S 18 KR 126/18

Land
Hessen
Sozialgericht
SG Wiesbaden (HES)
Sachgebiet
Krankenversicherung
1. Instanz
SG Wiesbaden (HES)
Aktenzeichen
S 18 KR 126/18
Datum
22.02.2019
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 8 KR 173/19
Datum
21.01.2021
3. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Gerichtsbescheid

Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin 5.785,42 nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz hieraus seit dem 31.07.2017 zu zahlen.

Die Beklagte hat die Kosten des Rechtsstreites zu tragen.

Tatbestand

Die Beteiligten streiten über die Vergütung eines vollstationären Krankenhausaufenthaltes.

Die Klägerin ist Trägerin des A. in A-Stadt.

Der bei der Beklagten gesetzlich krankenversicherte Patient C. C. befand sich in der Zeit vom 16.03.2017 bis zum 13.04.2017 in der Klinik der Klägerin zur vollstationären Behandlung.

Mit Schlussrechnung vom 02.05.2017 bezifferte die Klägerin die Behandlungskosten in Höhe von 8.089,72 €. Die Abrechnung erfolgte unter Zugrundelegung der Diagnosis Related Group (DRG) I12B (Knochen- und Gelenkinfektion/ -entzündung mit verschiedenen Eingriffen am Muskel-Skelett-System und Bindegewebe mit schweren CC, mit Revision des Kniegelenks oder Osteomyelitis,Alter < 16 Jahre).

Die Beklagte beglich die Rechnung zunächst in voller Höhe und beauftragte den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) mit folgender Fragestellung um Überprüfung der Abrechnung:

> „Ist /sind die Nebendiagnose(n) korrekt?“

Mit Gutachten vom 27.06.2017 kam der MDK bei einer Einsichtnahme vor Ort zu dem Ergebnis, dass die zur Prüfung gestellte Nebendiagnose L89.14 korrekt ist. Die Klägerin hat anlässlich des Termins vor Ort aufgrund einer Sepsis die Nebendiagnosen A41.0 und R65.0! nachkodiert. Der MDK hält die Kodierung dieser Nebendiagnosen für sachgerecht.

Daraufhin hat die Klägerin die Schlussrechnung vom 02.05.2017 storniert und die Behandlungskosten mit Schlussrechnung vom 30.06.2017 nach der DRG I12A (Knochen- und Gelenkinfektion/ -entzündung mit verschiedenen Eingriffen am Muskel-Skelett-System und Bindegewebe mit äußerst schweren CC) in Höhe von 13.875,14 € beziffert.

Mit Schreiben vom 30.06.2017 hat die Beklagte die weitere Vergütungsforderung zurückgewiesen. Die Schlussrechnung vom 19.08.2016 sei gemäß den Regelungen der Prüfverfahrensvereinbarung (PrüfvV) geprüft worden. Für Krankenhäuser bestehe grundsätzlich einmal die Möglichkeit, innerhalb von 5 Monaten nach Einleitung des MDK-Prüfverfahrens Korrekturen oder Ergänzungen von Datensätzen an die Krankenkasse zu übermitteln. Nur diese Korrekturen oder Ergänzungen dürfe der MDK in seine Prüfung einbeziehen. Habe der MDK jedoch die Begutachtung bereits vor Ablauf von 5 Monaten abgeschlossen, könne die später eingehende Korrektur/Ergänzung nicht mehr berücksichtigt werden.

Die Klägerin hat am 28.03.2018 Klage erhoben.

Die Klägerin beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin 5.785,42 € nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz hieraus seit dem 31.07.2017 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Wegen des weiteren Sach- und Streitstandes wir auf die Gerichtsakte, die Patientenakte der Klägerin und die Verwaltungsakte der Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe

Gemäß § 105 Abs. 1 SGG kann das Gericht nach Anhörung der Beteiligten ohne mündliche Verhandlung durch Gerichtsbescheid entscheiden, weil die Sache keine besonderen Schwierigkeiten tatsächlicher oder rechtlicher Art aufweist und der Sachverhalt geklärt ist.

