



SOZIALGERICHT FÜR DAS SAARLAND

IM NAMEN DES VOLKES

GERICHTSBESCHEID

In dem Rechtsstreit

- Klägerin -

Prozessbevollmächtigte/r: Rechtsanwalt Friedrich W. Mohr, Bauerngasse 7
/ 3. OG, 55116 Mainz,

gegen

die BARMER GEK, Axel-Springer-Str. 44, 10969 Berlin,

- Beklagte -

hat die 23. Kammer des Sozialgerichts für das Saarland ohne mündliche Verhandlung am 9. Dezember 2013 gemäß § 105 Sozialgerichtsgesetz (SGG) durch den Präsidenten des Sozialgerichts Fischbach

für R e c h t erkannt:

- 1. Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin 2232,52 € nebst 2 % Zinsen über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 1.4.2012 zu zahlen.**
- 2. Die Beklagte trägt die Kosten des Rechtsstreits, einschließlich der außergerichtlichen Kosten der Klägerin.**

Tatbestand

Die Klägerin begehrt von der Beklagten die Vergütung für eine stationäre Behandlung.

Die Klägerin betreibt ein nach § 108 SGB V zugelassenes Krankenhaus in
, die Beklagte ist eine gesetzliche Krankenversicherung.

Vom 23.1.2012 bis zum 25.1.2012 wurde im Krankenhaus der Klägerin der am
23.9.1931 geborene Patient , stationär aufgenommen und behandelt.

Der Patient ist bei der Beklagten gesetzlich krankenversichert. Durchgeführt wurde insbesondere eine diagnostische Urethrozystoskopie mit Resektion von erkranktem Gewebe der Harnblase.

Für den Behandlungsfall machte die Klägerin mit Rechnung vom 2.2.2012 Kosten in Höhe von 2232,52 € geltend, wobei sie die DRG L20C abrechnete.

Mit Schreiben vom 8.2.2013 bat die Beklagte die Klägerin um Angabe spezifischer Gründe für die stationäre Leistungserbringung eines nach dem Katalog zum ambulanten Operieren grundsätzlich ambulant zu erbringenden Eingriffs. Ein entsprechender Kurzbericht wurde von der Klägerin u.a. am 16.3.2013 übersandt. Eine Begleichung der Rechnungen durch die Beklagte erfolgte nicht.

Mit der am 30.7.2013 bei Gericht eingegangenen Klage verfolgt die Klägerin ihr Begehren auf Zahlung des noch offen stehenden Rechnungsbetrages weiter.

Der Klägerin trägt vor,

die stationäre Behandlung des Patienten sei erforderlich gewesen, da der Patient unter einem Schlafapnoesyndrom gelitten habe.

Die Klägerin ist der Ansicht, die Beklagte habe das Überprüfungsverfahren, das sie habe durchführen müssen, nicht innerhalb der vorgeschriebenen Sechswochen-Frist des § 275 Abs. 1c SGB V eingeleitet und angezeigt.

Der Klägerin beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin 2232,52 € nebst 2 % Zinsen über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 1.4.2012 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Die Beklagte trägt vor,

bei der Rechnungsüberprüfung sei aufgefallen, dass der durchgeführte Eingriff nach dem Katalog zum ambulanten Operieren nach § 115b SGB V grundsätzlich als ambulant durchführbar eingestuft sei. Nach den vorgelegten medizinischen Unterlagen, einschließlich des übersandten Kurzberichtes, habe die Beklagte keinen Grund für eine stationäre Aufnahme des Patienten erkennen können, so dass auch keine Pflicht zur Zahlung des Rechnungsbetrages bestehe. Nach der Rechtsprechung des BSG richte sich die Beantwortung der Frage, ob bei einem Versicherten eine vollstationäre Krankenhausbehandlung zu erfolgen habe, allein nach den medizinischen Erfordernissen. Ein Krankenhaus habe nicht das Wahlrecht zwischen der Erbringung der notwendigen medizinischen Leistungen ambulant oder stationär, sondern müsse der Krankenkasse die maßgeblichen Tatsachen für die stationäre Leistungserbringung mitteilen. Solange dies nicht der Fall sei, sei die Rechnung nicht fällig. Der übersandte Kurzbericht sei nicht ausreichend gewesen. Bereits auf der ersten Prüfungsstufe sei somit kein Grund für eine stationäre Aufnahme erkennbar gewesen, so dass die Beklagte auch nicht habe ein MDK-Prüfverfahren einleiten müssen.

Bezüglich des weiteren Sach- und Streitstandes wird auf die Inhalte der Gerichtsakte und der beigezogenen Verwaltungsakte der Beklagten, Bezug genommen.

ENTSCHEIDUNGSGRÜNDE

Die zulässige Klage ist begründet.

