



Durchschrift

SOZIALGERICHT FÜR DAS SAARLAND

IM NAMEN DES VOLKES

GERICHTSBESCHEID

In dem Rechtsstreit

des

- Kläger -

Prozessbevollmächtigter: Rechtsanwalt Friedrich W. Mohr c/o Krankenhausgesellschaft Rheinland-Pfalz e.V., Bauerngasse 7,
55116 Mainz,

g e g e n

die

- Beklagte -

hat die 23. Kammer des Sozialgerichts für das Saarland durch den Präsidenten des Sozialgerichts Fischbach am 29. April 2011 gemäß § 105 Sozialgerichtsgesetz für Recht erkannt:

1. Die Beklagte wird verurteilt, an den Kläger 1196,80 € zuzüglich Zinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 19.7.2007, abzüglich des gesetzlich vorgeschriebenen Abschlags für die integrierte Versorgung, zu zahlen.
2. Im Übrigen wird die Klage abgewiesen.
3. Die Beklagte trägt die Kosten des Rechtsstreits.

T A T B E S T A N D

Die Beteiligten streiten um die Abrechnung eines stationären Krankenhausaufenthalts.

Der Kläger ist Träger des zugelassenen Krankenhauses in . Die Beklagte ist eine gesetzliche Krankenkasse.

Der am . geborene, bei der Beklagten versicherte Patient wurde vom 19.10.2006 bis zum 31.10.2006 im Krankenhaus des Klägers stationär behandelt. Die stationäre Aufnahme erfolgte wegen zunehmender Dyspnoe und Beinödemen des Patienten.

Für die stationäre Behandlung stellte der Kläger mit Rechnung vom 15.11.2006 einen Betrag i.H.v. 4079,57 € in Rechnung. Abgerechnet wurde unter anderem die DRG F62B.

Die Beklagte zahlte zunächst den gesamten Rechnungsbetrag abzüglich eines Abschlags für die integrierte Versorgung.

Am 30.11.2006 teilte die Beklagte dem Kläger mit, dass um die Übersendung einer medizinischen Begründung an die Beklagte gebeten werde, um eine sozialmedizinische Stellungnahme zu fertigen.

Der SMD gab eine solche Stellungnahme am 9.7.2007 ab.

Mit Schreiben vom 13.7.2007 teilte die Beklagte dem Kläger mit, dass aufgrund der Begutachtung durch den SMD lediglich ein Rechnungsbetrag in Höhe von 2882,77 € für den Behandlungsfall gerechtfertigt sei. Mit dem Teilbetrag, der nun-

mehr mit der Klage geltend gemacht wird, nahm die Beklagte am 19.7.2007 eine Verrechnung gegenüber anderen Forderungen des Klägers vor.

Am 12.1.2011 hat der Kläger Klage erhoben, mit der er nunmehr den noch offen stehenden Restbetrag geltend macht.

Der Kläger trägt im Wesentlichen vor,

er habe der Beklagten die angeforderten Behandlungsunterlagen übersandt, ein Ergebnis der Begutachtung sei ihm jedoch nicht zugegangen.

Der Kläger beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, an den Kläger 1196,80 € zuzüglich Zinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 19.7.2007 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Die Beklagte trägt vor,

die Rechnung des Klägers sei zunächst um den Abschlag für die integrierte Versorgung gekürzt worden.

Darüber hinaus sei die Aufrechnung der Beklagten zu Recht erfolgt, da nach dem Gutachten des Medizinischen Dienstes die Verschlüsselung der Nebendiagnose mit der ICD-Ziffer J96.0G45.92 zu Unrecht kodiert worden sei. Es ergebe sich da-

her die DRG F62C, wodurch sich der mit der Klage geltend gemachte Minderbetrag errechne. Insoweit sei die Beklagte deshalb zur Aufrechnung berechtigt gewesen. Dabei könne ihr auch nicht vorgehalten werden, die Prüfung sei nicht zeitnah erfolgt. Die Beklagte habe das Prüfverfahren innerhalb von sechs Wochen eingeleitet. Das weitere Vorgehen habe in den Händen des SMD gelegen, der im eigenen Pflichtenkreis tätig werde. Eine Zurechnung dessen Vorgehens zulasten der Beklagten sei nicht zulässig. Zudem sei der Anspruch des Klägers verwirkt, da dieser sich widersprüchlich verhalten habe. Zunächst habe sich der Kläger mit dem Gutachten des SMD auseinander gesetzt, woraufhin dieser eine umfangreiche erneute Stellungnahme abgegeben habe. Weiterhin habe der SMD zusätzliche Unterlagen angefordert. Diese seien bis heute jedoch von dem Kläger nicht übersandt worden. Der Kläger habe damit die vorgenommene Rechnungskürzung fast drei Jahre lang widerspruchslos hingenommen.

