

S 38 KR 219/18

Land

Freistaat Sachsen

Sozialgericht

SG Dresden (FSS)

Sachgebiet

Krankenversicherung

Abteilung

38

1. Instanz

SG Dresden (FSS)

Aktenzeichen

S 38 KR 219/18

Datum

24.06.2020

2. Instanz

Sächsisches LSG

Aktenzeichen

-

Datum

-

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

1. Die Krankenkasse kann ihre Leistungsentscheidung nach Ablauf der Frist des § 8 Satz 3 PrüfV (juris: PrüfVbG) in der bis zum 31.12.2016 geltenden Fassung (PrüfV aF) nicht mehr abändern.

2. Eine Korrektur oder Berichtigung der Leistungsentscheidung nach § 8 Satz 1 PrüfV aF und der wesentlichen Gründe nach § 8 Satz 2 PrüfV aF ist nur in engen Grenzen möglich, insbesondere muss die Unrichtigkeit offensichtlich sein und sich aus der Leistungsentscheidung selber ergeben.

I. Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin 3.073,25 EUR nebst 5 % Zinsen über dem Basiszinssatz hieraus jährlich seit dem 10.07.2017 zu zahlen.

II. Die Kosten des Verfahrens trägt die Beklagte.

III. Der Streitwert wird auf 3.073,25 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Vergütung einer stationären Krankenhausbehandlung.

Die Klägerin ist Träger eines zur Behandlung von Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 108 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) zugelassenen Krankenhauses, das im Krankenhausplan des Freistaates Sachsen aufgenommen ist.

Die bei der Beklagten krankenversicherte 1932 geborene C. (im Folgenden Versicherte) befand sich vom 15.12.2016 bis 23.01.2016 im klägerischen Krankenhaus zur stationären Behandlung. Die Aufnahme am 15.12.2016 erfolgte als Verlegung aus dem D. Krankenhaus E. Dort war die Versicherte am Vortag wegen einer periprothetischen Femurfraktur links aufgenommen worden. Der Versicherten war am 01.12.2016 eine gekoppelte Knie-TEP mit Femurstem implantiert worden. Darüber hinaus bestand ein Zustand nach Hüft-TEP-Implantation links 2014. Am 16.12.2016 wurde eine Osteosynthese mit einer winkelstabilen Platte durchgeführt. Der frühe postoperative Verlauf gestaltete sich bei reizlosen Wundverhältnissen, bis auf eine postoperative Blutungsanämie, komplikationslos. Bei der radiologischen Verlaufskontrolle zeigte sich am 27.12.2016 ein Versagen der Osteosynthese und es wurde die Indikation zum totalen Femurersatz gestellt. Die entsprechende Operation mit Wechsel auf eine Durchsteckprothese wurde am 29.12.2016 im Rahmen einer knapp sechsstündigen Operation durchgeführt. Postoperativ musste die Versicherte zunächst 10 Tage Bettruhe einhalten. Anschließend wurde sie mit schmerzadaptierter Vollbelastung des operierten Beines am Rollator mobilisiert. Eine abermals auftretende postoperative Blutungsanämie wurde durch die Gabe von insgesamt sechs Erythrozytenkonzentraten und vier Plasma therapiert. Die Wundheilung erfolgte zunächst problemlos. Nach Entfernung des Nahtmaterials kam es jedoch zwischenzeitlich zu einer vermehrten Sekretion aus dem unteren Wundbereich mit Rötung. Im stationären Verlauf entwickelte die Versicherte einen grippalen Infekt mit Husten mit Auswurf. Dieser wurde symptomatisch therapiert. Fieber und Schüttelfrost traten zu keinem Zeitpunkt auf. Die Symptomatik war jedoch nur langsam rückläufig. Am 23.01.2016 wurde die Versicherte in eine Anschlussheilbehandlung (AHB) entlassen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des stationären Aufenthalts wird auf die Patientenakte des klägerischen Krankenhauses verwiesen.

Unter dem 27.02.2017 stellte die Klägerin der Beklagten den Krankenhausaufenthalt mit insgesamt 23.870,60 EUR in Rechnung, wobei sie die DRG-Fallpauschale I95Z zuzüglich eines Entgelts für vier Tage Überschreitung der oberen Grenzverweildauer zugrunde legte.