Das Gericht konnte nach Anhörung der Beteiligten gemäß § 105 SGG, dessen übrigen Voraussetzungen hier vorliegen, ohne mündliche Verhandlung durch Gerichtsbescheid entscheiden. Eine ausdrückliche Einwilligung der Beteiligten war nicht erforderlich.

1.

Die Klage ist als Leistungsklage nach § 54 Abs. 5 Sozialgerichtsgesetz (SGG) zulässig, da es sich um einen Parteienstreit im Gleichordnungsverhältnis handelt, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakte nicht in Betracht kommt (BSG Urteile vom 17.05.2000 - B 3 KR 33/99 R; vom 13.12.2001 - B 3 KR 11/01 R).

2.

Die damit zulässige Klage ist auch begründet.

Die Klägerin hat gegen die Beklagte einen Anspruch auf Zahlung des geltend gemachten Rechnungsbetrages.

Rechtsgrundlage des geltend gemachten Vergütungsanspruches der Klägerin ist § 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V i. V. m. den Regelungen des Vertrages gemäß § 112 Abs. 1 SGB V zu § 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V "Allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung" (KBV) zwischen der Saarländischen Krankenhausgesellschaft e. V. und den Landesverbänden der Krankenkassen sowie denjenigen des Vertrages gemäß § 112 Abs. 1 SGB V zu § 112 Abs. 2 Nr. 2 SGB V "Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung" (KÜV) zwischen denselben Vertragsparteien. Hinsichtlich der Höhe der geschuldeten Vergütung

hat der Gesetzgeber dabei mit Wirkung zum 1. Januar 2004 einen verbindlichen Fallpauschalenkatalog eingeführt, der das Vergütungssystem nach Pflegesätzen abgelöst hat; auf dessen Grundlage sind die allgemeinen Krankenhausleistungen nunmehr leistungsorientiert und pauschaliert abzurechnen und mit dessen Entgelten die allgemeinen voll- oder teilstationären Krankenhausleistungen für einen Behandlungsfall zu vergüten (§ 17b Abs 1, Abs 6 KHG). Zur Ermittlung der Fallpauschale haben die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Spitzenverbände der Krankenkassen sowie der Verband der privaten Krankenversicherung die Deutschen Kodierrichtlinien beschlossen. Für den hier vorliegenden Abrechnungsfall kommt es insofern auf die Kodierrichtlinien, die im Jahr 2012 Geltung hatten, an.

Vorliegend hat die Klägerin die DRG- Fallpauschale L20C mit der Hauptdiagnose C 67.9 abgerechnet.

Die grundsätzliche Zahlungsverpflichtung der Beklagten für den hier streitgegenständlichen Abrechnungsfall ist zwischen den Beteiligten insofern streitig, als die Beklagte die Notwendigkeit der stationären Behandlung bestreitet und von der Möglichkeit der ambulanten Behandlung des Patienten ausgeht.

Nach Auffassung der Kammer kann die Beklagte jedoch diesen Einwand der geltend gemachten Abrechnung der Klägerin nicht entgegenhalten.

Denn die Beklagte hat nach Abrechnung durch die Klägerin nicht innerhalb der Sechs-Wochen-Frist des § 275 Abs. 1c S. 2 SGB V eine MDK-Prüfung nach § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V eingeleitet. Behandlungsunterlagen des Krankenhauses oder andere seinem Verantwortungsbereich zuzurechnende Beweismittel dürfen auch im gerichtlichen Verfahren nur noch herangezogen und verwertet werden, wenn zuvor bereits das Prüfverfahren nach § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V in einer den Anforderungen des § 275 Abs. 1c S. 1 und 2 SGB V genügenden Weise eingeleitet und durchgeführt worden ist.

Nach § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V 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. In Bezug auf

die Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V ist diese Prüfung nach der durch Art. 1 Nr. 185 Buchst a des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz <GKV-WSG>) vom 26.3.2007 mit Wirkung zum 1.4.2007 eingeführten Regelung des § 275 Abs. 1c S. 1 des § 275 SGB V "zeitnah" durchzuführen. Dies wird in § 275 Abs. 1c S. 2 SGB V dahin präzisiert, dass eine Prüfung spätestens sechs Wochen nach Eingang der Abrechnung bei der Krankenkasse einzuleiten und durch den MDK dem Krankenhaus anzuzeigen ist.

