

S 22 KR 2605/20

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
SG Detmold (NRW)
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
22
1. Instanz
SG Detmold (NRW)
Aktenzeichen
S 22 KR 2605/20
Datum
13.12.2022
2. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Die Klage wird abgewiesen.

Die Klägerin trägt die Kosten des Verfahrens.

Der Streitwert wird auf 3.889,76 Euro festgesetzt.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Vergütung einer stationären Krankenhausbehandlung in Höhe von 3.889,76 Euro.

Das für die Behandlung Versicherter zugelassene Krankenhaus der Klägerin nahm den bei der beklagten Krankenkasse versicherten K. (geb. am 00.00.1974, im Folgenden: Versicherter) vom 26.09.2018 bis zum 09.10.2018 vollstationär auf zur Behandlung eines chronischen Schmerzsyndroms und von Lumbalgie.

Mit Schlussrechnung vom 12.10.2018 machte die Klägerin bei der Beklagten Behandlungskosten in Höhe von 3.889,76 Euro geltend. Die Beklagte bezahlte den Rechnungsbetrag zunächst an die Klägerin.

Aufgrund Beauftragung durch die Beklagte vom 30.10.2018 und 20.08.2019 führte der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) in zwei Gutachten vom 29.07.2019 und - aufgrund eines Widerspruchs der Klägerin vom 06.08.2019 - vom 29.10.2019 aus, die stationäre Behandlung sei nicht notwendig gewesen und die Prozedur 8-918.01 (multimodale Schmerztherapie) sei nicht belegt. Medizinisch-rehabilitative Leistungen wären zweckmäßig und ausreichend gewesen. Von den mindestens drei Kriterien für eine multimodale Schmerztherapie seien nur zwei belegt, nämlich die Beeinträchtigung der Lebensqualität und der Fehlschlag einer vorherigen Behandlung. Nicht belegt seien hingegen eine Medikamentenabhängigkeit, eine schmerzunterhaltende psychische Begleiterkrankung und eine gravierende somatische Begleiterkrankung.

Mit Schreiben vom 20.12.2019 informierte die Beklagte die Klägerin über die Verrechnung des vollen Rechnungsbetrages mit anderen Behandlungsfällen und teilte mit, die entsprechende Überweisung erfolge am 21.12.2019.

Zur Begründung ihrer am 18.08.2020 erhobenen Klage führt die Klägerin aus, die stationäre Aufnahme des Versicherten sei aufgrund einer fehlgeschlagenen ambulanten Schmerztherapie über die volle Verweildauer medizinisch notwendig gewesen. Entgegen der Auffassung des MDK habe auch eine schmerzunterhaltende psychische Begleiterkrankung bestanden in Form einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren. Es hätten eine psychische Störung durch langanhaltenden Schlafentzug aufgrund der Schmerzsymptomatik sowie eine Erschöpfungsreaktion bei Dauerschmerzen vorgelegen. Entgegen der Zahlungsmitteilung vom 20.12.2019 sei die gekürzte Zahlung erst am 23.12.2019 erfolgt.

Die Klägerin beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, an sie 3.889,76 Euro nebst Zinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem jeweils gültigen Basiszinssatz seit dem 27.12.2019 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie verweist auf die Ausführungen des MDK.

Zur Aufklärung des Sachverhalts hat das Gericht ein Sachverständigengutachten des Neurologen und Schmerztherapeuten Prof. Dr. N. vom 18.07.2021 eingeholt. Dieser ist zum Ergebnis gelangt, die Behandlung des Versicherten hätte auch ambulant oder teilstationär durchgeführt werden können; die Voraussetzungen für die Kodierung des OPS 8-918.01 seien nicht belegt, da nur zwei von mindestens drei Kriterien erfüllt gewesen seien.

Die Klägerin hat hierzu ausgeführt, dem Gutachten könne nicht gefolgt werden. Einen Patienten mit schmerzbedingter Immobilität und akutem Schmerz in die ambulante Behandlung zu verweisen, sei medizinisch nicht zu vertreten. Die Vorbehandlungen seien frustriert verlaufen. Weiter hat die Klägerin eine Stellungnahme ihres Leitenden Oberarztes Dr. T. vom 12.08.2021 vorgelegt. Darin ist ausgeführt, unimodale Therapieansätze seien bereits im Vorfeld durchgeführt worden. Die Schmerzen seien für den gestörten Nachtschlaf verantwortlich gewesen. Die damit verbundenen Einschränkungen wie Erschöpfung und Reizbarkeit bewirkten naturgemäß eine Schmerzverstärkung. Die Bezweiflung der im Patientenkontakt erstellten Diagnose nach Aktenlage stelle sich als problematisch dar.

