

S 13 KR 337/19

Land
Hessen
Sozialgericht
SG Marburg (HES)
Sachgebiet
Krankenversicherung
1. Instanz
SG Marburg (HES)
Aktenzeichen
S 13 KR 337/19
Datum
15.09.2022
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 8 KR 277/22
Datum
14.03.2024
3. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

1. Die Beklagte wird verurteilt, über den ursprünglich eingeklagten und im Verfahren beglichene Betrag in Höhe von 23.293,12 € hinaus der Klägerin Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz aus dem Betrag von 23.293,12 € seit dem 24.08.2019 zu zahlen.
2. Die Beklagte hat die Gerichtskosten und die notwendigen außergerichtlichen Kosten der Klägerin zu tragen.
3. Der Streitwert wird endgültig in Höhe von 23.293,12 € festgesetzt.

Tatbestand

Die Beteiligten streiten um die Kosten einer stationären Krankenhausbehandlung.

Für die stationäre Behandlung der bei der Beklagten versicherten Patientin K. in ihrem Krankenhaus im Zeitraum vom 26.11.2018 bis 24.12.2018 stellte die Klägerin einen Betrag in Höhe von 37.582,93 € in Rechnung und übersandte der Beklagte die nach [§ 301](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) vorgesehenen Daten.

Die Beklagte teilte der Klägerin jedoch mit, dass die § 301-Daten für die Prüfung nicht ausreichen würden. Es würden die exakten Zeiten benötigt, die der Patient auf der Intensivstation gelegen hätte. Nötig sei die Übermittlung von „Aufnahmetag“ mit Uhrzeit und „Entlasstag / Verlegtag“ mit Uhrzeit. Ohne diese Angaben sei eine Prüfung der Rechnung nicht möglich. Sie beziehe sich bei der Anforderung der Zeiten auf der ITS auf das BSG-Urteil vom 22.04.2009 ([B 3 KR 24/07 R](#)) in dem es um die Auskunfts- und Mitwirkungspflichten im Rahmen eines bis zu dreistufigen Prüfverfahrens gegangen sei. Erst anhand der vollständigen Daten könne die Kasse prüfen, ob ggf. der MDK eingeschaltet werden solle. Sie fordere nur rein zeitliche, keine medizinischen Daten.

Die Klägerin antwortete, dass mit den § 301-Datensätzen alle Mindestangaben übermittelt worden seien. Alle anderen Angaben würden dem Datenschutz unterliegen und dürften nur an den MDK weitergeleitet werden.

Die Beklagte akzeptierte diese Antwort nicht, sondern wies mit Schreiben vom 26.11.2018 darauf hin, dass der OPS 8-98* (Intensivmedizinische Komplexbehandlung) nur auf einer Intensivstation bzw. in einem Intensivbett erbracht werden dürfte. Anhand der übermittelten [§ 301 SGB V](#) Daten lasse sich diese Information jedoch nicht ableiten. Um die MDK-Ressourcen nicht unnötig zu belasten und den Arbeitsaufwand so gering wie möglich zu halten, habe man die Klägerin gebeten, die rein zeitlichen Daten anzugeben. Diese Angaben seien laut BSG-Rspr. ([B 3 KR 24/07 R](#)) im „dreistufige Prüfverfahren“ in der ersten Prüfstufe bereits vor Einbeziehung des MDK anzugeben. Hierbei handele es sich nicht um eine Verletzung des Datenschutzes. Die Angaben seien für eine schnelle, unkomplizierte und wirtschaftliche Rechnungsprüfung nötig. Es werde deshalb erneut um Angaben der Intensivzeiten gebeten. Andernfalls werde die Rechnung entsprechend um den OPS 8-980.20 gekürzt.

Mit Schreiben vom 12.09.2019 informierte die Beklagte die Klägerin über eine Rechnungskürzung. Da die formlose Mitteilung, in welchem Zeitraum die Behandlung der Patientin in einem Bett der Intensivmedizin erfolgt sei, bislang nicht erfolgt sei, könne die Rechnung nicht geprüft und somit auch nicht vollständig bezahlt werden. Vorerst werde deshalb das Entgelt der DRG-Fallpauschale I09F vergütet. Sie überwies im Folgenden einen Betrag in Höhe von 14.289,81 €.

