S 8 KR 347/10

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
SG Dortmund (NRW)
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
8
1. Instanz
SG Dortmund (NRW)
Aktenzeichen
S 8 KR 347/10
Datum
09.04.2014
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin 1.162,37 EUR nebst 2% Zinsen über dem Basiszinssatz seit dem 15.07.2009 zu zahlen Die Kosten des Verfahrens trägt die Beklagte Der Streitwert wird auf 1.162,37 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Vergütung einer stationären Krankenhausbehandlung.

Die bei der klagenden Krankenkasse versicherte Frau I (Versicherte), geboren am 27.04.1928, wurde stationär im Krankenhaus der Beklagten in der Zeit vom 21.01.2009 bis 26.01.2009 behandelt. Unter dem 27.02.2009 stellte die Beklagte der Klägerin unter Zugrundelegung der DRG I 41 Z (geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung) für die Behandlung der Versicherten 3.906,67 EUR in Rechnung. Die Klägerin zahlte den geforderten Betrag und beauftragte den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) Rheinland-Pfalz mit der Prüfung des Abrechnungsfalls. In einem Gutachten vom 18.05.2009 führt der MDK aus, die Voraussetzungen für die Kodierung der Prozedur OPS 8-550.1 (geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung) seien nicht gegeben. Es seien insoweit maximal 11 Tage Behandlung dokumentiert. Die Klägerin forderte daraufhin von der Beklagten unter Fristsetzung zum 14.07.2009 ein Betrag von 1.162,37 EUR zurück. Auf Widerspruch der Beklagten holte die Klägerin ein weiteres Gutachten des MDK ein. Im Gutachten vom 24.09.2009 bleibt der MDK bei dem Ergebnis des Vorgutachtens. Unter Berücksichtigung der vorliegenden Dokumentation zu den Therapieeinheiten sei darüber hinaus festzustellen, dass diesbezüglich keinerlei Dokumentation in zeitlicher Hinsicht erfolgt sei. Die durchschnittliche Therapiedauer von 30 Minuten lasse sich dadurch nicht nachvollziehen.

Mit der am 30.03.2010 erhobenen Klage begehrt die Klägerin weiterhin die Rückzahlung von 1.162,37 EUR. Sie trägt vor, die Prozedur OPS 8-550.1 habe nicht verschlüsselt werden dürfen. Der therapeutische Anteil müsse insgesamt mindestens 30 Therapieeinheiten von durchschnittlich 30 Minuten, davon maximal 10 % als Gruppentherapie betragen. Der Patientendokumentation der Beklagten ließen sich indes weder Zeitangaben zu den einzelnen Therapieeinheiten noch Angaben über stattgefundene Gruppentherapien entnehmen. Dokumentiert seien lediglich Behandlungen an elf Tagen. Der Begriff des Behandlungstages sei von dem des Belegungstages zu unterscheiden.

Die Klägerin beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, an sie 1.162,37 EUR nebst 2 % Zinsen über dem Basiszinssatz seit dem 15.07.2009 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie trägt vor, eine besondere Dokumentation zur Erfüllung der Mindestmerkmale für die Kodierung der streitgegenständlichen Prozedur sei nicht erforderlich. Im Übrigen sei während des gesamten klinischen Aufenthalts der Versicherten eine Behandlung erfolgt, so dass die Belegungstage insgesamt als Behandlungstage anzusehen seien. Dies entspreche der Auslegung der maßgeblichen Vorschriften durch das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation (DIMDI) und die MDK-Gemeinschaft. Die Therapieeinheiten im Krankenhaus der Beklagten seien standardisiert und dauerten entsprechend der OPS-Vorgaben jeweils mindestens 30 Minuten. Die Beklagte reicht neben der Krankenakte noch eine handschriftliche Dokumentation über die durchgeführten Therapieeinheiten zu den Akten sowie eine elektronisch gefertigte Aufzeichnung. Des Weiteren rügt sie die ihrer Ansicht nach fehlende Zuständigkeit des MDK Rheinland-Pfalz.

Das Gericht hat am 09.01.2013 den Sach- und Streitstand mit den Beteiligten erörtert.

Hinsicht der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die beigezogene Patientenakte der Beklagten und die Gerichtsakte Bezug genommen. Die Akten waren Gegenstand der mündlichen Verhandlung.

Entscheidungsgründe:

Die Klage ist zulässig und begründet. Die Tatbestandsvoraussetzungen des öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruchs, der im vorliegenden Fall alleine als Anspruchsgrundlage für den geltend gemachten Anspruch der Klägerin in Betracht kommt, liegen vor.

