S 89 KR 1766/23

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
SG Berlin (BRB)
Sachgebiet
Krankenversicherung
1. Instanz
SG Berlin (BRB)
Aktenzeichen
S 89 KR 1766/23
Datum
14.03.2025
2. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

zum Umfang der wesentlichen Begründung der Leistungsentscheidung nach § 8 Satz 2 PrüfvV

GSW
Sozialgericht Berlin

verkündet am
14. März 2025

S 89 KR 1766/23

Im Namen des Volkes

Urteil

In dem Rechtsstreit

A. GmbH,
...

in Sachen: N., U. geb. ... 1942

- Klägerin -

Proz.-Bev.:

... Rechtsanwälte,

...

gegen

KKH Kaufmännische Krankenkasse,
Hauptverwaltung

Karl-Wiechert-Allee 61, 30625 Hannover,

- Beklagte -

hat die 89. Kammer des Sozialgerichts Berlin auf die mündliche Verhandlung am 14. März 2025 durch die Richterin am Sozialgericht ... sowie die ehrenamtliche Richterin **... und** den ehrenamtlichen Richter **...** für Recht erkannt:

Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin 1.468,56 Euro nebst Zinsen in Höhe von 2 PP über dem Basiszinssatz aus 1.417,92 Euro für den Zeitraum vom 25. Oktober 2022 bis zum 5. September 2023 sowie aus 1.468,56 Euro seit dem 6. September 2023 zu zahlen.

Die Beklagte trägt die Kosten des Verfahrens.

Tatbestand

Die Beteiligten streiten über einen Anspruch auf Vergütung einer stationären Krankenhausbehandlung.

Die Klägerin betreibt ein nach § 108 SGB V zugelassenen psychiatrisches Krankenhaus. Dort wurde in der Zeit vom 16. April 2021 bis zum 15. Juni 2021 und nochmals vom 17. Juni 2021 bis zum 21. Oktober 2021 die 1942 geborene und bei der Beklagten krankenversicherte Patientin U. N. (im Folgenden: Versicherte) aufgrund einer psychotischen Depression stationär behandelt. Die Aufenthalte wurden im Rahmen einer Fallzusammenführung als ein Behandlungsfall abgerechnet.

Die Klägerin kodierte für die Behandlung u.a. an mehreren Tagen den OPS-Code 9-619 (*Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 3 Merkmalen*) und stellte der Beklagten am 6. Dezember 2021 eine Rechnung in Höhe von 57.965,19 Euro nach PEPP PA04A. Die Beklagte beglich die Rechnung zunächst vollständig und leitete eine Abrechnungsprüfung ein. Der Medizinischen Dienst (im Folgenden: MD) zeigte daraufhin gegenüber der Klägerin mit Schreiben vom 21. Dezember 2021 die Prüfung an. Die Gutachterin des MD kam in ihrem Gutachten vom 31. August 2022 zu dem Ergebnis, dass an mehreren Tagen der OPS 9-619 nicht belegt sei, und begründete dies damit, dass keine Intensivbehandlung bei Vorliegen von ≥ drei Merkmalen je Tag durchgeführt und belegt sei. Konkretere Angaben zu den Intensivmerkmalen machte sie nicht.

Daraufhin traf die Beklagte am 7. September 2022 die folgende Leistungsentscheidung: „Der von uns beauftragte Medizinische Dienst (MD) kommt in seiner Stellungnahme vom 31.08.2022 zu dem Ergebnis, dass diverse OPS gestrichen werden müssen. Den Ausgleich der Rechnung (…) hatten wir unter Vorbehalt vorgenommen. Bitte lassen Sie uns die Rechnungskorrektur per Datenaustausch zukommen. Bitte überweisen Sie uns den Differenzbetrag in Höhe von 1.417,92 € (…).“ Die Beklagte verrechnete am 24. Oktober 2022 den Betrag von 1.417,92 Euro mit einer Forderung aus einem unstreitigen Behandlungsfall.

Gegen die Leistungsentscheidung leitete die Klägerin ein Nachverfahren ein und wies darauf hin, dass eine qualifizierte Stellungnahme nicht möglich sei, da weder aus dem Gutachten noch aus der Leistungsentscheidung die vermeintlich strittigen Intensivmerkmale hervorgingen. Sie bat daher um Mitteilung der strittigen Intensivmerkmale.

