

S 8 KR 629/19

Land
Hessen
Sozialgericht
SG Darmstadt (HES)
Sachgebiet
Krankenversicherung
1. Instanz
SG Darmstadt (HES)
Aktenzeichen
S 8 KR 629/19
Datum
28.06.2021
2. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

1. Die Änderung der Krankenhausrechnung durch das Krankenhaus auf Grund eines durch das Gericht eingeholtes Gutachten auf einen niedrigeren Betrag stellt keine Nachforderung dar.
2. Eine Nachforderung ist gegeben, wenn jemand eine zusätzliche Forderung erhebt oder eine weitere nachträgliche Rechnung erstellt. Die Ersetzung einer höheren Rechnung durch eine Rechnung mit einem geringeren Betrag für den gleichen Behandlungsfall stellt keine Nachforderung, sondern die ursprüngliche Forderung dar.
3. Eine Verwirkung ist nicht gegeben, sofern das Krankenhaus die ursprüngliche Forderung außer- und gerichtlich geltend gemacht hat, sodass die Krankenkasse nicht auf die nicht erfolgte Geltendmachung vertrauen durfte.

Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin einen Betrag in Höhe von 1.500,72 € zuzüglich Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 22.11.2016 zu zahlen.

Die Beklagte hat die Kosten des Rechtsstreites zu tragen.

Tatbestand

Die Beteiligten streiten über die Vergütung eines vollstationären Krankenhausaufenthalts.

Die Klägerin ist Trägerin des GPR Klinikums in A-Stadt. Der bei der Beklagten versicherte Patient F. (im Weiteren der Patient) wurde von der Klägerin im Zeitraum vom 17.04.2016 bis 20.04.2016 stationär in der II. Medizinische Klinik, Abteilung Neurologie und Schlaganfall-Einheit, behandelt.

Der 1941 geborene Patient war im alkoholisierten Zustand auf einer Treppe gestolpert und mit dem Kopf gegen eine Treppenstufe gefallen. Es bestand keine Bewusstlosigkeit, keine Amnesie, kein Schwindel, keine Übelkeit und kein Erbrechen. Er wurde mit dem Rettungswagen in die Klinik der Klägerin eingeliefert, welche eine CT durchführte. Bei diesem CT wurde ein ausgedehntes Kopfschwartenhämatom rechts frontal ohne intrazerebrale Blutung oder Fraktur festgestellt. Es bestand ein hypodenses Areal im dorsalen hohen Mediagebiet links von 2 cm Durchmesser. Es bestehende ein Anzeichen für einen beginnenden Insult, sodass weitere Abklärung empfohlen wurde. Nach dem Nähen der ca. 8 cm langen Kopfplatzwunde wurde er in die neurologische Abteilung überführt. Hinsichtlich des neurologischen Befundes ergaben sich keine Hinweise auf Sprach- oder Sprechstörungen. Der Hirnnervenbefund war unauffällig. Es bestanden kein Meningismus, kein Nystagmus und keine Doppelbilder. Die Prüfung der Motorik ergaben keine Hinweise auf manifeste oder latente Paresen, kein Absinken und keine Pronationstendenz in den Halteversuchen. Koordination und Feinmotorik waren ungestört, komplizierte Gangprüfungen unauffällig durchführbar. Der MDR war seitengleich mittellebhaft auslösbar, die Oberflächen- und Tiefensensibilität ungestört. Der Patient wurde in reduziertem Allgemein und gutem Ernährungszustand aufgenommen. Die Herztöne waren rein, rhythmisch, keine vitientypische Geräusche. Es bestanden ein sonorer Klopfeschall sowie ein vesikuläres Atemgeräusch. Das Abdomen war weich, die Darmgeräusche normal und ohne Druckdolenz. An den Extremitäten waren keine Ödeme. Der Puls war tastbar. Der Patient war wach und orientiert, es bestand keine fokale Neurologie. Die Klägerin führte ein Ruhe-EKG, ein Langzeit-EKG, ein initiales CCT, ein CT der Halswirbelsäule, ein CMRT, ein Echokardiographie sowie eine Duplexsonographie der hirnvorsorgenden Gefäße durch. Laborchemisch zeigten sich bis auf ein Ethanol-Spiegel von 2,15 Promille keine Besonderheiten. In dem initial durchgeführten CCT ergab sich der Verdacht auf eine frische Ischämie, die sich in dem cMRT eher nicht bestätigte. Echokardiographisch zeigte sich ein höchstgradig dilatierter linker Vorhof.