Die Beklagte beglich die Rechnung zunächst vollständig und beauftragte den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) mit einer Abrechnungsprüfung, worüber der MDK die Klägerin mit Prüfanzzeige vom 03.03.2017 informierte. In dem Gutachten vom 05.07.2017 schätzte der MDK-Gutachter F. in Auswertung der von der Klägerin übersandten Unterlagen ein, dass die vollstationäre Krankenhausbehandlung um vier Tage hätte verkürzt werden können. Für den Zeitraum vom "19.12.16 bis 13.12.16" habe eine Fehlbelegung vorgelegen. Auf das Gutachten im Übrigen wird Bezug genommen (Bl. 8 ff. der Verwaltungsakte).

Mit Schreiben vom 10.07.2017 teilte die Beklagte der Klägerin ihren Leistungsentscheid wie folgt mit:

"Im vorliegenden Behandlungsfall liegt eine gutachterliche Stellungnahme des MDK vor. Die wesentlichen Gründe für unsere Leistungsentscheidungen sind:

Begründung lt. GA:

Fehlbelegung 19.12.16 bis 23.12.16

Nachstationäre Behandlung ([§ 115a SGB V](#)) Straffung der diagnostischen/therapeutischen Abläufe in der postoperativen Phase ambulante Weiterbehandlung (ggf. einschließlich häuslicher Krankenpflege)

Bei dem weitgehend komplikationslosen Verlauf nach der 2. OP und Mobilisation der Patientin hätte die Entlassung erfolgen können. Gründe, die eine längere stat. Behandlungsnotwendigkeit begründen könnten, sind in den vorliegenden Unterlagen nicht dokumentiert."

Gleichzeitig machte die Beklagte einen Erstattungsanspruch in Höhe von 3.073,25 EUR geltend und verrechnete diesen Betrag mit einer unstreitigen Forderung der Klägerin.

Mit der am 10.03.2018 erhobenen Klage begehrt die Klägerin die Zahlung des verrechneten Betrags. Eine sekundäre Fehlbelegung in dem Zeitraum vom 19.12.2016 bis 23.12.2016 liege nicht vor. Bei der hochbetagten Versicherten seien innerhalb kurzer Zeit zwei umfangreiche und schwerwiegende Operationen jeweils in Vollnarkose durchgeführt worden. Eine Entlassung unmittelbar drei Tage nach der Osteosynthese sei völlig unhaltbar, da zum einen eine postoperative Blutungsanämie habe behandelt und zum anderen die Mobilisation der Versicherten habe erfolgen müssen. Darüber hinaus liege der vorgeschlagene Entlassungszeitpunkt sogar noch vor der notwendigen Revisionsoperation, die am 29.12.2016 stattgefunden habe. Soweit die Beklagte in ihrer Klageerweiterung nunmehr von einer Fehlbelegung vom 19.01.2017 bis 23.01.2017 ausgehe, sei diese mit diesem Vortrag nach Ablauf der Prüffrist des § 8 der Vereinbarung über das Nähere zum Prüfverfahren nach [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) (PrüfvV) ausgeschlossen. Darüber hinaus habe auch in dem Zeitraum vom 19.01.2017 bis 23.01.2017 stationäre Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit vorgelegen, da bis zum 23.01.2017 einschließlich seröse Absonderungen und eine Rötung des Wundgebietes dokumentiert seien. Ferner sei die Versicherte hochbetagt gewesen und habe einen komplizierten Eingriff mit einem später anschließenden Revisionsingriff durchgemacht. Sie sei durch die beiden großen Operationen erheblich geschwächt gewesen und der grippale Infekt habe eine zusätzliche Gangunsicherheit zur Folge gehabt, so dass auch vor diesem Hintergrund keine Entlassung nach Hause habe erfolgen können.

