

S 6 KR 449/11

Land

Freistaat Bayern

Sozialgericht

SG Augsburg (FSB)

Sachgebiet

Krankenversicherung

Abteilung

6

1. Instanz

SG Augsburg (FSB)

Aktenzeichen

S 6 KR 449/11

Datum

30.07.2013

2. Instanz

Bayerisches LSG

Aktenzeichen

L 5 KR 344/13

Datum

-

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

Einer von der Krankenkasse durchgeführten Aufrechnung einer Rechnung eines Krankenhauses für den stationären Aufenthalt des Versicherten im Jahr 2010 steht § 12 Abs. 2 der Pflegesatzvereinbarung 2010 entgegen.

I. Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin 4.554,28 EUR nebst Zinsen hieraus in Höhe von 4-%-Punkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 5. April 2011 zu zahlen.

II. Die Widerklage wird abgewiesen.

III. Die Beklagte trägt die Kosten des Verfahrens.

IV. Der Streitwert wird auf 9.108,56 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist ein Kostenerstattungsanspruch der Klägerin für stationäre Leistungen in Höhe von 4.554,28 EUR streitig sowie ein Rückerstattungsanspruch der Beklagten in selber Höhe.

Die Klägerin betreibt die Kliniken A-Stadt.

Dort wurde die Versicherte der Beklagten, Frau G., in der Zeit vom 20.02.2010 bis 06.03.2010 stationär behandelt.

Für diese Leistung stellte die Klägerin der Beklagten am 21.04.2010 11.249,15 EUR in Rechnung.

Hierbei rechnete die Klägerin die DRG 108C - andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur mit Mehrfacheingriff, komplizierte Prozedur oder Diagnose, äußerst schweren CC oder bei Zerebralparese oder Einsatz des Hüftgelenks mit Eingriff an oberer Extremität oder Wirbelsäule, Alter unter 15 Jahre oder bei Para-/Tetraplegie ab.

Die Beklagte beglich zunächst die Rechnung vollständig, beauftragte anschließend jedoch den MDK mit der Überprüfung des Behandlungsfalls.

Der MDK kam sodann zu dem Ergebnis, dass die Notwendigkeit der Kodierung im Sinne der M96.6 diagnostisch nicht korrekt sei. Es hätte statt der DRG 108C die DRG 108E abgerechnet werden müssen.

Hierauf verrechnete die Beklagte den gezahlten Rechnungsbetrag mit einer anderen Rechnung der Klägerin in voller Höhe am 04.04.2011 und überwies am selben Tag einen Betrag in Höhe von 6.694,87 EUR.

Am 29.11. 011 hat die Bevollmächtigte der Klägerin Zahlungsklage zum Sozialgericht Augsburg erhoben.

Zur Klagebegründung hat sie vorgetragen, dass im vorliegenden Fall zumindest als Nebendiagnose M96.6 (Knochenfraktur nach Einsatz eines orthopädischen Implantates, einer Gelenkprothese oder einer Knochenplatte) habe kodiert werden müssen. Nach D 003i der deutschen Kodierrichtlinien aus dem Jahr 2010 sei die Nebendiagnose definiert als:

"Eine Krankheit oder Beschwerde, die entweder gleichzeitig mit der Hauptdiagnose bestehe oder sich während des Krankenhausaufenthalts entwickle.

Für Kodierzwecke müssten Nebendiagnosen als Krankheiten interpretiert werden, die das Patientenmanagements in der Weise beeinflussen, dass irgendeiner der folgenden Faktoren erforderlich sei:

- therapeutische Maßnahmen

- diagnostische Maßnahmen
- erhöhter Betreuungs-, Pflege - und/oder Überwachungsaufwand."

Die Versicherte der Beklagten habe sich im Bereich einer zementierten Prothesenspitze eine lange Schrägfraktur zugezogen. Die Versorgung sei aufgrund der liegenden Hüfte nicht, wie üblich, mit einem intramedullären Kraftträger möglich gewesen, weswegen eine aufwändige Plattenosteosynthese habe durchgeführt werden müssen. Aufgrund des durch die zementierte Prothese auch ausgedünnten Corticalisknochens habe bereits vor der Fraktur ein pathologischer Knochenzustand bestanden. Im Bereich des Femur habe daher zusätzlich eine winkelstabile spezielle Platte zum Einsatz gebracht werden müssen. Die Weichteilpräparation sei deutlich aufwändiger gewesen, als dies bei einer intramedullären Operation notwendig gewesen wäre. Auch die Nachbehandlung sei aufgrund der Plattenosteosynthese deutlich vorsichtiger und langsamer durchzuführen gewesen als bei Operation bei einem langem Gammanagel. Folglich habe im vorliegenden Fall M96.6 kodiert werden müssen.