Dieses aus den allgemeinen Grundsätzen des öffentlichen Rechts hergeleitete Rechtsinstitut setzt voraus, dass im Rahmen eines öffentlich-rechtlichen Rechtsverhältnisses Leistungen ohne rechtlichen Grund erbracht oder sonstige rechtsgrundlose Vermögensverschiebungen vorgenommen worden sind (vgl. Bundessozialgericht [BSG], Urteil vom 22.07.2004, Az. [B 3 KR 21/03](#)). Ein öffentlich-rechtliches Rechtsverhältnis liegt hier vor, da die im Verhältnis der Klägerin zum Beklagten in Bezug auf den Streitgegenstand entscheidenden Normen dem öffentlichen Recht, namentlich dem Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) entstammen bzw. die Klägerin als Trägerin öffentlicher Gewalt besonders berechtigen oder verpflichten (vgl. dazu BSG, Urteil vom 13.06.1989, Az. [2 RU 32/88](#) m.w.N.). Im Rahmen des öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruchs gelten ähnliche Grundsätze wie im Recht der ungerechtfertigten Bereicherung nach den [§§ 812ff.](#) des Bürgerlichen Gesetzbuchs. Allgemein anerkannt ist für den öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch, dass Leistungen zum Zwecke der Erfüllung einer Verbindlichkeit, die in Wirklichkeit nicht besteht, eine rechtsgrundlose Vermögensverschiebung darstellen und grundsätzlich zurückgefordert werden können (BSG, Urteil vom 22.07.2004, Az. [B 3 KR 21/03 R](#)).

Die Klägerin hat Anspruch auf Rückerstattung von 1.162,37 EUR, da in dieser Höhe kein Anspruch der Beklagten auf Zahlung eines Entgelts für die Behandlung der Versicherten bestand. Der ursprüngliche Anspruch der Beklagten bemisst sich nach [§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) i. V. m. [§ 7 Satz 1 Nr. 1, § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 Krankenhausentgeltgesetz \(KHEntG\)](#), [§ 17 b Krankenhausfinanzierungsgesetz \(KHG\)](#), [§ 1 Fallpauschalenvereinbarung 2009 \(FPV 2009\)](#) sowie Anlage 1 der FPV 2009.

Denn der Behandlungspflicht zugelassener Krankenhäuser nach [§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) steht ein Vergütungsanspruch gegenüber, dessen Höhe sich nach Maßgabe der o. g. Vorschriften bemisst. Sofern das Krankenhaus nicht in das DRG-Vergütungssystem einbezogen ist, ist ferner die Bundespflegesatzverordnung zu beachten. Im vorliegenden Fall unterliegt das Krankenhaus der Beklagten dem DRG-Vergütungssystem, so dass gem. [§ 7 Abs. 1 Satz 1 KHEntG](#) die allgemeinen Krankenhausleistungen gegenüber den Patienten oder ihren Kostenträgern mit den verschiedenen dort aufgezählten Entgelten abgerechnet werden.

Fallpauschalen - wie im vorliegenden Fall - werden nach dem auf Bundesebene vereinbarten Entgeltkatalog abgerechnet ([§ 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KHEntG](#)). Die Fallpauschalen einschließlich der Bewertungsrelationen sowie der in Abhängigkeit von diesen zusätzlich zu zahlenden Entgelte oder vorzunehmenden Abschlägen haben danach die Spitzenverbände der Krankenkassen, der privaten Krankenversicherungen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft zu vereinbaren ([§ 9 Abs. 1 KHEntG](#)). Dabei ist nach [§ 17 b KHG](#) ein durchgängiges leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem auf der Grundlage von DRG zu schaffen. Dies geschieht durch jährliche Anpassung der FPV.

Die Zuordnung eines bestimmten Behandlungsfalles zu einer DRG erfolgt über die Festlegung von Diagnosen nach der internationalen Klassifikation für Krankheiten (ICD) in der vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) herausgegebenen deutschen Fassung sowie der Behandlung nach den ebenfalls von DIMDI herausgegebenen Operationen- und Prozedurenschlüsseln nach [§ 301 SGB V](#) (OPS). In einem zweiten Schritt wird anhand dieser Codes mithilfe eines vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) zertifizierten Softwareprogramms (Groupier) die DRG ermittelt, anhand der dann nach Maßgabe des Fallpauschalenkatalogs und der Pflegesatzvereinbarung die von der Krankenkasse zu zahlende Vergütung errechnet wird. Zur sachgerechten Durchführung der Verschlüsselung haben die Vertragsparteien der FPV auf der Grundlage des [§ 17 b Abs. 2 KHG](#) mit den jährlich aktualisierten Deutschen Kodierlinien (DKR) einheitliche Kodierregeln für die Dokumentation der Diagnoseprozeduren und sonstiger gruppierungsrelevanter Merkmale aufgestellt.

