

S 24 KR 48/15

Land

Nordrhein-Westfalen

Sozialgericht

SG Detmold (NRW)

Sachgebiet

Krankenversicherung

Abteilung

24

1. Instanz

SG Detmold (NRW)

Aktenzeichen

S 24 KR 48/15

Datum

04.11.2016

2. Instanz

LSG Nordrhein-Westfalen

Aktenzeichen

-

Datum

-

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin 2.755,37 EUR nebst Zinsen in Höhe von zwei Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 26.10.2012 zu zahlen.

Die Beklagte trägt die Kosten des Verfahrens.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Erstattung von Krankenhausbehandlungskosten.

Die Beklagte betreibt ein Krankenhaus, welches zur Behandlung gesetzlich Krankenversicherter gemäß [§ 108](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) zugelassen ist.

Der bei der Klägerin versicherte Herr X T, geb. am 00.00.1932, wurde in der Zeit vom 14.02.2012 bis 01.03.2012 im Krankenhaus der Beklagten stationär behandelt.

Für diese Behandlung forderte die Beklagte von der Klägerin mit einer Rechnung vom 12.03.2012 eine Vergütung in Höhe von 9.298,04 EUR, die von der Klägerin vollständig beglichen wurde.

Die Klägerin leitete ein Prüfverfahren durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) ein. Der MDK kam durch Dr. I in einem Gutachten vom 24.08.2012 zu dem Ergebnis, dass eine akute respiratorische Insuffizienz (ICD-10: J96.00) in den Akten nicht belegt sei. Daraus ergebe sich nicht die vom Krankenhaus abgerechnete DRG F08C (Rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine, ohne kompliz. Konstell., ohne thorakoabd. Aneurysma, ohne kompl. Aorteneingr., mit kompl. Eingr., ohne Mehretagen- oder Aorteneingr., ohne Reoperation, mit äuß. schw. CC od. mit best. Aorteneingr.), sondern die DRG F08E (Rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine, ohne kompliz. Konstell., ohne thorakoabd. Aneurysma, ohne kompl. Aorteneingr., mit kompl. Eingr., ohne Mehretagen- oder Aorteneingr., ohne Reoperation, ohne äuß. schw. CC, ohne best. Aorteneingr.).

Die Klägerin forderte die Beklagte auf, entsprechend dem MDK-Gutachten bis zum 25.10.2012 2.755,37 EUR an sie zu erstatten.

Die Beklagte erwiderte, dass die Nebendiagnose J96.00 gerechtfertigt sei, weil die Sauerstoffsättigung am 25.02.2012 83% betragen habe; es sei eine 2-Liter-Sauerstoffgabe erfolgt.

In einem zweiten Gutachten vom 16.04.2013 führte Dr. I vom MDK aus, dass die Kriterien für eine respiratorische Insuffizienz in den Patientenunterlagen nicht belegt seien. Die Beklagte reichte daraufhin weitere Patientenunterlagen ein.

In einem dritten Gutachten vom 23.09.2013 gelangte Dr. I erneut zu der Schlussfolgerung, dass die Nebendiagnose J96.00 nicht kodiert werden könne, weil keine pathologischen Blutgaswerte vorgelegen hätten. Belegt sei eine Luftnot. Hierfür könne als Nebendiagnose R06.0 (Dyspnoe) kodiert werden.

Nachdem die Beklagte eine Erstattung abgelehnt hatte, hat die Klägerin am 02.02.2015 Klage erhoben. Zur Begründung beruft sie sich auf die Ausführungen des MDK.

Der Klägerin beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin 2.755,37 EUR nebst Zinsen in Höhe von zwei Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 26.10.2012 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie ist der Ansicht, dass die Nebendiagnose J96.00 nicht zwingend pathologische Blutgasveränderungen erfordere. Der Kode sei zu Grunde zu legen, wenn klinische und/oder paraklinische Zeichen einer Gasaustauschstörung erfüllt seien und ein entsprechender Ressourcenverbrauch nachweisbar dokumentiert sei.

Das Gericht hat Beweis erhoben durch Einholung eines nach Aktenlage erstellten Gutachtens von Herrn Dr. M (23.12.2015). Die Beklagte hat hierzu ein sozialmedizinisches Gutachten von Dr. M1 vom MDK (06.04.2016) eingereicht. Das Gericht hat daraufhin eine ergänzende gutachtliche Stellungnahme des Sachverständigen Dr. M (01.07.2016) eingeholt. Auf die gutachtlichen Ausführungen wird verwiesen.