Die Klägerin hat am 23.12.2019 Klage am Sozialgericht Marburg erhoben. Sie trägt vor, gemäß [§ 301 Abs. 1 Nr. 5 SGB V](#) habe keinerlei Mitteilung der weiterbehandelnden Fachabteilung erfolgen müssen, da in ihrem orthopädischen Fachkrankenhaus die Intensivstation der Orthopädie zugewiesen sei. Es habe damit keine Verlegung in eine weiterbehandelnde Fachabteilung vorgelegen. Bei einer internen

Verlegung auf die Intensivstation werde der Fachabteilungsschlüssel der Orthopädie beibehalten. Die von der Beklagten begehrte Information, wie lange sich die Versicherte auf der Intensivstation aufgehalten habe, werde gerade nicht von [§ 301 SGB V](#) gedeckt. Selbst bei Unterstellung der rechtsfehlerhaften Auffassung der Beklagten, hätte eine fehlerhafte Datenübermittlung die Rechtsfolge der fehlenden Fälligkeit des Vergütungsanspruchs. Eine solche unterstelle die Beklagte jedoch nicht, da sie einen Teilbetrag gezahlt hätte. Eine Begründungspflicht bestehe nicht. Da die Beklagte die Einschaltung des MDK unterlassen habe, unterliege sie einem medizinisch-inhaltlichen Einwendungsausschluss. Sowohl die Beiziehung als auch die Verwertung der Patientenakte zu ihren Lasten sei rechtlich unzulässig. Die Versicherte habe sich die gesamte Zeit auf der Intensivstation befunden und sei von dort in die Weiterbehandlung entlassen worden. Sofern die Beklagte ernstliche Zweifel daran hege, dass die Versicherte sich für die im OPS-Code benannte Dauer auf der Intensivstation befunden habe, betreffe dies eine medizinisch-inhaltliche Frage im Einzelfall, die ausschließlich unter Berücksichtigung und Einsichtnahme der Patientenakte beantwortet werden könne. Die Beklagte habe es jedoch unterlassen, eine solche Prüfung durch den MDK einzuleiten.

Im Verfahren hat die Klägerin einen Intensivmedizinischen Verlegungsbericht vorgelegt, wonach die Patientin anästhesiologisch und intensivstationär behandelt worden ist (Bl. 83 bis 88 der Gerichtsakte).

Im Anschluss hieran hat die Beklagte die Restsumme an die Klägerin überwiesen, was die Klägerin als Teilanerkenntnis gewertet und angenommen hat.

Die Klägerin beantragte ursprünglich, die Beklagte zu verurteilen, an sie einen Betrag in Höhe von 23.293,12 € nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 24.08.2019 zu zahlen.

Nunmehr beantragt sie,

die Beklagte über ihr seitens der Klägerin angenommenes Teilanerkenntnis hinaus zur Zahlung von Zinsen in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz aus 23.293,12 € seit dem 02.09.2019 zu verurteilen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie trägt vor, eine Überprüfung durch den MDK sei bei der Angabe der Zeiten für sie nicht erforderlich, da es sich um die formalen Angaben der Daten nach [§ 301 SGB V](#) gehandelt habe. Sie gehe von einer internen Verlegung aus, wenn ein Patient räumlich in einen anderen Krankenhausbereich umziehe und von einem neuen Ärzte- und Pflorgeteam betreut werde. Das sei bei einem Wechsel in den Intensivbereich zweifelsfrei der Fall. Ob diese Fachabteilung Planungsgebiet nach dem Hamburger Krankenhausplan sei, komme es dabei nicht an. Auch wenn der Hamburger Krankenhausplan keine Zuordnung von Betten zu den Fachabteilungen für Anästhesie und Intensivmedizin vorsehe, so handele es sich doch um eigenständige Fachabteilungen, die sich räumlich von den anderen Fachbereichen abgrenzen würden und wegen ihrer hochwertigen personellen und apparativen Ausstattungen einen besonderen Status besäßen. In den [§ 301-Vereinbarungen](#) sei für diesen Fachbereich daher ein eigener Fachabteilungsschlüssel vorgesehen. Um den strittigen OPS 8-980.20 abrechnen zu können, müssten formale Voraussetzungen erfüllt werden. Die Klägerin habe als Fachabteilungsschlüssel lediglich die 2300 (Orthopädie) gemeldet. Um aber den OPS 8-980.20 abrechnen zu können, müsse der Patient auf einer Intensivstation behandelt worden sein. Gefordert sei eine „ständige ärztliche Anwesenheit auf der Intensivstation“. Dies bedeute, dass der Patient sich auch dort befinden müsse, wo der Art 24 Stunden anwesend sei. Wenn die Klägerin als Fachabteilungsschlüssel 23 für die Orthopädie liefere, sei nicht schlüssig dargelegt, dass es sich um eine Behandlung auf der Intensivstation gehandelt hätte. Es müssten alle Fachabteilungen, auf denen der Patient behandelt worden sei, auch angeliefert werden. Fehle es an einer formal ordnungsgemäßen Abrechnung, beginne die Frist des [§ 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V](#) nicht zu laufen.

