

S 22 KR 193/20

Sozialgericht
SG Detmold (NRW)
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
22
1. Instanz
SG Detmold (NRW)
Aktenzeichen
S 22 KR 193/20
Datum
16.02.2022
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 10 KR 226/22 KH
Datum
-
3. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin 3.006,92 Euro nebst Zinsen hieraus in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem jeweils gültigen Basiszinssatz seit dem 18.01.2019 zu zahlen.

Die Beklagte trägt die Kosten des Verfahrens.

Der Streitwert wird auf 3.006,92 Euro festgesetzt.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Vergütung einer stationären Krankenhausbehandlung in Höhe von 3.006,92 Euro.

Das für die Behandlung Versicherter zugelassene Krankenhaus der Klägerin nahm die bei der beklagten Krankenkasse versicherte O. A. (geb. am 00.00.0000, im Folgenden: Versicherte) vom 00.00.0000 bis zum 00.00.0000 vollstationär auf.

Mit Rechnung vom 16.01.2018, bei der Beklagten am 17.01.2018 eingegangen, machte die Klägerin bei der Beklagten Behandlungskosten in Höhe von 3.006,92 Euro geltend. Die Beklagte bezahlte den Rechnungsbetrag zunächst an die Klägerin.

Am 18.01.2018 übermittelte der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) an die Klägerin unter Bezugnahme auf einen entsprechenden Auftrag der Beklagten vom 17.01.2018 eine Prüfanzeige zur Begutachtung im Rahmen einer Begehung mit den Prüfgegenständen primäre Fehlbelegung, sekundäre Fehlbelegung und Kodierung und teilte mit, der MDK werde sich zeitnah mit der Klägerin zur Terminabsprache in Verbindung setzen. Hierzu kam es nicht.

Am 02.10.2018 übermittelte der MDK an die Klägerin eine neuerliche Prüfanzeige mit denselben Prüfgegenständen, wiederum unter Bezugnahme auf den Auftrag der Beklagten vom 17.01.2018, nunmehr jedoch mit der Bitte um Übersendung „sämtlicher Behandlungsunterlagen, die geeignet sind, die Fragestellung der Krankenkasse bezogen auf den Prüfgegenstand vollumfänglich zu beantworten bzw. die zur Beurteilung von Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistung sowie zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung benötigt werden“ bis zum 27.11.2018.

Die Klägerin übersandte keine Unterlagen an den MDK.

Am 14.12.2018 forderte die Beklagte von der Klägerin die Erstattung von 3.006,92 Euro. Am 18.01.2019 verrechnete sie den Betrag gegen Forderungen der Klägerin aus zwei anderen Behandlungsfällen mit den Rechnungsnummern 58000904 und 58000905.

Zur Begründung ihrer am 15.12.2019 erhobenen Klage trägt die Klägerin vor, die erneute Prüfanzeige vom 02.10.2018 sei verfristet gewesen. Bei Direktbeauftragung des MDK durch die Krankenkasse betrage die maximale Zeitspanne 8 Wochen ab Eingang der Zahlungsbegründenden Unterlagen bei der Krankenkasse. In dem Schreiben vom 02.10.2018 sei von einer Fortsetzung der Prüfung keine Rede. Im Gegenteil werde Bezug genommen auf den Auftrag der Beklagten vom 17.01.2018 und nicht auf die am 18.01.2018 angekündigte Begehung. Die „Vereinbarung über das Nähere zum Prüfverfahren nach [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) (Prüfverfahrenvereinbarung - PrüfvV) gemäß § 17c Abs. 2 KHG“ sehe eine Fortsetzung einer bereits eingeleiteten Prüfung nicht vor.

Die Klägerin beantragt schriftsätzlich,

die Beklagte zu verurteilen, an sie 3.006,92 Euro nebst Zinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 18.01.2019 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt schriftsätzlich,

die Klage abzuweisen,

Sie trägt vor, die Aufrechnung sei zu Recht erfolgt. Sie habe einen öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch gehabt, da die Klägerin dem MDK die angeforderten Unterlagen nicht zur Verfügung gestellt habe und damit gegen ihre Mitwirkungspflichten aus § 7 Abs. 2 PrüfV verstoßen habe. Die Prüfung sei fristgerecht innerhalb der maßgeblichen 6-Wochen-Frist am 18.01.2018 angezeigt worden. Die Mitteilung vom 02.10.2018 sei eine Fortsetzung und keine Neueinleitung der Prüfung gewesen. Es handele sich um eine bloße Änderung der Verfahrensart der Prüfung. Die Klägerin habe die Unterlagen nicht innerhalb von 8 Wochen an den MDK übermittelt und habe damit nur einen Anspruch auf den unstrittigen Rechnungsbetrag.