Wegen der weiteren Einzelheiten im Sach- und Streitstand nimmt die Kammer Bezug auf den Inhalt der Gerichtsakte, den beigezogenen Verwaltungsvorgang der Klägerin sowie die ebenfalls beigezogene Patientendokumentation über den stationären Aufenthalt des Versicherten X T vom 14.02.2012 bis 01.03.2012. Der Inhalt dieser Akten war Gegenstand der mündlichen Verhandlung und Entscheidung.

Entscheidungsgründe:

Die Klage ist zulässig und begründet.

Die Klage ist als allgemeine Leistungsklage nach [§ 54 Abs. 5](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) unmittelbar zulässig, denn es geht auch bei einer auf Rückzahlung von Behandlungskosten für einen Versicherten gerichteten Klage einer Krankenkasse gegen ein Krankenhaus um einen so genannten Parteienstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt. Ein Vorverfahren war mithin nicht durchzuführen; die Einhaltung einer Klagefrist war nicht geboten (st. Rspr. des Bundessozialgerichts [BSG], vgl. z.B. Urteil v. 23.07.2002 - [B 3 KR 64/01 R](#) -, juris Rn. 13).

Die Klage ist auch begründet. Die Klägerin kann von der Beklagten die Zahlung von 2.755,37 EUR nebst Zinsen in Höhe von zwei Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 26.10.2012 verlangen.

Rechtsgrundlage für den Rückzahlungsanspruch bildet ein öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch. Dieses aus den allgemeinen Grundsätzen des öffentlichen Rechts hergeleitete Rechtsinstitut setzt voraus, dass im Rahmen eines öffentlichen Rechtsverhältnisses Leistungen ohne rechtlichen Grund erbracht oder sonstige rechtsgrundlose Vermögensverschiebungen vorgenommen worden sind. Ein öffentlich-rechtliches Rechtsverhältnis liegt hier vor, denn die Abrechnungsbeziehungen zwischen Krankenkasse und Krankenhaus sind öffentlich-rechtlich geprägt. Im Rahmen des öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruchs gelten ähnliche Grundsätze wie im bürgerlichen Recht der ungerechtfertigten Bereicherung - [§§ 812 ff.](#) Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) -, mit der der öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch zumindest insoweit vergleichbar ist, als beide Ansprüche als Ausdruck eines althergebrachten Rechtsgrundsatzes dem Ausgleich einer rechtsgrundlosen Vermögensverschiebung dienen. Diesbezüglich ist allgemein anerkannt, dass Leistungen zum Zwecke der Erfüllung einer Verbindlichkeit, die in Wirklichkeit nicht besteht, zurückgefordert werden können (vgl. BSG Urteil vom 22.07.2004 - [B 3 KR 21/03 R](#) -, juris Rn. 15 ff.). Im vorliegenden Fall hat die Klägerin die ihr in Rechnung gestellten und bezahlten Kosten des stationären Aufenthalts ihres Versicherten T im Krankenhaus der Beklagten in Höhe von 2.755,37 EUR ohne Rechtsgrund geleistet.

Rechtsgrundlage für den Vergütungsanspruch eines zugelassenen Krankenhauses gegenüber einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung ist nach ständiger Rechtsprechung des BSG, der sich die Kammer anschließt, [§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) i.V.m. der Pflegesatzvereinbarung der Beteiligten. Der Behandlungspflicht des zugelassenen Krankenhauses nach [§ 109 Abs. 4 Satz 2 SGB V](#) steht ein Vergütungsanspruch gegenüber, der nach Maßgabe des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG), des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) und der Bundespflegesatzverordnung festgelegt wird (vgl. etwa BSG Urteil vom 25.11.2010 - [B 3 KR 4/10 R](#) -, juris Rn. 9 f.; BSG Urteil vom 29.04.2010 - [B 3 KR 11/09 R](#) -, juris Rn. 7; BSG Urteil vom 16.12.2008 - [B 1 KN 1/07 KR R](#) -, juris Rn. 10). Die Zahlungsverpflichtung der Krankenkasse entsteht dabei unabhängig von einer Kostenzusage unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch einen Versicherten. Da der Zahlungsanspruch des zugelassenen Krankenhauses jedoch in aller Regel mit dem Naturalleistungsanspruch des Versicherten auf Krankenhausbehandlung ([§ 39 SGB V](#)) korrespondiert, müssen beim Versicherten bei der Aufnahme in das Krankenhaus grundsätzlich die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für die Inanspruchnahme von Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung sowie Krankenhauspflegebedürftigkeit vorliegen (Landessozialgericht Niedersachsen Urteil vom 30.01.2002 - [L 4 KR 110/00](#) -, juris Rn. 22). Gemäß [§ 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) haben Versicherte Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Der Leistungsumfang umfasst gemäß [§§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5](#), [39 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) auch Krankenhausbehandlung, die vollstationär, teilstationär, vor- und nachstationär sowie ambulant erbracht wird. Der Sachleistungsanspruch des Versicherten umfasst vollstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus ([§ 108 SGB V](#)), wenn die Aufnahme nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann ([§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#)). Unstreitig bedurfte der Versicherte hier einer stationären Krankenhausbehandlung. Streitig ist die Höhe des Vergütungsanspruchs der Beklagten.

