S 47 KR 785/17

Land
Freistaat Sachsen
Sozialgericht
SG Dresden (FSS)
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
47
1. Instanz
SG Dresden (FSS)
Aktenzeichen
S 47 KR 785/17
Datum
03.03.2020
2. Instanz
Sächsisches LSG
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze
Soweit in der Abrechnung des Krankenhauses für eine stationäre Behandlung kein OPS genannt wird, hat das Krankenhaus der Krankenkasse - zumindest auf Rückfrage - Informationen zum Grund der Aufnahme zu liefern.
Entsprechend wie bei regelhaft ambulanten Behandlungen besteht hier eine ergänzende Informationspflicht zum Grund der Aufnahme.
I. Die Klage wird abgewiesen.

II. Der Kläger hat die Kosten des Verfahrens zu tragen.

III. Der Streitwert wird auf 2.360,59 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Vergütung stationärer Krankenhausbehandlung.

Das für die Behandlung Versicherter zugelassene Krankenhaus des klagenden Krankenhausträgers behandelte die bei der beklagten Krankenkasse versicherte I ... R ... (im Folgenden: Versicherte) vollstationär vom 15.2. bis zum 17.2.2017. Die stationäre Aufnahme erfolgte geplant. Der Einweisungsschein wurde bereits am 20.1.2017 durch Dr. med. P ..., Fachärztin für Innere Medizin/Pneumologie, ausgestellt. Diesem sind lediglich die Diagnoseangaben D35.0 (gutartige Neubildung: Nebenniere), E11.90 (Diabetes mellitus Typ II: ohne Komplikationen: nicht als entgleist bezeichnet), N18.3 (chronische Nierenkrankheit Stadium III) sowie I26.9 (Lungenembolie ohne Angabe eines akuten Cor pulmonale) zu entnehmen.

Das Krankenhaus des Klägers codierte als Hauptdiagnose den ICD-Code D35.0 sowie weitere Nebendiagnosen. Zur Abrechnung kam die DRG K64D (Endokrinopathien ohne komplexe Diagnose, ohne bestimmte Diagnose, ohne äußerst schwere CC, ohne invasive endokrinologische Diagnostik).

Im Rahmen der Datenübermittlung nach § 301 SGB V übermittelte das Krankenhaus des Klägers an die Beklagte als "Aufnahmegrund" die Ziff. 01 (Krankenhausbehandlung vollstationär). Ein Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) ist den durch das Krankenhaus des Klägers gemäß § 301 SGB V übermittelten Daten nicht zu entnehmen.

Die Rechnung vom 22.2.2017 wurde von der Beklagten am 6.3.2017 mit folgendem Vermerk zurückgeschickt:

"Die übermittelten Daten enthalten keinen OPS. Folglich ist nicht erkennbar, welche krankenhausspezifischen Maßnahmen zum stationären Aufenthalt führten. Teilen Sie uns bitte den Grund der stationären Aufnahme mit."

Das Krankenhaus übermittelte hierauf keine weitere begründende Antwort auf diese Fragestellung.

Eine nochmalige Anfrage erfolgte am 30.3.2017: "Die übermittelten Daten enthalten keinen OPS. Folglich ist nicht erkennbar, welche krankenhausspezifischen Maßnahmen zum stationären Aufenthalt führten. Teilen Sie uns bitte den Grund der stationären Aufnahme mit".

Das Krankenhaus des Klägers antwortete hierauf: *Medizinische Begründungen sind lediglich für Eingriffe des AOP-Kataloges erforderlich, im vorliegenden Fall ist keine weitere Begründung erforderlich. Die Rechnung ist mit dem 22.2.2017 fällig "

Hierauf verblieb die Rechnung ohne Zahlung im System der Beklagten. Mit Schreiben vom 20.4.2017 teilte die Beklagte dem Krankenhaus des Beklagten mit, dass die Datenmeldung nicht den gesetzlichen und vertraglichen Vorgaben der Abrechnung bzw. Datenübermittlung entspreche. Die Aufforderung zur Begründung der stationären Aufnahme sei zweimal zurückgewiesen worden. Die Fälligkeit der Rechnung setze ihre Ordnungsmäßigkeit voraus. Sofern die beschriebenen formellen Prüfaspekte vorlägen, könne ein Rechnungsausgleich erst dann erfolgen, wenn Fehler berichtigt und Mitwirkungspflichten erbracht worden seien. Bis zu der Mitwirkung verbliebe die Rechnung im System. Gemäß aktueller Rechtsprechung würde die Krankenkasse die Entscheidung über die Einholung einer gutachtlichen Stellungnahme durch den MDK (Prüfverfahren nach § 275 Abs. 1c SGB V) erst nach vollständiger und ordnungsgemäßer Erfüllung der Informationsobliegenheiten treffen.