Mit Rechnung vom 10.05.2016 stellte die Klägerin der Beklagten einen Betrag i. H. v. 2.916,54 € in Rechnung. Die Abrechnung erfolgte

unter Zugrundelegung der Fallpauschalen DRG V60A (Alkoholintoxikation und Alkoholentzug oder Störungen durch Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit mit psychotischem Syndrom oder HIV-Krankheit). Als Hauptdiagnose wurde dabei F10.0 (Akute Alkoholintoxikation, im Sinne eines Rausches) verschlüsselt. Als Nebendiagnose kodierte die Klägerin u. a. die Nebendiagnose F10.0 (Akute Alkoholintoxikation, im Sinne eines Rausches) und F10.6 (Amnestisches Syndrom durch Alkohol). Die Beklagte überwies diesen Betrag. Da sie Zweifel an der ordnungsgemäßen Rechnungslegung hegte, beauftragte sie am 17.05.2016 den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) mit der Überprüfung des Behandlungsfalles. Die Prüfungseinleitung erfolgte mit der Frage, ob die Haupt- und Nebendiagnosen korrekt sind. Der MDK forderte Unterlagen an, welche die Klägerin jedoch nicht vollständig vorlegte. Die Klägerin legte u. a. die Tageskurve und die Pflegedokumentation nicht vor.

Der MDK kam in seinem Gutachten vom 03.09.2016 zu dem Ergebnis, dass sowohl die Haupt- als auch die Nebendiagnose geändert werden müssten. Der Fall müsse mit der Hauptdiagnose S01.0 (Offene Wunde der behaarten Kopfhaut) als Hauptdiagnose sowie nur F10.0 (Psychische und Verhaltensstörung durch Alkohol: Akute Intoxikation [akuter Rausch]) kodiert werden. Der Fall müsse mit der DRG X60Z kodiert werden. Die Beklagte rechnete mit Schreiben vom 17.11.2016 mit unstreitigen Forderungen der Klägerin auf.

Die Klägerin widersprach mit Schreiben vom 21.11.2016. Sie war der Ansicht, dass bei Anfragen von Seiten der Krankenkasse hinsichtlich der Korrektheit der Haupt- und Nebendiagnose zur Überprüfung der Entlassbericht und der Aufnahmebogen ausreiche. Eine Kopfplatzwunde, die genäht wurde, würde nicht die stationäre Aufnahme und Intensivpflichtigkeit begründen. Die Aufnahme erfolgte wegen akuter Alkoholintoxikation mit Alkoholspiegel von > 2,8 ‰. Die Beklagte verwies darauf, dass das Prüfverfahren kein Widerspruchsverfahren enthalte.

Die Klägerin hat mit Schriftsatz ihrer Prozessbevollmächtigten vom 04.04.2019 Klage erhoben. Sie wiederholte ihre bisherigen Ausführungen. Mit Rechnung vom 08.01.2021 stellte sie auf der Grundlage des gerichtlich eingeholten Gutachtens eine neue Rechnung i. H. v. 2.883,56 € aus und übersandte sie der Beklagten, welche diese hinsichtlich des offenen Teilbetrages aber nicht ausglich. In der mündlichen Verhandlung am 28.06.2021 hat sie die Klage i. H. v. 32,98 € zurückgenommen. Die Beklagte hat in der mündlichen Verhandlung die zwischenzeitlich erhobene hilfsweise Widerklage nicht mehr beantragt.

Die Klägerin ist der Ansicht, dass die Beklagte keinen öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch geltend machen könne, da sie mit Rechtsgrund an die Klägerin gezahlt habe. Die Zuordnung eines Behandlungsfalles zu dem Fallpauschalenkatalog erfolge in zwei Schritten. Zunächst werde die durchgeführte Behandlung basierend auf ihrem Gegenstand und ihren prägenden Merkmalen mit der maßgeblichen Hauptdiagnose, den Nebendiagnosen sowie mit Codes nach den Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) verschlüsselt. Zur sachgerechten Durchführung dieser Verschlüsselung hätten die Vertragspartner auf Bundesebene Kodierrichtlinien beschlossen. Maßgeblich seien die jeweils für das Behandlungsjahr geltenden Kodierrichtlinien und Klassifikationen. In einem zweiten Schritt würden die Codes nach einem festgelegten Algorithmus einer bestimmten DRG zugeordnet, anhand dessen dann nach Maßgabe des Fallpauschalenkatalogs die von der Krankenkasse zu zahlender Vergütung errechnet werde. Der Fallpauschalenkatalog einschließlich der Klassifikationen und der Kodierrichtlinien sei streng nach dem Wortlaut auszulegen. Bei Wertungswidersprüchen oder sonstigen Ungereimtheiten obliege es den jeweils zuständigen Stellen, diese durch Änderungen im Fallpauschalenkatalog für die Zukunft zu beseitigen. Nach den Deutschen Kodierrichtlinien liege die Auflistung der Diagnosen und Prozeduren in der Verantwortung des behandelnden Arztes. Danach sei die Hauptdiagnose die Diagnose, die nach der Analyse als diejenige festgestellt wurde, die hauptsächlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthalts der Patientin verantwortlich sei. Der Begriff „nach Analyse“ bezeichne die Evaluation der Befunde am Ende des stationären Aufenthalts, um diejenige Krankheit festzustellen, die hauptsächlich verantwortlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthalts war. Wenn zwei oder mehrere Diagnosen in Bezug zur Aufnahme, Untersuchungsbefunden und / oder der durchgeführten Therapie gleichermaßen die Kriterien für die Hauptdiagnose erfüllen und ICD-10-Verzeichnisse und Kodierrichtlinien keine Verschlüsselungsanweisungen geben, müsse vom behandelnden Arzt entschieden werden, welche Diagnose am besten der Hauptdiagnose-Definition entspreche. Nur in diesem Fall sei die Diagnose vom Arzt auszuwählen, die für Untersuchung und / oder Behandlung die meisten Ressourcen verbraucht haben. Dabei sei es unerheblich, ob Krankheiten verwandt seien oder nicht.