In einer ergänzenden Stellungnahme vom 09.03.2022 hat der gerichtliche Sachverständige ausgeführt, der Oberarzt der Klägerin bestätige gerade, dass es sich bei den psychischen Störungen um Symptome und nicht um Ursachen der Schmerzen handle. Der vorliegende psychologische Bericht vom 27.09.2018 lasse jeden Hinweis auf eine eigenständige psychische Erkrankung vermissen. Auf dem „Krankenblatt Schmerztherapie“ sei eine psychische Begleiterkrankung explizit verneint mit dem Hinweis, der Versicherte sei wegen der Schmerzen psychisch erschöpft. Von einer gescheiterten unimodalen Schmerztherapie könne nicht ausgegangen werden, da der Versicherte im Schmerzfragebogen durchweg zumindest zeitweise Erfolge von Medikamentengaben, Infusionen, Einspritzungen und Krankengymnastik angegeben habe.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird ergänzend auf den übrigen Inhalt der Gerichtsakte, der Patientenakte der Klägerin und der Verwaltungsvorgänge der Beklagten Bezug genommen, der Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist.

Entscheidungsgründe:

Die von der Klägerin erhobene (echte) Leistungsklage ([§ 54 Abs. 5 Sozialgerichtsgesetz \[SGG\]](#)) ist im hier bestehenden Gleichordnungsverhältnis zulässig, aber unbegründet. Der Klägerin steht der geltend gemachte (weitere) Vergütungsanspruch und damit auch ein Zinsanspruch nicht zu.

Gegenstand der Klageforderung ist nicht der Vergütungsanspruch der Klägerin aus der Behandlung des Versicherten. Denn dieser ist durch die Zahlung der Beklagten in vollem Umfang erfüllt. Gegenstand der Klageforderung ist vielmehr der Anspruch auf (vollständige) Vergütung aufgrund der weiteren Behandlungsfälle, mit welchen die Beklagte verrechnet hat.

Die weitere Forderung der Klägerin aus diesen Behandlungsfällen ist unbegründet, da die Beklagte gegen diese Forderungen aufrechnen durfte, da ein Erstattungsanspruch aus dem Behandlungsfall des Versicherten bestand

Die Rechtsgrundlage für einen Vergütungsanspruch eines zugelassenen Krankenhauses gegenüber einer Krankenkasse bildet [§ 109 Abs. 4 Satz 3](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) in Verbindung mit § 7 Abs. 1 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) und § 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG). Die Zahlungsverpflichtung der Krankenkasse entsteht nach ständiger Rechtsprechung unabhängig von einer Kostenzusage unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten, wenn die Versorgung in einem zugelassenen Krankenhaus durchgeführt wird und im Sinne des [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) erforderlich ist (vgl. Bundessozialgericht [BSG], Urteil vom 30.06.2009, Az. [B 1 KR 24/08 R](#)).

Die Erforderlichkeit der stationären Behandlung der weiteren Behandlungsfälle, mit welchen die Beklagte verrechnet hat, und die ordnungsgemäße Abrechnung sind zwischen den Beteiligten unstrittig. Diese Vergütungsansprüche sind jedoch dadurch teilweise erloschen, dass die Beklagte wirksam mit einem öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch wegen Überzahlung der Vergütung für die Krankenhausbehandlung des Versicherten analog [§ 387](#) Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) die Aufrechnung erklärte.

Denn die Aufrechnung war begründet und wurde ordnungsgemäß erklärt. Die Gegenforderung, mit der die Beklagte aufgerechnet hat, stellt einen öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch dar. Ein solcher 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 vorliegenden Fall kann die Beklagte nachweisen, dass sie die ihr in Rechnung gestellten und bezahlten Kosten des stationären Aufenthalts ihres Versicherten im Krankenhaus der Klägerin in Höhe des streitigen Betrages ohne Rechtsgrund geleistet hat. Die Klägerin hatte keinen Anspruch auf die in Rechnung gestellte Vergütung.

Die stationäre Behandlung war nicht notwendig.

Der Vergütungsanspruch eines zugelassenen Krankenhauses für die Krankenbehandlung eines gesetzlich Krankenversicherten und die korrespondierende Zahlungsverpflichtung der Krankenkasse entsteht, wie ausgeführt, unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten kraft Gesetzes, sofern die Behandlung im Krankenhaus im Sinne des [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) erforderlich und wirtschaftlich ist. Hiernach haben Versicherte Anspruch auf vollstationäre Behandlung, wenn die Aufnahme nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht auf andere Weise, etwa durch ambulante oder teilstationäre Behandlung erreicht werden kann.