Die Höhe des Vergütungsanspruchs ergibt sich gemäß [§ 17b Abs. 1 Satz 1 KHG](#) i.V.m. [§§ 7 Abs. 1 Satz 1](#), [9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG](#) aus einem diagnosebezogenen, pauschalierenden Vergütungssystem, bestehend aus einer Fallpauschalenvereinbarung und einem Fallpauschalenkatalog (G-DRG), hier in der im Jahr 2012 geltenden Fassung. Dem liegt ein System zugrunde, bei dem in einem als "Groupierung" bezeichneten Prozess aus den ermittelten Diagnosen, Operationen und Prozeduren mithilfe eines zertifizierten Softwareprogramms unter Einbeziehung von weiteren Variablen (Alter des Patienten, Verweildauer, usw.) eine DRG-Pauschale und die dafür

zu zahlende Vergütung ermittelt werden (vgl. hierzu BSG Urteil vom 08.11.2011 - [B 1 KR 8/11 R](#) -, juris).

Die maßgeblichen Vergütungsregelungen, insbesondere die Deutschen Kodierrichtlinien (DKR), sind eng nach ihrem Wortlaut und allenfalls ergänzend nach ihrem systematischen Zusammenhang auszulegen und Bewertungen und Bewertungsrelationen außer Betracht zu bleiben. Denn eine Vergütungsregelung, die für die routinemäßige Abwicklung von zahlreichen Behandlungsfällen vorgesehen ist, kann ihren Zweck nur erfüllen, wenn sie allgemein streng nach ihrem Wortlaut sowie den dazu vereinbarten Anwendungsregeln gehandhabt wird und keinen Spielraum für weitere Bewertungen sowie Abwägungen belässt (st. Rspr., vgl. BSG Urteil vom 08.11.2011 - [B 1 KR 8/11 R](#) -, juris Rn. 27). Da das DRG-basierte Vergütungssystem vom Gesetzgeber als jährlich weiter zu entwickelndes (§ 17b Abs. 2 Satz 1 KHG) und damit "lernendes" System angelegt ist, sind bei zutage tretenden Unrichtigkeiten oder Fehlsteuerungen in erster Linie die Vertragsparteien berufen, diese mit Wirkung für die Zukunft zu beseitigen (vgl. BSG Urteil vom 08.11.2011 - [B 1 KR 8/11 R](#) -, juris Rn. 27).

Auf Grundlage dieser Kriterien ist als Nebendiagnose u.a. I50.19 (Linksherzinsuffizienz, nicht näher bezeichnet) zu kodieren. Die Nebendiagnosen J96.00 und I50.13 sind nicht zu kodieren. Daraus ergibt sich die DRG F08E. Die von der Beklagten abgerechnete DRG F08C ist nicht gerechtfertigt.