Die Klage ist als Leistungsklage nach § 54 Abs. 5 SGG zulässig, denn bei einer auf Zahlung der Behandlungskosten eines Versicherten gerichteten Klage eines Krankenhausträgers gegen eine Krankenkasse handelt es sich um einen sogenannten Parteienstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt (BSGE 90, 1 ff.). Es ist demnach weder ein Vorverfahren durchzuführen noch eine Klagefrist zu beachten.

Die Klage ist begründet, denn der Klägerin steht der streitgegenständliche Teilbetrag aus der Schlussrechnung vom 30.06.2017 in Höhe von 5.785,42 € zu. Die Klägerin hat für die vollstationäre Behandlung des bei der Beklagten gesetzlich krankenversicherten Patienten C. C. vom 16.03.2017 bis zum 13.04.2017 gemäß der Schlussrechnung vom 30.06.2017 einen Vergütungsanspruch nach der DRG I12A in Höhe von insgesamt 14.062,98 €.

Rechtsgrundlage des geltend gemachten Vergütungsanspruchs der Klägerin ist § 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V mit Verweis auf das Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG), sowie der „Vertrag über die allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung gemäß § 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V“ zwischen der Hessischen Krankenhausgesellschaft und den Krankenkassen (-verbänden). Der Vergütungsanspruch eines Krankenhauses für die Krankenhausbehandlung und damit korrespondierend die Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse gegenüber einem Krankenhaus entsteht unabhängig von einer Kostenzusage - unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistungen des Krankenhauses durch einen Versicherten der Krankenkasse, wenn die Versorgung in einem nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus durchgeführt wird und im Sinne von § 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V erforderlich ist.

Die Klägerin betreibt ein zugelassenes Krankenhaus und die Inanspruchnahme der Leistungen der Klägerin war auch erforderlich.

Die Leistungen der Klägerin sind gemäß Rechnung der Klägerin vom 30.06.2017 nach der DRG I12A in Höhe von 14.062,98 € abzurechnen. Die Höhe der Rechnung ist zwischen den Beteiligten unstreitig. Wenn Rechnungsposten von (normen)vertraglichen Vereinbarungen zahlenförmigen Inhalts mit abhängen und beide Beteiligte insoweit eine besondere professionelle Kompetenz aufweisen, bedarf es keiner weiteren Ermittlungen, wenn die Berechnungsergebnisse keinem Streit zwischen den Beteiligten ausgesetzt sind und sonstige konkrete Umstände keine Anhaltspunkte für eine fehlerhafte Berechnung ergeben (BSG, Urteil vom 19.06.2018 – B 1 KR 39/17 R m.w.N.). So liegt es hier. Die der streitgegenständlichen Schlussrechnung der Klägerin vom 30.06.2017 zugrundeliegende Abrechnung nach der DRG I12A beruht auf der anlässlich der Begehung in der Klinik der Klägerin durch den MDK im Konsens erfolgten Nachkodierung der Nebendiagnosen A41.o und R65.0!.

Der Vergütungsanspruch der Klägerin wird weder durch den Vertrag über die allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung gemäß § 112 Abs. 2 S. 1 Nr. 1 SGB V noch die Vereinbarung über das Nähere zum Prüfverfahren nach § 275 Abs. 1c SGB V (PrüfvV) gemäß § 17c Abs. 2 S. 1 KHG eingeschränkt

Die PrüfvV findet in dem streitgegenständlichen Verfahren keine Anwendung. Nach § 17c Abs. 2 S. 1 KHG werden die Vertragsparteien, der GKV-Spitzenverband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft ermächtigt, das Nähere zum Prüfverfahren der Auffälligkeitsprüfung nach § 275 Abs. 1c SGB V zu regeln. Die Prüfverfahrensvereinbarung betrifft nicht die Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit i. S. d. Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG, Urteil vom 25.10.2016 – B 1 KR 18/16 R).