Hierauf hat die Beklagte mit Schreiben vom 02.01.2012 erwidert, dass der MDK in seinem Gutachten vom 17.01.2011 zu dem Ergebnis gekommen sei, dass aus gutachterlicher Sicht die Diagnose eindeutig der S72.3 - Fraktur des Femurschafts - zuzuordnen sei. Dies scheine die Klägerin auch nicht zu bezweifeln, da sie in ihrer Klageschrift ausführe, dass die Diagnose M96.6 - Knochenfraktur nach Einsetzen eines orthopädischen Implantates, einer Gelenkprothese oder einer Knochenplatte - zumindest als Nebendiagnose habe kodiert werden müssen. Die hier bestehende Problematik bestehe bereits seit geraumer Zeit. Hierzu fänden sich zahlreiche Beiträge in Internetforen. Dirk Dorian Selter, Ärztlicher Leiter Medizin Controlling und Ansprechpartner für DRG-Abrechnungsfragen der Berufsgenossenschaftlichen Unfallkliniken Murnau bringe es auf den Punkt. Die Kodierung der M96.6 erfordere einen kausalen Zusammenhang von eingebrachtem Material und der Fraktur.

Somit sei nach den Kodierregeln möglichst genau zu kodieren. Dies bedeute Lokalisation und Fraktur, also S72.3 - Fraktur des Femurschafts -.

Sofern, wie von der Klägerin angeführt, die Tatsache der liegenden Prothese einen Einfluss auf die Behandlung gehabt habe und nur dann, dürfe die Z96.6 - Vorhandensein einer Endoprothese - als Nebendiagnose kodiert werden. Dies hätte allerdings keine Auswirkung auf die DRG und der Aufenthalt wäre somit mit der DRG I68E zu vergüten gewesen.

Ein weiterer Beleg für die oben angeführte Kodierung finde sich im ICD-Verzeichnis unter M96. -, betreffend das Vorhandensein funktioneller Implantate und sonstiger Geräte (Z95 bis Z97).

Aufgrund der oben ausgeführten Punkte sei die Hauptdiagnose im streitgegenständlichen Aufenthalt die S72.3. Die M96.6 sei zu streichen und der Fall mit der DRG I68E zu vergüten, was durch die Beklagte bereits erfolgt sei.

Nach Vorlage der Pflegesatzvereinbarung für das Jahr 2010 hat das Gericht mit Schreiben vom 07.03.2012 die Beteiligten darauf hingewiesen, dass nach der Rechtsprechung des Sozialgerichts Augsburg vorliegend nicht die Voraussetzungen einer Aufrechnung nach [§ 69 S. 3 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch \(SGB V\) i.V.m. §§ 387 ff. Bürgerliches Gesetzbuch \(BGB\)](#) gegeben gewesen seien. Dies deshalb nicht, da die Gegenforderung im Fall G. noch nicht fällig gewesen sei. Es werde daher angeregt, das Ruhen des vorliegenden Verfahrens bis zur Entscheidung des Bayerischen Landessozialgerichts (BayLSG) über die Berufung gegen das Urteil im Fall [S 10 KR 317/10](#) zu beantragen. Mit Schreiben vom 22.03.2012 hat hierauf die Beklagte Widerklage zum Sozialgericht Augsburg erhoben.

Diese hat sie damit begründet, dass der Aufenthalt der Versicherten G. entsprechend der DRG I68E hätte vergütet werden müssen.

Dazu hat die Bevollmächtigte der Klägerin am 08.05.2012 Stellung genommen und ausgeführt, dass aufgrund des durch die zementierte Prothese auch ausgedünnten Corticalisknochens bereits vor der Fraktur ein pathologischer Knochenzustand bestanden habe.

Im Bereich des Femur musste daher zusätzlich eine winkelstabile spezielle Platte zum Einsatz gebracht werden. Die Weichteilpräparation sei deutlich aufwändiger gewesen. Auch die Nachbehandlung sei aufgrund der Plattenosteosynthese deutlich vorsichtiger und langsamer durchzuführen gewesen, so dass folglich die Nebendiagnose M96.6 habe kodiert werden müssen. Zusätzlich habe der pathologische Knochenzustand und der damit verbundene Mehraufwand mit M96.6 verschlüsselt werden müssen, um den Sachverhalt umfassend darzustellen und dem "Prinzip der multiplen Verschlüsselung" gerecht zu werden. Die Kodierung sei daher zu Recht erfolgt. Mit weiterem Schreiben vom 05.09.2012 hat die Bevollmächtigte sodann für die Klägerin erklärt, dass mit einem Ruhen des Verfahrens kein Einverständnis bestehe.

In der mündlichen Verhandlung vom 30.07.2012 beantragt die Bevollmächtigte der Klägerin,

die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin 4.554,28 EUR nebst Zinsen hieraus in Höhe von 4-%-Punkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 05.04.2011 zu zahlen und die Widerklage abzuweisen.

