

L 1 KR 263/12

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
LSG Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
1
1. Instanz
SG Düsseldorf (NRW)
Aktenzeichen
S 9 KR 230/10
Datum
08.03.2012
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 1 KR 263/12
Datum
04.10.2016
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 1 KR 91/16 B
Datum
20.02.2017
Kategorie
Beschluss

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 08.03.2012 wird zurückgewiesen. Die Klägerin trägt die Kosten des Rechtsstreits im Berufungsverfahren. Die Revision wird nicht zugelassen. Der Streitwert für das Berufungsverfahren wird auf 1.973,66 EUR festgesetzt.

Gründe:

I.

Streitig zwischen den Beteiligten ist die Zahlung einer Vergütung für vollstationäre Krankenhausbehandlung.

Die bei der Beklagten gegen das Risiko Krankheit versicherte V befand sich in der Zeit vom 16.09.2009 bis 18.09.2009 in dem zur stationären Versorgung von Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zugelassenen Krankenhaus der Klägerin. Die Beklagte teilte der Klägerin unter dem 18.09.2009 u.a. mit: "Wir uebernehmen die Kosten fuer die medizinisch notwendige Dauer der Behandlung unseres Versicherten unter Beruecksichtigung der Grundsaeetze des Vertrages nach 115 b des Fünften Sozialgesetzbuches (...)".

Unter dem 22.09.2009 berechnete die Klägerin der Beklagten einen Betrag von 1.973,66 EUR und brachte die die DRG J24D (Eingriffe an der Mamma außer bei bösartigen Neubildungen) in Ansatz. Ferner verschlüsselte die Klägerin den OPS 5-870.1:R. Anlage 1, Abschnitt 1 (ambulant durchführbare Operationen und sonstige stationsersetzende Eingriffe gemäß [§ 115 b SGB V](#) aus Anhang 2 zu Kapitel 31 des EBM) des Vertrages nach [§ 115b Abs. 1 SGB V](#) (im Folgenden: AOP-Vertrag) stuft diese Prozedur in die Kategorie 1 ein. Diese umfasst Leistungen, die in der Regel ambulant erbracht werden können. In dem Aufnahmedatensatz hatte die Klägerin keine Angaben zum "Grund der Aufnahme" ([§ 301 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V](#)) gemacht.

Die Beklagte lehnte die Begleichung der Rechnung ab und teilte (durch das Krankenhaus Kompetenz Centrum - KKC) mit, dass die Klägerin ausschließlich Leistungen nach [§ 115b Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) erbracht habe. Diese seien in der Regel ambulant durchzuführen. Umstände, die für eine vollstationäre Krankenhausbehandlung sprächen, müssten begründet werden. Es werde daher um Mitteilung dokumentierter Tatbestände gebeten (Schreiben vom 24.09.2009). Gleichzeitig beauftragte die Beklagte den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK), der mit Schreiben vom 25.09.2009 eine Prüfung nach [§ 275 Abs. 1 Nr.1 SGB V](#) anzeigte und u.a. mitteilte, es werde noch beurteilt, ob und ggf. welche Prüfungsunterlagen noch benötigt würden (Eingang bei der Klägerin am 29.09.2009). In einer Stellungnahme vom 26.06.2010 vertrat eine bei der Beklagten tätige beratende Ärztin die Auffassung, dass eine Notwendigkeit zur Einschaltung des MDK nicht bestehe. Der MDK hat im Folgenden keine Prüfung durchgeführt.

Am 25.03.2010 hat die Klägerin bei dem Sozialgericht (SG) Düsseldorf Klage erhoben und geltend gemacht: Eine Verpflichtung zur Datenübermittlung sei nicht erkennbar. Erst recht bestehe keine Verpflichtung zur Übersendung eines Kurzberichts. Ein ordnungsgemäßer Prüfauftrag sei nicht innerhalb der 6-Wochen-Frist des [§ 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V](#) erteilt worden, wobei diese Vorschrift auch für ambulant durchführbare Operationen gelte.

Die Klägerin hat schriftsätzlich beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, an sie für die stationäre Behandlung der Patientin G. L. (Aufn.-Nr.: 000) im Zeitraum vom 16.09. - 18.09.2009 einen Betrag in Höhe von 1.973,66 EUR nebst Zinsen in Höhe von 2 % über dem Basiszinssatz seit dem 08.10.2009 zu zahlen.

