



Durchschrift

SOZIALGERICHT FÜR DAS SAARLAND

IM NAMEN DES VOLKES

GERICHTSBESCHEID

In dem Rechtsstreit

[REDACTED]

- Kläger -

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

g e g e n

[REDACTED]

- Beklagte -

hat die 23. Kammer des Sozialgerichts für das Saarland durch den Präsidenten des Sozialgerichts Fischbach am 12. Mai 2011 gemäß § 105 Sozialgerichtsgesetz für Recht erkannt:

1. Die Beklagte wird verurteilt, an den Kläger 1274,53 € zuzüglich Zinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 19.12.2005 zu zahlen.
2. Die Beklagte trägt die Kosten des Rechtsstreits.

TATBESTAND

Die Beteiligten streiten um die Abrechnung eines stationären Krankenhausaufenthalts.

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

Die am 25.11.1916 geborene, bei der Beklagten versicherte Patientin [REDACTED] wurde vom 25.9.2005 bis zum 11.10.2005 im Krankenhaus des Klägers stationär behandelt.

Für die stationäre Behandlung stellte der Kläger mit Rechnung vom 19.10.2005 einen Betrag i.H.v. 4911,09 € in Rechnung. Abgerechnet wurde unter anderem die DRG G46B.

Die Beklagte zahlte zunächst den gesamten Rechnungsbetrag.

Mit Schreiben vom 27.10.2005 teilte die Beklagte dem Kläger mit, dass die übermittelten Daten eine zweifelsfreie Beurteilung der angegebenen Nebendiagnosen nicht zulassen würden. Es werde um eine sozialmedizinische Stellungnahme an den SMD gebeten. Mit weiteren Schreiben vom 8.12. 2005 teilte die Beklagte dem Kläger mit, dass der Behandlungsfall mit der DRG G46C abgerechnet werde, nachdem die angeforderten Unterlagen seitens des Klägers nicht übersandt worden seien. Mit dem Teilbetrag, der nunmehr mit der Klage geltend gemacht wird, nahm die Beklagte am 19.12.2005 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,

die Behandlung der Patientin sei medizinisch notwendig gewesen und die von der Beklagten erfolgte Rechnungskürzung sei unrechtmäßig. Der Kläger habe auch eine medizinische Begründung an die Beklagte übersandt. Diese wäre verpflichtet gewesen, gegebenenfalls den Medizinischen Dienst mit der Überprüfung der Abrechnung zu beauftragen. Dies habe sie nicht getan, so dass sie mit Einwendungen gegen die Abrechnung des Klägers endgültig ausgeschlossen sei.

Der Kläger beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, an den Kläger 1274,53 € zuzüglich Zinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 19.12.2005 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Die Beklagte trägt vor,

die Aufrechnung der Beklagten sei zu Recht erfolgt, da der Kläger die streitige Nebendiagnose I12.0 trotz entsprechender Aufforderung der Beklagten medizinisch nicht begründet habe. Erst am 13.12.2005 habe der Kläger per Datenübermittlung eine kurze sogenannte „medizinische Begründung“ übersandt. Nach dem Landesvertrag gemäß § 112 SGB V schulde der Kläger der Beklagten einen so-

genannten Kurzbericht, eine medizinische Begründung in Papierform. Diesen habe der Kläger bis heute nicht vorgelegt. Der Kläger habe damit seine Mitwirkungspflicht verletzt.

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.

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 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 DIAGNOSIS 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 2005 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 berechtigt war bzw. ist.

Die Aufrechnung durch die Beklagte war treuwidrig. Denn die Beklagte hat den Leistungsfall nicht ordnungsgemäß überprüft, so dass sie auch zu einer Rechnungskürzung nicht berechtigt war. Aus den gesetzlichen Regelungen und der dazu ergangenen Rechtsprechung des BSG, insbesondere in dem Urteil vom 22.4.2009 - B 3 KR 24/07 R- ergeben sich die genauen Vorgaben für die Überprüfung eines Abrechnungsfalles eines Krankenhauses.

Danach hat als Grundlage des Prüfverfahrens das Krankenhaus im Rahmen der wechselseitigen Leistungsbeziehungen zur Krankenkasse diejenigen Angaben zu machen und Unterlagen beizubringen, die zur Beurteilung der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit im Einzelfall erforderlich sind.