In einem Termin zur Erörterung des Sachverhalts am 21.12.2021 haben sich die Beteiligten mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird ergänzend auf den übrigen Inhalt der Gerichtsakte und des Verwaltungsvorganges der Beklagten Bezug genommen, die Gegenstand der Entscheidungsfindung gewesen sind.

Entscheidungsgründe:

Vorliegend konnte die Kammer gemäß [§ 124 Abs. 2](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) durch Urteil ohne mündliche Verhandlung entscheiden, da die Beteiligten ihr Einverständnis hierzu erklärt haben.

Die auf Zahlung der Behandlungskosten gerichtete Klage ist als echte Leistungsklage nach [§ 54 Abs. 5 SGG](#) zulässig, da es um einen sogenannten Parteienrechtsstreit im Gleichordnungsverhältnis geht, in welchem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt.

Die Klage ist auch begründet. Der Klägerin steht der geltend gemachte (weitere) Vergütungsanspruch in Höhe von 3.006,92 Euro zu.

Gegenstand der Klageforderung ist der Anspruch auf Vergütung aufgrund der stationären Behandlungen in zwei anderen Fällen anderer bei der Beklagten versicherter Patienten, die bezüglich der Höhe nicht streitig sind und für die die Klägerin daher jeweils einen Anspruch auf die in Rechnung gestellte Vergütung in voller Höhe hat. Die weiteren Forderungen der Klägerin aus diesen Behandlungsfällen mit den Rechnungsnummern 0 und 0 sind begründet, da die Beklagte gegen diese Forderungen nicht analog [§ 387](#) Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) aufrechnen durfte, da ein Erstattungsanspruch aus dem Behandlungsfall der Versicherten nicht bestand.

Die Voraussetzungen eines öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruches sind nicht erfüllt. Ein solcher Anspruch setzt u.a. voraus, dass der Berechtigte Leistungen im Rahmen eines öffentlichen Rechtsverhältnisses ohne rechtlichen Grund erbracht hat. Dies ist nicht der Fall. Denn die Klägerin hat gegen die Beklagte einen Vergütungsanspruch für die Behandlung der Versicherten in der von ihr geltend gemachten Höhe.

Die Klägerin hat die Grundvoraussetzungen eines Anspruchs auf Krankenhausvergütung erfüllt, indem sie die Versicherte stationär behandelt hat.

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 (KHEntG) 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](#)).

Bei dem Krankenhaus der Klägerin handelt es sich um ein zugelassenes Krankenhaus.

Der Maßstab der Prüfung der medizinischen Erforderlichkeit ist im vorliegenden Fall beschränkt. Indem die Beklagte es unterlassen hat, fristgerecht eine Prüfung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) einzuleiten, ist eine Präklusionswirkung in Hinblick auf mögliche medizinische Einwendungen eingetreten.

Gemäß [§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) (diese und nachfolgende Vorschriften in der im maßgeblichen Zeitraum geltenden Fassung) 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 Satz 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 Frist des [§ 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V](#) auf die Daten beschränkt sind, die das Krankenhaus der Krankenkasse im Rahmen seiner Informationsobliegenheiten bei der Krankenhausaufnahme und zur Abrechnung – deren vollständige Erfüllung vorausgesetzt – jeweils zur Verfügung gestellt hat (vgl. 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 bzw. nicht fristgerecht eingeleitete MDK-Prüfung eingeschränkt. Dies gilt insbesondere im Hinblick darauf, dass der Gesetzgeber die behördliche Sachverhaltsermittlung durch die bereichsspezifische Sonderregelung in [§ 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V](#) unter ein besonderes Beschleunigungsgebot gestellt hat. Die gesetzliche Frist des [§ 275 Abs. 1c Satz 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 Satz 2 SGB V](#) bewusst derartige Einzelfallprüfungen beschränken und stattdessen die Stichprobenprüfung nach § 17c Abs. 2 KHG aufwerten wollte. 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. zum Vorstehenden BSG a.a.O.). Die Kammer darf die von der Beklagten vorprozessual unterbliebenen Ermittlungen im gerichtlichen Verfahren infolge des Verwertungsverbotes nicht mehr nachholen. Andernfalls würde das bereits beschriebene vorgesehene Prüfverfahren nach

[§ 275 Abs. 1c SGB V](#) sowie das dreistufige Prüfverfahren samt der Auskunft- und Mitwirkungspflichten der beteiligten Krankenkasse und des beteiligten Krankenhauses leerlaufen (dazu ebenfalls BSG a.a.O.).

