



SOZIALGERICHT FÜR DAS SAARLAND

IM NAMEN DES VOLKES

GERICHTSBESCHEID

In dem Rechtsstreit

- Klägerin -

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

g e g e n

- Beklagte -

hat die 23. Kammer des Sozialgerichts für das Saarland durch den Präsidenten des Sozialgerichts Fischbach am 7. Oktober 2009 gemäß § 105 Sozialgerichtsgesetz für Recht erkannt:

1. Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin 3022,39 € nebst 2 % Zinsen über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 3.4.2009 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, die Beklagte ist eine gesetzliche Krankenversicherung.

In der Zeit vom 8.8.2007 bis zum 22.8.2007 wurde im Krankenhaus der Klägerin der Patient behandelt. Der Patient ist bei der Beklagten gesetzlich krankenversichert.

Für den Behandlungsfall machte die Klägerin mit Rechnung vom 2.10.2007 Kosten in Höhe von 6486,15 € geltend, wobei sie die DRG B70B abrechnete.

Die Beklagte zahlte darauf zunächst den gesamten Rechnungsbetrag und brachte diesen dann in Höhe von 3022,39 € am 3.4.2009 durch Verrechnung mit anderen Rechnungsforderungen der Klägerin teilweise wieder in Abzug.

Sie vertrat dabei die Auffassung, dass die Voraussetzungen zur Abrechnung des OP-Schlüssels 8-981.- nicht nachgewiesen seien.

Zuvor hatte die Beklagte bereits mit Schreiben vom 11.10.2007 und danach mit weiteren Schreiben ähnlichen Inhalts der Klägerin mitgeteilt, dass sie den SMD mit der Überprüfung des Abrechnungsfalles beauftragt habe, und dass die Klägerin aufgefordert werde, Informationen zu übersenden, aus denen sich ergebe, dass die Klägerin die Voraussetzungen für die Erfüllung der Merkmale des OPS 8. 981.- erfülle. Die Klägerin hat daraufhin der Beklagten mehrere medizinische Unterlagen übersandt, sich jedoch geweigert, insbesondere die von der Beklagten angeforderten Dienstpläne zur Überprüfung der strukturellen Merkmale der streitgegenständlichen OPS zu übersenden.

Mit der am 30.7.2009 bei Gericht eingegangenen Klage verfolgt die Klägerin ihr Begehren auf Zahlung des noch offen stehenden Rechnungsbetrages weiter.

Die Klägerin trägt vor,
der Beklagten stehe kein öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch zu. Die Beklagte könne zwar Beanstandungen rechnerischer oder sachlicher Art auch nach Bezahlung der Rechnung geltend machen. Sie habe jedoch in einer Vielzahl von ähnlichen Behandlungsfällen aus den Jahren 2007 und 2008 Aufrechnungen vorgenommen, ohne sachliche Beanstandungen gegen die Abrechnung vorzubringen. Eine solche Aufrechnung „auf Verdacht“ sei nicht rechtmäßig. Die Beklagte habe das Ergebnis des von ihr eingeleiteten Prüfverfahrens des SMD nicht abgewartet, obwohl sie dazu verpflichtet gewesen sei. Seit Einleitung des Prüfverfahrens sei nunmehr mehr als ein Jahr vergangen. Damit verstoße die Beklagte gegen die Verpflichtung zur zeitnahen Prüfung des Abrechnungsfalles gemäß § 275 Abs.1 SGB V. Eine abschließende zeitnahe Prüfung sei somit nicht erfolgt, so dass die Beklagte gegen ihre Mitwirkungspflicht verstoße, wie auch in zahlreichen anderen ähnlich gelagerten Fällen. Darin liege auch ein gravierender Verstoß gegen Treu und Glauben. Daraus folge, dass die Beklagte mit allen Einwendungen ausgeschlossen sei. Das Verhalten der Beklagten widerspräche auch der Pflicht zur zeitnahen Prüfung, die sich aus den vertraglichen Regelungen zur Stichprobenprüfung nach § 17 c KHG ergebe. Die Frist zum Abschluss des Überprüfungsverfahrens sei somit seit längerer Zeit überschritten.

Die Klägerin beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin 3022,39 € nebst 2 % Zinsen über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 3.4.2009 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Die Beklagte trägt vor, die Klägerin habe nicht nachgewiesen, dass sie die strukturellen Merkmale des OPS 8-981 erfülle, so dass bestritten werde, dass die Klägerin die erforderlichen Voraussetzungen erfüllen könne. Die Beklagte habe die Klägerin mehrfach gebeten, die Erfüllung der Mindestvoraussetzungen insoweit darzulegen. Insbesondere sei der Nachweis zu führen, dass eine 24- stündige ärztliche Anwesenheit, bei der sich der jeweilige Arzt aus der Spezialeinheit für Schlaganfallpatienten ausschließlich um diese Patienten kümmere und keine zusätzliche Aufgaben zu erfüllen habe, vorgelegen habe. Dabei müsse es sich um einen Facharzt für Neurologie handeln. Die Klägerin habe sich endgültig geweigert, diesen Nachweis zu erbringen. Diese Weigerung führe zum Verlust des Vergütungsanspruchs. Die Klägerin könne sich auch nicht auf § 275 Abs. 1c SGB V berufen. Diese Vorschrift sei ausschließlich auf die Prüfung individueller Voraussetzungen der Abrechnung anwendbar. Für die Beklagte ergebe sich somit ein Spielraum zur Beurteilung der Erforderlichkeit der Einschaltung einer unabhängigen Prüforganisation. Die Beklagte könne damit auch selbst überprüfen, ob die strukturellen Mindestvoraussetzungen zur Kodierung der streitgegenständlichen OPS bei der Klägerin vorgelegen hätten. Im Rahmen des insoweit von ihr eingeleiteten Prüfverfahrens habe sie ohne Erfolg die Klägerin zur Darlegung der Mindestvoraussetzungen versucht zu bewegen.