Die Klägerin beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin 3.073,25 EUR nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz hieraus jährlich seit dem 10.07.2017 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Anstelle einer Klageerweiterung hat die Beklagte mit Schriftsatz vom 04.02.2019 zunächst erklärt, den streitigen Behandlungsfall noch einmal durch den MDK begutachten zu lassen. Mit Klageerweiterung vom 22.08.2019 hat die Beklagte das MDK-Gutachten vom 10.05.2019 vorgelegt und im Hinblick auf dieses Gutachten erklärt, dass im Zeitraum vom 19.01.2017 bis 23.01.2017 keine Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit vorgelegen habe, sondern die Versicherte am 19.01.2017 aus der vollstationären Krankenhausbehandlung hätte entlassen werden können. Die weitere Behandlung sei ambulant bzw. im Rahmen einer AHB durchführbar gewesen. In dem Gutachten vom 10.05.2019 erklärt der MDK-Gutachter F., dass bei der Erstellung des Formular-Gutachtens vom 05.07.2017 ein Fehler dahin unterlaufen sei, dass fälschlicherweise der genannte Zeitraum mit dem 19.12.2012 bis 23.12.2016 ausgewählt worden sei. Er habe jedoch den Zeitraum vom 19.01.2017 bis 24.01.2017 (sic!) kürzen wollen, da hier seiner Ansicht nach eine frühere Entlassung in eine AHB bzw. in die ambulante Weiterbetreuung unter der Maßgabe einer nachstationären Betreuung sowie unter Einbeziehung einer häuslichen Krankenpflege möglich gewesen sei.

Die Beklagte vertritt die Ansicht, dass das Schreiben vom 10.07.2017 den Anforderungen von § 8 Satz 2 PrüfVv genüge. Die Datumsverwechslung sei unschädlich, da aus der Begründung deutlich hervorgehe, dass die vorgezogene Entlassung der Versicherten nach der zweiten OP hätte erfolgen sollen. Dass die Beklagte die Behandlung nicht in zwei Fälle habe splitten wollen, sei für die Klägerin ohne weiteres ersichtlich gewesen. Aus der Zusammenschau ergebe sich eindeutig, dass als Fehlbelegungszeitraum nur der Zeitraum vom 19.01.2017 (sic!) bis 23.01.2017 in Betracht komme und dass mit dem Zeitraum 19.12.16 bis 23.12.16 versehentlich ein falsches Datum angegeben worden sei, welches erkennbar im Widerspruch zum Erklärungswillen der Beklagten gestanden habe. Dieser offensichtliche Fehler könne jederzeit, auch im gerichtlichen Verfahren, richtig gestellt werden.

Dem Gericht haben die Verwaltungsakte der Beklagten und die Patientenakte des klägerischen Krankenhauses vorgelegen. Hierauf und auf die in den Gerichtsakten enthaltenen Schriftsätze der Beteiligten sowie den übrigen Akteninhalt wird zur Ergänzung des Tatbestandes Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Klage ist begründet.

Der von der Klägerin im Gleichordnungsverhältnis zulässigerweise mit der (echten) Leistungsklage (dazu Bundessozialgericht [BSG], Urteil vom 16.12.2008 - [B 1 KN 1/07 KR R](#) - juris Rn. 9; Urteil vom 26.09.2017 - [B 1 KR 9/17 R](#) - juris Rn. 7) verfolgte Vergütungsanspruch aus der Behandlung anderer Versicherter erlosch nicht in Höhe von 3.073,25 EUR dadurch, dass die Beklagte wirksam mit einem Erstattungsanspruch wegen Überzahlung der Vergütung für die stationäre Krankenhausbehandlung des Versicherten aufrechnete.

