S 24 KR 230/16

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
SG Detmold (NRW)
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
24
1. Instanz
SG Detmold (NRW)
Aktenzeichen
S 24 KR 230/16
Datum
31.03.2017
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin 23.799,53 EUR nebst Zinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 16.02.2016 zu zahlen. Die Beklagte trägt die Kosten des Verfahrens.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Zahlung einer Krankenhausbehandlung.

Der bei der Beklagten versicherte Herr E I (geb. am 00.00.1995) wurde in der Zeit vom 19.05.2015 bis 27.05.2015 im Krankenhaus der Klägerin stationär behandelt.

Die Klägerin stellte für diese Behandlung auf der Grundlage der DRG F03A (Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine mit komplizierender Konstellation oder pulmonale Endarteriektomie) eine Rechnung in Höhe von 28.749,31 EUR aus, die am 02.06.2015 bei der Beklagten einging.

Die Beklagte beglich die Rechnung vollständig, beauftragte jedoch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) am 16.06.2015 mit einer Einzelfallprüfung. Dieser zeigte mit einem Schreiben vom 17.06.2015 die Prüfung gegenüber der Klägerin an. Der MDK forderte den Entlassungsbericht, Dokumente zu den OPS-Kodes 8-812.61 (Transfusion von Plasma, Plasmabestandteilen und Infusion von Volumenersatzmitteln: normales Plasma) und 8-800.f1 (Transfusion von 2 Apherese-Thrombozytenkonzentraten) sowie den OP-Bericht an.

Der MDK gelangte in einem Gutachten vom 09.11.2015 durch Frau Dr. I1 zu der Einschätzung, dass die DRG F69A (Herzklappenerkrankungen mit äußerst schweren oder schweren CC) abzurechnen sei. Die MDK-Ärztin führte unter anderem aus, dass verschiedene Prozeduren zu streichen seien, weil der OP-Bericht von der Klägerin nicht vorgelegt worden sei. Die Gabe von Apherese-Thromozytenkonzentraten könne nicht abgerechnet werden, weil eine Transfusion nicht belegt sei. Gleiches gelte für die Transfusion von Plasma.

Die Beklagte forderte die Klägerin zur Rückerstattung des Differenzbetrages zwischen der DRG F03A und F69A, mithin 23.799,53 EUR auf. Nachdem diese darauf nicht reagiert hatte, verrechnete die Beklagte den Forderungsbetrag am 16.02.2016 mit einer unbestrittenen Forderung in Höhe von 23.799,53 EUR betreffend den Behandlungsfall M T (stationäre Behandlung vom 12.01.2016 bis 28.01.2016).

Am 18.03.2016 hat die Klägerin Zahlungsklage erhoben, mit der sie den verrechneten Betrag in Höhe von 23.799,53 EUR geltend macht. Die Klägerin beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin 23.799,53 EUR nebst Zinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 16.02.2016 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Die Beklagte beruft sich auf die Ausführungen des MDK. Ergänzend trägt sie vor, dass die Klägerin es versäumt habe, die zur Prüfung der streitigen Prozeduren erforderlichen Unterlagen innerhalb von vier Wochen ab Zugang der Anforderung an den MDK zu übermitteln. Dies sei

ausweislich des MDK-Gutachtens nicht geschehen. Die Klägerin sei daher mit einer Geltendmachung der Forderung gemäß § 7 Abs. 2 der "Vereinbarung über das Nähere zum Prüfverfahren nach § 275 Absatz 1c SGB V (Prüfverfahrensvereinbarung - PrüfvV) gemäß § 17c Absatz 2 KHG" (im Folgenden: PrüfvV) ausgeschlossen.

Die Klägerin hat daraufhin erwidert, dass sie am 22.06.2015 alle Unterlagen an den MDK verschickt habe. Die streitigen Prozeduren seien in den übersandten Unterlagen eindeutig belegt. Wenn aus Sicht des MDK etwas gefehlt hätte, sei dieser verpflichtet gewesen, die entsprechenden Unterlagen nachzufordern. Im Übrigen sei die Frist in § 7 Abs. 2 Satz 3 PrüfvV keine Ausschlussfrist, anders als § 6 Abs. 2 Satz 3 PrüfvV oder § 8 Satz 4 PrüfvV. Zudem stelle sich die Frage, ob § 7 Abs. 2 Satz 3 PrüfvV überhaupt von der Ermächtigung in § 17c Abs. 2 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) umfasst sei.

In einer vom Gericht angeforderten Stellungnahme vom 24.06.2016 hat der MDK angegeben, dass die Klägerin den angeforderten OP-Bericht nicht vorgelegt habe.