Die Beklagte holte eine weitere Stellungnahme des MD ein, der in seinem Gutachten vom 17. Juli 2023 an dem Ergebnis des Primärgutachtens festhielt und nunmehr ausführlich begründete, welche Intensivmerkmale nicht belegt seien (die schwere Antriebsstörung, keine eigenständige Flüssigkeits-/Nahrungsaufnahme und die akute Selbstgefährdung durch fehlende Orientierung oder Realitätsverkennung). Die Beklagte schloss sich erneut dem Ergebnis des MD an und traf am 28. Juli 2023 eine Leistungsentscheidung, in welcher sie die nicht erfüllten Intensivmerkmale aufführte. Hinsichtlich des Merkmals „keine eigenständige Flüssigkeits-/Nahrungsaufnahme“ sei das Geben von Impulsen oder Anreichen sowie Führen eines Trinkprotokolls nicht ausreichend. Es habe an keinem Tag die akute Selbstgefährdung vorgelegen. Die schwere Antriebsstörung sei nicht belegt, da sich aus der Dokumentation das Impulsgeben

zum Aufstehen und die verzögerte Reaktionszeit bei Ansprache bei im wesentlichen erhaltener Durchführung der Alltagsverrichtungen ergebe.

Die Klägerin hat am 2. Oktober 2023 Klage erhoben, mit der sie unter anderem geltend macht, dass die Beklagte gegen § 8 PrüfvV verstoßen habe. Es sei klar geregelt, dass die Krankenkasse mit ihrer Leistungsentscheidung die wesentlichen Gründe dafür mitzuteilen habe, warum die Abrechnung des Krankenhauses nicht korrekt sei. Diesen Anforderungen habe die Leistungsentscheidung vom 7. September 2022 nicht entsprochen, da die wesentlichen Gründe – insbesondere die streitigen Intensivmerkmale – nicht mitgeteilt worden seien. Zwar sei dies mit der zweiten Leistungsentscheidung vom 28. Juli 2023 nachgeholt worden, allerdings sei zu dem Zeitpunkt die Ausschlussfrist in § 8 S. 3 PrüfvV bereits abgelaufen gewesen. Dieser Entscheidung komme daher keinerlei Bedeutung mehr zu. Damit läge keine wirksame Leistungsentscheidung vor.

Die Beklagte hat am 5. September 2023 eine weitere Aufrechnung in Höhe von 50,64 Euro vorgenommen, weshalb die Klägerin ihre Klage dahingehend erweitert hat.

Die Klägerin beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin 1.468,56 **Euro** nebst Zinsen in Höhe von 2 PP über dem Basiszinssatz aus 1.417,92 **Euro** für den Zeitraum vom 25. Oktober 2022 bis zum 5. September 2023 sowie aus 1.468,56 **Euro** seit dem 6. September 2023 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie ist der Auffassung, dass eine Präklusion nach § 8 PrüfvV nicht eingetreten sei. In der Leistungsentscheidung müsse die Beklagte nur die wesentlichen Gründe der Kürzung benennen, insbesondere müsse sie nicht jedes Merkmal für jeden Tag einzeln auflisten, da dies die wesentlichen Gründe überstrapazieren würde. Ein Verweis auf das MD-Gutachten müsse ausreichen. Das Zweitgutachten habe die Beklagte nur als Zeichen des guten Willens eingeholt, da ein Widerspruchsgutachten nicht in der PrüfvV geregelt sei. Daher gelten dafür keine Fristen. Im Übrigen sei dies auch nicht entscheidend, da das Prüfverfahren bereits mit der Leistungsentscheidung vom 31. August 2022 beendet worden sei.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichtsakte und der beigezogenen Verwaltungsakte der Beklagten Bezug genommen. Der Inhalt dieser Akten ist Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen.

Entscheidungsgründe

Die von der Klägerin erhobene (echte) Leistungsklage nach § 54 Abs. 5 SGG ist im hier bestehenden Gleichordnungsverhältnis zulässig *(stRspr, vgl. u.a. BSG, Urteil vom 16. Dezember 2008 – B 1 KN 1/07 KR R, Rn. 9; BSG, Urteil vom 30. Juni 2009 – B 1 KR 24/08 R, Rn. 12)*. Sie ist auch begründet. Die Klägerin hat einen Anspruch gegen die Beklagte auf die Zahlung weiterer 1.468,56 Euro.

Dabei ist es zwischen den Beteiligten zu Recht nicht streitig, dass die Klägerin aufgrund stationärer Behandlung des anderen Versicherten der Beklagten Anspruch auf die dort abgerechnete Vergütung hat; eine nähere Prüfung der Kammer erübrigt sich insoweit *(vgl. zur Zulässigkeit dieses Vorgehens u.a. BSG, Urteil vom 11. September 2018 – B 1 KR 36/17 R, Rn. 8)*.