Es ist zwischen den Beteiligten nicht streitig, dass die Klägerin aufgrund stationärer Krankenhausbehandlung anderer Versicherter der Beklagten gegen diese einen Anspruch auf Zahlung weiterer 3.073,25 EUR hatte; eine nähere Prüfung erübrigt sich insoweit (zur Zulässigkeit dieses Vorgehens: BSG, Urteil vom 19.06.2018 - [B 1 KR 39/17 R](#) - juris Rn. 29). Streitig ist zwischen den Beteiligten allein, ob dieser Zahlungsanspruch entsprechend [§ 387](#) Bürgerliches Gesetzbuch durch die Aufrechnung der Beklagten mit einem öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch wegen Überzahlung der Vergütung für die stationäre Krankenhausbehandlung des Versicherten erloschen ist (zur entsprechenden Anwendung auf überzahlte Krankenhausvergütung: BSG, Urteil vom 19.12.2017 - [B 1 KR 19/17 R](#) - juris Rn. 8; Urteil vom 23.06.2015 - [B 1 KR 26/14 R](#) - juris Rn. 33). Dies ist zu verneinen, da die Beklagte den streitigen Betrag mit Rechtsgrund gezahlt hat. Die Beklagte hat keinen Erstattungsanspruch wegen behaupteter Fehlbelegung.

Ein entsprechender Erstattungsanspruch setzt voraus, dass tatsächlich für vier Tage des stationären Aufenthalts der Versicherten keine Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit vorlag und die Beklagte dies fristgerecht im Rahmen einer Leistungsentscheidung nach [§ 8](#) PrüfV geltend gemacht hat.

Die Beklagte kann ihren Erstattungsanspruch nicht auf eine Fehlbelegung in dem Zeitraum 19.12.2016 bis 23.12.2016 stützen. In diesem zunächst von der Beklagten in ihrem Leistungsentscheid vom 10.07.2017 genannten Zeitraum lag Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit vor. Dies ist nach dem MDK-Gutachten vom 10.05.2019, dem sich die Beklagte angeschlossen hat, nunmehr auch zwischen den Beteiligten unstreitig.

Der Beklagte kann ihren Erstattungsanspruch auch nicht mit einer Fehlbelegung in dem Zeitraum 19.01.2017 bis zum 23.01.2017 begründen. Sie ist insoweit mit einer Rüge der Fehlbelegung ausgeschlossen. Auf den vorliegenden Sachverhalt ist die mit Wirkung zum 01.09.2014 aufgrund der Ermächtigung des [§ 17c Abs. 2](#) Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) in Kraft getretene PrüfV anwendbar. Sie erfasst Überprüfungen von Patienten, die ab dem 01.01.2015 in ein Krankenhaus aufgenommen wurden ([§ 12 Abs. 1 Satz 1](#) PrüfV). Die PrüfV vom 03.02.2016 betrifft dagegen Krankenaufnahmen ab dem 01.01.2017. Der sachliche Anwendungsbereich der PrüfV ist eröffnet, da die Prüfung erfolgte, um die Notwendigkeit der Dauer der stationären Behandlung und damit die Wirtschaftlichkeit der Krankenhausbehandlung (Auffälligkeitsprüfung) zu überprüfen. Hierbei handelte es sich auch im streitgegenständlichen Zeitraum um einen zulässigen Prüfgegenstand i.S.v. [§ 275 Abs. 1c](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V - vgl. BSG, Urteil vom 30.07.2019 - [B 1 KR 31/18 R](#) - juris Rn. 15). [§ 8](#) PrüfV lautet:

"Die Krankenkasse hat dem Krankenhaus ihre abschließende Entscheidung zur Wirtschaftlichkeit der Leistung oder zur Korrektur der Abrechnung und den daraus folgenden Erstattungsanspruch mitzuteilen (Satz 1). Wenn die Leistung nicht in vollem Umfang wirtschaftlich oder die Abrechnung nicht korrekt war, sind die wesentlichen Gründe darzulegen (Satz 2). Die Mitteilungen nach Satz 1 und Satz 2 haben innerhalb von neun Monaten nach Übermittlung der Prüfanzeige nach [§ 6 Abs. 3](#) zu erfolgen (Satz 3). Die Regelung des Satzes 3 wirkt als Ausschlussfrist (Satz 4)."