Die Klägerin beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, an sie einen Betrag i. H. v. 1.500,72 € zuzüglich Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 22.11.2016 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie verweist auf ihre bisherigen Ausführungen. Sie ist der Ansicht, dass ihr ein öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch zustehen würde. Sie ist der Ansicht, dass das gerichtlich eingeholte Sachverständigengutachten nicht der Rechnungsoptimierung der Klägerin diene. Der Gutachter komme zu dem Ergebnis, dass die Kodierung der Klägerin nicht durch die in der Behandlungsdokumentation enthaltenen medizinische Fakten untermauert würde. Es komme keine Abrechnung auf der Basis der Hauptdiagnose I67.88 bzw. der DRG B63Z in Betracht, da der Behandlungsfall bereits im Jahre 2016 stattfand und eine Nachkodierung daher ausscheide. Sie hält die Forderung im Hinblick auf die ständige Rechtsprechung zu Korrekturrechnungen im Rahmen des [§ 301 SGB V](#) für verwirkt, jedenfalls für verjährt. Zudem sei die Rechnung nicht fällig.

Das Gericht hat Beweis nach [§ 106](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) durch Einholung eines sozialmedizinischen Gutachtens bei Dr. G. (Gutachten vom 05.11.2020) erhoben. Für das Ergebnis der Beweisaufnahme wird auf die schriftlichen Ausführungen der Sachverständigen Bezug genommen.

Entscheidungsgründe

A. Streitgegenstand dieses Verfahrens ist die Vergütung eines vollstationären Krankenhausaufenthalts. Streitig ist dabei die Frage, welche Hauptdiagnose die Klägerin hätte kodieren müssen und ob die durch einen gerichtlichen Gutachter im Klageverfahren von den Ansichten beider Beteiligten abweichend festgestellte Hauptdiagnose durch das Krankenhaus abgerechnet werden darf. Im Hinblick auf die seitens der Beklagten erhobene hilfsweise Widerklage hat sie in der mündlichen Verhandlung keinen Antrag gestellt, sodass das Gericht – auch im

Kontext der Rücknahme der Widerklagen in den weiteren mündlichen Verhandlungen am gleichen Tag – davon ausgeht, dass die Beklagte darüber keine Entscheidung wollte.

B. Die Klage ist zulässig. Die Klägerin macht zu Recht ihren Anspruch auf Vergütung der Krankenhausbehandlung gegenüber der Beklagten mit der (echten) Leistungsklage nach [§ 54 Abs. 5 SGG](#) geltend. Die Klage eines Krankenhausträgers auf Zahlung von Behandlungskosten 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 (st. Rspr., vgl. grundlegend dazu: Urteil des Bundessozialgerichts vom 16.12.2008, Az. [B 1 KN 1/07 KR R](#) m.w.N.). Die Klägerin hat den Zahlungsanspruch auch konkret beziffert.

C. Die zulässige Klage ist auch nach der erklärten Teil-Rücknahme der Klage i. H. v. 32,98 € begründet. Der Klägerin steht ein Anspruch auf Zahlung von weiteren 1.500,72 € nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 22.11.2016 gegen die Beklagte zu.

I. Rechtsgrundlage des geltend gemachten Vergütungsanspruchs ist [§ 109 Abs. 4 Satz 3](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V), in der hier anzuwendenden Fassung vom 10.12.2015, gültig ab dem 01.01.2016 bis zum 31.12.2016, i. V. m. § 7 S. 1 Nr. 1 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG - in der hier anzuwendenden Fassung des Gesetzes vom 10.12.2015, gültig ab dem 01.01.2016 bis zum 31.12.2016), § 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG - in der hier anzuwendenden Fassung des Gesetzes vom 10.12.2015, gültig ab dem 01.01.2016 bis zum 31.12.2016), dem maßgeblichen Fallpauschalen-Katalog und den Abrechnungsbestimmungen gemäß § 9 KHEntgG sowie dem zwischen der Hessischen Krankenkassengesellschaft und den entsprechenden Krankenkassen bzw. deren Verbänden geschlossenen Vertrag über die allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung nach [§ 112 SGB V](#) für das Land Hessen.

Nach der ständigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts entsteht die Zahlungsverpflichtung der Krankenkassen unabhängig von einer Kostenzusage unmittelbar mit Inanspruchnahme der Leistung durch den bei ihr versicherten Patienten, wenn die Versorgung in einem zugelassenen Krankenhaus durchgeführt wird und im Sinne von [§ 39 Abs. 1 S. 2 SGB V](#) erforderlich ist (st. Rspr., vgl. BSG, Urteil vom 25.11.2010, Az. [B 3 KR 4/10 R](#) – juris – Rn. 10). Der Behandlungspflicht der zugelassenen Krankenhäuser i. S. des [§ 109 Abs. 4 Satz 2 SGB V](#) steht ein Vergütungsanspruch gegenüber, der nach Maßgabe des KHG, des KHEntgG und der Fallpauschalenverordnung in der zwischen den Krankenkassen und dem Krankenhausträger abzuschließenden Fallpauschalenkatalogs festgelegt wird.