Am 29.8.2017 hat der Krankenhausträger Klage zum Sozialgericht Dresden erhoben. Mit dieser begehrt er in der Hauptsache eine Zahlung der Beklagten in Höhe von 2.360,59 EUR. § 301 SGB V enthalte keine genauere Begründungspflicht. Die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts beziehe sich auf regelhaft ambulant durchführbare Leistungen. Keine OPS bedeute nicht, dass die Leistung regelhaft ambulant durchführbar sei. Bei Zweifeln an der Erforderlichkeit der Krankenhausbehandlung und der Rechnungslegung seien die Kassen verpflichtet, gemäß §§ 275 Abs. 1, 276 SGB V i.V.m. der Prüfverfahrensvereinbarung den MDK mit einer gutachtlichen Prüfung zu beauftragen.

Es bestehe keine über den Wortlaut hinausgehende Begründungspflicht. Der Grund der Aufnahme werde nach Maßgabe der Datenübermittlungsvereinbarung zwischen dem Spitzenverband der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft mitgeteilt. Dies seien hier die Ziffern 01 "(Krankenhausbehandlung, vollstationär)". Weitere Gründe sehe die Datenübermittlungsvereinbarung nicht vor.

Der Krankenhausträger beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, an den Kläger 2.360,59 EUR nebst Zinsen hieraus in Höhe von 5 % über den Basiszinssatz gemäß § 247 Abs. 1 BGB seit dem 09.03 ...2017 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Die mitgeteilten Daten ließen keinen Grund für die stationäre Behandlung erkennen. Genügten die gemeldeten Daten nicht den Mindestanforderungen, dürften die Krankenkassen bei Zweifeln oder Unsicherheiten in Bezug auf die gemäß § 301 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V übermittelten Daten selbst beim Krankenhaus klären, ob die jeweiligen Voraussetzungen der Zahlungspflicht im Einzelfall gegeben seien. Dies gelte nicht nur bei ambulant durchführbaren Behandlungen, sondern erst recht, wenn keine OPS mitgeteilt wurden, da hier keine prüfbaren Anhaltspunkte bestünden.

Es sei der Beklagten schon gar nicht erkennbar gewesen, welche Leistungen durchgeführt wurden bzw. ob also regelhaft ambulante Leistungen durchgeführt wurden. Auf der ersten Prüfungsstufe dürfe die Krankenkasse durch nichtmedizinische Nachfragen die Voraussetzung klären. Die Krankenkasse besitze das Recht, bei Unklarheiten über den Grund der Aufnahme, beim Krankenhaus nachzufragen. Bei unzureichenden Informationen könne die Krankenkasse nicht über die Einleitung des Prüfverfahrens entscheiden. Abrechnungen ohne OPS seien Ausnahmen. Im Regelfall reichten die gelieferten Daten- sätze. Die Prüfung durch den MDK gemäß § 275 SGB V erfolge erst, wenn beim Krankenhaus zusätzliche Sozialdaten erhoben worden seien. Der Anspruch entstehe mit der Inanspruchnahme der Leistung. Hiervon zu unterscheiden sei die Fälligkeit der Vergütung. Diese Fälligkeit sei vorliegend nicht eingetreten.

Zum weiteren Vorbringen der Beteiligten zum Sach- und Streitstand wird auf die Akte des Sozialgerichts und die Verwaltungsakte der Beklagten verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die Klage ist als echte Leistungsklage gemäß § 54 Abs. 5 Sozialgerichtsgesetz zulässig, denn zwischen den Beteiligten besteht ein Gleichordnungsverhältnis.

Die Klage ist jedoch nicht begründet. Der Kläger hat keinen Anspruch auf die geltend gemachte Zahlung in Höhe von 2.360,59 EUR.

