

L 6 KR 1620/13

Land

Freistaat Thüringen

Sozialgericht

Thüringer LSG

Sachgebiet

Krankenversicherung

Abteilung

6

1. Instanz

SG Altenburg (FST)

Aktenzeichen

S 4 KR 3293/10

Datum

06.09.2013

2. Instanz

Thüringer LSG

Aktenzeichen

L 6 KR 1620/13

Datum

24.05.2016

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung der Beklagten gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Altenburg vom 6. September 2013 wird zurückgewiesen. Die Beklagte trägt die Kosten des Verfahrens. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Höhe der Krankenhausvergütung.

Die Klägerin betreibt ein nach [§ 108](#) des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) zugelassenes Krankenhaus, in dem der Familienversicherte der Beklagten T. K. (im Folgenden: Versicherte) geboren und vom 30. Mai bis 4. Juni 2008 vollstationär behandelt wurde. Als Entlassungsdiagnosen nannte die Klägerin die Hauptdiagnose ICD-10-GM P07.3 (Sonstige vor dem Termin Geborene) sowie u.a. die Nebendiagnosen ICD-10-GM Q21.1 (Vorhofseptumdefekt (ASD), angeboren) und ICD-10-GM P59.8 (Neugeborenenikterus durch sonstige näher bezeichnete Ursachen) sowie verschiedene Prozeduren.

Für die stationäre Behandlung des Versicherten setzte die Klägerin nach dem auf G-DRGs (diagnosebezogene Fallgruppen - deutsche Version) basierenden Fallpauschalen-Katalog der G-DRG-Version 2008 die G-DRG P67B (Neugeborenes, Aufnahmezeitraum)2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung) 95 Stunden, mit schwerem Problem oder mit anderem Problem, mehr als ein Belegungstag oder mit nicht signifikanter OR-Prozedur, mit komplizierender Diagnose) nebst Zuschlägen mit einer Vergütung von insgesamt 3.096,02 EUR (Rechnung vom 4. Juni 2008) an. Die Beklagte zahlte diesen Betrag und beauftragte am 2. Juli 2008 den (MDK) e.V. mit der Prüfung der Plausibilität der Nebendiagnosen. In einer sozialmedizinischen Stellungnahme vom 25. September 2008 führte dieser aus, die vom Krankenhaus angegebene Nebendiagnose ICD-10-GM Q21.1 könne gutachterlich nicht bestätigt werden. Bei dem echokardiographisch nachgewiesenen Defekt im Vorhofseptum handele es sich um einen altersphysiologischen Befund. Der diagnostische Aufwand werde durch die Nebendiagnose ICD-10-GM P29.3 (Persistierender Fetalkreislauf) abgebildet. Die Nebendiagnose ICD-10-GM P59.8 könne ebenfalls nicht bestätigt werden. Zutreffend sei danach die G-DRG P67D (Neugeborener Einling, Aufnahmezeitraum)2499 g ohne OR-Prozedur, ohne Beatmung) 95 h, ohne schweres Problem, ohne anderes Problem oder ein Belegungstag). Mit Schreiben vom 13. November 2008 teilte die Beklagte der Klägerin mit, aufgrund der Abrechenbarkeit der G-DRG P67D mit einem Betrag von 737,80 EUR sowie Fehlern bei der Berechnung von Zu- und Abschlägen werde sie eine Verrechnung in Höhe von 2.264,35 EUR vornehmen. Die Verrechnung erfolgte am 30. Januar 2009. Hiergegen wandte sich die Klägerin am 30. Januar 2009. Nach § 14 des durch die Schiedsstelle nach [§ 114 SGB V](#) im Freistaat Thüringen am 24. Oktober 2003 festgesetzten Vertrages nach [§ 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V](#) über die Allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung zwischen der Landeskrankenhausgesellschaft Thüringen e.V. und den Thüringischen Landesverbänden der Krankenkassen (im Folgenden: KHBV) könnten Einwendungen nur innerhalb von sechs Monaten nach Rechnungszugang geltend gemacht werden. Das Rückforderungsschreiben vom 26. Januar 2009 liege außerhalb dieser Fristen. Die Beklagte wies die Einwände der Klägerin zurück. Der Entlassungsbericht des Krankenhauses sei erst am 18. August 2008 beim MDK eingegangen. Unterlagen, die die Kodierung der Nebendiagnose ICD-10-GM P59.8 belegten, seien nicht vorgelegt worden, so dass eine erneute Befundforderung notwendig geworden sei. Zeitliche Verzögerungen, die durch das Krankenhaus entstanden seien, könnten ihr nicht angelastet werden. Weiterhin verweise sie auf ihr Schreiben vom 13. November 2008. Die Klägerin führte hierzu aus, die Rechnung sei am 24. Juni 2008 versendet worden, so dass der Eintritt der Fälligkeit auf den 10. Juli 2008 zu datieren sei. Folglich hätte eine Verrechnung bis spätestens 10. Januar 2009 erfolgen müssen; die Verrechnung sei jedoch erst am 30. Januar 2009 erfolgt. Das Schreiben vom 13. November 2008 habe sie erst am 26. Januar 2009 erhalten. Die Überschreitung der Verrechnungsfrist liege in der Sphäre der Beklagten.