Die Nichtkodierbarkeit der Nebendiagnose J96.00 ergibt sich zur Überzeugung der Kammer aus den schlüssigen und nachvollziehbaren Ausführungen des Sachverständigen Dr. M. Dieser führt aus, dass die beim Versicherten T beschriebene Luftnot keine akute respiratorische Insuffizienz darstelle. Diese hätte in aller Regel weitere Diagnostik sowie in der Regel auch eine intensivmedizinische Therapie erfordert. Dies habe nicht stattgefunden. Die diensthabende Ärztin sei nur telefonisch konsultiert worden, dies dokumentiere den geringen Schweregrad. Der Versicherte habe angegeben, die Luftnot zu kennen, was gegen ein Akutereignis spreche. Außer der pulsoxymetrischen Messung seien auch keine weiteren Maßnahmen erfolgt. All das spreche gegen eine akute respiratorische Insuffizienz. Die Beklagte ist diesen Ausführungen auch nicht entgegen getreten. Zu kodieren ist dagegen die Nebendiagnose I50 (Herzinsuffizienz). Diesbezüglich hat der Sachverständige Dr. M nachvollziehbar dargelegt, dass beim Versicherten mehrere klinische Zeichen einer Luftnot vorgelegen hätten, die begleitet gewesen seien von einer erniedrigten Sauerstoffsättigung. Es sei Sauerstoff gegeben worden. Eine spezifische Abklärung der kardial bedingten Luftnot lasse sich der Patientenakte zwar nicht entnehmen, sei aber auch nicht notwendig, da bei dem Versicherten eine koronare Herzkrankheit bekannt gewesen sei. Dies führe in Verbindung mit der vorbekannten und während des Aufenthaltes aufgetretenen Luftnot zur klinischen Diagnose einer Herzinsuffizienz. Dieser Einschätzung hat sich auch der von der Beklagten beauftragte MDK durch Dr. M1 angeschlossen.

Die Kammer ist jedoch nicht davon überzeugt, dass die spezifischen Voraussetzungen der Nebendiagnose I50.13 (Herzinsuffizienz mit Beschwerden bei leichter Belastung, NYHA-Stadium III) belegt sind, so dass es bei der Diagnose I50.19 (Herzinsuffizienz, nicht näher bezeichnet) bleiben muss, wie von Dr. M1 vom MDK vorgeschlagen. Das einzige Argument, das Dr. M für die Kodierung der Nebendiagnose I50.13 anführt, ist das "Muster des Auftretens der Beschwerden", das seiner Ansicht nach einer Linksherzinsuffizienz mit Beschwerden bei leichter Belastung entspricht. Allerdings gibt es in der Patientenakte keine Hinweise oder Befunde, die diese Annahme stützen. Die kardiale Ursache der Luftnot ist - wie der Sachverständige selbst schreibt - nicht geklärt worden. Infolgedessen sind auch keine weitergehenden Befunde erhoben worden, um den Grad der Herzinsuffizienz zu bestimmen. Die Einteilung nach der NYHA-Klassifizierung erfolgt aber gerade nach dem klinischen Bild der Herzleistungsinsuffizienz. Ohne verlässliche und dokumentierte Befunde kann eine spezifische Kodierung nach I50.11 bis I50.14 nicht vorgenommen werden. Dass das Muster der Beschwerden eindeutig einer Herzleistungsinsuffizienz mit Beschwerden bereits bei leichter Belastung zuzuordnen ist, wie der Sachverständige argumentiert, ist auch nicht ohne Weiteres einleuchtend. So wurde die diensthabende Ärztin nur telefonisch konsultiert. Außer der pulsoxymetrischen Messung sind auch keine weiteren Maßnahmen erfolgt. Dies deutet eher auf einen nur geringen Schweregrad der Einschränkung hin. Deswegen muss es bei der Nebendiagnose I50.19 bleiben, die jedoch nicht erlösrelevant ist.

Der Zinsanspruch ergibt sich dem Grunde nach aus einer entsprechenden Anwendung des § 15 Abs. 1 Satz 4 des nordrhein-westfälischen Landesvertrages gemäß [§ 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#) in Verbindung mit [§ 286 Abs. 1 Satz 1 BGB](#). Die Voraussetzungen eines Verzugs der Beklagten liegen vor, da sie die der Höhe nach unstreitige Forderung von 2.755,37 EUR trotz Fristsetzung bis zum 25.10.2012 nicht ausgeglichen hat. In entsprechender Anwendung des [§ 187 Abs. 1 BGB](#) führt dies zu einem Verzinsungsbeginn am Tag nach Ende der Frist, also am 26.10.2012. Der Anspruch auf Zahlung von Verzugszinsen besteht nach § 15 Abs. 1 Satz 4 des Landesvertrages i.V.m. [§§ 286, 288 BGB](#) in Höhe von zwei Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz (vgl. BSG Urteil vom 12.07.2012 - [B 3 KR 18/11 R](#) -, juris Rn. 29 ff.).

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i.V.m. mit [§§ 154 Abs. 1, 155 Abs. 1 Satz 3](#) Verwaltungsgerichtsordnung. Der Beklagten waren die Kosten des Verfahrens ganz aufzuerlegen, weil die Klägerin lediglich ihren ursprünglich erweiterten Zinsantrag (Erstattung von Zinsen bereits ab dem 28.03.2012) zurückgenommen hatte.

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2017-02-27