Der Anspruch ist nicht fällig geworden.

Gemäß § 301 Abs. 1 Satz 1 SGB V sind die Krankenhäuser verpflichtet, den Krankenkassen bei einer Krankenhausbehandlung die in der Vorschrift in den Nummern 1 - 9 genannten Daten im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern zu übermitteln. Zu den zu übermittelnden Daten gehört gemäß § 301 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 auch der "Grund der Aufnahme". Die vollständige Übermittlung dieser Daten ist Voraussetzung für die Fälligkeit der Entgeltforderung des Krankenhauses: "Eine formal ordnungsgemäße Abrechnung setzt eine ordnungsgemäße Information der Krankenkasse über die vom Krankenhaus abgerechnete Versorgung nach Maßgabe der Informationsobliegenheiten und ggf. –pflichten voraus, insbesondere aus § 301 SGB V sowie ggf. ergänzenden landesvertraglichen Bestimmungen. Fehlt es an einer dieser Angaben, so tritt mangels formal ordnungsgemäßer Abrechnung bereits die Fälligkeit der abgerechneten Forderung nicht ein". (vgl. Urteil des BSG vom 21.4.2015, B 1 KR 10/15 R, JURIS-Doc., Rn 10).

Nach der Rechtsprechung des BSG sind auf der 1. Stufe der Sachverhaltserhebung zunächst die Angaben nach § 301 Abs. 1 Satz 1 SGB V zwingend. Genügt die Anzeige des Krankenhauses diesen Anforderungen nicht, fehlt es bereits an der Fälligkeit der Vergütungsforderung.

So lange die wesentlichen Angaben nach Maßgabe der Mitwirkungsobliegenheiten, insbesondere aus § 301 SGB V nicht erfüllt sind, beginnt auch nicht die Sechs-Wochen-Frist des § 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V.

Zwingend sind auf der 1. Stufe der Sachverhaltserhebung die Angaben nach § 301 Abs. 1 SGB V. Danach besteht die Pflicht des Krankenhauses, der Krankenkasse die wesentlichen Aufnahme- und Behandlungsdaten zu übermitteln. Aus datenschutzrechtlichen Gründen ist abschließend und enumerativ aufgezählt, welche Angaben bei der Krankenhausbehandlung der Versicherten zu übermitteln sind. Hierzu zählen vor allem die Stammdaten des Versicherten, sowie Angaben zu Aufnahme, Verlegung, Art der Behandlung und Entlassung einschließlich der Angabe des einweisenden Arztes mit Einweisungs- und Aufnahmediagnose, aber auch die medizinische Begründung für eine Verlängerung der Verweildauer sowie Datum und Art der durchgeführten Operationen und Prozeduren. Nach der zugrunde liegenden Vorstellung des Gesetzgebers sind die Mindestangaben zu bezeichnen, damit die Krankenkasse die ordnungsgemäße Abrechnung sowie die Notwendigkeit einer Überprüfung durch den MDK beurteilen kann (vgl. BT-Drucks. 12/3608 S. 124). Deshalb dürfen die Krankenkassen bei Zweifeln oder Unklarheiten in Bezug auf die gemäß § 301 SGB V übermittelten Daten durch nichtmedizinische Nachfragen selbst beim Krankenhaus klären, ob die jeweiligen Voraussetzungen der Zahlungspflicht im Einzelfall gegeben sind – wenn etwa wie hier – keine ausreichenden Angaben zum Grund der Krankenhausaufnahme ersichtlich sind (§ 301 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V, hierzu Urteil des BSG vom 16.5.2013 – B 3 KR 14/11 R).

Für die einheitliche und praktikable Information hat § 301 Abs. 3 SGB V den Spitzenverband und der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft bzw. die Spitzenverbände der Krankenhausträger ermächtigt und verpflichtet, eine Vereinbarung über bestimmte Einzelheiten der Abrechnung zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen zu treffen. Zum Regelungsinhalt dieser Vereinbarung gehören dabei "Form und Inhalt der erforderlichen Vordrucke, die Zeitabstände für die Übermittlung der Angaben nach Abs. 1 und das Verfahren der Abrechnung im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern".