Die Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse für Krankenhausbehandlung entsteht - unabhängig von einer Kostenzusage - unmittelbar mit Inanspruchnahme der Leistung durch die Versicherten kraft Gesetzes, wenn die Versorgung - wie hier - in einem zugelassenen Krankenhaus erfolgt und i.S. von § 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V erforderlich und wirtschaftlich ist. Rechtsgrundlage des Vergütungsanspruchs der Klägerin ist § 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V i.V.m. § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) und § 17d Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG). Nach § 17d KHG ist für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen seit dem 1. Januar 2018 ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschaliertes Vergütungssystem (PEPP) für alle Krankenhäuser verbindlich anzuwenden.

Der (unstreitige) Vergütungsanspruch erlosch auch nicht infolge der Aufrechnungserklärungen der Beklagten. Die Voraussetzungen des § 387 BGB sind nicht erfüllt.

Vorliegend ist die PrüfvV 2016 in der Fassung der Übergangsvereinbarung vom 10. Dezember 2019 anzuwenden, weil hier die Abrechnung eines Behandlungsfalles aus dem Jahr 2021 zu beurteilen ist (vgl. § 13 Abs. 1 PrüfvV, Art. 1 S. 2 Übergangsvereinbarung). Nach § 8 PrüfvV hat die Krankenkasse 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 dem Krankenhaus die wesentlichen Gründe darzulegen (Satz 2). Die Mitteilungen nach Satz 1 und 2 haben innerhalb von 13 Monaten nach Übermittlung der Prüfanzeige nach § 6 Abs. 3 PrüfvV zu erfolgen (Satz 3). Die Regelung des Satzes 3 wirkt als Ausschlussfrist (Satz 4).

Es steht zur Überzeugung der Kammer fest, dass die Beklagte der Klägerin die wesentlichen Gründe ihrer abschließenden Entscheidung zur Wirtschaftlichkeit der Leistung nicht innerhalb der 13monatigen Frist des § 8 S. 3 PrüfvV mitgeteilt hat. Der MD zeigte die Prüfung mit Prüfanzeige vom 21. Dezember 2021 gegenüber dem Krankenhaus an. Die erste Leistungsentscheidung vom 7. September 2022 traf die Beklagte innerhalb der Frist von 13 Monaten, die zweite Leistungsentscheidung vom 28. Juli 2023 außerhalb der Frist von 13 Monaten. Da nur die erste Leistungsentscheidung vom 7. September 2022 innerhalb der Frist des § 8 S. 3 PrüfvV getroffen wurde, kam es bei der Prüfung der Voraussetzungen des § 8 PrüfvV nur auf diese Leistungsentscheidung an.

In der Leistungsentscheidung vom 7. September 2022 kam die Beklagte unter Bezugnahme auf das Gutachten des MD vom 31. August 2022 zu dem Ergebnis, dass „diverse OPS gestrichen werden müssen“. Der MD führte in seinem Gutachten aus, dass an mehreren Tagen der OPS 9-619 nicht belegt sei, und begründete dies damit, dass keine Intensivbehandlung bei Vorliegen von ≥ drei Merkmalen je Tag durchgeführt und belegt sei. Welche Intensivmerkmale nicht belegt seien, konkretisiert weder der MD in seinem Gutachten noch die Beklagte in ihrer Leistungsentscheidung. Diese Angaben genügen zur Überzeugung der Kammer nicht den Anforderungen an eine wesentliche Begründung.

Dies folgt aus der Anwendung der hier maßgeblichen Auslegungsgrundsätze. Die Auslegung der normenvertraglichen Bestimmungen der PrüfvV unterliegt den allgemeinen für Gesetze geltenden Auslegungsmethoden der Rechtswissenschaft. Die für Abrechnungsbestimmungen geltenden Einschränkungen im Sinne einer eng am Wortlaut orientierten, nur durch systematische Erwägungen unterstützten Auslegung gelten nicht *(vgl BSG vom 18.5.2021 - B 1 KR 34/20 R, Rn. 21 - juris; BSG vom 18.5.2021 - B 1 KR 32/20 R, Rn. 20 - juris)*. Bei der Auslegung von Normenverträgen - wie hier - ist nicht auf den subjektiven Willen der an der Normsetzung Beteiligten abzustellen, sondern auf die objektive Erklärungsbedeutung, die umfassend zu ermitteln ist *(BSG, Urteil vom 28. August 2024 – B 1 KR 33/23 R, Rn. 25 – juris m.w.N.)*.