Bei der Auslegung der Vorschrift ist zu berücksichtigen, dass die Vorschriften der PrüfV und die in ihr enthaltenen Fristen und Ausschlussfristen Ausfluss des prüfrechtlichen Beschleunigungsgebotes sind. Ebenso wie die Vorschrift des [§ 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V](#) sind die in der PrüfV geregelten Fristen ein spezifischer Ausdruck der besonderen Verantwortungsbeziehungen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen im Rahmen ihres Auftrags zur stationären Versorgung der Versicherten. Die hieran Beteiligten sind in besonderer Weise einerseits auf das Vertrauen in die Ordnungsgemäßheit von Leistungserbringung und Abrechnung und andererseits auf die beschleunigte Abwicklung der in großer Zahl anfallenden Krankenhausabrechnungen angewiesen. Hieraus wurden Grenzen für die nachträgliche Abrechnungskorrektur abgeleitet, weil die Beteiligten auf den zügigen Abschluss der Leistungsabrechnung vertrauen können müssen (vgl. zu [§ 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V](#): BSG, Urteil vom 16.05.2012 - [B 3 KR 14/11 R](#) - juris Rn. 28 m.w.N.). Um das prüfrechtliche Beschleunigungsgebot zu gewährleisten, finden sich deswegen in der PrüfV an verschiedenen Stellen Fristen und Ausschlussfristen. So hat die Krankenkasse innerhalb von sechs Wochen nach Eingang der nach [§ 301 SGB V](#) zu übermittelnden Daten dem Krankenhaus innerhalb von sechs Wochen die Auffälligkeiten so konkret wie möglich mitzuteilen ([§ 4](#) PrüfV). Bedarf es aus der Sicht der Krankenkasse der direkten Beauftragung des MDK, so muss die Krankenkasse innerhalb der Sechswochenfrist des [§ 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V](#) den MDK beauftragen, wobei es sich hierbei explizit um eine Ausschlussfrist handelt ([§ 6 Abs. 2 Satz 2](#) und [Satz 3](#) PrüfV). Das Krankenhaus hingegen hat dem MDK die Unterlagen, die dieser zur Beurteilung von Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistung sowie zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung benötigt, innerhalb von vier Wochen nach Zugang der Unterlagenanforderung zu übermitteln ([§ 7 Abs. 2 Satz 3](#) PrüfV). Erfolgt keine fristgerechte Übermittlung der Unterlagen, hat das Krankenhaus einen Anspruch nur auf den unstrittigen Rechnungsbetrag ([§ 7 Abs. 2 Satz 4](#) PrüfV). Bei dieser Frist handelt es sich um eine materiell-rechtliche Ausschlussfrist (vgl. LSG Baden Württemberg, Urteil vom 17.04.2018 - [L 11 KR 936/17](#) - juris Rn. 53). Ferner regelt die PrüfV, dass Korrekturen oder Ergänzungen von Datensätzen für das abrechnende Krankenhaus nur einmal möglich sind ([§ 7 Abs. 5 Satz 1](#) PrüfV) und innerhalb von fünf Monaten nach Einleitung des MDK-Prüfverfahrens an die Krankenkasse zu erfolgen haben ([§ 7 Abs. 5 Satz 2](#) PrüfV). Das Prüfverfahren endet schließlich mit der Leistungsentscheidung der Krankenkasse nach [§ 8](#) PrüfV. Die Mitteilung über die abschließende Entscheidung hat innerhalb einer Ausschlussfrist von neun Monaten nach Übermittlung der Prüfanzeige zu erfolgen ([§ 8 Satz 3](#) und [Satz 4](#) PrüfV). Ausdrücklich erstreckt die Vorschrift die Ausschlussfrist nicht nur auf die Mitteilung der abschließenden Entscheidung, also das Ergebnis der Prüfung, sondern auch auf die Mitteilung der wesentlichen Gründe. Eindeutig ist hieraus zu entnehmen, dass die Krankenkasse nach Ablauf der Frist ihre Leistungsentscheidung nicht auf andere Gründe als die mitgeteilten stützen kann. Hintergrund der Vorschrift ist, dass das Krankenhaus in die Lage versetzt werden muss, prüfen zu können, ob die Einlegung eines Rechtsbehelfs erfolgsversprechend ist (Schneider, Die alte und die neue PrüfV gemäß [§ 17c KHG](#), KrV 2018, 15, 20) und nicht damit rechnen muss, dass im Klageverfahren die Begründung für die Kürzung ausgetauscht wird. Insgesamt gebietet das prüfrechtliche Beschleunigungsgebot eine strikte Handhabung der den Beteiligten jeweils auferlegten Pflichten und Fristen.