Zu den eingereichten Unterlagen sei anzumerken, dass die Patientenprotokolle im eingescannten Zustand nicht lesbar seien. Daher könne sie nur Informationen aus dem Verlegungsbericht ziehen. Demnach hätte die Versicherte über den gesamten Behandlungszeitraum auf der Intensivstation gelegen. Anhand dieser Daten sei eine abschließende Prüfung erfolgt und die Restsumme an die Klägerin überwiesen. Fälligkeitszinsen seien ihrer Auffassung nach nicht seit Rechnungsstellung zu zahlen, sondern erst seit dem Zeitpunkt der Übermittlung der Intensivzeiten. Ebenfalls müsse die Klägerin die Klagekosten zahlen, da das Verfahren vermeidbar gewesen wäre, wenn die Klägerin die übermittelten Daten bereits außerhalb des Verfahrens an die Beklagte weitergegeben hätte.

Mit Schriftsatz vom 06.09.2022 und 08.09.2022 haben die Beteiligten ihr Einverständnis in eine Entscheidung ohne mündliche Verhandlung gemäß [§ 124 Abs. 2](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) gegeben.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichtsakte sowie der Verwaltungsakte der Beklagten Bezug genommen, der Gegenstand der Entscheidungsfindung gewesen ist.

Entscheidungsgründe

Das Gericht kann nach [§ 124 Abs. 2](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) ohne mündliche Verhandlung durch Urteil entscheiden, da die Beteiligten ihr Einverständnis hierzu erklärt haben.

I. Die Beklagte hat die ursprünglich eingeklagte Vergütungsforderung in Höhe von 23.293,12 € im Klageverfahren – mit Ausnahme der Zinsen – beglichen. Das hierin zum Ausdruck kommende konkludente Teilanerkenntnis der Beklagten hat die Klägerin angenommen.

II. Im Rahmen der Klage ist daher nur noch über die Zinsen zu entscheiden.

Die so verstandene Klage ist zulässig, denn sie ist insbesondere form- und fristgerecht bei dem zuständigen Sozialgericht erhoben worden.

Die Klage ist auch begründet. Die Klägerin hat nicht nur einen Anspruch auf den eingeklagten Betrag in Höhe von 23.293,12 €, sondern auch auf Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 02.09.2019.

Rechtsgrundlage des Zinsanspruchs ist § 10 Abs. 4 des Landesvertrages über die allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung gemäß [§ 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#).

Danach besteht nach Ablauf von 30 Tagen nach Übermittlung der Rechnung vom 02.08.2019 der geltend gemachte Zinsanspruch. Voraussetzung hierfür ist aber, dass die eingeklagte Hauptforderung besteht und die Forderung durch eine formal ordnungsgemäße Abrechnung fällig geworden ist.

Diese Voraussetzungen sind vorliegend erfüllt. Die Klägerin hatte einen weiteren Vergütungsanspruch gegen die Beklagte aus der Behandlung der Patientin K. in ihrem Krankenhaus im Zeitraum vom 26.11.2018 bis 24.12.2018 in Höhe von 23.293,12 €.

Rechtsgrundlage des Vergütungsanspruchs der Klägerin ist [§ 109 Abs. 4 Satz 3](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (< SGB V > hier anzuwenden in der Fassung durch Art. 7 Nr. 8a Pflegepersonal-Stärkungsgesetz vom 11.12.2018 < PpSG >, BGBl. I S. 2394) i. V. m. § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 Krankenhausentgeltgesetz (< KHEntG > hier anzuwenden in der Fassung durch Art. 9 Nr. 5 PpSG) sowie die Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2019 (Fallpauschalenvereinbarung 2019 – FPV 2019) i. V. m. § 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz (< KHG > hier anzuwenden in der Fassung durch Art. 2 Nr. 3 PpSG) ergänzt durch den Krankenhausbehandlungsvertrag nach [§ 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#) für das Land Hessen.