Die Datenübermittlungs-Vereinbarung regelt demgemäß das Verfahren zur Teilnahme an einer Datenübermittlung zwischen den nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern und den Krankenkassen. Vereinbart wurde eine einheitliche Datensatzbeschreibung für die Datenübermittlung. Der Inhalt und der Aufbau der Datensätze ergibt sich aus der Anlage 1. Die in den Datensätzen zu verwendenden Schlüssel ergeben sich aus der Anlage 2 vgl. § 3 Abs. 1 Datenübermittlungs-Vereinbarung (zu Schlüssel 1 "Aufnahmegrund" s. Bl. 47 der SG-Akte).

Ziel dieser Datenübermittlung ist es, die Krankenkasse in die Lage zu versetzen, eine ordnungsgemäße Abrechnungsprüfung vorzunehmen, insbesondere entscheiden zu können, ob eine medizinische Prüfung durch den MDK erforderlich ist.

Im Regelfall reichen die vom Krankenhaus gelieferten Datensätze auch für eine ordnungsgemäße Abrechnungsprüfung durch die Krankenkasse.

Allerdings besteht in Ausnahmefällen eine weitergehende Begründungspflicht. Hierzu zählen nach höchstrichterlicher Rechtsprechung des BSG u. a. die Fälle, in denen stationär Leistungen erbracht wurden für die regelhaft eine ambulante Behandlung ausreichend ist. Dass in diesen Fällen eine gesonderte Begründung erforderlich ist, bestätigt auch der Kläger. Dennoch sieht die Datenübermittlungs-Vereinbarung hierfür keine konkrete Regelung vor.

Das Bundessozialgericht hat in dem Urteil vom 21.04.2015 (Az. B 1 KR 10/15 R) hierzu ausgeführt:

" Ohne solche Angaben darüber, warum ausnahmsweise eine stationäre Behandlung erforderlich ist, fehlen Informationen über den "Grund der Aufnahme" und damit eine der zentralen Angaben, die eine Krankenkasse für die ordnungsgemäße Abrechnungsprüfung benötigt Lassen weder die übermittelte Hauptdiagnose noch die OPS-Nummer den nahe liegenden Schluss zu, dass die Behandlung stationär erfolgen musste, hat das Krankenhaus von sich aus schon zur Begründung der Fälligkeit der Forderung gegenüber der Krankenkasse die erforderlichen ergänzenden Angaben zu machen "

In solchen Fällen ist über die Angabe der Krankheit hinaus auch eine Mitteilung darüber erforderlich, warum ausnahmsweise eine stationäre Behandlung erforderlich ist. Im Sinne von § 301 Abs. 1 Nr. 3 fehlen daher Informationen über den "Grund der Aufnahme" und damit eine der zentralen Angaben, die eine Krankenkasse für die ordnungsgemäße Abrechnungsprüfung benötigt (Urteil des BSG vom 16.05.2012, Az. B 3 KR 14/11 R).

Das BSG hat diese Rechtsprechung für regelhaft ambulante Leistungen entwickelt. Sie ist jedoch auch auf einen Fall wie den vorliegenden, übertragbar, in dem kein Operations- oder Prozedurenschlüssel (OPS) angegeben wurde. Allein auf der Grundlage der benannten Diagnosen und der DRG könnte man allenfalls Gründe vermuten. Diese Vermutungen sind jedoch nicht ausreichend, um der Krankenkasse eine hinreichende Grundlage dafür zu liefern, ob eine weitergehende medizinische Prüfung nach § 275 SGB V erforderlich ist. Das bedeutet, dass die bisherige Datenübermittlung so ihren Zweck nicht erfüllt.

Um sicher zu gehen, dass tatsächlich ein "Grund" für die stationäre Behandlung bestand, müssten die Krankenkassen in solchen Fällen gleichsam regelmäßig Prüfverfahren nach §§ 275, 276 SGB V einleiten. Der Anwendungsbereich der Einzelfallprüfung nach § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V soll jedoch auf Fälle beschränkt sein, in denen der "konkrete Verdacht einer fehlerhaften Abrechnung" besteht (BSGE 98, 142 = SozR 4 – 2500, § 276 Nr. 1).