Der MDK darf für Einzelfallprüfungen nach § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V Sozialdaten beim Krankenhaus nur noch erheben, wenn die Fristvoraussetzungen des § 275 Abs. 1c S. 2 SGB V gewahrt sind. Das hat zur Folge, dass Krankenkasse und MDK bei einzelfallbezogenen Abrechnungsprüfungen nach Ablauf der Ausschlussfrist des § 275 Abs. 1c S 2 SGB V auf die Daten beschränkt sind, die das Krankenhaus der Krankenkasse im Rahmen seiner Informationsobligationen bei der Krankenhausaufnahme und zur Abrechnung - deren vollständige Erfüllung vorausgesetzt - jeweils zur Verfügung gestellt hat, wobei die Regelung des § 275 Abs. 1c S. 2 SGB V jedoch nicht daran hindert, die Abrechnung des Krankenhauses auf dieser Grundlage überhaupt sachlich und rechnerisch zu prüfen (s. BSG B3 KR 14/11 R).

Wie das BSG bereits mehrfach entschieden hat, bestehen im Verhältnis zwischen Krankenhäusern, Krankenkassen und dem MDK Auskunfts- und Prüfpflichten auf drei Ebenen.

Zwingend sind auf der ersten Stufe der Sachverhaltserhebung zunächst die Angaben nach § 301 Abs. 1 SGB V. Danach besteht die Pflicht des Krankenhauses, der Krankenkasse bei Krankenhausbehandlung die wesentlichen Aufnahme- und Behandlungsdaten zu übermitteln. Aus datenschutzrechtlichen Gründen ist abschließend und enumerativ aufgelistet, welche Angaben der Krankenkasse bei einer Krankenhausbehandlung ihrer Versicherten auf jeden Fall zu übermitteln sind (vgl. BT-Drucks 12/3608 S 124). Dazu zählen nach § 301 Abs. 1 S. 1 Nr. 3 SGB V vor allem die Stammdaten des Versicherten sowie Detailangaben über Aufnahme, Verlegung, Art der Behandlung und Entlassung einschließlich der Angabe des einweisenden Arztes mit Einweisungs- und Aufnahme-diagnose, aber auch die medizinische Begründung für eine Verlängerung der Verweildauer sowie Datum

und Art der durchgeführten Operationen und Prozeduren. Nach der zu Grunde liegenden Vorstellung des Gesetzgebers sind damit die Mindestangaben bezeichnet, die die Krankenkasse insbesondere zur ordnungsgemäßen Abrechnung und zur Überprüfung der Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung benötigt. Genügt die Anzeige des Krankenhauses diesen (Mindest-)Anforderungen nicht, fehlt es bereits an der Fälligkeit der Vergütungsforderung (BSG SozR 4-2500 § 109 Nr. 1 RdNr.12). Dazu gehört nach der Rechtsprechung des BSG (B 3 KR 28/12 R) entsprechend dem Grundsatz "ambulant vor stationär", dass ein Krankenhaus im Rahmen des § 301 Abs 1 S 1 Nr 3 SGB V - Grund der Aufnahme - ebenfalls notwendige Angaben dazu zu machen, warum eine im Regelfall ambulant durchführbare Versorgung im konkreten Einzelfall stationär vorgenommen worden ist. Die Krankenkassen dürfen bei Zweifeln oder Unklarheiten in Bezug auf die gemäß § 301 SGB V übermittelten Daten durch nicht-medizinische Nachfragen selbst beim Krankenhaus klären, ob die jeweiligen Voraussetzungen der Zahlungspflicht im Einzelfall gegeben sind, wenn z.B. keine ausreichenden Angaben zum Grund der Krankenhausaufnahme ersichtlich sind (§ 301 Abs. 1 S. 1 Nr.3 SGB V).

Von diesem Recht hat die Beklagte vorliegend Gebrauch gemacht, da sie die Angaben der Klägerin gemäß § 301 Abs. 1 SGB V in dem genannten Sinne nicht als ausreichend angesehen hat. Die Beklagte hat deshalb am 8.2.2013 die Klägerin unter Hinweis, dass die erbrachte Behandlung des Patienten grundsätzlich auch ambulant möglich gewesen wäre, gebeten, einen Kurzbericht zu übersenden. Dies ist seitens der Klägerin am 10.2.2013 und mit Schreiben vom 16.3.2012 erfolgt, in dem als Grund für die Notwendigkeit der stationären Aufnahme ein Schlafapnoesyndrom des Patienten angegeben wurde. Insoweit ist darauf hinzuweisen, dass nach der oben genannten Rechtsprechung des BSG (B 3 KR 28/12 R) das Krankenhaus an der nachträglichen Ergänzung seiner ursprünglich nicht ausreichend substantiierten Schlussrechnung nicht gehindert war. Dabei ergibt sich aus dem genannten Urteil des BSG ebenso wenig wie aus den zu Grunde liegenden gesetzlichen Vorschriften, dass der Inhalt der Begründung für die Notwendigkeit der stationären Aufnahme eines bestimmten Umfangs bedarf, der geeignet sein muss, dem grundsätzlich medizinisch nicht geschulten Sachbearbeiter der Krankenkasse dies plausibel zu machen.