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 ganz überwiegend begründet.

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

Die formgerecht eingereichte Klage ist zulässig. Insbesondere ist sie als Leistungsklage zulässig, da es sich um einen Parteienstreit im Gleichordnungsverhältnis handelt, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakte nicht in Betracht kommt (vgl. BSG, Urteile vom 17.05.2000, Az.: B 3 KR 33/99 R und vom 13.12.2001, Az.: B 3 KR 11/01 R).

Die damit zulässige Klage ist auch zum größten Teil begründet.

Rechtsgrundlage des geltend gemachten Vergütungsanspruches des Klägers 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. Eine Zahlungsverpflichtung der Gesetzlichen Krankenkassen entsteht dabei unabhängig von einer Kostenzusage unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten. Die Krankenkasse ist bei einem zugelassenen Krankenhaus i. S. d. § 108 SGB V als Korrelat zu dessen Behandlungspflicht auch ohne zusätzliche vertragliche Vereinbarung verpflichtet,

die normativ festgelegten Entgelte zu zahlen, sofern die Versorgung im Krankenhaus erforderlich war und die Rechnung zutreffend ist.

Vorliegend ist der Vergütungsanspruch des Klägers dem Grunde nach unstreitig, die Beteiligten streiten lediglich um die korrekte Abrechnung der erbrachten Leistungen und damit um die Höhe des Vergütungsanspruches.

Nach § 17 b Abs. 1 Satz 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz (in der hier anwendbaren Fassung) ist für die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalisierendes Vergütungssystem einzuführen. Das Vergütungssystem hat nach § 17 b Abs. 1 Satz 2 Krankenhausfinanzierungsgesetz Komplexitäten und Comorbiditäten abzubilden; sein Differenzierungsgrad soll praktikabel sein. Mit den Entgelten nach Satz 1 werden die allgemeinen vollstationären und teilstationären Krankenhausleistungen für einen Behandlungsfall vergütet.

Nach § 17 b Abs. 2 Satz 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz vereinbaren die Spitzenverbände der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung gemeinsam entsprechend den Vorgaben der Absätze 1 und 3 mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft ein Vergütungssystem, dass sich an einem international bereits eingesetzten Vergütungssystem auf der Grundlage der DIA - GNOSIS RELATED GROUPS (DRG) orientiert, seine jährliche Weiterentwicklung und Anpassung, insbesondere medizinische Entwicklungen, Kostenentwicklungen, Verweildauerverkürzungen und Leistungsverlagerungen zu und von anderen Versorgungsbereichen und die Abrechnungsbestimmungen, soweit diese nicht im Krankenhausentgeltgesetz vorgegeben werden.

Gemäß § 17 b Abs. 6 Krankenhausfinanzierungsgesetz wurde das Vergütungssystem für alle Krankenhäuser mit einer ersten Fassung eines deutschen Fallpauschalenkatalogs verbindlich zum 01.01.2004 eingeführt. Auf dieser Grundlage sind die allgemeinen Krankenhausleistungen nunmehr leistungsorientiert und pauschaliert abzurechnen und mit dessen Entgelten die allgemeinen voll- oder teilstationären

ren Krankenhausleistungen für einen Behandlungsfall zu vergüten. Das Vergütungssystem wurde für das Jahr 2004 budgetneutral umgesetzt. Ab dem Jahr 2005 wurde das Erlösbudget des Krankenhauses nach den näheren Bestimmungen des Krankenhausentgeltgesetzes schrittweise an den Basisfallwert nach Abs. 3 Satz 5 angeglichen. 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 2006 Geltung hatten, an.

Vorliegend ist es zwischen den Beteiligten streitig, ob die Nebendiagnose korrekt kodiert worden war.

Diese Frage kann hier jedoch dahingestellt bleiben, da die Beklagte zu der vorgenommenen Rechnungskorrektur nicht mehr berechtigt war.

Die Aufrechnung durch die Beklagte war treuwidrig. Denn der Überprüfungsabschluss eines Leistungsfalles erst nach mehr als 7 Monate nach Übersendung der Rechnung ist nach Auffassung der Kammer unzulässig, so dass daraus auch kein Rückforderungsanspruch geltend gemacht werden kann.

Zwar existiert weder im KBV noch im KÜV eine Regelung, wonach für die Einleitung des Überprüfungsverfahrens eine bestimmte Frist einzuhalten ist.

Auch die Zahlungsfrist des § 14 Abs. 4 KBV kann nach Ansicht der Kammer nicht ohne weiteres auf den Zeitpunkt der Überprüfungseinleitung übertragen werden.