Die Klägerin hat daraufhin erklärt, dass auch der OP-Bericht an den MDK übersandt worden sei. Darüber hinaus sei in dem Entlassungsbericht und der Intensivkurve die Therapie beschrieben worden.

Das Gericht hat sodann Beweis erhoben durch Einholung eines nach Aktenlage erstellten Gutachtens des Internisten Dr. L-X. Dieser führt in seinem Gutachten vom 16.11.2016 unter anderem aus, dass statt des Kodes T82.0 (mechanische Komplikation durch eine Herzklappenprothese) der Kode Q24.4 (angeborene subvalvuläre Aortenstenose) als Hauptdiagnose zu kodieren sei. Die Nebendiagnose D69.58 (sonstige sekundäre Thrombozytopenien) sei zu streichen. Statt des OPS 8.800.f1 (Transfusion von 2 Apherese-Thrombozytenkonzentraten) sei der OPS 8.800.g1 (Gabe von 2 Pool-Thrombozytenkonzentraten) zu kodieren, weil zwar Thrombozytenkonzentrate verabreicht worden seien, jedoch nicht ersichtlich sei, dass es sich um Apherese-Thrombozytenkonzentrate gehandelt habe. Dadurch ändere sich aber die von der Klägerin herangezogene DRG F03A nicht. Es seien in der Dokumentation Unterlagen abgeheftet, die die Gabe der Thrombozytenkonzentrate und die der Plasma-Transfusion belegten. Dies gelte auch für die anderen vom MDK monierten Prozeduren. Den Ausführungen des MDK stimme er daher nicht zu. Auch wenn im OP-Bericht keine (verstärkte) Blutung beschrieben werde, sei aufgrund des diagnostizierten sekundären Willebrand-Jürgens-Syndroms und aufgrund der schwierigen Operationsumstände bei Re-Operation nach drei Voroperationen von 1998 bis 2005 aufgrund des Eingriffs mit Wechsel der mechanischen Aortenklappe und Erweiterungsplastik des linksventrikulären Ausflusstraktes die erfolgte Gabe der Blut- und Plasmakonzentrate nachvollziehbar.

Die Beklagte hat daraufhin erklärt, dass es auf das Ergebnis des Gutachtens nicht ankomme, weil die Klägerin nicht alle angeforderten Unterlagen fristgemäß an den MDK übersendet habe und damit gemäß der PrüfvV ausgeschlossen sei.

Wegen der weiteren Einzelheiten im Sach- und Streitstand nimmt die Kammer Bezug auf den Inhalt der Gerichtsakte, den beigezogenen Verwaltungsvorgang der Beklagten sowie die ebenfalls beigezogene Patientendokumentation über den stationären Aufenthalt des Versicherten E I vom 19.05.2015 bis 27.05.2015. Der Inhalt dieser Akten war Gegenstand der Entscheidungsfindung.

Entscheidungsgründe:

Streitgegenstand dieses Verfahrens ist die (unstreitige) Kostenübernahme für die stationäre Behandlung der bei der Beklagten versicherten M T im Krankenhaus der Klägerin. Streitgegenstand ist nicht die stationäre Behandlung des Versicherten I vom 19.05.2015 bis 27.05.2015, sondern die Frage, ob die Beklagte mit einem öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch bzgl. dieses Behandlungsfalles aufrechnen durfte. Die Klage ist zulässig und begründet.

Die Klage ist als allgemeine Leistungsklage nach § 54 Abs. 5 Sozialgerichtsgesetz (SGG) unmittelbar zulässig, denn es geht bei einer auf Zahlung von Behandlungskosten für einen Versicherten gerichteten Klage eines Krankenhauses gegen eine Krankenkasse 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. etwa Urteil vom 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 23.799,53 EUR nebst Zinsen in Höhe von zwei Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 16.02.2016 verlangen.

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 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (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 KHG, des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) und der Bundespflegesatzverordnung festgelegt wird (vgl. 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 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).

Die Erforderlichkeit der stationären Behandlung der Versicherten M T und die ordnungsgemäße Abrechnung sind zwischen den Beteiligten unstreitig. Dieser Vergütungsanspruch erlosch nicht dadurch, dass die Beklagte wirksam mit einem öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch wegen Überzahlung der Vergütung für die Krankenhausbehandlung des Versicherten E I analog § 387 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) die Aufrechnung erklärte.

Denn die Aufrechnung war in Höhe des seitens der Klägerin geltend gemachten Betrages von 23.799,53 EUR unbegründet. Die Gegenforderung, mit der die Beklagte aufgerechnet hat, ist 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. 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 Beklagte die ihr in Rechnung gestellten und bezahlten Kosten des stationären Aufenthalts ihres Versicherten I im Krankenhaus der Klägerin auch in Höhe der streitigen 23.799,53 EUR mit Rechtsgrund geleistet.