Rechtsgrundlage der Auskunftspflichtung ist § 100 Abs 1 Satz 3 SGB X, wonach das Krankenhaus verpflichtet ist, dem Leistungsträger "im Einzelfall auf Verlangen Auskunft zu erteilen, soweit es für die Durchführung von dessen Aufgaben nach diesem Gesetzbuch erforderlich" ist und entweder der Betroffene eingewilligt hat oder dies gesetzlich zugelassen ist; ausgenommen hiervon sind nach § 100

Abs 2 SGB X nur Angaben, die den Arzt oder ihm nahe stehende Personen der Gefahr aussetzen würden, wegen einer Straftat oder einer Ordnungswidrigkeit verfolgt zu werden. Demgemäß können nach dem oben genannten Urteil des BSG im Rahmen eines bis zu dreistufigen Prüfverfahrens Auskunfts- und Mitwirkungspflichten wie folgt bestehen:

a) Zwingend, nämlich iS von § 100 Abs 1 Satz 1 Nr 1 SGB X gesetzlich zugelassen, sind auf der ersten Stufe der Sachverhaltserhebung die Angaben nach § 301 Abs 1 SGB V. Danach besteht die Pflicht, der Krankenkasse bei Krankenhausbehandlung ua den Grund der Aufnahme sowie die Einweisungsdiagnose und die Aufnahmediagnose zu übermitteln (§ 301 Abs 1 Satz 1 Nr 3 SGB V). Hiermit ist aus datenschutzrechtlichen Gründen abschließend und enumerativ aufgelistet, welche Angaben der Krankenkasse bei einer Krankenhausbehandlung ihrer Versicherten auf jeden Fall zu übermitteln sind. Dazu rechnen ua die Stammdaten des Versicherten, Detaildaten über Aufnahme, Verlegung, Art der Behandlung und Entlassung einschließlich der Angabe des einweisenden Arztes mit Einweisungsdiagnose, Aufnahmediagnose und Änderung von Diagnosen, die medizinische Begründung für die Verlängerung der Verweildauer sowie Datum und Art der durchgeführten Operationen und Prozeduren, nicht hingegen die Behandlungunterlagen der Versicherten, die in § 301 SGB V nicht erwähnt sind. Nach der zu Grunde liegenden Vorstellung sind damit die Mindestangaben bezeichnet, die die Krankenkasse insbesondere zur ordnungsgemäßen Abrechnung und zur Überprüfung der Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung benötigt. Genügt die Anzeige schon diesen (Mindest-)Anforderungen nicht, fehlt es bereits an der Fälligkeit der Vergütungsforderung (BSG SozR 4-2500 § 109 Nr 1 RdNr 12).

Dass der Kläger in dem vorliegenden Behandlungsfall diese Angaben gegenüber der Beklagten gemacht hat, ist zwischen den Beteiligten nicht streitig.

b) Darüber hinaus normiert § 2 Abs 1 Satz 2 KÜV eine weitere - vertraglich vereinbarte - Pflicht des Krankenhauses. Besteht nämlich aus Sicht der Krankenkasse in Einzelfällen Anlass, die Notwendigkeit und Dauer der stationären Behand-

lung zu überprüfen, so kann die Krankenkasse vor Beauftragung des MDK unter Angabe des Überprüfungsanlasses eine Stellungnahme des Krankenhauses zu den einzelnen Behandlungsfällen anfordern. Das Krankenhaus hat sodann die Notwendigkeit und/oder Dauer der stationären Behandlung mittels Kurzberichts zu erläutern (§ 2 Abs 1 Satz 3 KÜV). Die Weitergabe solcher Daten verletzt nicht die ärztliche Schweigepflicht oder den Datenschutz. Diese ergänzende Berichtspflicht umfasst jedoch nicht die Übersendung von ärztlichen Unterlagen an die Krankenkasse und ist auf begründete Einzelfälle zu beschränken. Daraus folgt, dass die Krankenkasse dieses Instrumentarium keinesfalls als eine Art "Regelanfrage" ausgestalten darf; der Kurzbericht soll lediglich dazu dienen, die Entscheidungsgrundlage der Krankenkassen vor Einschaltung des MDK zu erweitern und konkrete Zweifel auszuräumen.