Ob die notwendige medizinische Versorgung nur mit den besonderen Mitteln des Krankenhauses durchgeführt werden kann, ist anhand der Umstände des konkreten Einzelfalles zu beurteilen. Als besondere Mittel des Krankenhauses sind eine apparative Mindestausstattung, geschultes Pflegepersonal und ein jederzeit präsen-ter oder rufbereiter Arzt anzusehen. Die Berechtigung der Krankenhausbehandlung ist nicht rückschauend aus der späteren Sicht des Gutachters zu beurteilen, sondern es kommt darauf an, ob sich die stationäre Aufnahme oder Weiterbehandlung bei Zugrundelegung der für den Krankenhausarzt nach den Regeln der ärztlichen Kunst im Behandlungszeitpunkt verfügbaren Kenntnisse und Informationen zu Recht als medizinisch notwendig dargestellt hat. Dabei ist eine Gesamtbetrachtung vorzunehmen, bei der den mit Aussicht auf Erfolg angestrebten Behandlungszielen und den vorhandenen Möglichkeiten einer vorrangigen ambulanten Behandlung entscheidende Bedeutung zukommt.

Ob einem Versicherten vollstationäre Krankenhausbehandlung zu gewähren ist, richtet sich allein nach den medizinischen Erfordernissen. Ermöglicht es der Gesundheitszustand des Patienten, das Behandlungsziel durch andere Maßnahmen, insbesondere durch ambulante Behandlung zu erreichen, so besteht kein Anspruch auf stationäre Behandlung. Das gilt auch dann, wenn der Versicherte zur Sicherstellung der ambulanten Behandlung einer Betreuung durch medizinische Hilfskräfte in geschützter Umgebung bedarf und eine dafür geeignete Einrichtung außerhalb des Krankenhauses nicht zur Verfügung steht (BSG, Beschluss des Großen Senats vom 25.09.2007, Az. [GS 1/06](#)).

Die Frage, ob eine stationäre Behandlung erforderlich war, ist ausgehend von dem im Behandlungszeitpunkt verfügbaren Wissens- und Kenntnisstand des verantwortlichen Krankenhausarztes grundsätzlich uneingeschränkt gerichtlich überprüfbar.

Unter Berücksichtigung dieser Kriterien war vorliegend eine stationäre Behandlungsbedürftigkeit nicht gegeben. Zum einen wäre der Einsatz weiterer ambulanter Behandlungen entsprechend der Leitlinie Rückenschmerz möglich gewesen. Von einer gescheiterten unimodalen Schmerztherapie kann nicht ausgegangen werden, da der Versicherte im Schmerzfragebogen durchweg zumindest zeitweise Erfolge von Medikamentengaben, Infusionen, Einspritzungen und Krankengymnastik angegeben hat. Darüber hinaus wurde der Versicherte während der 14 stationären Behandlungstage bei der Klägerin wegen Feiertages und Wochenendes an fünf Tagen überhaupt nicht behandelt und an drei Tagen jeweils nur eine Stunde, was für eine tagesklinische bzw. teilstationäre Durchführung gesprochen hätte. Es hätte zumindest für ein paar Wochen eine leitliniengemäße ambulante Behandlung unimodal durchgeführt werden können, um dann ggf. im Falle eines Misserfolges eine stationäre Schmerztherapie zu realisieren. Dies steht zur Überzeugung der Kammer aufgrund des Gutachtens des Sachverständigen Prof. Dr. N. fest. Der Sachverständige ist aufgrund umfassender Berücksichtigung sämtlicher vorliegender medizinischer Unterlagen zu der von ihm vorgenommenen Beurteilung gelangt. Anhaltspunkte für eine unzutreffende Beurteilung sind nicht ersichtlich. Die Ausführungen des Sachverständigen sind schlüssig, in sich widerspruchsfrei und überzeugend begründet.

Darüber hinaus lagen die Voraussetzungen für die Kodierung des OPS 8-918.01 nicht vor.

Die Krankenhausvergütung bemisst sich bei DRG-Krankenhäusern wie dem der Klägerin nach vertraglichen Fallpauschalen auf gesetzlicher Grundlage. Allgemeine Krankenhausleistungen werden auf der Basis von DRGs (Diagnosis Related Groups) abgerechnet. Nach der DRG-Systematik bemisst sich das konkrete Entgelt nach den individuellen Umständen des Krankheitsfalles. Dabei werden die Hauptdiagnose, die gegebenenfalls durchgeführten Prozeduren sowie Nebendiagnosen zugrunde gelegt. Die jeweilige DRG wird mit einem entsprechenden Relativgewicht bewertet, welches jährlich wechseln kann. Diesem wird ein in Euro ausgedrückter Basisfallwert zugeordnet. Aus der Multiplikation von Relativgewicht und Basisfallwert ergibt sich der Preis für den Behandlungsfall, ggf. modifiziert um Zu- oder Abschläge.