Nach den vorgenannten Regeln ist die Abrechnung des streitgegenständlichen Behandlungsfalles nach der DRG-Fallpauschale I66D gerechtfertigt, insbesondere lagen die Voraussetzungen für die Berücksichtigung der OPS 8.550.1 nicht vor. Nach den für 2009 geltenden Regelungen erfordert die Kodierung dieser Prozedur - neben den unstreitig vorliegenden allgemeinen, unter 8-550 genannten, Voraussetzungen - mindestens 14 Behandlungstage und 20 Therapieeinheiten. Aus den Behandlungsunterlagen der Beklagten ergeben sich jedoch während des stationären Aufenthalts der Versicherten lediglich 11 Kalendertage, an denen spezifische Behandlungsmaßnahmen durchgeführt wurden. Damit sind zur Überzeugung der Kammer keine 14 Behandlungstage im Sinne der o.g. Regelung feststellbar. Denn der Begriff des Behandlungstages ist bereits nach seinem Wortlaut so zu verstehen, dass es sich dabei um einen Tag handelt, an dem eine spezifische Behandlung erfolgt, die für die Kodierung der Prozedur erforderlich ist. Anderenfalls hätte durch die Vertragsparteien die im DRG-System an anderer Stelle geläufige Formulierung des Belegungstages gewählt werden können und müssen.

Für eine andere Auslegung des Begriffes Behandlungstag besteht kein Bedürfnis. In diesem Zusammenhang ist zu beachten, dass Vergütungsregelungen, die für die routinemäßige Abwicklung von zahlreichen Behandlungsfällen vorgesehen ist, ihren Zweck nur erfüllen, wenn sie allgemein streng nach ihrem Wortlaut sowie den dazu vereinbarten Anwendungsregeln gehandhabt werden und keinen Spielraum für weitere Bewertungen sowie Abwägungen belassen. Demgemäß sind Vergütungsregelungen stets eng nach ihrem Wortlaut und allenfalls ergänzend nach ihrem systematischen Zusammenhang auszulegen; Bewertungen und Bewertungsrelationen bleiben außer Betracht. 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 - und nicht der MDK oder das DIMDI - berufen, diese mit Wirkung für die Zukunft zu beseitigen (vgl. BSG, Urteil vom 08.11.2011, Az. [B 1 KR 8/11 R](#); Urteil vom 25.11.2010, Az. [B 3 KR 4/10 R](#)). Die Kammer misst daher den entgegenstehenden Äußerungen des DIMDI und der MDK-Gemeinschaft keine entscheidende Bedeutung bei.

Auch der Einwand der Beklagten, nach dem die Behandlung der Versicherten auch an den therapiefreien Tagen - insbesondere in Form von

Betreuung durch spezifisch geschultes Pflegepersonal - fortgesetzt worden sei, rechtfertigt nach Auffassung der Kammer keine andere Auslegung des Begriffs des Behandlungstags. Denn die allgemeinen Krankenhausleistungen, zu denen die Betreuung durch geschultes Pflegepersonal gehört, werden durch die Fallpauschale abgegolten, die sich ohne Berücksichtigung der speziellen Prozedur ergibt.

Zu kodieren ist damit OPS 8-550.0 (mindestens 7 Behandlungstage und 10 Therapieeinheiten). Insoweit ist die Kammer nach den zur Akte gereichten Dokumentationen davon überzeugt, dass die dafür geforderten Therapieeinheiten in der erforderlichen Länge (jeweils 30min) durchgeführt worden sind. Dies führt indes nicht zu einem höheren Vergütungsanspruch der Beklagten, da die sich nun ergebende Prozedur nicht erlösrelevant ist.

Hinsichtlich der örtlichen Zuständigkeit des MDK ist noch auszuführen, dass den den MDK betreffenden gesetzlichen Regelungen keine örtliche Zuständigkeit zu entnehmen ist (vgl. BSG, Urteil vom 17.12.2013, Az. [B 1 KR 52/12 R](#)).

Die Beklagte hat die Differenz zwischen dem Erlös nach DRG I41Z und DRG I66D zu erstatten.

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

Der Streitwert war gemäß [§ 52 Abs. 1 und Abs. 3](#) des Gerichtskostengesetzes (GKG) in Höhe der streitbefangenen Forderung festzusetzen.

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2015-05-06