Auch die Notwendigkeit und Dauer der stationären Behandlung war seitens der Beklagten gegenüber dem Kläger nicht beanstandet worden. Zwar hatte die Beklagte in der Klageerwidernng vom 25.2.2011 vorgetragen, der Kläger habe die medizinische Notwendigkeit der Dauer der stationären Aufenthaltes nicht nachgewiesen, doch war dieser Einwand nicht gegenüber dem Kläger geltend gemacht worden. Zweifel bezüglich der Abrechnung des Klägers seitens der Beklagten bestanden lediglich im Hinblick auf die ordnungsgemäße Kodierung der Nebendiagnose, wie sich aus dem gesamten Schriftverkehr zwischen den Beteiligten ergibt.

c) 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 zweiten Stufe der Sachverhaltserhebung ein Prüfverfahren nach § 275 Abs 1 Nr 1 SGB V einzuleiten. Danach ist beim MDK - beziehungsweise hier beim SMD - eine gutachtliche Stellungnahme einzuholen, wenn die vom Krankenhaus erteilten Informationen zur Prüfung insbesondere von Voraussetzung, Art und Umfang der Krankenhausbehandlung nicht ausreichen. Dazu sind dem SMD (MDK) nach § 276 Abs 1 Satz 1

SGB V jedenfalls diejenigen zur Begutachtung erforderlichen Unterlagen vorzulegen, die vom Krankenhaus zur Verfügung gestellt worden sind, also insbesondere die Angaben nach § 301 SGB V; vom Versicherten überlassene Unterlagen sind bei dessen Zustimmung zur Verfügung zu stellen (§ 276 Abs 1 Satz 2 SGB V).

§ 275 Abs 1 Nr 1 SGB V legt somit 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 SMD (MDK) einzuholen (BSG, Urteil vom 20.11.2008 - B 3 KN 4/08 KR R und Urteil vom 22.4.2009 aaO).

Diese schon von Gesetzes wegen vorgesehene Prüfpflicht der Krankenkassen wird in § 2 Abs 1 Satz 4 KÜV ausdrücklich wiederholt, wobei aber auch nochmals klargestellt wird, dass es sich um Überprüfungen "im Einzelfall" handeln muss, also keine generelle und anlasslose Einschaltung des SMD in Betracht kommt.

Diese Prüfpflicht hat die Beklagte vorliegend verletzt. Sie hat nicht den SMD mit der Überprüfung beauftragt, sondern bereits vor einer möglichen Beauftragung medizinische Begründungen für die Kodierung der Nebendiagnose angefordert. Die Beklagte hat Abrechnungsvoraussetzungen angezweifelt und wäre somit verpflichtet gewesen, den SMD mit der Überprüfung zu beauftragen. Es wäre sodann Aufgabe des SMD gewesen, nachzuprüfen, welche medizinischen Begründungen und Unterlagen gegebenenfalls noch erforderlich gewesen wären, um eine ordnungsgemäße Überprüfung vornehmen zu können.

Damit war der Kläger auch nicht verpflichtet, auf das Anforderungsschreiben der Beklagten vom 27.10.2005 zu reagieren, so dass es auch dahingestellt bleiben kann, ob dieses Schreiben ausreichend präzise formuliert war, um erkennen zu können, welche Angaben seitens des Klägers gemacht werden sollten.

Erst im Rahmen einer nach den oben genannten Voraussetzungen **ordnungsgemäß** eingeleiteten Prüfung hat das Krankenhaus schließlich auf der dritten Stufe

der Sachverhaltserhebung dem SMD auch über die Anzeige nach § 301 SGB V und den Kurzbericht hinaus alle weiteren Angaben zu erteilen und Unterlagen vorzulegen, die im Einzelfall zur Beantwortung der Anfrage der Krankenkasse benötigt werden.

Hat somit die Beklagte den Behandlungsfall nicht ordnungsgemäß überprüft, steht ihr auch nicht das Recht zu, die Rechnung des Klägers willkürlich zu kürzen, allein mit dem Argument, der Kläger habe seine Mitwirkungspflicht verletzt.

Die Beklagte ist auch nicht berechtigt, nachträglich eine Rechnungskürzung vorzunehmen. Denn eine Überprüfung des Abrechnungsfalls zum jetzigen Zeitpunkt ist nach so langem Zeitablauf gemäß dem Grundsatz von Treu und Glauben ausgeschlossen.

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 durchzuführen. Gemäß § 275 Abs. 1c SGB V wird dabei eine zeitnahe Prüfung auf sechs Wochen beschränkt. Zwar gilt diese Vorschrift nicht für den hier vorliegenden Abrechnungsfall, da dieser bereits im Jahre 2005 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 fünf Jahre vergangen ist.

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. Die dargestellte Pflicht zur Förderung der Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen und der Sicherstellungsauftrag 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. 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 und ist, nachträglich noch ihre Einwendungen geltend zu machen, war die Aufrechnung gegenüber dem Rechnungsbetrag des Klägers zu Unrecht erfolgt.

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

Die Kostenentscheidung folgt aus § 197 a SGG.