Die Beklagte ist mit dem Einwand der Fehlbelegung in dem Zeitraum 19.01.2017 bis 23.01.2017 gem. § 8 Satz 3 und 4 PrüfV ausgeschlossen. Vorliegend hat die Beklagte mit ihrer Leistungsentscheidung vom 10.07.2017 eine Fehlbelegung für den Zeitraum vom 19.12.2016 bis 23.12.2016 und damit die Kürzung dieser vier Tage des streitigen stationären Aufenthalts geltend gemacht. Sie hat erstmals im Klageverfahren mit Schriftsatz vom 22.08.2019 und damit weit nach Ablauf der Frist des § 8 Satz 3 PrüfV geltend gemacht, den Zeitraum vom 19.01.2017 bis 23.01.2017 kürzen zu wollen. Ein Ausnahmefall, der es der Beklagten erlauben würde, ihre Leistungsentscheidung vom 10.07.2017 zu berichtigen, liegt nicht vor. Sinn und Zweck von § 8 PrüfV ist es, das Prüfverfahren abzuschließen, sei es mit einer fristgerechten abschließenden Entscheidung der Krankenkasse unter Mitteilung der wesentlichen Gründe, sei es durch Ablauf der Frist von neun Monaten nach Übermittlung der Prüfanzeige nach § 6 Abs. 3 PrüfV. Ebenso wie das Krankenhaus bei Versäumung der Vierwochenfrist in § 7 Abs. 2 Satz 3 PrüfV nur Anspruch auf den unstreitigen Rechnungsbetrag hat und gem. § 7 Abs. 5 Satz 2 PrüfV geänderte Datensätze nur innerhalb von fünf Monaten nach Einleitung des MDK-Prüfverfahrens übermitteln kann, ist die Krankenkasse nach Ablauf der Neunmonatsfrist in § 8 Satz 3 PrüfV mit einer Kürzung des Rechnungsbetrages bzw. dem Nachschieben von Gründen ausgeschlossen. Dem gebotenen prüfrechtlichen Beschleunigungsgebot würde es widersprechen, wenn die Krankenkasse eine mitgeteilte Leistungsentscheidung nach Ablauf der Frist verändern könnte. Eine wesentliche Veränderung liegt auch in einer Verschiebung des mitgeteilten Fehlbelegungszeitraums, der am Anfang, am Ende oder in der Mitte einer stationären Krankenhausbehandlung liegen kann. Eine Korrektur oder Berichtigung der Leistungsentscheidung und der wesentlichen Gründe ist nach Ablauf der Neunmonatsfrist nach Ansicht der Kammer aufgrund des dargestellten Zwecks der Vorschrift nur in engen Grenzen unter den folgenden Voraussetzungen möglich:

1. Die Unrichtigkeit muss sich allein aus der vorliegenden Leistungsentscheidung ergeben. Ergibt sich die Unrichtigkeit erst unter Zuhilfenahme weiterer Unterlagen, etwa der Patientenakte oder der Epikrise, so ist eine Korrektur ausgeschlossen.
2. Die Unrichtigkeit muss offensichtlich sein, d. h. sie muss auf der Hand liegen. Es muss auch für einen verständigen Außenstehenden objektiv klar erkennbar sein, dass die Krankenkasse anstelle des Erklärten etwas anderes erklären wollte.
3. Es muss sich aus der Mitteilung der Leistungsentscheidung eindeutig ergeben, welche Entscheidung die Krankenkasse anstelle der mitgeteilten treffen und wie sie sie begründen wollte.

Als Beispiele für eine zulässige Berichtigung sieht die Kammer z. B. kleinere Unrichtigkeiten in der Nennung von Daten, bei denen der Leser ohne Weiteres erkennen kann, dass es sich um einen unbeabsichtigten Zahlendreher oder Ähnliches handelt (Beispiel: "91.01.2017 bis 23.01.2017" oder "19.01.2017 bis 23.01.2016").