Der 3. Senat hat dies dahingehend konkretisiert, dass der Anwendungsbereich der Einzelfallprüfung nach § 275 Abs. 1 Nr. 1 HS 2 SGB V – soweit also die Rechnungsprüfung in Rede steht – auf solche Anlässe beschränkt ist, die durch "Auffälligkeiten" gekennzeichnet sind; diese hat die Krankenkasse im Zweifelsfall zu belegen (Urteil des BSG vom 22.11.2012 – B 3 KR 20/12 R, JURIS-Doc. Rn 23). Liegt keine Auffälligkeit im dargelegten Sinne vor, kann und muss der MDK bei einem solchen, bloß auf vermeintliche Auffälligkeiten gestützten Auftrag die Krankenkasse hierauf verweisen und den Auftrag ggf. ablehnen. Das Krankenhaus darf die Herausgabe von dennoch angeforderten Krankenbehandlungsunterlagen, die über das für die Abrechnung Erforderliche (vgl. § 301 SGB V) hinausgehen, unter Hinweis auf das Fehlen von Auffälligkeiten verweigern.

Für die Prüfung, ob überhaupt solche "Auffälligkeiten" vorliegen, bedarf die Krankenkasse auch bei stationären Behandlungen ohne abgerechnete Prozeduren irgendwelcher Erkenntnisse über den Grund der gerade stationären Behandlung.

Die Ablehnung der Mitteilung eines Grundes, wie sie hier erfolgte, führte in solchen Fällen zu zwei möglichen Verfahrensweisen, die letztlich beide nicht gangbar sind: Die Krankenkasse müsste, in allen Fällen – gleichsam ohne konkreten Verdacht – eine Einzelfallprüfung nach § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V veranlassen oder die Krankenkasse wäre in diesen Fällen "gezwungen" auf eine Einzelfallprüfung generell verzichten.

Hieraus ist ersichtlich, dass die Rechtsprechung des BSG bezüglich regelhaft ambulanten Leistungen auf Fälle ohne Übermittlung eines Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS) zu übertragen ist.

Der Beklagten wurden im Ergebnis nicht einmal OPS übermittelt, die ambulant durchführbar wären; es wurden vielmehr gar keine OPS mitgeteilt. Die Beklagte hat in solchen Fällen von Vornherein keine Anhaltspunkte für den Grund der stationären Aufnahme. Aus der sonstigen Datenlieferung gemäß § 301 Abs. 1 Satz 1 SGB V war der Grund der stationären Aufnahme nicht erkennbar.

Wenn aber eine Informationspflicht des Krankenhauses in den Fällen besteht, in denen eine in der Regel ambulant durchführbare Versorgung im konkreten Fall stationär vorgenommen worden ist, muss eine solche Auskunftspflicht der Krankenhäuser erst recht bestehen, wenn – wie hier – aus den gemäß § 301 Abs. 1 Satz 1 SGB V gelieferten Daten schon gar nicht erkennbar ist, ob Leistungen erbracht wurden, die in der Regel ambulant durchführbar sind. In einer solchen Situation, in der den gemäß § 301 Abs. 1 Satz 1 SGB V gelieferten Daten kein OPS entnommen werden kann und die Beklagte demzufolge überhaupt keine Anhaltspunkte hat, welche krankenhausspezifischen Maßnahmen durchgeführt worden sind, ist das Krankenhaus erst recht gehalten, den Grund der Aufnahme im Sinne des § 301 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V zu benennen.

Dies hat der Kläger jedoch nicht getan, Angaben zum Grund der Aufnahme gemäß § 301 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V wurden an die Beklagte nicht übermittelt.

Dem Kläger war das Anliegen der Beklagten bezüglich der Übermittlung eines Grundes für die stationäre Behandlung auch bekannt. Die Beklagte hatte zweimal bei dem Kläger eine entsprechende Auskunft angefordert. Diese hat der Kläger jedoch ausdrücklich abgelehnt.

Die Forderung konnte damit im Ergebnis nicht fällig werden. Sie musste von der Beklagten nicht beglichen werden.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Abs. 1 SGG i.V.m. § 154 Abs. 1 Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO). Die Streitwertfestsetzung beruht auf § 63 Abs. 2 Satz 1, § 52 Abs. 1 und 2, § 47 Abs. 1 Gerichtskostengesetz (GKG).
Rechtskraft
Aus
Login
FSS
Saved
2020-05-19