Die Beklagte hat zwar hinsichtlich der ersten Schlussrechnung der Klägerin vom 02.05.2017 eine Auffälligkeitsprüfung i. S. d. § 275 Abs. 1c SGB V in Auftrag gegeben. Dies ergibt sich aus dem Wortlaut des Prüfauftrages vom 05.05.2017. Die Prüfung ist auch gemäß § 7 PrüfvV durchgeführt und mit dem Gutachten des MDK vom 27.06.2017 abgeschlossen worden. Die Schlussrechnung der Klägerin vom 02.05.2017 ist jedoch mit Schreiben der Klägerin vom 29.07.2017 storniert und nicht zum Streitgegenstand dieses Verfahrens gemacht worden.

Streitgegenstand dieses Verfahrens ist allein die Abrechnung der Klägerin vom 30.06.2017, mit der die Klägerin die Behandlungskosten auf der Grundlage der DRG I12A in Höhe von 13.875,14 € beziffert. Die Prüfung dieser Abrechnung hätte nach § 275 Abs. 1c S. 2 SGB V i. V. m. der PrüfvV spätestens 6 Wochen nach Eingang der Abrechnung bei der Beklagten erfolgen müssen. Dies ist nicht geschehen.

Der Vergütungsanspruch der Klägerin aus der allein streitgegenständlichen Schlussrechnung vom 30.06.2017, mit der die Klägerin, über die stornierte Schlussrechnung vom 02.05.2017 hinaus, weitere 5.785,42 € geltend macht, ist auch nicht verwirkt.

Erteilt ein Krankenhaus einer Krankenkasse vorbehaltlos eine plausible Schlussrechnung für die Behandlung eines Versicherten, ist eine Forderung weiterer Vergütung bis zum Ablauf des folgenden vollen Kalenderjahrs nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts regelmäßig nicht verwirkt (BSG, Urteil vom 05.07.2016 – B 1 KR 40/15 R; Bestätigung von BSG, Urteil vom 13.11.2012 – B 1 KR 6/12 R). Vorliegend hat die Klägerin die Schlussrechnung vom 19.08.2016 mit Rechnung vom 10.01.2017 und somit vor Ablauf des auf die erste Abrechnung folgenden Kalenderjahres korrigiert.

Auch die Durchführung der Prüfung der ersten Schlussrechnung vom 02.05.2017 gemäß § 7 PrüfvV führt zu keinem anderen Ergebnis. Gemäß § 17c Abs. 2 KHG regeln der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft in der Prüfverfahrensvereinbarung das Nähere zum Prüfverfahren des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen nach § 275 Abs. 1c SGB V. Die Prüfverfahrensvereinbarung regelt allein die Durchführung des Prüfverfahrens des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen nach § 275 Abs. 1c SGB V. Die Vorschrift ermächtigt die Vertragspartner nicht, das Nähere zur Vergütung i. S. d. § 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V, des Krankenhausentgeltgesetzes sowie des Vertrages über die allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung gemäß § 112 Abs. 2 Satz

1 Nr. 1 SGB V zwischen der Hessischen Krankenhausgesellschaft und den Krankenkassen (-verbänden) zu regeln. Dementsprechend steht auch § 7 Abs. 5 PrüfvV, der auch nach seinem Wortlaut allein die Korrektur oder die Ergänzung von Datensätzen i. S. d. § 301 SGB V während der Prüfung durch den MDK regelt, einer späteren Korrektur der Schlussrechnung nicht entgegen (im Ergebnis: LSG Rheinland-Pfalz, Beschluss vom 13.08.2018 – L 5 KR 155/18 NZB).

Der streitgegenständliche Zinsanspruch der Klägerin folgt aus § 10 Abs. 4, Abs. 5 des Landesvertrages über die allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung gemäß § 112 Abs. 2 S. 1 Nr. 1 SGB V in Verbindung mit § 288 BGB.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a SGG i. V. m. § 154 Abs. 1 VwGO.

Rechtskraft
Aus
Saved
2022-01-19