Der Vergütungsanspruch für die Krankenhausbehandlung und damit korrespondierend die Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse entsteht - unabhängig von einer Kostenzusage - unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten kraft Gesetzes, wenn die vollstationäre Versorgung - wie hier - in einem zugelassenen Krankenhaus erfolgt und im Sinne von [§ 39 Absatz 1 Satz 2 SGB V](#) erforderlich und wirtschaftlich ist (vgl. ständige Rechtsprechung des Bundessozialgerichts < BSG >, siehe nur BSG, Urteil vom 23.06.2015, Az. [B 1 KR 26/14 R](#), juris, Rn. 34, m. w. N.; SG Marburg, Gerichtsbescheid vom 02.01.2019, Az. [S 14 KR 1/18](#), in: [BeckRS 2019, 1517](#)).

Die Klägerin hat der Beklagten eine formal ordnungsgemäße Rechnung übermittelt. Entgegen der Auffassung der Beklagten steht der Fälligkeit nicht entgegen, dass die Klägerin ihr auf der ersten Stufe keine weiteren Angaben übermittelt hat.

Das Verfahren hinsichtlich der Vergütung von Krankenhausaufhalten zwischen den Beteiligten ist umfassend geregelt. Maßgebliche Norm ist dabei [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) in der Fassung vom 23.12.2016. Diese beinhaltet ein prüfrechtl. Beschleunigungsgebot. [§ 275 Abs. 1c Satz 1 SGB V](#) ordnet in Bezug auf die Krankenhausbehandlung nach [§ 39 SGB V](#) an, dass eine Prüfung nach [§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) „zeitnah“ durchzuführen ist. Dieses wird in [§ 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V](#) für den ersten Prüfabschnitt dahin präzisiert, dass eine Prüfung spätestens sechs Wochen nach Eingang der Abrechnung bei der Krankenkasse einzuleiten und durch den MDK dem Krankenhaus anzuzeigen ist. Leitet die Krankenkasse die Prüfung nicht spätestens sechs Wochen nach Eingang der Abrechnung bei ihr ein und zeigt der MDK die Einleitung der Prüfung dem Krankenhaus nicht oder nicht rechtzeitig nach [§ 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V](#) an, bewirkt dies ein sich auch auf Gerichtsverfahren erstreckendes Beweisverwertungsverbot. Das Beweisverwertungsverbot des [§ 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V](#) knüpft an die Einleitung eines MDK-Prüfverfahrens mit dem Ziel einer Abrechnungsminderung an, das auch zum Gegenstand hat, dass das Krankenhaus im Rahmen einer Einzelfallprüfung Sozialdaten des nach [§ 39 SGB V](#) behandelten Versicherten dem MDK zur Verfügung stellt. Im Verhältnis zwischen Krankenhäusern, Krankenkassen und dem MDK bestehen Auskunft- und Prüfpflichten auf drei Ebenen: Auf der ersten Stufe der Sachverhaltserhebung hat das Krankenhaus zunächst alle Angaben nach [§ 301 Abs. 1 SGB V](#) zu machen, und zwar zutreffend und vollständig. Erschließen sich die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung oder weitere Abrechnungsvoraussetzungen den - medizinisch in der Regel nicht besonders ausgebildeten - Mitarbeitern der Krankenkassen aufgrund der gebotenen Angaben nach § 301 SGB V oder eines etwaigen Kurzberichts nicht selbst, ist auf der zweiten Stufe der Sachverhaltserhebung ein Prüfverfahren nach [§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) einzuleiten. Danach ist beim MDK eine gutachtliche Stellungnahme einzuholen, wenn die vom Krankenhaus erteilten und ansonsten zur Verfügung stehenden Informationen zur Prüfung insbesondere von Voraussetzung, Art und Umfang der Krankenhausbehandlung nicht ausreichen. Dazu hat die Krankenkasse dem MDK gemäß [§ 276 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) alle in ihrem Verfügungsbereich befindlichen und zur Begutachtung erforderlichen Unterlagen vorzulegen. Im Rahmen einer nach diesen Voraussetzungen ordnungsgemäß eingeleiteten Prüfung hat das Krankenhaus schließlich auf der dritten Stufe der Sachverhaltserhebung - wenn sich also unter Auswertung der auf der ersten und zweiten Stufe verfügbaren Sozialdaten kein abschließendes Ergebnis finden lässt - nach [§ 276 Abs. 2 Satz 1 Halbsatz 2 SGB V](#) dem MDK auch über die Daten nach [§ 301 SGB V](#) und einen etwaigen Kurzbericht hinaus alle weiteren Angaben zu erteilen und Unterlagen vorzulegen, die im Einzelfall zur Beantwortung der Prüfanfrage der Krankenkasse benötigt werden. MDK-Prüfungen nach [§ 275 Abs. 1c Satz 1 SGB V](#), die sich auf von den Krankenhäusern zur Verfügung gestellte Sozialdaten der Versicherten stützen sollen, betreffen nur diese dritte Stufe. Schritte der Krankenkasse, die im Vorfeld bloß abklären sollen, ob überhaupt ein Prüfverfahren i.S. von [§ 275 Abs. 1c Satz 1 SGB V](#) einzuleiten ist, werden noch zur ersten Stufe gerechnet. Dies gilt jedenfalls dann, wenn die Informationsbeschaffung ohne Mithilfe des MDK datenschutzrechtlich zulässig und die Auswertung der gewonnenen Informationen ohne Hilfe des MDK möglich ist.

