

S 54 KR 763/19

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
SG Duisburg (NRW)
Sachgebiet
Sonstige Angelegenheiten
Abteilung
54
1. Instanz
SG Duisburg (NRW)
Aktenzeichen
S 54 KR 763/19
Datum
04.11.2020
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin 7.269,73 EUR nebst Zinsen i. H. v. zwei Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 13.05.2019 zu zahlen. Im Übrigen wird die Klage abgewiesen. Die Beklagte trägt die Kosten des Verfahrens. Der Streitwert wird auf 7.269,73 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Vergütung einer vollstationären Krankenhausbehandlung. Das für die Behandlung Versicherter zugelassene Krankenhaus der Klägerin nahm den bei der beklagten Krankenkasse Versicherten Herrn Denis H., geboren am 05.04.19xx (im folgenden Versicherter) vom 20.02.2019 bis 25.02.2019 vollstationär auf wegen einer therapierefraktären morbidem Adipositas Grad III (BMI über 56 kg/m² - ICD-Code E66.02 und E66.82). Durchgeführt wurde eine adipositaschirurgische Magenoperation in laparoskopischer Operationstechnik ("Schlauchmagen-Operation"). Die Aufnahme zeigte die Klägerin der Beklagten am 21.02.2019 per Datenträgeraustausch an. Am Folgetag verwies die Beklagte die Klägerin auf eine Kostenablehnung gegenüber dem Versicherten und ein dazu laufendes "Widerspruchsverfahren" und lehnte gegenüber der Klägerin die Kostenübernahme ab. Für die stationäre Behandlung stellte die Klägerin der Beklagten mit Rechnung vom 12.04.2019 einen Betrag in Höhe von 7.269,73 EUR unter Bezugnahme auf die DRG K04Z (große Eingriffe bei Adipositas) aus, die diese jedoch nicht beglich. Mit der am 13.05.2019 erhobenen Klage verfolgt die Klägerin ihren Zahlungsanspruch gegen die Beklagte weiter. Die Klägerin führt zur Begründung aus, die stationäre Krankenhausbehandlung sei zuvor vertragsärztlich verordnet worden und medizinisch erforderlich gewesen. So habe eine primäre Operationsindikation gemäß der S3-Leitlinie "Chirurgie der Adipositas und metabolischer Erkrankungen" bestanden. Da die Beklagte es unterlassen habe, eine MDK-Prüfung nach [§ 275 Abs. 1c](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) einzuleiten, sei eine Präklusionswirkung im Hinblick auf mögliche medizinische Einwendungen eingetreten. Die Patientenakte unterliege deshalb einem prozessualen Verwertungsverbot. Auf eine (bestandskräftige) Ablehnung, welche die Krankenkasse gegenüber einem Versicherten ausgesprochen habe, komme es in diesem Verfahren nicht an. Die Befassung des MDK in einem diesbezüglichen Verwaltungsverfahren ersetze nicht die nachgelagerte Abrechnungsprüfung nach [§ 275 Abs. 1](#) c SGB V. Die Klägerin beantragt schriftsätzlich, die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin 7.269,73 EUR nebst Zinsen i. H. v. fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit Klageerhebung zu zahlen. Die Beklagte beantragt schriftsätzlich, die Klage abzuweisen. Die Beklagte führt zur Begründung aus, der Versicherte habe am 18.10.2018 bei ihr einen Antrag auf Kostenübernahme einer adipositaschirurgischen Maßnahme gestellt. Für den beauftragten MDK sei Dr. H. in ihrem Gutachten vom 23.11.2018 zu dem Ergebnis gekommen, dass die medizinischen Voraussetzungen für die beantragte Operation nicht vorlägen. Dieses Ergebnis sei dem Versicherten am 15.12.2018 übermittelt worden und um weitere Unterlagen gebeten worden, worauf dieser mit Schreiben vom 13.01.2019 "Widerspruch" unter Beifügung weiterer Unterlagen erhoben habe. Daraufhin sei Dr. J. für den MDK in ihrem Gutachten vom 05.06.2019 zu keinem anderen Ergebnis gekommen. Der Antrag des Versicherten sei daher mit Bescheid vom 07.06.2019 und Widerspruchsbescheid vom 26.09.2019 abgelehnt worden. Eine Kostenübernahme der stationären Behandlung komme damit nicht in Betracht. Die Rechnung der Beklagten sei aus diesem Grund direkt abgewiesen worden. Die Beteiligten erklärten mit Schreiben vom 02.04.2020 und 15.04.2020 ihr Einverständnis zur Entscheidung ohne mündliche Verhandlung durch Urteil gemäß [§ 124 Abs. 2](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG). Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die Gerichtsakte Bezug genommen, die Gegenstand der Entscheidung waren. Die Patientenakte wurde unter klägerseitiger Berufung auf ein Beweisverwertungsverbot nicht vorgelegt und war somit nicht Gegenstand der Entscheidung.