Die Beklagte hat schriftlich beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie hat erwidert: Bei der durchgeführten - im OPS 5-870.1 (partielle [brusterhaltende] Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe ohne axilläre Lymphadenektomie: Konusexzision) abgebildeten Prozedur - handele es sich gemäß Abschnitt 1 der Anlage 1 zum AOP-Vertrag um einen Eingriff, der grundsätzlich ambulant zu erbringen sei. Da die Klägerin den Eingriff stationär durchgeführt habe, sei es zu einer Umkehr der Beweislast zu Lasten der Klägerin gekommen. Daraus resultiere die Verpflichtung, die Notwendigkeit der stationären Behandlung zu begründen. Angaben zum "Grund der Aufnahme" habe die Klägerin jedoch nicht gemacht.

Durch Urteil vom 08.03.2012 hat das SG die Klage abgewiesen. Das BSG habe ausgeführt, dass zu den in [§ 301 SGB V](#) aufgelisteten Daten auch die Pflicht des Krankenhauses bestehe, in Einzelfällen die Notwendigkeit und Dauer der stationären Behandlung zu begründen und den Krankenkassen ggf. einen Kurzbericht zukommen zu lassen. Dieser Kurzbericht solle die Krankenkassen in die Lage versetzen, konkrete Zweifel an der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit auszuräumen. Unabhängig von einer vorbehaltlosen Kostenübernahmeerklärung habe die Beklagte daher von der Klägerin verlangen können, dass sie die Gründe für die Durchführung einer vollstationären Operation offen lege. Die Übermittlung eines Kurzberichts erscheine in der hier vorliegenden Konstellation umso mehr als sachgerecht, als in der Anlage 1 zum AOP-Vertrag allgemeine Tatbestände benannt seien, die gerade nicht in das medizinische Fachgebiet fielen. Da die Klägerin der Beklagten die Übermittlung eines Kurzberichts verweigert habe, sei sie einer ihr obliegenden Verpflichtung nicht nachgekommen. Vor diesem Hintergrund habe aus Sicht der Kammer auch die Frist des [§ 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V](#) nicht zu laufen begonnen.

Gegen das ihr am 24.04.2012 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 03.05.2012 Berufung eingelegt.

Sie hält an ihrer erstinstanzlich vertretenen Auffassung fest und trägt vor: Die Anforderung eines Kurzberichts sei weder aus dem Gesetz noch aus den vertraglichen Vereinbarungen abzuleiten. Abgesehen davon habe die Beklagte zu keinem Zeitpunkt die Übersendung eines Kurzberichts verlangt. Da nunmehr die 6-Wochen-Frist des [§ 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V](#) abgelaufen sei, sei die Beklagte nach der Rechtsprechung des BSG mit sämtlichen Einwendungen medizinischer Art ausgeschlossen und habe die Rechnung zu begleichen. Auch die Übermittlung der Behandlungsdokumentation an das Gericht sei ausgeschlossen, weil angesichts des Fristablaufs ein Beweisverwertungsverbot bestehe. Hinsichtlich der Prüfanzeige des MDK vom 25.09.2009 sei zwar zu berücksichtigen, dass diese tatsächlich bei ihr - der Klägerin - eingegangen sei. Allerdings sei es im Folgenden nicht zu einer Anforderung von Unterlagen gekommen. Ungeachtet dessen sei V aus medizinischen Gründen stationär aufgenommen worden. Der Grund für die vollstationäre Behandlung liege darin, dass eine gelegte Drainage zunächst nicht ordnungsgemäß gefördert habe und im Verlauf der Beobachtung habe manipuliert werden müssen. Erst zu einem späteren Zeitpunkt als zunächst geplant habe die Drainage wieder entfernt werden können. Die weitere stationäre Beobachtung sei erforderlich geworden, um weitere postoperative Komplikationen zu vermeiden. Spätestens mit der Nachholung der medizinischen Begründung sei die Rechnung vom 22.09.2009 fällig geworden.