Der mit der erhobenen Leistungsklage verfolgten Vergütungsansprüche der Klägerin aus einer späteren Krankenhausbehandlung eines Versicherten der Beklagten ist demgegenüber unstrittig.

II. Die zwischen den Beteiligten zunächst unstrittig entstandene Zahlungsanspruch der Klägerin i. H. v. 1.500,72 € ist auch nicht nachträglich durch die seitens der Beklagten am 21.11.2016 erklärte Aufrechnung untergegangen.

Der im öffentlichen Recht auch ohne ausdrückliche Normierung anerkannte öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch ist aus allgemeinen Grundsätzen des Verwaltungsrechts, insbesondere der Gesetzmäßigkeit der Verwaltung, herzuleiten. Er tritt bei öffentlich-rechtlich geprägten Rechtsbeziehungen an die Stelle des zivilrechtlichen Bereicherungsanspruchs nach [§ 812](#) Bürgerliches Gesetzbuch (BGB). Für einen solchen öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch ist Voraussetzung, dass im Rahmen eines öffentlichen Rechtsverhältnisses Leistungen ohne rechtlichen Grund erbracht oder sonstige rechtsgrundlose Vermögensverschiebungen vorgenommen worden sind (vgl. dazu BSG, Urteil vom 8.11.2011, Az. [B 1 KR 8/11 R](#)). Die Rechtsbeziehung zwischen dem klagenden Krankenhausträger und der beklagten Krankenkasse sind im vorliegenden Fall öffentlich-rechtlicher Natur (dazu unter 1.). Jedoch hat die Beklagte auf die Rechnung der Klägerin vom 10.05.2016 für die Behandlung des Patienten nicht ohne Rechtsgrund geleistet (dazu unter 2.). Der Anspruch ist auch entgegen der Auffassung der Beklagten fällig (dazu unter 3.). Er ist zudem weder verwirkt (dazu unter 4.) noch verjährt (dazu unter 5.).

1. Die öffentlich-rechtliche Natur der Rechtsbeziehungen zwischen Krankenkassen und Krankenhäuser ergibt sich aus [§ 69 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#). Danach sind die Rechtsbeziehungen der Krankenkassen und ihrer Verbände zu den Krankenhäusern und ihren Verbänden abschließend im Vierten Kapitel des SGB V, in den [§§ 63, 64 SGB V](#) und in dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG), dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) sowie den hiernach erlassenen Rechtsverordnungen geregelt. Es handelt sich um Vorschriften des öffentlichen Rechts, sodass die darauf beruhenden Rechtsbeziehungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern nur öffentlich-rechtlicher Natur sein können (vgl. BSG, Urteil vom 08.11.2011, Az.: [B 1 KR 8/11 R](#)).

2. Die Beklagte hat jedoch nach Überzeugung der Kammer nicht ohne Rechtsgrund geleistet. Entgegen der Auffassung der Beklagten steht der Klägerin ein Anspruch auf den noch streitigen Betrag zu. Zwar hat auch die Klägerin – wie sich aus dem eingeholten Sachverständigengutachten ergibt – die Hauptdiagnose nicht zutreffend kodiert. Jedoch war die seitens der von der Beklagten als zutreffend erachtete Hauptdiagnose ebenfalls nicht richtig. Vielmehr musste nach dem eingeholten Sachverständigengutachten die Mikroangiopathie als Hauptdiagnose gewählt werden.

a) Die abzurechnenden Fallpauschalen ergeben sich daraus, dass die nach den bereits aufgezeigten gesetzlichen Regelungen hierzu berufenen Vertragspartner eine Fallpauschalenvereinbarung (FPV) mit einem Fallpauschalen-Katalog als Teil derselben und die Kodierrichtlinien für die Verschlüsselung von Krankheiten und Prozeduren (DKR) vereinbart haben. Die DKR und die FPV bilden den konkreten vertragsrechtlichen Rahmen, aus dem die für eine Behandlung maßgebliche DRG-Position folgt. Diese Vergütungsregelungen sind eng nach ihrem Wortlaut und allenfalls ergänzend nach ihrem systematischen Zusammenhang auszulegen (vgl. hierzu ausführlich: BSG, Urteil vom 8.11.2011, Az. [B 1 KR 8/11 R](#)). Da das DRG-basierte Vergütungssystem vom Gesetzgeber als jährlich weiter zu entwickelndes und damit "lernendes" System angelegt ist, sind bei zutage tretenden Unrichtigkeiten oder Fehlsteuerungen in erster Linie die Vertragsparteien berufen, diese mit Wirkung für die Zukunft zu beseitigen (vgl. Hessischen Landessozialgerichts, Urteil vom 21.08.2014, Az. [L 8 KR 128/13](#)). Nach den aufgezeigten gesetzlichen Vorgaben und der FPV greifen das in der § 1 Abs. 6 FPV in Bezug genommene DRG-Ermittlungsprogramm (Grouper), der Fallpauschalen-Katalog und die Kodierrichtlinien als vereinbarte Abrechnungsbestimmungen ineinander. Die FPV und die DKR bilden dabei nämlich nicht ein System von Pauschalen im Sinne einer Gebührenordnung mit Geldwerten oder Punktwerten. Vielmehr umschreibt der vereinbarte Fallpauschalen-Katalog lediglich mit Buchstaben und Ziffern gekennzeichnete DRG-Positionen, deren zugehörige Bewertungsrelationen und weitere Angaben wie zum Beispiel zur Verweildauer, die für die Abrechnung von stationären Leistungen notwendig sind. Die textliche Bezeichnung beschreibt lediglich die verschlüsselte Position, umreißt aber keinen einer Auslegung als Basis und Ausgangspunkt zugrunde zu legenden subsumtionsfähigen Vergütungstatbestand. Welche DRG-Position abzurechnen ist, ergibt sich aus der Eingabe von im Einzelnen von einem Programm vorgegebenen, abzufragenden Daten in ein