Entscheidungsgründe:

Die Entscheidung ergeht im erklärten Einverständnis der Beteiligten ohne mündliche Verhandlung gemäß [§ 124 Abs. 2 SGG](#). Die Klage ist zulässig und begründet. Die Klägerin macht den Zahlungsanspruch zu Recht mit der (echten) Leistungsklage nach [§ 54 Abs. 5 SGG](#) gegen die Beklagte geltend. Bei einer auf Zahlung der Vergütung für die Behandlung von Versicherten gerichteten Klage eines Krankenhausträgers

gegen eine Krankenkasse geht es um einen Beteiligtenstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt, kein Vorverfahren durchzuführen ist und keine Klagefrist zu beachten ist (vgl. Bundessozialgericht [BSG], Urteil vom 17.12.2013, Az.: [B 1 KR 70/12 R](#) m. w. N.; Urteil vom 14.10.2014, Az.: [B 1 KR 33/13 R](#); Urteil vom 16.12.2008, Az.: [B 1 KN 3/08 R](#); Urteil vom 28.09.2006, Az.: [B 3 KR 23/05](#)). Der Klägerin steht in Höhe von 7269,73 EUR ein Vergütungsanspruch für die stationäre Behandlung des Versicherten im Zeitraum 20.02.2019 bis 25.02.2019 zu. Rechtsgrundlage für den Vergütungsanspruch eines zugelassenen Krankenhauses – wie der Klägerin – gegenüber einer gesetzlichen Krankenkasse bildet [§ 109 Abs. 4 Satz 3](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) i.V.m. [§ 7 Abs. 1](#) Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) und [§ 17b](#) Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG). Die Zahlungsverpflichtung der Krankenkasse entsteht nach ständiger Rechtsprechung unabhängig von einer Kostenzusage unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch einen Versicherten, wenn die Versorgung in einem zugelassenen Krankenhaus durchgeführt wird und i.S.d. [§ 39 Abs. 1 S. 2 SGB V](#) erforderlich ist (vgl. BSG, Urteil vom 30.06.2009, Az.: [B 1 KR 24/08 R](#); Urteil vom 08.11.2011, Az.: [B 1 KR 8/11 R](#)). Die näheren Einzelheiten über Aufnahme und Entlassung der Versicherten, Kostenübernahme, Abrechnung der Entgelte sowie die Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung ist in den zwischen der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen einerseits und verschiedenen Krankenkassen sowie Landesverbänden der Krankenkassen andererseits geschlossenen Verträge nach [§ 112 Abs. 2 Nr. 1](#) und [2 SGB V](#) geregelt. Ein Anspruch auf Krankenhausbehandlung zu Lasten der Krankenkasse und damit korrespondierend ein Zahlungsanspruch des Krankenhauses ist gegeben, wenn die Krankenhausbehandlung erforderlich ist (vgl. [§ 12 Abs. 1 SGB V](#)). Sie ist erforderlich, wenn das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- oder nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann ([§ 39 Abs. 1 S. 2](#) letzter Halbsatz SGB V). Soweit [§ 39 Abs. 1 S. 2 SGB V](#) Behandlungsziele in den Blick nimmt, wird auf [§ 27 Abs. 1 S. 1 SGB V](#) Bezug genommen, d.h. es kommt darauf an, ob eine ambulante Krankenbehandlung ausreicht, um die Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Erforderlich ist die Krankenhausbehandlung, wenn bezogen auf ein Behandlungsziel die besonderen Mittel eines Krankenhauses eingesetzt werden müssen. Als solche Mittel hat die Rechtsprechung insbesondere die apparative Mindestausstattung eines Krankenhauses, besonders geschultes Pflegepersonal und einen jederzeit präsenten bzw. rufbereiten Arzt herausgestellt. Vorausgesetzt wird weder der Einsatz all dieser Mittel, noch genügt die Erforderlichkeit lediglich eines der Mittel. Es ist vielmehr eine Gesamtbetrachtung vorzunehmen, bei der den mit Aussicht auf Erfolg angestrebten Behandlungszielen und den Möglichkeiten einer vorrangigen ambulanten Behandlung entscheidende Bedeutung zukommt (zusammenfassend z.B. BSG, Urteil vom 17.11.2015, Az.: [B 1 KR 18/15 R](#)). Der Prüfungsmaßstab der medizinischen Notwendigkeit ist im hier vorliegenden Fall aber stark beschränkt, da die Beklagte es unterlassen hat, eine MDK-Prüfung nach [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) (in der bis zum 31.12.2019 geltenden Fassung) im Verhältnis zur Beklagten einzuleiten. Gemäß [§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) sind die Krankenkassen in den gesetzlich bestimmten Fällen oder wenn es nach Art, Schwere, Dauer oder Häufigkeit der Erkrankung oder nach dem Krankheitsverlauf erforderlich ist, verpflichtet, bei Erbringung von Leistungen, insbesondere zur Prüfung von Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistung, sowie bei Auffälligkeiten zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung, eine gutachtliche Stellungnahme des MDK einzuholen. Nach [§ 275 Abs. 1c S. 1](#) und [2 SGB V](#) ist bei Krankenhausbehandlung nach [§ 39](#) eine Prüfung nach Absatz 1 Nr. 1 zeitnah durchzuführen. Die Prüfung nach Satz 1 ist spätestens sechs Wochen nach Eingang der Abrechnung bei der Krankenkasse einzuleiten und durch den MDK dem Krankenhaus anzuzeigen. Die Regelung in [§ 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V](#) hat zur Folge, dass Krankenkasse und MDK bei einzelfallbezogenen Abrechnungsprüfungen nach Ablauf der Ausschlussfrist des [§ 275 Abs. 