Die Klägerin beantragt schriftlich,

das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf - [S 9 KR 230/10](#) - aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin für die stationäre Behandlung der Patientin H M (Aufn.-Nr.: 000) im Zeitraum vom 16.09. bis 18.09.2009 einen Betrag in Höhe von 1.973,66 EUR nebst Zinsen in Höhe von 2 % über dem Basiszinssatz seit dem 08.10.2009 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt schriftlich,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält daran fest, dass die Rechnung nicht fällig geworden sei. Die Nachholung von Angaben zum "Grund der Aufnahme" sei verspätet und die Klägerin hiermit folglich präkludiert. Überdies sei zu berücksichtigen, dass die von der Klägerin abgegebene medizinische Begründung nicht trage. V sei nämlich bereits vor dem streitigen Eingriff in die vollstationäre Behandlung aufgenommen worden. Der von der Klägerin angegebene postoperative Grund könne unmöglich einen Anlass für die präoperative Aufnahme der V darstellen.

Der Senat hat die Klägerin unter dem 07.03.2014 und Erinnerung vom 28.03.2014 sowie mit weiterem Schreiben vom 28.01.2016 um Übermittlung der Behandlungsdokumentation gebeten. Zuletzt hat der Senat die Klägerin (letztmalig) mit Schreiben vom 08.07.2016 (zugestellt am 20.07.2016) aufgefordert, die Behandlungsdokumentation bis zum 19.08.2016 zu übersenden, da nach wie vor medizinische Ermittlungen von Amts wegen beabsichtigt seien. In diesem Zusammenhang hat der Senat darauf hingewiesen, dass das prüfrechtliche Beschleunigungsgebot des [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) in der vorliegenden Konstellation nicht anwendbar sei, weil es sich bei der Prüfung, ob die hier streitige Operation von Abschnitt 1 der Anlage 1 des AOP-Vertrages erfasst werde, um eine Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit handele. Der Senat hat ferner mitgeteilt, dass, sofern die Behandlungsdokumentation dem Senat nicht bis zum 19.08.2016 übermittelt werde, er dies als endgültige Weigerung ansehe und für diesen Fall die Zurückweisung der Berufung ohne mündliche Verhandlung durch Beschluss gemäß [§ 153 Abs. 4 Satz 1](#) und 2 SGG angekündigt.

Die Klägerin hat an ihrer Weigerung festgehalten und ausgeführt, dass es sich in der hier gegebenen Konstellation nicht um eine Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit handele. Hierfür existiere entgegen der Rechtsprechung des 1. Senats des BSG keine gesetzliche Grundlage. Angesichts des Umstandes, dass die Beklagte die Frist des [§ 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V](#) versäumt habe, bestehe mithin auch für das gerichtliche Verfahren ein Beweisverwertungsverbot.

Weiterer Einzelheiten wegen wird Bezug genommen auf den Inhalt der Gerichtsakte.

II.

Der Senat konnte die Berufung durch Beschluss gemäß [§ 153 Abs. 4 SGG](#) zurückweisen, weil er sie einstimmig für unbegründet und eine mündliche Verhandlung nicht für erforderlich hält. Die Beteiligten sind hierzu mit gerichtlichem Schreiben vom 08.07.2016 gehört worden.

Einer Entscheidung durch Beschluss stand nicht entgegen, dass das angefochtene Urteil im Einverständnis der Beteiligten ohne mündliche Verhandlung ergangen ist (vgl. BSG, Urteil v. 14.10.2005 - [B 11a AL 45/05 B](#)).

Die zulässige Berufung ist nicht begründet. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen.

1. Eine Krankenkasse ist nach [§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) in Verbindung mit den jeweils einschlägigen Vereinbarungen über Fallpauschalen (DRG) und tagesgleichen Pflegesätzen zwischen Krankenkasse und Krankenhausträger verpflichtet, die vereinbarten Entgelte zu zahlen, wenn Krankenhausbehandlung stattgefunden hat und die Versorgung des Versicherten im Krankenhaus im Sinne des [§ 39 SGB V](#) erforderlich gewesen ist. Die Zahlungsverpflichtung der Krankenkasse entsteht unabhängig von einer Kostenzusage unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistungen durch den Versicherten und korrespondiert in aller Regel mit dem Anspruch des Versicherten auf Krankenhausbehandlung. Die zur Krankenbehandlung gehörende Krankenhausbehandlung ([§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 SGB V](#)) wird gemäß [§ 39 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) vollstationär, teilstationär, vor- und nachstationär sowie ambulant erbracht (vgl. BSG, Urteil v. 07.07.2005 - [B 3 KR 40/04 R](#); Urteil v. 10.04.2008 - [B 3 KR 14/07 R](#); Urteil v. 16.12.2008 - [B 1 KN 1/07 KR R](#), [BSGE 102, 172](#), jeweils m.w.N.). Ob einem Versicherten vollstationäre Krankenhausbehandlung zu gewähren ist, richtet sich allein nach medizinischen Erfordernissen. Ermöglicht es der Gesundheitszustand des Versicherten, das Behandlungsziel durch andere Maßnahmen - insbesondere durch ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege - zu erreichen, besteht kein Anspruch auf stationäre Behandlung (vgl. [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#)).