Am 1. September 2010 hat die Klägerin beim Sozialgericht (SG) Klage auf Zahlung von 2.264,35 EUR nebst Zinsen in Höhe von 5 v.H. über dem Basiszinssatz ab dem 31. Januar 2009 erhoben und an ihrer Ansicht festgehalten, die Verrechnung sei außerhalb der Frist des § 14 Abs.

2 Satz 4 KHBV erfolgt. Die Beklagte hat darauf hingewiesen, dass die Nebendiagnosen ICD-10-GM Q21.1 und ICD-10-GM P59.8 nicht kodiert werden durften. Zudem sei die Klägerin nach [§ 276 Abs. 2 Satz 1 Halbsatz 2 SGB V](#) zur Auskunft gegenüber dem MDK verpflichtet. Das SG hat Gutachten des Facharztes für Kinderheilkunde Dr. H. vom 13. Juli 2011, wonach die Kodierung der streitigen Nebendiagnosen korrekt war, und der Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin/Kinderkardiologie Dr. I. vom 7. Juni 2013 eingeholt, die die Kodierbarkeit der Nebendiagnose ICD-10-GM Q21.1 bestätigt hat.

Mit Gerichtsbescheid vom 6. September 2013 hat das SG die Beklagte verurteilt, an die Klägerin 2.264,35 EUR nebst Zinsen in Höhe von 5 v.H. über dem Basiszinssatz der Europäischen Zentralbank ab dem 31. Januar 2009 zu zahlen, und im Übrigen die Klage abgewiesen. Nach den eingeholten Gutachten der Dres. H. und I. sei die G-DRG P67B abrechenbar.

Im Berufungsverfahren hält die Beklagte an ihrer Ansicht fest, dass die Nebendiagnose ICD-10-GM Q21.1 nicht kodiert werden konnte. Sie verweist auf die erstinstanzlich vorgelegten Gutachten des MDK vom 21. September 2011 und 9. August 2013 und überreicht ein weiteres Gutachten des MDK vom 2. Juli 2014. Die Schlussrechnung vom 24. Juni 2008 sei am 26. Juni 2008 bei ihr eingegangen.

Die Beklagte beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Altenburg vom 6. September 2013 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung zurückzuweisen,

Sie verweist auf in Parallelverfahren eingeholte Gutachten, aus denen sich ebenfalls die Kodierbarkeit der Nebendiagnose ICD-10-GM Q21.1. ergebe.

Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt.

Zur Ergänzung des Sachverhalts wird auf den Inhalt der Prozess- und der beigezogenen Verwaltungsakte der Beklagten Bezug genommen, der Gegenstand der Entscheidung war.