1c S. 2 SGB V](#) auf die Daten beschränkt sind, die das Krankenhaus der Krankenkasse im Rahmen seiner Informationsobliegenheiten bei der Krankenaufnahme und zur Abrechnung – deren vollständige Erfüllung vorausgesetzt – jeweils zur Verfügung gestellt hat (BSG, Urteil vom 16.05.2012, Az.: [B 3 KR 14/11 R](#)). Diese Begrenzung der Sachverhaltsermittlung wirkt auch im Gerichtsverfahren fort. Die Amtsermittlungspflicht nach [§ 103 SGG](#) wird durch eine unterlassene MDK-Prüfung eingeschränkt. Dies gilt insbesondere im Hinblick darauf, dass der Gesetzgeber die behördliche Sachverhaltsermittlung durch die bereichsspezifische Sonderregelung in [§ 275 Abs. 1c S. 2 SGB V](#) unter ein besonderes Beschleunigungsgebot gestellt hat (BSG, Urteil vom 16.05.2012, Az.: [B 3 KR 14/11 R](#)). Die gesetzliche Ausschlussfrist des [§ 275 Abs. 1c S. 2 SGB V](#) ist zudem Ausdruck der besonderen Verantwortungsbeziehungen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen im Rahmen ihres Auftrags zur stationären Versorgung der Versicherten. Sie soll eine schnelle Abwicklung und Abrechnung der großen Zahl der Behandlungsfälle ermöglichen und das Vertrauen der Beteiligten auf den Abschluss der Leistungsabrechnung schützen. Mit diesem Schutzzweck wäre es unvereinbar, wenn anstelle des nach [§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) zur Prüfung berufenen, wegen Ablaufs der Sechs-Wochen-Frist aber nicht mehr befugten MDK nunmehr die Sozialgerichte an dessen Stelle erstmals den von einer Krankenkasse aufgeworfenen medizinischen Zweifelsfragen nachgehen und in aller Regel umfangreich Beweis erheben müssten. Sie würden hierdurch nachhaltig in die Abrechnungsbeziehungen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen eingreifen und im vorgerichtlichen Verfahren nicht mehr zulässige Einzelfallprüfungen im Sozialgerichtsprozess durchführen, obwohl der Gesetzgeber mit der Einführung von [§ 275 Abs. 1c S. 2 SGB V](#) bewusst derartige Einzelfallprüfungen beschränken und stattdessen die Stichprobenprüfung nach [§ 17c Abs. 2 KHG](#) aufwerten wollte (BSG, Urteil vom 16.05.2012, Az.: [B 3 KR 14/11 R](#)). Die von den Vertragsparteien und auch vom Gesetzgeber beabsichtigte Beschleunigung des Verfahrens würde konterkariert, wenn diesen die Möglichkeit eröffnet würde, nach nicht fristgerechter Einleitung eines Prüfverfahrens medizinische Einwendungen im Gerichtsverfahren zu plausibilisieren. Dies würde die Beschleunigungsmaxime ad absurdum führen. Infolgedessen besteht ein Beweisverwertungsverbot bzgl. der Patientenakte (vgl. BSG, Urteil vom 16.05.2012, Az.: [B 3 KR 14/11 R](#)). Die Kammer darf die von der Beklagten vorprozessual unterbliebenen Ermittlungen im gerichtlichen Verfahren infolge des Verwertungsverbotes nicht mehr nachholen. Das Beweisverwertungsverbot für die Patientenakte führt zu einer erheblichen Prüfungseinschränkung im gerichtlichen Verfahren und zu einer Verurteilung der Beklagten zur Begleichung des vollständigen Betrages aus der fällig gewordenen Rechnung. Es ist insofern auch nicht ausreichend, dass die Beklagte gegenüber dem Versicherten im Verwaltungs- und Widerspruchsverfahren aufgrund dessen Antrags bzw. Widerspruchs den MDK beauftragt hat. Die Ablehnung gegenüber dem Versicherten, auf die sich die Beklagte beruft, berührt nicht den Vergütungsanspruch der Klägerin. Insofern ist das Abrechnungsverhältnis zwischen Krankenkasse und Krankenhaus vom Behandlungsverhältnis zwischen Krankenhaus und Versichertem sowie vom Versicherungsverhältnis zwischen Versichertem und Krankenkasse zu trennen (vgl. BSG, Urteil vom 11.04.2002, Az.: [B 3 KR 24/01 R](#)), so dass die im Versicherungsverhältnis ergangene bindende Leistungsablehnung mangels Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit für das Abrechnungsverhältnis ohne Bedeutung ist (BSG, Urteil vom 17.05.2000, Az.: [B 3 KR 33/99 R](#); Urteil vom 11.04.2002, Az.: [B 3 KR 24/01 R](#)). Daher kann auch die Befassung des MDK im Verwaltungsverfahren zwischen Krankenkasse und Versichertem als vorgelagerte Prüfung des Bestehens eines Sachleistungsanspruchs nicht das MDK-Prüfverfahren im Verhältnis zwischen Krankenhausträger und Krankenkasse i. R. d. nachgelagerte Abrechnungsprüfung ersetzen. Andernfalls würde das bereits beschriebene vorgesehene Prüfverfahren nach [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) sowie das dreistufige Prüfverfahren samt der Auskunfts- und Mitwirkungspflichten der beteiligten Krankenkasse und des beteiligten Krankenhauses leerlaufen (dazu BSG, Urteil vom 16.05.2012, Az.: [B 3 KR 14/11 R](#)). Die Prüfung beschränkt sich daher auf den Sachverhalt, wie er sich aus den nach [§ 301 Abs. 1 SGB V](#) übermittelten Daten und der Rechnung darstellt. Diesen lässt sich lediglich entnehmen, dass der Versicherte bei Adipositaserkrankung (ICD-Code E66.02 und E66.82) zur Durchführung einer adipothoraxchirurgische Magenoperation vom 20.02.2018 bis zum 25.02.2018 vollstationär aufgenommen wurde. Dabei wurde vor allem die DRG K04Z (Großer Eingriff bei