Im Hinblick auf die hier streitige Behandlung - partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe ohne axilläre Lymphadenektomie: Konusexzision nach dem OPS 5-870.1 - lässt sich nicht feststellen, dass diese entgegen den Regelungen in Abschnitt 1 der Anlage 1 des AOP-Vertrages, die diese Prozedur der Kategorie 1 zuordnet, nur vollstationär durchführbar war. Denn die Klägerin hat die für weitere Ermittlungen von Amts wegen erforderliche Behandlungsdokumentation auch nach letztmaliger Aufforderung des Senats vom 08.07.2016 nicht übersandt.

a) Bei der Frage, ob bei Prozeduren, die von Kategorie 1, Abschnitt 1 der Anlage 1 des AOP-Vertrages erfasst werden, ein die vollstationäre Behandlung rechtfertigender Grund gegeben ist, handelt es sich um einen Aspekt der sachlich-rechnerischen Richtigkeit. Dies hat zur Folge, dass [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) einschließlich der in Satz 2 geregelten 6-Wochen-Frist von vornherein nicht anwendbar ist und im gerichtlichen Verfahren ein Beweisverwertungsverbot nicht entstehen kann (vgl. BSG, Urteil v. 23.06.2015 - [B 1 KR 26/14 R](#) Rn. 39; BSG, Urteil v. 21.04.2015 - [B 1 KR 10/15 R](#) Rn. 12; BSG, Urteil v. 31.05.2016 - [B 1 KR 39/15 R](#) Rn. 17 a.E.). Soweit die Klägerin geltend macht, die Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit finde im Gesetz keine Stütze und sei "frei erfunden", folgt der Senat dem nicht. Gegen die Auffassung des 1. Senats des BSG spricht nicht, dass keine ausdrückliche Rechtsgrundlage für die Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit von Krankenhausabrechnungen existieren mag. Es ist vielmehr eine Selbstverständlichkeit, dass derjenige, der auf Zahlung eines in Rechnung gestellten Betrages in Anspruch genommen wird, diese Rechnung in sachlich-rechnerischer Hinsicht überprüfen kann und darf. Ein Verstoß gegen Verfassungsrecht ist darin nicht zu sehen. Die Klägerin hat hierzu lediglich geltend gemacht, dass die Rechtsprechung des 1. Senats des BSG zur Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit "nach nahezu einhelliger Auffassung als rechts- und verfassungswidrig eingestuft" werde, jedoch diesen Standpunkt nicht weiter vertieft. Nach Auffassung des Senats bedeutet die Rechtsprechung des 1. Senats des BSG weder eine Verkenning der Bedeutung und Tragweite von Grundrechten der Klägerin noch verstößt sie gegen das Willkürverbot des [Art. 3 Abs. 1 GG](#). Ebenso wenig wurden die verfassungsrechtlichen Grenzen richterlicher Entscheidungsfindung überschritten (vgl. Piroth/Aubel, JZ 2003, 504 ff. m.w.N. aus der Rspr. des BVerfG).

b) Der Senat kann aufgrund der endgültigen Weigerung der Klägerin, die bei ihr vorhandene Behandlungsdokumentation zur Verfügung zu stellen, nicht feststellen, ob die hier streitige Behandlung ausschließlich vollstationär durchführbar und vor diesem Hintergrund die Abrechnung vom 22.09.2009 sachlich-rechnerisch zutreffend war.