Jedoch ist die Beklagte allein bereits aufgrund der Verpflichtung zur Förderung der Zusammenarbeit zwischen den Krankenkassen und den Versicherungsträgern, § 1 KBV und dem Sicherstellungsauftrag aus § 112 SGB V nach Auffassung der Kammer stets verpflichtet gewesen, das Überprüfungsverfahren wenn nicht unverzüglich d. h. ohne schuldhaftes Zögern, so doch zumindest zeitnah einzuleiten. Gemäß § 275 Abs. 1c SGB V wird dabei eine zeitnahe Prüfung auf sechs Wochen beschränkt. Zwar gilt diese Vorschrift nicht für den hier vorliegenden Abrech-

nungsfall, da dieser bereits im Jahre 2006 abgeschlossen war und die Vorschrift erst mit Wirkung zum 1.4.2007 in Kraft getreten ist. Andererseits wird durch diese Vorschrift deutlich, dass eine zeitnahe Prüfung jedenfalls dann nicht mehr vorliegt, wenn - wie hier - ein Zeitraum von mehr als 7 Monaten bis zu deren Beendigung vergangen ist.

Die Beklagte hatte zwar zeitnah das Prüfverfahren eingeleitet, nämlich mit Schreiben vom 30.11.2006.

Eine Stellungnahme des SMD erfolgte jedoch erst mit Datum vom 9.7.2007, also mehr als 7 Monate danach. Nach Vorlage dieser Stellungnahme hat die Beklagte das Prüfverfahren dann mit Schreiben vom 13.7.2007 zumindest vorläufig abgeschlossen. Somit waren bezüglich der streitgegenständliche Rechnung des Klägers über mehr als 7 Monate keine konkreten Einwendungen der Beklagten geltend gemacht worden. Dies durfte und musste bei dem Kläger das Vertrauen darauf begründen, die Beklagte werde Einwendungen nicht mehr erheben, zumal inzwischen das Haushaltsjahr des Klägers beendet war. Dafür spricht bereits der genannte Zeitablauf. Darüber hinaus ist auch die Planungssicherheit des Klägers und der Umstand zu beachten, dass nach einem längeren Zeitablauf auch die Möglichkeiten des Reagierens auf Einwendungen gegen Rechnungen in der Regel sehr eingeschränkt sein werden. Hinzu kommt, dass seitens der Beklagten keinerlei Tatsachen vorgetragen wurden, aus denen sich eine nachvollziehbare Begründung ergeben könnte, warum die Überprüfung selbst 7 Monate andauerte. Aufgrund des Zeitablaufs durfte der Kläger davon ausgehen, dass keine Einwendungen der Beklagten geltend gemacht würden, so dass dieser auf die Akzeptanz der Abrechnung durch die Beklagte vertrauen konnte. Der Gesetzgeber hat durch die Einführung des § 275 Abs. 1c SGB V und die darin enthaltene Fristsetzung deutlich gemacht, dass die Einzelfallprüfungen von Abrechnungen zielorientiert und zügig zu erfolgen haben.

Die Kammer versteht auch die Rechtsprechung des BSG dahingehend, dass die Rechtsbeziehungen zwischen den Krankenkassen und den Krankenhäusern unter

dem Vorbehalt von Treu und Glauben gemäß § 242 BGB stehen und damit Einwendungen der Krankenkassen ausgeschlossen sein können, wenn diese das vorgesehene Überprüfungsverfahren nicht rechtzeitig eingeleitet und auch durchgeführt haben (siehe dazu u.a. BSGE 89; 104, 110; Entscheidung vom 17.12.2009- AZ B3 KR 12/09 R). Auch hat das BSG bereits vor Einführung der Vorschrift des § 275 Abs. 1c SGB V ein allgemeines Beschleunigungsgebot für das Überprüfungsverfahren bestätigt (B 3 KR 23/05 R). Dieses folgt auch aus dem Gebot der gegenseitigen Rücksichtnahme und der aus der dauerhaften Vertragsbeziehung zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen bestehenden Sonderbeziehung. Dabei geht es auch nicht um die unmittelbare Frage, ob das Verhalten des Medizinischen Dienstes der Krankenkasse zuzurechnen ist. Denn es liegt nach Auffassung der Kammer ein eigenes Verschulden der Beklagten vor. Eine Krankenkasse ist verpflichtet, wenn sie - wie gesetzlich auch vorgeschrieben - einen Prüfauftrag an den Medizinischen Dienst erteilt, dies zeitnah nach Rechnungserteilung zu tun und auch dafür Sorge zu tragen, dass dieser Prüfauftrag zeitnah durchgeführt wird. Im vorliegenden Fall hat die Beklagte das Prüfverfahren nicht unerheblich verzögert. Es ist auch nicht andeutungsweise erkennbar, dass die Beklagte in irgendeiner Form den Medizinischen Dienst angehalten hat, den Prüfauftrag in einer akzeptablen Zeit durchzuführen. Aus der Verwaltungsakte der Beklagten ergibt sich, dass insoweit zu keinem Zeitpunkt auf den Medizinischen Dienst eingewirkt worden war. Die Finanzierung des Medizinischen Dienstes für die streitgegenständlichen Prüfaufträge erfolgt gemäß § 281 Abs.1 SGB V durch die Krankenkassen. Diese haben somit sicherzustellen, dass der Medizinische Dienst sachlich und personell so ausgestattet ist, dass er seine Aufgaben, nämlich zeitnah die Prüfungen durchzuführen, nachkommen kann. Insoweit besteht eine erhebliche Möglichkeit zur Einflussnahme seitens der Krankenkassen auf den Medizinischen Dienst. Es ist somit Aufgabe der Krankenkassen, sicherzustellen, dass die Prüfaufträge durch den Medizinischen Dienst zeitnah geleistet werden können und auch geleistet werden. Die oben dargestellte Pflicht zur Förderung der Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen und der Sicherstel-