Für den Umfang der wesentlichen Begründung hat die Kammer vor allem auf den Sinn und Zweck der PrüfvV abgestellt, der die Beschleunigung und Bündelung des Abrechnungsstreites im Blick hat (vgl. hierzu etwa BSG, Urteil vom 10. November 2021 – B 1 KR 36/20 R). Vor diesem Hintergrund sollte nach Auffassung der Kammer die Mitteilung der wesentlichen Gründe das Krankenhaus in die Lage versetzen, prüfen zu können, ob sie die Leistungsentscheidung der Krankenkasse akzeptieren und den Erstattungsanspruch erfüllen oder in ein streitiges Verfahren eintreten möchte. Um diese Prüfung sinnvoll durchführen zu können, muss das Krankenhaus die streitigen Intensivmerkmale kennen und die wesentlichen Gründe, aus denen diese nach der Überzeugung der Krankenkasse nicht erfüllt sein sollen. Nur dann kann das Krankenhaus seine Dokumentation einer kritischen Würdigung unterziehen und eine Erfüllung des Erstattungsanspruchs prüfen. Wenn nicht bekannt ist, welche Intensivmerkmale streitig sind, und warum diese nicht erfüllt sein sollen, wird das Krankenhaus in ein streitiges Verfahren gezwungen, wenn es die Forderung nicht blind anerkennen will. Dies ist hier auch geschehen, da die Klägerin nach Zugang der Leistungsentscheidung ein Nachverfahren einleitete und darauf hinwies, dass eine qualifizierte Stellungnahme nicht möglich sei, da weder aus dem Gutachten noch aus der Leistungsentscheidung die vermeintlich strittigen Intensivmerkmale hervorgingen. Ein solcher Ablauf widerspricht dem Sinn und Zweck der Beschleunigung und Bündelung des Abrechnungsstreits. Die Kammer konnte dahinstehen lassen, ob die Beklagte innerhalb der Ausschlussfrist von 13 Monaten die Begründung noch hätte nachholen können, da dies nicht geschehen ist. Erst nach Ablauf der Ausschlussfrist in ihrer zweiten Leistungsentscheidung vom 28. Juli 2023 holte die Beklagte die Begründung nach.

Die Beklagte konnte mit ihrem Vorbringen nicht durchdringen. Ihr ist einzuräumen, dass in einer Leistungsentscheidung grundsätzlich ein Verweis auf die Begründung des MD den Anforderungen an eine wesentliche Begründung genügen kann, wenn das MD-Gutachten dem Krankenhaus zugeht und die Begründung des MD ausreichend ist. Allerdings ist letzteres hier eben gerade nicht der Fall, da auch der MD die streitigen Intensivmerkmale nicht benennt und das Streichen auch nicht begründet. Die Beklagte konnte außerdem nicht damit durchdringen, dass das Benennen jedes Intensivmerkmales für jeden Tag die Leistungsentscheidung überstrapazieren würde. Das MD-Gutachten nimmt in Listenform Bezug auf die einzelnen Tage, an denen der OPS 9-619 gestrichen wurde. In der Liste hätte die Auflistung der streitigen Merkmale ohne weiteres Platz gefunden. Die wesentliche Begründung hätte ebenfalls nicht viel Raum benötigt (siehe die zweite Leistungsentscheidung und das zweite MD-Gutachten).

Aufgrund der nicht fristgerechten Übermittlung der wesentlichen Begründung waren die Voraussetzungen des § 387 BGB sind nicht erfüllt. Die Kammer konnte dahinstehen lassen, ob aus der nicht fristgerechten Übermittlung der wesentlichen Begründung folgt, dass der Beklagten bloß die Aufrechnung verwehrt ist (so das BSG, Urteil vom 28. August 2024 – B 1 KR 33/23 R für den Fall der fehlenden fristgerechten Bezifferung des Erstattungsanspruchs), oder eine materiell-rechtliche Präklusion eintritt mit der Folge, dass die Beklagte den Erstattungsanspruch nicht mehr geltend machen kann (so das LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 1. Februar 2024 – L 5 KR 357/22 KH für den Fall der nicht fristgerechten und wesentlich begründeten Leistungsentscheidung, anhängig beim BSG unter B 1 KR 8/24 R). Denn in

beiden Fällen war der Beklagten die Aufrechnung verwehrt.

Die Beklagte konnte den Verstoß gegen § 8 PrüfvV auch nicht durch das Nachholen der wesentlichen Begründung in der zweiten Leistungsentscheidung „heilen“. Eine solche Möglichkeit, die wiederum dem Sinn und Zweck der Beschleunigung und Bündelung des Abrechnungsstreits widersprechen würde, sieht die PrüfvV nicht vor.

Die Zinsforderung ergibt sich dem Grunde und der Höhe nach aus § 12 Abs. 5 des Vertrages gemäß §112 Abs. 2, Nr.1 SGB V für das Land Berlin.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 197 a SGG iVm § 154 Abs. 1 VwGO und folgt dem Ergebnis der Hauptsache.

Rechtskraft
Aus
Saved
2025-04-01