automatisches Datenverarbeitungssystem und dessen Anwendung (vgl. hierzu ausführlich: BSG, Urteil vom 8.11.2011, Az. [B 1 KR 8/11 R](#)). Für die Art und Weise der Dateneingabe sehen die FPV und die DKR konkrete Vorgaben vor.

So enthält die FPV 2016 Abrechnungsbestimmungen für DRG-Fallpauschalen. Die DKR 2016 regeln Kodieranweisungen. Der Grouper greift dabei auf Dateien zurück, die entweder als integrale Bestandteile des Programms mit vereinbart sind oder an anderer Stelle vereinbarte Regelungen wiedergeben. Zu letzteren gehören die Fallpauschalen selbst, aber auch die Internationale Klassifikation der Krankheiten (ICD 10) in der jeweiligen vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) herausgegebenen deutschen Fassung sowie die Klassifikation des vom DIMDI im Auftrag des BMG herausgegebenen Operationen- und Prozedurenschlüssel als solche (OPS) (vgl. hierzu ausführlich: BSG, Urteil vom 8.11.2011, Az. [B 1 KR 8/11 R](#)).

b) Hauptdiagnose im Sinne der DKR D002d als Teil der Allgemeinen Kodierrichtlinien ist die Diagnose, die bei retrospektiver Betrachtung objektiv nach medizinisch-wissenschaftlicher Erkenntnis die Aufnahme zur stationären Behandlung erforderlich machte. Es ist für die Bestimmung der Hauptdiagnose ohne Belang, wenn innerhalb eines abrechenbaren Behandlungsfalls nach der Aufnahme ins Krankenhaus weitere Krankheiten oder Beschwerden auftreten, die ebenfalls für sich genommen stationäre Behandlung bedingen, selbst wenn die stationäre Behandlungsbedürftigkeit aufgrund der ersten Diagnose wegfällt. Bestehen bei der Aufnahme ins Krankenhaus zwei oder mehrere Krankheiten oder Beschwerden, die jeweils für sich genommen bereits stationärer Behandlung bedürften, kommt es darauf an, welche von ihnen bei retrospektiver Betrachtung objektiv nach medizinisch-wissenschaftlicher Erkenntnis hauptsächlich die stationäre Behandlung erforderlich machte. Das ist die Diagnose mit dem größten Ressourcenverbrauch (BSG, Urteil vom 21. April 2015, Az.: [B 1 KR 9/15 R](#) juris Rn. 15).

Die "Veranlassung" des stationären Krankenhausaufenthalts meint die ursächliche Auslösung des stationären Behandlungsgeschehens. Das zeitliche Moment als ein wesentliches Definitionsmerkmal grenzt dabei von später hinzugetretenen Diagnosen ab, die ebenfalls stationäre Behandlungsbedürftigkeit bedingen. Ein bereits - objektiv zutreffend - veranlasster stationärer Krankenhausaufenthalt kann nicht später, nach Aufnahme in das Krankenhaus nochmals veranlasst, sondern allenfalls aufrechterhalten werden. Diagnosen, die erst nachfolgend Behandlungsbedürftigkeit begründen, sind irrelevant. Insbesondere kommt es nicht darauf an, dass die den stationären Krankenhausaufenthalt veranlassende Diagnose zugleich den größeren Anteil am Ressourcenverbrauch hat (BSG, Urteil vom 21. April 2015, Az.: [B 1 KR 9/15 R](#) - juris - Rn. 16).

Die Beurteilung, ob eine Diagnose als Hauptdiagnose zu kodieren ist, bemisst sich nach objektiven Maßstäben. Sie erfordert kein an eine bestimmte Person gebundenes höchstpersönliches Fachurteil, sondern kann jederzeit durch einen unabhängigen Sachverständigen nachvollzogen werden. Sie unterliegt im Streitfall der vollen richterlichen Nachprüfung (BSG, Urteil vom 21. April 2015, Az.: [B 1 KR 9/15 R](#) - juris - Rn. 18).