lungsauftrag haben auch den Sinn und Zweck, die Prüfung der Abrechnungen der Krankenhäuser so zu gestalten, dass zum einen auf das noch präsente Wissen der behandelnden Ärzte zurückgegriffen werden kann, zum anderen Planungssicherheit sowohl bezüglich des weiteren zukünftigen Vorgehens in ähnlichen Fällen, als auch bezüglich der wirtschaftlichen Mitteln und damit des Haushaltes des Krankenhauses für das Haushaltsjahr erreicht wird. All dies ist nicht mehr möglich, wenn das Hinauszögern eines Prüfauftrages ohne rechtliche Folgen bliebe, wobei die Krankenkassen sich (auch) auf das Verhalten des Medizinischen Dienstes zurückziehen könnten. Der genannte Sinn und Zweck der Förderungspflicht wäre - wie die äußerst zahlreichen bei dem erkennenden Gericht anhängigen Rechtsstreitigkeiten gegen die Beklagte wegen nicht zeitnaher Überprüfung von Abrechnungsfällen zeigt - nicht erreichbar; Die Krankenhäuser wären ohne rechtlichen Schutz der Verhaltensweise der Krankenkassen, hier der Beklagten, ausgesetzt.

Entgegen der Ansicht der Beklagten ist der Anspruch des Klägers auch nicht verwirkt. Der Umstand, dass der Kläger nach Vorlage der Stellungnahme des SMD sich gegen die darin dargestellte Auffassung wandte, und nach einer erneuten Stellungnahme des SMD im Februar 2008 nicht mehr reagierte, erfüllt für sich allein nicht den Tatbestand der Verwirkung. Grundsätzlich ist es den Krankenhäusern gestattet, innerhalb der Verjährungsfrist von vier Jahren ihre Vergütungsansprüche gegenüber den Krankenkassen geltend zu machen. Dabei sind die Krankenhäuser nicht verpflichtet, immer wieder auf die Richtigkeit ihrer Abrechnung hinzuweisen.

Damit ist es der Beklagte nicht gestattet, Rechnungskorrekturen in dem vorliegenden Abrechnungsfall vorzunehmen und daraus Rückforderungsansprüche geltend zu machen. Dies stellt ein Verstoß gegen den Grundsatz von Treu und Glauben gemäß § 242 BGB dar, der hier gemäß § 69 SGB V anwendbar ist.

Wenn die Beklagte somit nicht berechtigt war, nachträglich noch ihre Einwendungen geltend zu machen, war die Aufrechnung gegenüber dem Rechnungsbetrag des Klägers zu Unrecht erfolgt.

Dies gilt lediglich nicht für den Abschlag für die integrierte Versorgung gemäß § 140 d SGB V. Da der Kläger insoweit den Rechnungsbetrag nicht gekürzt hat, sondern insgesamt mit seiner Klage den gesamten offenen stehenden Rechnungsbetrag geltend macht, war in Höhe dieses Betrages die Klage abzuweisen.

Der von dem Kläger begehrte Zinsanspruch beruht auf § 14 Abs.5 KBV.

Die Kostenentscheidung folgt aus § 197 a SGG.

Dabei waren der Beklagten die gesamten Kosten des Rechtsstreits aufzuerlegen, da das Unterliegen des Klägers im Vergleich zum Obsiegen nur geringfügig war.