Welche DRG-Position abzurechnen ist, ergibt sich rechtsverbindlich aus der Eingabe und Verarbeitung von Daten in einem automatischen Datenverarbeitungssystem, das auf einem zertifizierten Programm basiert (vgl. zur rechtlichen Einordnung des Groupierungsvorgangs vgl. BSG, Urteil vom 08.11.2011, Az. [B 1 KR 8/11 R](#)). Das den Algorithmus enthaltende und ausführende Programm greift dabei auch auf Dateien zurück, die entweder als integrale Bestandteile des Programms mit vereinbart sind oder an anderer Stelle vereinbarte Regelungen wiedergeben. Zu letzteren gehören die Fallpauschalen selbst, aber auch die Internationale Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) in der jeweiligen vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) herausgegebenen deutschen Fassung, die Klassifikation des vom DIMDI im Auftrag des BMG herausgegebenen Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS) sowie die von den Vertragspartnern auf Bundesebene getroffene Vereinbarung zu den DKR.

Vergütungsregelungen sind dabei stets eng nach ihrem Wortlaut und allenfalls ergänzend nach ihrem systematischen Zusammenhang auszulegen; Bewertungen und Bewertungsrelationen bleiben außer Betracht.

Die Klägerin durfte – ausgehend von den vorstehend dargestellten Maßgaben – den hier streitigen OPS 8.918.01 (Interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie: Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage: Mindestens 21 Therapieeinheiten, davon weniger als 5 Therapieeinheiten psychotherapeutische Verfahren) nicht in Ansatz bringen.

Für die Erfüllung eines Kodes aus dem Bereich der interdisziplinären multimodalen Schmerztherapie (OPS 8-918) müssen drei der folgenden Mindestmerkmale vorliegen:

- manifeste oder drohende Beeinträchtigung der Lebensqualität, der Arbeitsfähigkeit und/oder des regelmäßigen Schulbesuchs;
- Fehlschlag einer vorherigen unimodalen Schmerztherapie, eines schmerzbedingten operativen Eingriffs oder einer Entzugsbehandlung,
- bestehende(r) Medikamentenabhängigkeit oder -fehlgebrauch
- schmerzunterhaltende psychische Begleiterkrankung,
- gravierende somatische Begleiterkrankung.

Von diesen drei erforderlichen Kriterien für die Durchführung einer multimodalen stationären Schmerztherapie waren nur zwei erfüllt. Insbesondere lag keine schmerzunterhaltende psychische Begleiterkrankung vor. Die hierfür klägerseits als Beleg genannte Erschöpfungsreaktion und die Schlaflosigkeit sind Symptome und keine Krankheiten und in der Abrechnung der Klägerin demgemäß nicht aufgeführt. Aus dem psychopathologischen Befund und aus der Beschreibung des Behandlungsverlaufes wird die Bedeutung der

Schlafstörungen und der Erschöpfung für die Persistenz der Schmerzen nicht deutlich. Auch dies steht zur Überzeugung der Kammer aufgrund des Gutachtens des Sachverständigen Prof. Dr. N. fest. Auf dem „Krankenblatt Schmerztherapie“ wurde dementsprechend eine psychische Begleiterkrankung explizit verneint mit dem Hinweis, der Versicherte sei wegen der Schmerzen psychisch erschöpft.

Etwas anderes folgt nicht aus den Ausführungen der Klägerin bzw. deren Oberarztes. Diese bestätigen letztlich das Fehlen des Kriteriums einer eigenständigen schmerzerhaltenden psychischen Begleiterkrankung und vermögen die Ausführungen im gerichtlichen Gutachten nicht zu entkräften. Auch insoweit folgt die Kammer den überzeugenden Ausführungen des gerichtlichen Sachverständigen.

Mangels weiteren Vergütungsanspruchs stehen der Klägerin auch keine Zinsen zu.

Die Kostenentscheidung folgt aus § 197a Abs. 1 Teils. 3 SGG i. V. m. [§ 154 Abs. 1 Satz 1](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).

Die Entscheidung über den Streitwert stützt sich auf § 197a Abs. 1 Satz 1 Teils. 1 SGG i. V. m. [§§ 52 Abs. 1 und Abs. 3 Satz 1, 63 Abs. 2 Satz 1](#) Gerichtskostengesetz (GKG).

Hinsichtlich der Streitwertfestsetzung gilt die Rechtsmittelbelehrung II, im Übrigen die Rechtsmittelbelehrung I.

Rechtskraft
Aus
Saved
2024-03-25