„Nach Analyse“ verdeutlicht, dass es weder auf die subjektive oder objektiv erzielbare Einweisungs- oder Aufnahmediagnose ankommt, sondern allein auf die objektive ex-post-Betrachtung der Aufnahmegründe am Ende der Krankenhausbehandlung. Es ist für die Bestimmung der Hauptdiagnose ohne Belang, dass die Diagnose des einweisenden Arztes und des aufnehmenden Krankenhausarztes unter Berücksichtigung der ex ante vorhandenen Informationen objektiv lege artis erfolgte. Maßgeblich ist allein die objektiv zutreffende ex-post-Betrachtung (BSG, Urteil vom 21. April 2015, Az.: [B 1 KR 9/15 R](#) - juris - Rn. 19).

c) Vor diesem Hintergrund durfte die Klägerin nach Auffassung der Kammer die erfolgte stationäre Behandlung des Patienten am 08.01.2021 nach der DRG - Fallpauschale B63Z (Demenz und andere chronische Störungen der Hirnfunktion) mit der Hauptdiagnose I67.88 (Sonstige näher bezeichnete zerebrovaskuläre Krankheiten) abrechnen. Der Gutachter hat nach Auffassung des Gerichts die geänderte Hauptdiagnose sowie die sich daraus resultierende neue Fallpauschale schlüssig und unter Berücksichtigung aller Umstände des Einzelfalles ermittelt. Das Gericht ist insbesondere davon überzeugt, dass weder ein erhöhter Blutalkoholspiegel ohne Koordinationsstörungen und bestehender Gefähigkeit noch eine versorgte (genähte) Kopfplatzwunde ohne Gefahr einer intrazerebralen Blutung und ohne Zeichen einer Comotio eine stationäre Aufnahme bedingt. Das Gutachten ist in vollem Umfang überzeugend.

3. Entgegen der Auffassung der Beklagten in der mündlichen Verhandlung am 28.06.2021 ist der Vergütungsanspruch der Klägerin sowohl nach allgemeinen Erwägungen als auch nach den landesvertraglichen Regelungen fällig (dazu unter a) und b)).

a) Vorliegend ergeben sich für das Gericht keine Anhaltspunkte dafür, dass die Vergütungsforderung nach allgemeinen Erwägungen nicht fällig sein dürfte.

Nach ständiger Rechtsprechung ist das Krankenhaus verpflichtet, 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 ([§ 100 Abs 1 Satz 1 Nr. 2 SGB X](#)) oder dies gesetzlich zugelassen ist ([§ 100 Abs 1 Satz 1 Nr. 1 SGB X](#)); 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 (vgl. BSG, Urteil vom 22. April 2009, Az.: [B 3 KR 24/07 R](#) - juris - Rn. 15).

Zwingend, nämlich i. S. 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 u. a. 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 (BSG, Urteil vom 22. April 2009, Az.: [B 3 KR 24/07 R](#) - juris - Rn. 16).

Sofern die Anzeige des Krankenhauses den (Mindest-)Anforderungen der ersten Stufe der Sachverhaltsermittlung nicht genügt, fehlt es bereits an der Fälligkeit der Vergütungsforderung (st. Rspr., vgl. BSG, Urteil vom 16. Mai 2012, Az.: [B 3 KR 14/11 R](#) - juris - Rn. 19; BSG, Urteil vom 13. November 2012, Az.: [B 1 KR 14/12 R](#) - juris - Rn. 34).

Für das erkennende Gericht ist vorliegend nicht erkennbar, welche konkrete nach [§ 301 SGB V](#) erforderlichen Angaben die Klägerin gegenüber der Beklagten nicht gemacht hat. Auch die Beklagte ist nach Zugang der Rechnung vom 05.06.2016 davon ausgegangen, dass die Klägerin ihrer Informationspflicht aus [§ 301 SGB V](#) ausreichend nachgekommen ist. Dies ergibt sich daraus, dass sie den in der Rechnung

geltend gemachten Betrag – ohne nichtmedizinische Nachfragen bei der Klägerin zu stellen – überwiesen hat.

b) Nach § 10 Abs 4 KHBV Hessen hat die KK die Schlussrechnung innerhalb von 30 Tagen ab dem Tag des Rechnungseingangs zu bezahlen. In dieser Zeit kann die KK die Rechnung prüfen, ohne in Verzug zu geraten. Vorliegend hat die Beklagte die Rechnung am 10.05.2016 erhalten und zunächst bezahlt. Die danach erfolgte Aufrechnung berührt nicht die grundsätzliche Fälligkeit der ursprünglichen Forderung. Bezogen auf die medizinische Sachverhaltsermittlung im gerichtlichen Verfahren hat die Klägerin am 08.01.2021 (im Protokoll insofern falsch mit dem 08.01.2016 bezeichnet) eine neue Rechnung gestellt und diese der Beklagten übersandt, welche nicht ausgeglichen ist. Zwar ist das genaue Datum der Übersendung der Rechnung nicht bekannt. Jedenfalls das Schreiben der Prozessbevollmächtigten der Klägerin vom 21.01.2021, in dem diese Vergleichsbereitschaft auf der Basis des Ergebnisses des Sachverständigengutachtens signalisiert, ist jedenfalls als Geltendmachung des Rechnungsbetrages zu werten. Mangels Ausgleichs dieser Rechnung ist diese nach der maßgebenden vertraglichen Regelung fällig. Bezogen auf die Ausführungen unter 3. a) hat auch die Beklagten hinsichtlich dieser Rechnung keine Tatsachen vorgebracht, die dafür sprechen, dass die Klägerin ihre Informationspflichten nach [§ 301 SGB V](#) verletzt haben könnte.