Anhand der dargestellten Grundsätze ist die Klägerin ihren Informationspflichten auf der ersten Stufe der Sachverhaltsermittlung vollumfänglich nachgekommen. Sie hat die in [§ 301 Abs. 1 SGB V](#) aufgelisteten notwendigen Behandlungsdaten übermittelt. Dabei ist die Übermittlung von Informationen zu den Fachabteilungen und zu durchgeführten Verlegungen grundsätzlich in [§ 301 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 und Nr. 7 SGB V](#) geregelt. Sie setzt aber voraus, dass eine Verlegung stattgefunden hat. Fehlt es an einer solchen Verlegung, können auch keine diesbezüglichen Daten übermittelt werden.

So liegt der Fall hier. Die Klägerin behandelte die Patientin durchgängig intensivmedizinisch auf einer der Orthopädie zugewiesenen Fachabteilung. Die dadurch über [§ 301 SGB V](#) zu übermittelnden Daten legte sie der Beklagten vor. Soweit bei der Beklagten aufgrund der übermittelten Daten Zweifel an einer Behandlung auf der Intensivstation entstanden sind, so wäre es notwendig gewesen, den MDK mit der Begutachtung des Falles zur Klärung der Zweifel zu beauftragen.

Eine Verpflichtung der Klägerin, die von der Beklagten zusätzlich angeforderten Daten zu übermitteln, bestand auf der ersten Stufe der Sachverhaltsermittlung hingegen nicht. Unabhängig davon, dass die von der Beklagten gewünschten zeitlichen Informationen so gar nicht übermittelt werden konnten (etwa mangels Verlegung), betreffen sie letztendlich die Frage, ob eine intensivmedizinische Behandlung durchgeführt wurde. Dabei handelt es sich wiederum um eine medizinisch-kodierrechtliche Frage, die die Beklagte ihrerseits nur durch die Beauftragung des MDK beantworten kann. Ungeachtet der Tatsache, dass die von der Beklagten gewünschten weiteren Informationen nicht über [§ 301 Abs. 1 SGB V](#) auf der ersten Stufe der Sachverhaltsermittlung verlangt werden konnten, so ist auch fraglich, inwiefern durch die Übermittlung der Daten eine Beschleunigung des Verfahrens hätte erreicht werden können. Dies zeigt sich an dem Klageverfahren, wo die Beklagte in ihrer Klageerwidderung noch maßgeblich darauf abgestellt hat, dass die Klägerin nicht schlüssig dargelegt hätte, dass eine Behandlung auf der Intensivstation stattgefunden hätte und die Mitteilung der Klägerin, dass ihre Intensivstation der Orthopädie zugewiesen

sei, nicht als ausreichend angesehen hat. Die Kammer sieht es als unwahrscheinlich an, dass die Beklagte die gleichen Informationen im Verwaltungsverfahren als ausreichend angesehen hätte.

Der Klägerin steht also durch die fällige Rechnung auch der Zinsanspruch zu. Der Klage war daher stattzugeben.

III. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i. V. m. [§ 154 Abs. 1](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO), da die Beteiligten nicht zu dem in [§ 183 SGG](#) genannten Personenkreis gehören.

IV. Die Streitwertfestsetzung ergibt sich aus [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i. V. m. [§ 63 Abs. 2 Satz 1](#), [§ 52 Abs. 1 und Abs. 3](#) Gerichtskostengesetz (GKG) und folgt der Klageforderung, wodurch sich der festgesetzte Wert ergibt.

Rechtskraft

Aus

Saved

2024-05-10