Adipositas) abgerechnet. Anhaltspunkte für eine nicht bedarfsgerechte Therapie oder eine mangelnde Erforderlichkeit ergeben sich aus diesen Daten nicht. Von der Erforderlichkeit der stationären Behandlung ist auszugehen. Der Vergütungsanspruch ist auch fällig. Eine formal ordnungsgemäße Abrechnung setzt nach der Rechtsprechung des Bundessozialgericht eine ordnungsgemäße Information der Krankenkasse über die vom Krankenhaus abgerechnete Versorgung nach Maßgabe der Informationsobliegenheiten und ggf. Verpflichtungen voraus, insbesondere aus [§ 301 SGB V](#). Die Informationen nach [§ 301 SGB V](#) wurden der Beklagten übermittelt. Vorliegend hat die Beklagte weder auf der ersten Stufe nicht-medizinische Nachfragen an die Klägerin gerichtet noch auf der zweiten Stufe der Sachverhaltserhebung ein Prüfverfahren nach [§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) eingeleitet. Der Anspruch auf die geltend gemachten Zinsen ergibt sich aus der entsprechenden Anwendung von § 15 Abs. 1 S. 4 Landesvertrag für das Land Nordrhein-Westfalen nach [§ 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V](#). Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) in Verbindung mit [§ 154 Abs. 1](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO) und trägt dem Ausgang des Verfahrens Rechnung. Die Streitwertfestsetzung beruht auf [§ 197a Abs.1 S. 1 SGG](#) in Verbindung mit [§ 52 Abs. 1](#), 3 Gerichtskostengesetz (GKG).

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2021-01-04