Erschließen sich die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung oder weitere Abrechnungsvoraussetzungen den - medizinisch in der Regel nicht besonders ausgebildeten - Mitarbeitern der Krankenkasse aufgrund der Angaben nach § 301 SGB V **oder eines Kurzberichts** nicht selbst, **ist auf der nächsten 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 nach § 276 Abs. 1 S. 1 SGB V jedenfalls diejenigen zur Begutachtung erforderlichen Unterlagen vorzulegen, die ihr vom Krankenhaus zur Verfügung gestellt worden sind, also insbesondere die Angaben nach § 301 SGB V; vom Versicherten überlassene Unterlagen sind bei dessen Zustimmung ebenfalls zur Verfügung zu stellen (§ 276 Abs. 1 S. 2 SGB V). Somit erlegt § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V den Krankenkassen gerade die Pflicht auf, bei Zweifeln über die Erbringung von Leistungen, insbesondere zur Prüfung von Voraussetzungen, Art und Umfang, sowie bei Auffälligkeiten zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung eine gutachtliche Stellungnahme des MDK einzuholen (vgl BSG SozR 4-2500 § 109 Nr 16 RdNr 18; ebenso BSGE 102, 181 = SozR 4-2500 § 109 Nr 15, RdNr 32; B 3 KR 14/11 R).

Dies bedeutet für den vorliegenden Fall, dass die Beklagte nach Eingang der genannten medizinischen Begründung, also des Kurzberichtes, die offensichtlich für die Beklagte nicht ausreichend war, den MDK mit der Überprüfung des Sachverhalts zu beauftragen.

Diese Beauftragung des MDK hat nach Auffassung der Kammer innerhalb der Sechs-Wochen-Frist des § 275 Abs. 1c S. 2 SGB V zu erfolgen. Dies ergibt sich zweifelsfrei und eindeutig aus dem Wortlaut der genannten Vorschrift wonach "spätestens" sechs Wochen nach Eingang der Abrechnung bei der Krankenkasse das Prüfverfahren einzuleiten ist.

Diese Regelung kann nach Auffassung der Kammer nur so verstanden werden, dass die Einschaltung des MDK im Hinblick auf die oben dargelegte Prüfungsnotwendigkeit immer innerhalb der genannten Sechs- Wochen-Frist zu erfolgen hat.

Diese Sechs- Wochen- Frist hat die Beklagte - was zwischen den Beteiligten nicht streitig ist - nicht eingehalten, da eine Beauftragung des MDK seitens der Beklagten bis heute nicht erfolgt ist. Dabei kann die Beklagte sich nicht darauf berufen, die Beauftragung des MDK sei nicht erforderlich gewesen, da bereits in der ersten Prüfungsstufe kein Grund für eine stationäre Aufnahme erkennbar gewesen sei. Dies widerspricht den eigenen vorangegangenen Hinweisen der Beklagten auf die entsprechende Rechtsprechung des BSG, wonach es sich bei der Frage, ob ein Eingriff ambulant oder stationär durchgeführt werden kann, um eine rein medizinische Frage handelt. Die Beklagte hatte, wie deren Schreiben vom 8.2.2013 deutlich zeigt, erhebliche **medizinische** Bedenken bezüglich der Notwendigkeit der stationären Behandlung des Patienten. Nach Eingang des Kurzberichtes, der offensichtlich nicht in der Lage war, diese medizinischen Bedenken der Beklagten auszuräumen, bestand somit, wie oben dargelegt, die Verpflichtung der Beklagten, die medizinische Notwendigkeit der stationären Aufnahme durch den MDK überprüfen zu lassen und nicht diese medizinische Frage auf der Ebene der Sachbearbeiter selbst zu entscheiden. Etwas anderes könnte nur dann gelten, wenn seitens des Krankenhauses nicht medizinische, sondern andere Gründe, etwa organisatorische, für den Umstand der stationären Behandlung des Patienten angegeben worden wären, was hier erkennbar nicht der Fall ist.

Damit ist nach Auffassung der Kammer eine nachträgliche Überprüfung - also nach Ablauf der Sechswochenfrist - der medizinischen Notwendigkeit des stationären Aufenthaltes des Patienten in dem vorliegenden gerichtlichen Verfahren nach dem Sinn und Zweck der Vorschrift des § 275 Abs. 1c S. 1 u. 2 SGB V ausgeschlossen.

Die Beklagte hat deshalb zu Unrecht in die Rechnung für den hier streitgegenständlichen Behandlungsfall nicht gezahlt.

Der Zinsanspruch folgt aus § 14 Abs. 4 und 5 des Landesvertrages nach § 112 Abs.2 Nr. 1 SGB V.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 197 a SGG.