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.

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 2007 Geltung hatten, an.

Vorliegend hat die Klägerin die DRG- Fallpauschale B70B (Apoplexie mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 Stunden oder systemischer Thrombolyse, ohne intrakranielle Blutung oder mit komplizierter intrakranieller Blutung, ohne und neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls mehr als 72 Stunden) abgerechnet.

Diese Abrechnung ist auch korrekt, so dass die Klägerin einen Anspruch aus der sich daraus ergebenden Vergütung in der klageweise geltend gemachten Höhe hat.

a)

Dabei kann es nach Auffassung der Kammer vorliegend dahingestellt bleiben, ob die Beklagte mit ihren Einwendungen nicht bereits deshalb ausgeschlossen ist, weil sie die vorgenommene Überprüfung des Abrechnungsfalles und damit auch der Systemmerkmale für die Anwendung des OPS- Code 8-981.- entgegen der Vorschrift des § 275 Abs. 1c SGB V nicht zeitnah vorgenommen hat.

Entgegen der Ansicht der Beklagten ist diese Vorschrift hier auch anwendbar. Die Vorschrift ist am 1.4.2007 in Kraft getreten. Der Abrechnungsfall lag zeitlich später, nämlich im Juli 2007.

Gemäß § 275 Abs.1 SGB V geht es hier um die Überprüfung von Voraussetzungen für die Art und den Umfang der Leistung und deren ordnungsgemäße Ab-

rechnung. Dass damit auch die Merkmale eines abgerechneten OPS-Codes umfasst werden, kann nach Auffassung der Kammer nicht zweifelhaft sein, auch wenn es sich dabei teilweise um strukturelle Merkmale handelt.

Damit gilt für die Überprüfung die in § 275 Abs. 1c S.2 SGB V normierte Sechswochenfrist. Zwar hatte die Beklagte mit Schreiben vom 11.10.2007 ein Prüfungsverfahren eingeleitet, was im Hinblick auf die Übersendung der Rechnung vom 2.10.2007 auch fristgerecht war.

Die Prüfung ist jedoch nicht nur innerhalb der genannten Frist einzuleiten, sondern darüber hinaus auch gemäß § 275 Abs. 1c S.1 SGB V zeitnah durchzuführen. Ob dies hier geschehen ist, ist jedoch äußerst zweifelhaft. Denn die Beklagte hat das Prüfverfahren offensichtlich erst mit Vornahme der Aufrechnung am 3.4.2009 beendet, also mehr als ein Jahr später. Dies ist nach Auffassung der Kammer nicht mehr zeitnah im Sinne der genannten gesetzlichen Regelung. Ob - wie die Klägerin meint - insofern eine Prüfung innerhalb von acht Wochen generell abgeschlossen sein muss, braucht an dieser Stelle nicht abschließend entschieden zu werden. Diese Frist, die der Grundvereinbarung der Deutschen Krankenhausgesellschaft mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen über die Stichprobe-Prüfung des MDK nach § 17c KHG entnommen ist, stellt jedoch sicherlich einen Hinweis darauf dar, dass es den Krankenkassen nicht gestattet ist, die einmal eingeleitete Prüfung über einen Zeitraum von mehreren Monaten oder - wie hier - gar mehr als einem Jahr hinauszuzögern. Dabei ist auch zumindest zweifelhaft, ob die Beklagte sich darauf berufen kann, dass die Klägerin ihrerseits auf die Aufforderung der Beklagten zur Übersendung weiterer Unterlagen bezüglich des Vorliegens der strukturellen Merkmale nicht reagiert hat. Denn nach Auffassung der Kammer war sie dazu - wie im Folgenden unten unter 2b) dargelegt wird - nicht verpflichtet.

b)

Denn der Anspruch der Klägerin auf Zahlung des gesamten Rechnungsbetrages ist bereits deshalb begründet, weil zur Überzeugung der Kammer davon auszugehen ist, dass auch die Prozedur 8-981.1 eine zulässige Kodierung des klinischen

Sachverhalts darstellt, so dass die Klägerin für den streitgegenständlichen Aufenthalt des Patienten die Fallpauschale B70B abrechnen durfte.