Übertragen auf den vorliegenden Sachverhalt geht die Kammer nicht von einer unbeachtlichen Unrichtigkeit aus. Es ist der Beklagten zwar zuzugeben, dass bei genauerer Kenntnis des Ablaufs des stationären Aufenthalts und seiner Dauer der Leser des Leistungsentscheids möglicherweise hätte erkennen können, dass die zweite Operation am 23.12.2016 noch gar nicht stattgefunden hatte und somit die Ausführungen in der Begründung nicht auf eine Fehlbelegung vom 19.12.2016 bis 23.12.2016 passen konnten. Allerdings war die Versicherte auch am 01.12.2016 operiert worden, so dass die Operation am 16.12.2016 auch die "zweite Operation" hätte sein können. In keinem Fall war die Unrichtigkeit für einen objektiven Betrachter ohne nähere Kenntnisse des Ablaufs des stationären Aufenthalts ohne weiteres erkennbar. Zum einen lag der genannte Fehlbelegungszeitraum innerhalb des Zeitraums des stationären Aufenthalts der Versicherten. Es handelte sich auch nicht nur um einen Zahlendreher oder ein unsinniges Datum, sondern um eine Verwechslung sowohl der Monats- als auch der Jahresangabe. Auch die Tatsache, dass der genannte Fehlbelegungszeitraum in der Mitte des stationären Zeitraums lag, musste selbst bei Kenntnis des Zeitraums des gesamten stationären Aufenthalts nicht auf eine Unrichtigkeit hindeuten, da Fehlbelegungen von den Krankenkassen am Anfang, am Ende und in der Mitte der stationären Aufenthalte ihrer Versicherten gerügt werden können und auch gerichtsbekannt auch gerügt werden. Ferner ist auch die weitere Voraussetzung, nämlich das Erkennenkönnen des tatsächlich Gewollten, nicht erfüllt. Selbst wenn der Leser hätte erkennen können, dass der Fehlbelegungszeitraum nicht dem entsprach, den die Beklagte tatsächlich benennen wollte, so konnte er aus dem Schreiben heraus nicht erkennen, welchen Zeitraum die Beklagte tatsächlich geltend machen wollte. Nicht immer liegen die gerügten Fehlbelegungszeiträume am Ende des stationären Aufenthalts. Dass die Unrichtigkeit nicht offenbar erkennbar war, wird nicht zuletzt dadurch bestätigt, dass selbst der Verfasser der Leistungsentscheidung, dem annehmbar die Daten nach [§ 301 SGB V](#) einschließlich der Länge des Krankenhausaufenthaltes und der Daten der durchgeführten Operationen vorliegen hatte, nach Lektüre des MDK-Gutachtens vom 05.07.2017 den Fehler nicht erkannte, sondern das Ergebnis in die Leistungsentscheidung übernommen hat. Ebenso ist auch der Bearbeiterin der Beklagten im Klageverfahren der falsche Zeitraum nicht sofort aufgefallen. Anderenfalls hätte sie mit ihrem ersten Schriftsatz auf die Datumsverwechslung hingewiesen, zumal die Klägerin ihre Klagebegründung allein auf die mitgeteilte Fehlbelegung vom 19.12.2016 bis 23.12.2016 bezogen hatte. Anstatt dessen nahm sie die Klagebegründung zum Anlass, den Sachverhalt nochmals durch den MDK begutachten zu lassen.

Nach alledem ist die Beklagte mit einer Abänderung des Fehlbelegungszeitraums ausgeschlossen und somit nicht berechtigt, die Rechnung der Klägerin um den Zuschlag für vier Tage Überschreitung der oberen Grenzverweildauer zu kürzen. Dies hat zur Folge, dass die Beklagte nicht wirksam mit einem Erstattungsanspruch in Höhe des streitigen Betrags aufgerechnet hat.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 1](#) Verwaltungsgerichtsordnung.

Die Festsetzung des Streitwerts ergibt sich aus [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i.V.m. [§§ 63 Abs. 2 Satz 1](#), [52 Abs. 1](#), 3 Satz 1 und 47 Abs. 1 Satz 1 Gerichtskostengesetz.

Rechtskraft
Aus
Login
FSS
Saved
2020-09-01