aa) Der Senat hat den Beteiligten bereits unter dem 28.01.2016 mitgeteilt, dass beabsichtigt sei, weitere Ermittlungen von Amts wegen durch Einholung eines Sachverständigengutachtens durchzuführen und ferner darauf hingewiesen, dass hierfür die Übermittlung der vollständigen Behandlungsdokumentation erforderlich sei. Mit Schreiben vom 08.07.2016 hat er letztmalig um Übermittlung der Behandlungsdokumentation gebeten. Hinsichtlich der in der Krankenakte dokumentierten medizinischen Sachverhalte handelt es sich um Umstände aus der Sphäre der Klägerin. Nachdem es die Klägerin versäumt hat, dem Gericht Umstände aus ihrer eigenen Sphäre anzugeben, ist für den Senat der Anlass entfallen, diesen Fragen weiter nachzugehen. Weigert sich mithin ein Beteiligter, der aus einem bestimmten Sachverhalt ihm günstige Rechtsfolgen herleitet, trotz Aufforderung, dem Gericht nähere Angaben zu machen, ist in der Unterlassung weiterer Ermittlungen kein Verstoß gegen den Amtsermittlungsgrundsatz zu sehen (BSG, Urteil v. 23.06.2015 - [B 1 KR 26/14 R](#) Rn. 37 m.w.N.).

bb) Die Klägerin kann sich auch nicht auf ihre Ausführungen in ihren Schriftsätzen vom 12.08.2013 und 28.02.2016 stützen. Sie hat dort zwar behauptet, dass eine bei V gelegte Drainage zunächst nicht ordnungsgemäß gefördert habe und im Verlauf der Beobachtung habe manipuliert werden müssen. Erst zu einem späteren Zeitpunkt als zunächst geplant habe die Drainage wieder entfernt werden können. Die weitere stationäre Beobachtung sei erforderlich geworden, um weitere postoperative Komplikationen zu vermeiden. Denn die Beklagte hat diesem Vortrag bestritten und erwidert, dass V bereits vor dem streitigen Eingriff vollstationär aufgenommen worden sei. Der von der Klägerin angegebene postoperative Grund könne unmöglich einen Grund für die präoperative Aufnahme der V darstellen. Angesichts der sich widersprechenden Behauptungen der Beteiligten war für die weitere Aufklärung des Sachverhalts die Übersendung der Behandlungsdokumentation zwingend erforderlich.

cc) Der Senat hat die Klägerin in dem Schreiben vom 08.07.2016 auf die Folgen unterlassener Mitwirkung - Zurückweisung der Berufung durch Beschluss - hingewiesen.

c) Im Hinblick auf die Einwendungen der Beklagten stehen Verjährungsgesichtspunkte nicht entgegen. Die Verjährungsfrist begann erst mit der Übersendung einer formal ordnungsgemäßen Abrechnung zu laufen. Eine formal ordnungsgemäße Abrechnung setzt u.a. die Erfüllung der Informationsobliegenheiten nach [§ 301 SGB V](#) voraus. In Fällen, in denen regelhaft ambulante Behandlung ausreichend ist, ist nicht nur die Aufnahmediagnose zu benennen. Vielmehr bedarf es auch Angaben zum "Grund der Aufnahme" (vgl. ausführlich BSG, Urteil v. 21.04.2015 - [B 1 KR 10/15 R](#) Rn. 10 ff.). Angaben zum Grund der Aufnahme hat die Klägerin jedoch erst während des Berufungsverfahrens mit Schriftsätzen vom 12.08.2013 (Eingang: 13.08.2013) und vom 28.02.2014 (Eingang: 06.03.2014) gemacht.

d) Schließlich ergibt sich aus der von der Beklagten erklärten Kostenübernahme vom 18.09.2009 kein für die Klägerin günstiges Ergebnis. Denn mit dieser Erklärung hat die Beklagte unmissverständlich darauf hingewiesen, dass sie die Kosten für die medizinisch notwendige Dauer der Behandlung der V lediglich unter Berücksichtigung der im AOP-Vertrag getroffenen Vereinbarungen übernehme. Die Erklärung stand somit von vornherein unter einem Vorbehalt und konnte bereits unter diesem Gesichtspunkt keine unbedingte Zahlungsverpflichtung der Beklagten auslösen.

2. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs. 1 Satz 1 HS 3 SGG](#).i.V.m. [§ 154 Abs. 2 VwGO](#).

3. Anlass, die Revision zuzulassen, hat nicht bestanden ([§ 160 Abs. 2 Nr. 1 und 2 SGG](#)).

4. Die Festsetzung des Streitwerts folgt aus [§ 197a Abs. 1 Satz 1 HS 1 SGG](#) i.V.m. [§ 63 Abs. 2 Satz 1](#), [52 Abs. 1](#) und 3, [47](#) Gerichtskostengesetz (GKG). N

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2017-03-15