Entscheidungsgründe:

Der Senat konnte im Einverständnis mit den Beteiligten ohne mündliche Verhandlung entscheiden ([§ 124 Abs. 2](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG)).

Die zulässige Berufung der Beklagten ist unbegründet.

Das SG hat die Beklagte im Ergebnis zu Recht verurteilt, an die Klägerin 2.264,35 EUR nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 31. Januar 2009 zu zahlen.

Streitgegenstand ist der Anspruch der Klägerin gegen die Beklagte auf Zahlung der weiteren Vergütung für die vollstationäre Behandlung einer Versicherten in Höhe von 2.264,35 EUR. Diesen Anspruch macht sie zu Recht mit der (echten) Leistungsklage nach [§ 54 Abs. 5 SGG](#) geltend. Die Klage eines Krankenhausträgers - wie hier der Klägerin - auf Zahlung der Behandlungskosten eines Versicherten gegen eine Krankenkasse ist ein Beteiligtenstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt, kein Vorverfahren durchzuführen und keine Klagefrist zu beachten ist (vgl. BSG, Urteil vom 16. Dezember 2008 - Az.: [B 1 KN 3/08 KR R](#) m.w.N., nach juris).

Zwischen den Beteiligten ist nicht streitig, dass der Klägerin aufgrund der Behandlung einer Versicherten der Beklagten zunächst ein Anspruch auf die abgerechnete Vergütung zustand; eine nähere Prüfung des erkennenden Senats ist daher nicht erforderlich (vgl. zur Zulässigkeit dieses Vorgehens: z.B. BSG, Urteil vom 3. Juli 2012 - Az.: [B 1 KR 16/11 R](#), nach juris).

Der Vergütungsanspruch für die Krankenhausbehandlung eines Versicherten der Beklagten ist nicht dadurch in Höhe von 2.264,35 EUR erloschen, dass die Beklagte wirksam mit einem öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch wegen Überzahlung der Vergütung für die Krankenhausbehandlung des Versicherten analog [§ 387](#) des Bürgerlichen Gesetzbuchs (BGB) auf-rechnete. Der Vergütungsanspruch der Klägerin war fällig und erfüllbar. Unabhängig davon, ob die Voraussetzungen des Gegenanspruchs aus öffentlich-rechtlicher Erstattung in Höhe von 2.264,35 EUR ebenfalls erfüllt waren - dies bedarf an dieser Stelle keiner Prüfung durch den Senat -, hat die Beklagte die Verrechnung entgegen [§ 14 Abs. 2 Satz 4 KHBV](#), außerhalb der dort vereinbarten Frist von sechs Monaten ab Fälligkeit - bezogen auf den strittigen Fall - vorgenommen. Nach [§ 14 Abs. 2 KHBV](#) hat die Krankenkasse bei Zweifeln an der Behandlungsnotwendigkeit oder der korrekten Abrechnung nach Vorlage der Rechnung und dem Fällig werden der geforderten Vergütung unverzüglich die Prüfung durch den MDK herbeizuführen. Die Krankenkasse hat auf die zeitnahe Erledigung dieses Prüfauftrages hinzuwirken. Ergibt die nach Satz 1 durchgeführte Prüfung, dass die Behandlung nicht notwendig oder die Abrechnung nicht korrekt war, darf die Krankenkasse den sich insoweit ergebenden Betrag gegenüber dem Krankenhaus verrechnen. Die Durchführung der Verrechnung muss innerhalb von sechs Monaten ab Fälligkeit - bezogen auf den strittigen Fall - unter Angabe des Betrages und der zur Verrechnung gestellten Forderung des Krankenhauses erfolgen.