Denn die stationäre Behandlung des Versicherten I war gemessen an den o.g. Maßstäben auch für den hier streitigen Zeitraum vom 19.05.2015 bis 27.05.2015 unter Grundlage der DRG F03A medizinisch begründet. Dies steht zur Überzeugung der Kammer nach dem Gesamtergebnis des Verfahrens unter Berücksichtigung der Ausführungen des Sachverständigen Dr. L-X fest.

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 2015 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 die DRG F03A gerechtfertigt. Der Sachverständige Dr. L-X hat überzeugend dargelegt, dass in der Patientendokumentation Unterlagen abgeheftet sind, die die Gabe der Thrombozytenkonzentrate und der Plasma-Transfusion belegen. Die vom MDK bestrittene Gabe der Blut- und Plasmakonzentrate ist aufgrund des diagnostizierten sekundären Willebrand-Jürgens-Syndroms und aufgrund der schwierigen Operationsumstände bei Re-Operation nach drei Voroperationen von 1998 bis 2005 aufgrund des Eingriffs mit Wechsel der mechanischen Aortenklappe und Erweiterungsplastik des linksventrikulären Ausflusstraktes medizinisch nachvollziehbar.

Die Beklagte hat keine Einwände gegen die Ausführungen des Sachverständigen erhoben. Soweit sie die Ansicht vertritt, dass aus der PrüfvV ein Einwendungsausschluss bzw. ein Beweisverwertungsverbot für das Gerichtsverfahren resultiere, weil die Klägerin den OP-Bericht nicht innerhalb von vier Wochen an den MDK übersandt haben soll, folgt die Kammer dieser Rechtsauffassung nicht.

Selbst wenn man davon ausginge, dass der OP-Bericht tatsächlich nicht innerhalb der Frist des § 7 Abs. 2 Satz 3 PrüfvV an den MDK übersandt wurde, folgt daraus weder eine Präklusion in medizinisch-tatsächlicher Hinsicht noch eine eingeschränkte Amtsermittlung durch das Gericht. Ein solcher Schluss kann der PrüfvV nämlich nicht entnommen werden. Die Inhalte der PrüfvV sind nach § 2 Abs. 2 PrüfvV für die Krankenkassen, den MDK und die zugelassenen Krankenhäuser zwar unmittelbar verbindlich. Diese Verbindlichkeit bezieht sich aber nur auf das Prüfungsverfahren selbst, nicht auf ein sich hieran anschließendes Gerichtsverfahren. Wenn die Vertragsparteien der PrüfvV eine solche weitreichende Rechtsfolge beabsichtigt hätten, hätten sie das auch ausdrücklich regeln müssen. Die PrüfvV als untergesetzliche Norm ist nicht geeignet, den Vergütungsanspruch des Krankenhauses nach dem SGB V einzuschränken. Nach der Rechtsprechung des BSG (vgl. etwa Urteil vom 19.04.2016 - B 1 KR 33/15 R -, juris) sind materiell-rechtliche Ausschlussfristen zu Lasten der Versichertengemeinschaft unzulässig, weil sie zur Folge haben, dass Krankenkassen verpflichtet werden, im Widerspruch zum Wirtschaftlichkeitsgebot Vergütungen auch für nicht erforderliche Krankenhausbehandlungen zu zahlen, und zudem gehindert sind, eigene Erstattungsansprüche im Falle von ungerechtfertigten Überzahlungen geltend zu machen. Gleiches muss auch für Vergütungsansprüche der Krankenhäuser gelten.

Dessen ungeachtet ist fraglich, ob § 7 Abs. 2 Satz 3 PrüfvV überhaupt als Ausschlussfrist konzipiert ist, weil die Vertragsparteien der PrüfvV darin - anders als etwa in § 6 Abs. 2 Satz 3 PrüfvV und § 8 Satz 4 PrüfvV - nicht davon sprechen, dass es sich um eine Ausschlussfrist handele. Darauf kommt es aber im Ergebnis nicht an, weil auch die Konzeption als Ausschlussfrist keine Auswirkungen auf das Gerichtsverfahren hätte.

Der Zinsanspruch folgt aus § 15 Abs. 1 Satz 4 des nordrhein-westfälischen Landesvertrages nach § 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V in Verbindung mit §§ 286, 288 BGB.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Abs. 1 Satz 1 SGG i.V.m. § 154 Abs. 1 Verwaltungsgerichtsordnung.
Rechtskraft
Aus
Login
NRW
Saved
2017-07-21