkassen nach § 291 Abs. 2 Nr. 1 bis 10, § 295 Abs. 1 und 2, § 300 Abs. 1, § 301 Abs. 1, §§ 301a und 302 Abs. 1 zu übermittelnden Daten nicht im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern übermittelt, haben die Krankenkassen die Daten nachzuerfassen. Erfolgt die nicht maschinell verwertbare Datenübermittlung aus Gründen, die der Leistungserbringer zu vertreten hat, haben die Krankenkassen die mit der Nacherfassung verbundenen Kosten den betroffenen Leistungserbringern durch eine pauschale Rechnungskürzung in Höhe von bis zu 5 vom Hundert des Rechnungsbetrages in Rechnung zu stellen." Die übermittelten Daten waren hier ordnungsgemäß elektronisch übermittelt und verwertbar und sie sind auch auf dem zwischen den Beteiligten üblichen Wege erfasst und verwertet worden. Auch dies ist von der Frage der Bewertung der erfolgten Kodierung und der Abrechnung wie oben dargelegt zu trennen. Soweit die Beklagte geltend macht, ihr seien durch die Prozessführung Kosten entstanden, ist darauf hinzuweisen, dass das in der Höhe, in der die Beklagte verurteilt worden ist, nicht zuletzt dem Umstand zuzuschreiben ist, dass der MDK zunächst eine andere, der Klägerin nachteiligere Kodierung für zutreffend erachtet hat, was in den Verantwortungsbereich der Beklagten fällt. Hierauf beruhen in Höhe des ausgeurteilten Betrages auch die Prozess- und Gerichtskosten, so dass auch insoweit die vom Sozialgericht getroffene Kostenteilung angemessen ist. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) in Verbindung mit 154 Abs. 2 Verwaltungsgerichtsordnung. Der Senat hat die Revision gegen das Urteil nicht zugelassen, weil die Voraussetzungen des [§ 160 Abs. 2 Nr. 1 oder Nr. 2 SGG](#) nicht vorliegen.

Rechtskraft

Aus

Login

HAM

Saved

2019-02-07