4. Die Beklagte beruft sich hinsichtlich des erhobenen Einwands der Verwirkung auf die höchstrichterliche Rechtsprechung zu Korrekturrechnung. Dieser Einwand greift vorliegend nicht durch.

a) Nach der ständigen höchstrichterlichen Rechtsprechung richtet sich die Zulässigkeit von Nachforderungen eines Krankenhauses wegen Behandlung eines Versicherten mangels ausdrücklicher Regelung gemäß dem über [§ 69 Abs 1 Satz 3 SGB V](#) auf die Rechtsbeziehungen zwischen Krankenhaus und Krankenkassen einwirkenden Rechtsgedanken des [§ 242 BGB](#) nach Treu und Glauben in Gestalt der Verwirkung. Die Verwirkung setzt als Unterfall der unzulässigen Rechtsausübung voraus, dass der Berechtigte die Ausübung seines Rechts während eines längeren Zeitraums unterlassen hat und weitere besondere Umstände hinzutreten, die nach den Besonderheiten des Einzelfalls und des in Betracht kommenden Rechtsgebietes das verspätete Geltendmachen des Rechts dem Verpflichteten gegenüber nach Treu und Glauben als illoyal erscheinen lassen. Solche, die Verwirkung auslösenden "besonderen Umstände" liegen vor, wenn der Verpflichtete infolge eines bestimmten Verhaltens des Berechtigten (Verwirkungsverhalten) darauf vertrauen durfte, dass dieser das Recht nicht mehr geltend machen werde (Vertrauensgrundlage), und der Verpflichtete tatsächlich darauf vertraut hat, dass das Recht nicht mehr ausgeübt wird (Vertrauensstatbestand), und sich infolgedessen in seinen Vorkehrungen und Maßnahmen so eingerichtet hat (Vertrauensverhalten), dass ihm durch die verspätete Durchsetzung des Rechts ein unzumutbarer Nachteil entstehen würde (BSG, Urteil vom 13. November 2012, Az.: [B 1 KR 24/11 R](#) – juris – Rn. 36 – 37; BSG, Urteil vom 01. Juli 2014, Az.: [B 1 KR 48/12 R](#) – juris – Rn. 22; s. BSG, Urteil vom 18. Juli 2013, Az.: [B 3 KR 22/12 R](#) – juris- Rn. 27).

Das Rechtsinstitut der Verwirkung passt als ergänzende Regelung innerhalb der kurzen vierjährigen Verjährungsfrist grundsätzlich nicht. Das Rechtsinstitut der Verwirkung findet nämlich nur in besonderen, engen Ausnahmekonstellationen Anwendung. Als ein Verwirkungsverhalten wertete die höchstrichterliche Rechtsprechung regelmäßig die vorbehaltlose Erteilung einer nicht offensichtlich un schlüssigen Schlussrechnung eines Krankenhauses. Eine Vertrauensgrundlage entsteht in der Regel im Anschluss hieran, wenn das Krankenhaus eine Nachforderung weder im gerade laufenden noch nachfolgenden vollen Haushaltsjahr der KK geltend macht. Der Vertrauensstatbestand erwächst daraus, dass die KK regelhaft darauf vertraut, dass das Krankenhaus insoweit keine weiteren Nachforderungen erhebt. Hieran richtet sie ihr Verhalten aus, indem sie davon Abstand nimmt, die Abrechnung als zweifelhaft zu behandeln und - im Kontext sonstiger streitiger Forderungen - dafür haushaltsrechtlich relevante Vorkehrungen zu treffen. Ist die Schlussrechnung des Krankenhauses dagegen in seltenen Ausnahmefällen - offensichtlich un schlüssig, kann eine Rechnungskorrektur auch nach Ablauf eines ganzen folgenden Haushaltsjahres noch nicht verwirkt sein. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn ein offensichtlicher, ins Auge springender Korrekturbedarf zu Gunsten des Krankenhauses besteht (BSG, Urteil vom 05. Juli 2016, Az.: [B 1 KR 40/15 R](#) juris Rn. 20 - 21).