Die vorliegend streitige Rechnung wurde von der Klägerin am 17.01.2018 an die Beklagte übermittelt. Sie hat die ihr obliegenden Mitteilungspflichten im Verhältnis zur Krankenkasse über Anlass und Verlauf der abgerechneten Krankenhausversorgung ordnungsgemäß erfüllt und damit den Lauf der Frist des [§ 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V](#) in Gang gesetzt. Ein Verstoß gegen die Mitteilungspflichten des [§ 301 SGB V](#) ist weder vorgetragen noch ersichtlich. Die Frist des [§ 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V](#) ist jedoch nicht eingehalten worden.

Zunächst hat der MDK mit Schreiben vom 18.01.2018 eine Prüfung angekündigt, und zwar eine Prüfung vor Ort. Diese angekündigte Prüfung ist jedoch tatsächlich nicht durchgeführt worden. Der MDK hat auch nicht innerhalb der Frist des [§ 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V](#) mitgeteilt, dass ein Wechsel in das schriftliche Verfahren erfolgen solle.

Die weitere Prüfanzeige vom 02.12.2018 ist weit außerhalb der Frist des [§ 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V](#) bei der Klägerin eingegangen. Auch ergibt sich aus dem Schreiben vom 02.10.2018 insbesondere nicht, dass hier nicht eine neue Prüfung eingeleitet werden sollte, sondern die mit Schreiben vom 18.01.2018 eingeleitete Prüfung – weiter – durchgeführt werden sollte.

Bei der Prüfung vor Ort einerseits und der Prüfung im schriftlichen Verfahren andererseits handelt es sich um zwei verschiedene Prüfverfahren. Ein Wechsel zwischen den beiden Prüfverfahrensarten ist – innerhalb der Frist des [§ 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V](#) – möglich, hier aber, wie ausgeführt, nicht erfolgt.

Das Schreiben vom 02.10.2018 enthält auch weder einen Hinweis darauf, dass hier an eine bereits eingeleitete Prüfung angeknüpft werden sollte, noch darauf, dass ein Wechsel der Prüfverfahrensart erfolgen sollte. Vielmehr ist das Schreiben als Anzeige eines neuen Prüfverfahrens formuliert; es unterscheidet sich nicht von den übrigen – neuen – Prüfanzeigen des MDK.

Die Beklagte hat hiernach weder auf der ersten Stufe der Sachverhaltserhebung nicht-medizinische Nachfragen an die Klägerin gerichtet noch auf der zweiten Stufe fristgerecht ein Prüfverfahren eingeleitet. 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 die Versicherte bei einer Erkrankung der Schulter zur Durchführung einer arthroskopischen Behandlung vom 00.00.0000 bis zum 00.00.0000 vollstationär aufgenommen wurde. Dabei wurde die DRG I16B (Andere Eingriffe an der Schulter und bestimmte Eingriffe an der oberen Extremität ohne bestimmten Eingriff an Schulter, Arm und Ellenbogen, mit bestimmtem anderem Eingriff an Klavikula und Schultergelenk) abgerechnet. Anhaltspunkte für eine mangelnde Erforderlichkeit der stationären Behandlung oder eine fehlerhafte Abrechnung ergeben sich aus diesen Daten nicht. Von der Erforderlichkeit der stationären Behandlung ist auszugehen.

Der formal ordnungsgemäß abgerechnete Vergütungsanspruch aus dem Behandlungsfall der Versicherten war auch fällig. Eine formal ordnungsgemäße Abrechnung setzt nach der Rechtsprechung des BSG eine ordnungsgemäße Information der Krankenkasse über die vom Krankenhaus abgerechnete Versorgung nach Maßgabe der Informationsobliegenheiten und ggf. Verpflichtungen voraus, insbesondere aus [§ 301 SGB V](#). Fehlt es an dieser Angabe, tritt mangels formal ordnungsgemäßer Abrechnung bereits die Fälligkeit der abgerechneten Forderung nicht ein (BSG, Urteil vom 21.04.2015, Az. [B 1 KR 10/15 R](#)). Die Informationen nach [§ 301 SGB V](#) wurden der Beklagten übermittelt. Etwas Gegenteiliges ist weder vorgetragen noch ansonsten ersichtlich. Der Anspruch war hiernach fällig.

Damit steht der Klägerin der geltend gemachte Zahlungsanspruch in der geltend gemachten – rechnerisch unstreitigen – Höhe zu. Diesen hat die Beklagte nach § 15 Abs. 1 Satz 4 des Vertrages nach [§ 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V](#) über „Allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung“ (Landesvertrag NRW) antragsgemäß zu verzinsen.

Die Kostenentscheidung folgt aus § 197a Abs. 1 Teils. 3 SGG i. V. m. [§ 154 Abs. 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
2024-07-11