Der Bevollmächtigte der Beklagten beantragt,

die Klage abzuweisen, hilfsweise die Klägerin zu verurteilen, an die Beklagte einen Betrag von 4.554,28 EUR nebst Zinsen hieraus in Höhe von 4-%-Punkten über dem jeweiligen Basisatz seit dem 05.04.2011 zurückzuerstatten.

Zur Ergänzung des Tatbestandes wird im Übrigen auf die Gerichtsakte Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

I.

Die zum sachlich und örtlich zuständigen Sozialgericht Augsburg formgerecht erhobene Zahlungsklage ist zulässig und begründet.

Die Klägerin hat nämlich Anspruch auf Zahlung der noch ausstehenden Vergütung für den

stationären Aufenthalt der Versicherten G. vom 20.02.2010 bis 06.03.2010 in deren Haus in Höhe von 4.554,28 EUR.

Rechtsgrundlage des geltend gemachten Vergütungsanspruch ist [§ 109 Abs. 4 S. 3 SGB V](#) i.V.m. der Pflegesatzvereinbarung für das Jahr

2010.

Die Forderung ist in Höhe von 4.554,28 EUR nicht durch die durchgeführte Aufrechnung erloschen.

Zwar ist eine Aufrechnung im Verhältnis zwischen Krankenhaus und Krankenkasse grundsätzlich zulässig. Nach [§ 69 S. 3 SGB V](#) sind für eine Aufrechnung die [§§ 387 ff. BGB](#) maßgebend. Danach setzt eine Aufrechnung die Gegenseitigkeit und Gleichartigkeit der Forderung, die Erfüllbarkeit der Hauptforderung, die Fälligkeit der Gegenforderung und das Nichtbestehen eines Aufrechnungsverbotes voraus. Vorliegend fehlt es an der Fälligkeit der Gegenforderung, des Rückforderungsanspruchs im Fall G ...

Unter Fälligkeit versteht man den Zeitpunkt, von dem ab der Gläubiger die Leistung verlangen kann. Nach [§ 271 BGB](#) kann der Gläubiger die Leistung sofort verlangen, wenn er eine Zeit für die Leistung weder bestimmt noch aus den Umständen zu entnehmen ist (Abs. 1). Ist eine Zeit bestimmt, so ist im Zweifel anzunehmen, dass der Gläubiger die Leistung nicht vor dieser Zeit verlangen kann (Abs. 2). Vorliegend wurde mit [§ 12 Abs. 2](#) der Pflegesatzvereinbarung 2010 eine von der Grundregelung des [§ 271 Abs. 1 BGB](#) - sofortige Fälligkeit - abweichende vertragliche Fälligkeitsbestimmung getroffen. Nach [§ 12 Abs. 2 S. 2](#) und 3 der Pflegesatzvereinbarung des Jahres 2010 storniert das Krankenhaus die ursprüngliche Rechnung, stellt eine neue Rechnung aus und zahlt den zu viel erhaltenen Betrag innerhalb von drei Wochen zurück, wenn sich im Nachhinein herausstellt, dass durch das Krankenhaus eine unberechtigte Rechnungslegung erfolgte. Im Fall einer gerichtlichen Auseinandersetzung beträgt die Rückzahlungsfrist des zu viel erhaltenen Betrages drei Wochen ab Rechtskraft der Entscheidung.

Bei der Fristbestimmung in [§ 12 Abs. 2 Sätze 2 und 3](#) der Pflegesatzvereinbarung 2010 handelt es sich um eine vertragliche Fälligkeitsbestimmung nach [§ 271 Abs. 1 BGB](#) (vgl. auch BSG vom 28.05.2003, Az: [B 3 KR 10/02 R](#)). Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichtshofes (z.B. BGH vom 01.02.2007, Az: [III ZR 159/06](#)) sind Klauseln, die ein Zahlungsziel einräumen, grundsätzlich als eine Leistungszeitbestimmung im Sinne von [§ 271 Abs. 2 BGB](#) anzusehen und nicht lediglich als ein Verzicht auf die Durchsetzung eines schon früher fälligen Anspruchs oder als die Bestimmung des Verzugsbeginns. Aus der in [§ 12 Abs. 2](#) der Pflegesatzvereinbarung 2010 getroffenen vertraglichen Vereinbarung ist folglich zu schließen, dass bei nachträglichen Beanstandungen die Rückforderung nicht bereits mit der Beanstandung und Fristsetzung fällig ist, sondern erst drei Wochen nach Stornierung der ursprünglichen Rechnung durch das Krankenhaus oder drei Wochen nach Rechtskraft einer gerichtlichen Entscheidung über die Rückforderung.