b) Diese Rechtsprechung greift im vorliegenden Fall aus mehreren Gründen nicht. Zunächst fehlt es an einem Vertrauensstatbestand auf Seiten der Beklagten. Die Klägerin hat nämlich insoweit gegen die Aufrechnung der Beklagten Widerspruch erhoben (s. insoweit das Schreiben der Klägerin vom 21.11.2016). Damit liegt bereits keine vorbehaltlose Erteilung einer nicht un schlüssigen Rechnung vor. Vielmehr meinte die Beklagte, dass die Rechnung der Klägerin unzutreffend ist. Dies stellt aber bereits ein erheblicher prozessualer und materiell-rechtlicher Unterschied dar. Die Beklagte hat nämlich gerade die Rechnung der Klägerin hinsichtlich des Behandlungsfalles F. moniert und diese mit der Erhebung des Widerspruchs deutlich gemacht, dass aus ihrer Sicht die Rechnung richtig und zutreffend geltend gemacht wurde. Die Beklagte hat damit gerade nicht davon Abstand genommen, die Abrechnung als zweifelhaft zu behandeln und war aus diesem Grund verpflichtet, haushaltsrechtlich relevante Vorkehrungen zu treffen. Hinzu kommt, dass die Klägerin mit Schriftsatz ihrer Prozessbevollmächtigten vom 04.04.2019 Klage erhoben hat und seit diesem Zeitpunkt die seitens der Beklagten bestrittene Forderung rechtshängig war. Damit konnte und durfte die Beklagte nicht darauf vertrauen, dass die Klägerin die Forderung nicht mehr geltend macht.

Im Übrigen ist die unter a) zitierte Rechtsprechung bereits deswegen nicht einschlägig, da die Klägerin vorliegend keine Nachforderung geltend macht. Eine Nachforderung ist gegeben, wenn jemand eine zusätzliche Forderung erhebt oder eine weitere nachträgliche Rechnung ausstellt (vgl. Duden: <https://www.duden.de/rechtschreibung/Nachforderung>). Die Klägerin macht vorliegend aber gerade keine über die ursprünglich hinausgehende Forderung geltend. Vielmehr begehrt sie weiterhin – abgesehen von der zurückgenommenen Klage in Höhe eines Teilbetrages von 32,98 € - die Erfüllung ihrer ursprünglichen Forderung, nun allerdings abgerechnet als DRG B36Z statt als DRG V60A. Es handelt sich nämlich um den gleichen Behandlungsfall, für den der Anspruch rechtshängig gemacht wurde. Sie lediglich diesbezüglich die rechtliche Grundlage – nämlich Abrechnung einer anderen DRG – ausgetauscht, aber nicht eine Nachforderung erhoben. Die Forderung ist damit nicht verwirkt.

5. Die Forderung ist auch nicht verjährt. Nach ständiger höchstrichterlicher Rechtsprechung verjähren Ansprüche aus Krankenhausbehandlungen gemäß der in [§ 45 SGB I](#) bestimmten Verjährungsfrist von vier Jahren. Dies stellt Ausdruck eines allgemeinen Prinzips dar, das der Harmonisierung der Vorschriften über die Verjährung öffentlich-rechtlicher Ansprüche dient. Nach [§ 69 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) greifen dabei lediglich im Übrigen die Vorschriften des BGB entsprechend, soweit sie mit den Vorgaben des [§ 70 SGB V](#) "und den übrigen Aufgaben und Pflichten der Beteiligten nach" dem 4. Kapitel des SGB V vereinbar sind (BSG, Urteil vom 21. April 2015, Az.: [B 1 KR 11/15 R](#) -juris – Rn. 14).

Nach [§ 45 Abs. 1](#) Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I) verjähren Ansprüche auf Sozialleistungen in vier Jahren nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem sie entstanden sind. Der öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch der Krankenkasse im gleichgeordneten Leistungserbringungsverhältnis entsteht bereits im Augenblick der Überzahlung (BSG, Urteil vom 17. Dezember 2013, Az.: [B 1 KR 71/12 R](#) juris Rn. 12). Im Umkehrschluss muss der Vergütungsanspruch des Krankenhauses im Zeitpunkt der erfolgten Aufrechnung durch die

Krankenkasse entstehen. Die Beklagte hat nach zunächst erfolgter Begleichung der Rechnung der Klägerin gegen unstreitige Ansprüche aus andere Behandlungsfällen der Klägerin mit Schreiben vom 21.11.2016 aufgerechnet, sodass der Vergütungsanspruch im Jahre 2016 entstanden ist und die Verjährungsfrist zu Beginn des Jahres 2017 angefangen zu laufen. Bei Erhebung der Klage am 04.04.2019 war die vierjährige Verjährungsfrist noch nicht abgelaufen, sodass durch deren Rechtshängigkeit die Verjährung nach [§ 69 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) i. V. m. [§ 204 Abs. 1 Nr. 1 BGB](#) gehemmt war. Es handelt sich – wie das Gericht unter 4. herausgearbeitet hat – um die gleiche Forderung und gerade nicht um eine Nachforderung.

D. Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 197a SGG](#) und trägt dem Ausgang der jeweiligen Verfahren Rechnung. Die Berufung ist nach [§§ 143, 144 SGG](#) zulässig, da die Beklagte zu einer Zahlung eines Betrages i. H. v. 1.500,72 € verurteilt wurde, sodass der maßgebliche Wert des Beschwerdegegenstandes von 750,-€ überschritten ist.

Rechtskraft
Aus
Saved
2022-01-10