Denn entgegen der Auffassung der Beklagten war die Klägerin vorliegend nicht verpflichtet, die für die Abrechnung der oben genannten OPS erforderlichen Strukturmerkmale nachzuweisen. Es existiert keine generelle Verpflichtung der Klägerin für jeden Einzelfall der Abrechnung die gegebenenfalls erforderlichen strukturellen Merkmale nicht nur im Einzelnen darzulegen, sondern auch noch nachzuweisen. Dies würde die Anforderungen für die Leistungsabrechnungen eines Krankenhauses in nicht gerechtfertigter Weise überspannen, da dies zu einem hohen Verwaltungsaufwand führen würde und auch datenschutzrechtliche Bedenken insoweit bestehen würden.

Gemäß § 275 Abs.1 Nr. 1 SGB V haben die Krankenkassen zwar die Verpflichtung, bei Erbringung von Leistungen auch Prüfungen bezüglich der Voraussetzungen dieser Leistungen vorzunehmen. Dies bedeutet jedoch nicht, dass in jedem Einzelfall auch die strukturellen Merkmale eines Krankenhauses für den Abrechnungsfall überprüft werden dürfen. Vielmehr ist dies nach Auffassung der Kammer nur dann zulässig, wenn es dafür konkrete Anhaltspunkte gibt. Dies bedeutet, dass die Krankenkassen Zweifel daran haben müssen, dass in dem konkreten Abrechnungsfall tatsächlich die strukturellen Merkmale gegebenenfalls nicht vorgelegen haben. Dies gilt umso mehr dann, wenn bereits durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen eine generelle Überprüfung der Strukturmerkmale zeitnah stattgefunden hat. Dies war hier nach dem insoweit unbestrittenen Vortrag der Klägerin in dem gleich gelagerten Verfahren zwischen der Klägerin und der Beklagten 23 KR 14/09 im ersten Quartal 2007 durch den MDK geschehen. Dieser hatte - wie die Klägerin ebenfalls in diesem Verfahren unbestritten vorgetragen hat - im Ergebnis der Klägerin bescheinigt, dass alle Strukturmerkmale für den hier streitgegenständlichen OP-Schlüssel erfüllt werden. Zwar war offensichtlich der für die Beklagte zuständige medizinische Dienst (SMD) daran nicht beteiligt, doch ändert dies nichts an dem Ergebnis der Überprüfung. Hätte die Beklagte generelle Zweifel an dem Vorliegen der strukturellen Merkmale für den streitgegenständli-

chen OP-Schlüssel, so hätte sie jederzeit die Möglichkeit gehabt, entweder eine eigene generelle Überprüfung im Krankenhaus der Klägerin vorzunehmen, den SMD zu beauftragen, sich der Prüfung des MDK anzuschließen, oder sich die Ergebnisse des MDK übermitteln zu lassen. Dass sie dies nicht getan hat, ist ein Hinweis darauf, dass solche generelle Zweifel bei der Beklagten nicht vorgelegen haben.

Weiterhin ist darauf hinzuweisen, dass auch eine generelle Überprüfung datenschutzrechtlichen Grenzen unterliegt und die Krankenkassen nur die Daten von den Krankenhäusern anfordern können, die in § 276 SGB V genannt sind. Absatz 2 dieser Vorschrift beschränkt dies auf sogenannte Sozialdaten, wobei diese auch nur dann erhoben werden dürfen, soweit dies für die Prüfungen, Beratungen und gutachterlichen Stellungnahmen nach § 275 SGB V erforderlich ist. Die Dienstpläne der Klägerin, die der SMD für die Beurteilung des Vorliegens der strukturellen Merkmale von der Klägerin begehrt, sind sicherlich keine Sozialdaten in dem genannten Sinne. Vielmehr handelt es sich bei solchen Dienstplänen um betriebliche Daten von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Klägerin, die gegebenenfalls auch datenschutzrechtlichen Regelungen unterliegen und nicht ohne weiteres an Dritte weitergegeben werden dürfen. Dies gilt zumindest dann, wenn es nicht um die Vorlage der Dienstpläne für einen engen Zeitraum bezüglich des Einzelfalles, sondern um die Vorlage der Dienstpläne für einen längeren Zeitraum geht. Die Beklagte hat auch in dem vorliegenden Einzelfall zu keinem Zeitpunkt mitgeteilt, wieso gegebenenfalls hier die strukturellen Merkmale nicht erfüllt gewesen sein könnten. Ihr Einwand ist daher substanzlos und beruht nicht auf irgendwelchen Anhaltspunkten oder Erkenntnissen.

Somit war es der Klägerin gestattet, im Behandlungsfall die DRG- Fallpauschale B70B abzurechnen. Die Beklagte hat deshalb zu Unrecht durch Aufrechnung mit anderen Forderungen der Klägerin die ursprüngliche Rechnung der Klägerin für den hier streitgegenständlichen Behandlungsfall gekürzt. Sie ist verpflichtet, den

gekürzten - hier klageweise geltend gemachten - Rechnungsbetrag noch einmal an die Klägerin zurückzuzahlen.

Nach alledem war der Klage in vollem Umfang stattzugeben.

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.