Durch die in [§ 12 Abs. 2](#) der Pflegesatzvereinbarung 2010 getroffenen Fälligkeitsbestimmung unterscheidet sich der vorliegende Sachverhalt von den Sachverhalten, die den Urteilen des BSG vom 22.03.2004, Az: [B 3 KR 21/03 R](#), und vom 28.09.2006, Az: [B 3 KR 23/05 R](#), zugrunde lagen und in denen eine Aufrechnung für zulässig erklärt wurde. Aus den Urteilen kann nicht der Schluss gezogen werden, dass eine Aufrechnung generell zulässig ist. Vielmehr lässt sich den Urteilen entnehmen, dass sich die Aufrechnung nach den Vorschriften des BGB richtet. Dies setzt aber die Fälligkeit der Gegenforderung voraus.

Der Anspruch auf Verzinsung ergibt sich aus [§ 12 Abs. 1 S. 3](#) der Pflegesatzvereinbarung 2010.

II.

Die zulässige Widerklage war dagegen abzuweisen.

Der Beklagten steht nämlich kein Rückerstattungsanspruch im Fall G. zu.

Nach Überzeugung des Gerichts wurde durch die Klägerin nämlich der stationäre Aufenthalt der Versicherten der Beklagten mit der DRG I08C richtig abgerechnet.

Entgegen der Annahme der Beklagten war nach dem Prinzip der multiplen Verschlüsselung und dem Auftrag zur möglichst genauen Kodierung die Diagnose M96.6 am zutreffensten. So ist in der Klagebegründung ausgeführt worden, dass aufgrund des durch die zementierte Prothese ausgedünnten Corticalisknochens bereits vor der Fraktur ein pathologischer Knochenzustand bestanden habe. Im Bereich des Femur musste daher zusätzlich eine winkelstabile spezielle Platte zum Einsatz gebracht werden. Die Weichteilpräparation sei deutlich aufwändiger gewesen als dies bei einer intramedullären Operation der Fall gewesen wäre. Diesem Vortrag hat die Beklagte auch nicht widersprochen. Sodann beschreibt gerade die M96.6 ein solches Geschehen, nämlich Krankheiten des Muskelskelettsystems nach medizinischen Maßnahmen unter Vorhandensein funktioneller Implantate oder sonstiger Geräte - und weiter: Knochenfraktur nach Einsetzen eines orthopädischen Implantates, einer Gelenkprothese oder einer anderen Knochenplatte - andere Komplikation durch ein internes orthopädisches Gerät, durch Implantate oder Transplantate.

Hierbei ist die M96.6 nach ihrem Wortlaut nicht so zu verstehen, dass es unmittelbar bei Einsatz eines orthopädischen Implantates zu einem Bruch kommen muss, wie Dirk Dorian Selter, Leiter Medizin Controlling der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik Murnau, annimmt, sondern es reicht ein irgend gearteter Zusammenhang zwischen Einsetzung eines orthopädischen Implantates und dem Bruch, der auch später nach der Implantation entstehen kann, aus.

Einen solchen Zusammenhang sieht das Gericht sodann hier darin, dass wie von den Bevollmächtigten der Klägerin vorgetragen, die zementierte Prothese biomechanisch am Knochen in Höhe der Prothesenspitze eine höchste Beanspruchung auslöste und damit die Bruchanfälligkeit insgesamt erhöhte. Dieses Zusammenwirken zwischen dem eingesetzten orthopädischen Implantat und der Bruchsituation im Fall der Klägerin ist damit durch die M96.6 genauer beschrieben als bei der Kodierung S72.3 - Fraktur des Femurschaftes - mit der Nebendiagnose Z96.6 - Vorhandensein von orthopädischen Gelenkimplantaten. Das kausale Zusammenwirken zwischen dem Vorhandensein von orthopädischen Gelenkimplantaten als (Mit-) Ursache der Fraktur des Femurschaftes wird gerade durch die von der Beklagten vorgeschlagenen Kodierung nicht beschrieben. Vielmehr muss hier kein Zusammenhang zwischen Fraktur des Femurschaftes und dem orthopädischen Gelenkimplantat insgesamt bestehen. Gerade dieser Zusammenhang bestand aber im Fall der Versicherten G. nach dem unbestrittenen Tatsachenvortrag der Bevollmächtigten der Klägerin.

Das Gericht geht daher davon aus, dass die Klägerin zu Recht den stationären Aufenthalt der Versicherten G. der Beklagten mit der DRG I08C abgerechnet hat, so dass die Widerklage als unbegründet abzuweisen war.

III.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs. 1 S. 1 3. Hs. SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 1](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).

III.

Die Streitwertfestsetzung ergibt sich aus [§ 197 Abs. 1 S. 1 SGG](#) i.V.m. [§§ 45 Abs. 1](#) und 52 Abs. 3 Gerichtskostengesetz (GKG).

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2014-09-29