Die Rechnung für den stationären Aufenthalt des Versicherten datiert vom 24. Juni 2008. Diese ist an die Beklagte unstreitig per Datenaustausch (DTA) versendet worden. Es kann dahinstehen, ob die nach Angaben der Klägerin am 24. Juni 2008 übersandte Rechnung der Beklagten tatsächlich erst am 26. Juni 2008 zugegangen ist. Nach [§ 14 Abs. 1 Satz 1 KHBV](#) hat die Krankenkasse die Rechnung ungekürzt innerhalb von 14 Kalendertagen nach Rechnungseingang bei der Krankenkasse oder einer von ihr beauftragten Stelle zu bezahlen. Ist für den Anfang einer Frist ein Ereignis oder ein in den Lauf eines Tages fallender Zeitpunkt maßgebend, wird nach [§ 187 Abs. 1 S. 1 BGB](#) der Tag bei der Berechnung der Frist nicht mitgerechnet, in welchen das Ereignis oder der Zeitpunkt fällt. Lag die Rechnung der Beklagten (erst) am 26. Juni 2008 vor, beginnt die Frist für die Zahlung am 27. Juni 2008 und endet am 10. Juli 2008. Die Rechnung war also

spätestens am 11. Juli 2008 fällig. Ausgehend davon lief die Frist für die Verrechnung nach § 14 Abs. 2 Satz 4 KHBV spätestens am 11. Januar 2008 ab. Nach [§ 188 Abs. 2 Alt. 1 BGB](#) endigt eine Frist, die nach Wochen, nach Monaten oder nach einem mehrere Monate umfassenden Zeitraum - Jahr, halbes Jahr, Vierteljahr - bestimmt ist, im Falle des [§ 187 Abs. 1 BGB](#) mit dem Ablauf desjenigen Tages der letzten Woche oder des letzten Monats, welcher durch seine Benennung oder seine Zeit dem Tag entspricht, in den das Ereignis oder der Zeitpunkt fällt. Die Beklagte hat die Verrechnung unstreitig am 30. Januar 2009 - und damit außerhalb der Frist - durchgeführt. Durch die Regelung des § 14 Abs. 2 Satz 4 KHBV ist der Beklagten eine Prüfungs- und Verrechnungsfrist von sechs Monaten ab Fälligkeit der Rechnung des streitigen Falles eingeräumt worden. Für den Fall, dass die Prüfung des Vorliegens der Voraussetzungen für die Abrechnung der Leistungen bzw. deren Notwendigkeit noch nicht abgeschlossen ist, unabhängig davon, worauf dies zurückzuführen ist, ist keine Verlängerung der Frist vorgesehen. Der Beklagten bleibt es bei Versäumung der Frist zur Verrechnung unbenommen, Klage auf Erstattung des streitigen Betrages zu erheben. Es obliegt grundsätzlich den Vertragsbeteiligten, einen Ausgleich der insoweit möglicherweise widerstrebenden Interessen zu finden. Sie können es entweder bei der Frist belassen, eine längere Frist vereinbaren oder gegebenenfalls die Verrechnung auch unbefristet ermöglichen. Unabhängig davon lag der Beklagten das Gutachten des MDK vom 25. September 2008, auf das sie die Verrechnung stützt, bereits am 29. September 2008 vor, sodass sie die Verrechnung innerhalb der Frist von sechs Monaten ab Fälligkeit der Vergütung hätte vornehmen können.

Die Verurteilung der Beklagten, den Zahlungsanspruch der Klägerin entsprechend ihrem Antrag mit 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 31. Januar 2009 zu verzinsen, ist zu Gunsten der Beklagten nicht zu beanstanden (vgl. BSG, Urteil vom 19. April 2007 - Az.: [B 3 KR 10/06 R](#), nach juris).

Die Entscheidung über die Kosten beruht auf [§ 197 a Abs. 1 Satz 1 Halbsatz 3 SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 1](#) der Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).

Die Revision war nicht zuzulassen, weil die Voraussetzungen des [§ 160 Abs. 2 SGG](#) nicht vorliegen.

Rechtskraft

Aus

Login

FST

Saved

2016-07-20