

S 43 KR 801/04

Land
Freistaat Bayern
Sozialgericht
SG München (FSB)
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
43
1. Instanz
SG München (FSB)
Aktenzeichen
S 43 KR 801/04
Datum
26.04.2005
2. Instanz
Bayerisches LSG
Aktenzeichen
L 4 KR 295.05
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

I. Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin Euro 7.833,- nebst Zinsen von 2 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 6. November 2002 zu bezahlen.

II. Die Beklagte trägt die Kosten des Verfahrens.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten darüber, ob der Klägerin ein weiterer Vergütungsanspruch für Krankenhausleistungen in Höhe von 10.071,00 Euro nebst Zinsen von 2 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 6.11.2002 zusteht. Die Klägerin betreibt das rechtlich verselbständigte städtische Krankenhaus München-Neuperlach. Der bei der Beklagten versicherte W. K., geboren 1943, wurde mit der Diagnose "paVK Stadium IV der unteren Extremitäten" vom 1.7.2002 bis 11.10.2002 im Krankenhaus München-Neuperlach stationär behandelt. Nach Ablauf des ursprünglich von der Klägerin angegebenen Entlassungstages des Versicherten, des 13.9.2002 forderte die Beklagte am 13.9.2002 über Datenträgeraustausch einen Kurzbericht an. Über Datenträgeraustausch übersandte die Klägerin am 31.10.2002 eine entsprechende medizinische Begründung mit voraussichtlichem Entlassungstag 11.10.2002. Die Beklagte befristete die Kostenübernahme bis 20.9.2002. Die gesamten angefallenen Behandlungskosten in Höhe von 44.618,95 Euro hat die Klägerin mit Endabrechnung vom 18.8.2003 in Rechnung gestellt. Auf diesen Betrag leistete die Beklagte am 13.10.2002 eine Zahlung von 34.547,95 Euro, so dass 10.071,00 Euro offen blieben. Dieser Betrag wurde dann der Klägerin im Wege des Abrechnungsverfahrens zwischen ihr und der Beklagten am 30.12.2002 unter Vorbehalt in voller Höhe gutgeschrieben. Am 19.5.2003 buchte die Beklagte diesen Betrag wieder in voller Höhe zurück. Mit Schreiben vom 2.4.2003 teilte die Beklagte der Klägerin mit, dass ein strittiger Zeitraum von 29 Tagen bestehe. Bevor sie den strittigen Betrag verrechnen würde, sollte die Klägerin bis zum 16.4.2003 mitteilen, ob sie bei Aufforderung des MDKs die erforderlichen Patientenunterlagen vorlegen würde. Mit sozialmedizinischem Gutachten vom 24.1.2003 hatte der MDK u.a. festgestellt, dass die Dauer des stationären Aufenthaltes nach den vorliegenden Codierungen nicht in vollem Umfang plausibel begründet werden könne. Nach der am 23.8.2002 durchgeführten Unterschenkelamputation bei dem Versicherten sei nach allgemeiner medizinischer Erfahrung mit einem maximalen weiteren stationären Aufenthalt von etwa vier Wochen, entsprechend bis zum 20.9.2002, zu rechnen gewesen. Aus den jetzt vorliegenden Informationen könne die Notwendigkeit eines weiteren stationären Aufenthaltes nicht ersehen werden. Sollte die Klägerin die notwendigen medizinischen Unterlagen noch zur Verfügung stellen, sei ggf. eine andere Beurteilung möglich. Der Gutachter des MDK sei mit Übersendung dieser Stellungnahme an die Kasse durch den Leistungserbringer einverstanden. Mit Schreiben vom 10.2.2003 an die Klägerin teilte die Beklagte mit, dass der MDK nach den einschlägigen Bestimmungen des Landesvertrages zur Überprüfung der Dauer und der Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung gebeten worden sei. Der konkrete Prüfanlass/Auffälligkeit war in dem Schreiben nicht angegeben. Die Beklagte bitte um Zusendung der gekennzeichneten Unterlagen an ihre o.g. Adresse - in einem verschlossenen Umschlag zu Händen des MDK - und werde sie mit dem Gutachtensauftrag an den MDK weiterleiten. Die Klägerin reagierte auf dieses Schreiben nicht. Mit der Klage macht die Klägerin geltend, dass die Beklagte gemäß § 21 des Vertrages gemäß [§§ 112 Abs. 1 SGB V](#) zu [§§ 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V](#) vom 24. September 1991 (Krankenhausbehandlungsvertrag), der nach § 11 der Pflegesatzvereinbarung vom 10. August 2001 insoweit fortgelte, verpflichtet sei, die Rechnung innerhalb von 14 Tagen nach Rechnungseingang zu bezahlen. Diese Pflicht treffe die Beklagte unabhängig von einer Kostenzusage und hänge nur von der medizinischen Notwendigkeit der Behandlung ab. Über diese entscheide zunächst der Krankenhausarzt, dessen Entscheidung prima facie den Beweis der Behandlungsbedürftigkeit des Patienten und damit für die Pflicht der Krankenkasse, die anfallende Vergütung zu entrichten, erbringe. Durch ein mögliches Recht der Beklagten, die Abrechnung zu überprüfen, werde diese Zahlungsfrist nicht gehemmt. Auch sei es der Beklagten nicht gestattet, bei beanstandeten Rechnungen lediglich den unbestrittenen Teil der Versorgung bis zur abschließenden Klärung zu begleichen, sie habe vielmehr den vollen Rechnungsbetrag zu bezahlen. Die Pflicht zur fristgerechten Zahlung entfalle lediglich dann, wenn das Krankenhaus schon keine formal ordnungsgemäße Abrechnung vorlege. Die Beklagte sei seit dem 6.11.2002 in Verzug. Einer Mahnung bedürfe es hierfür nicht, da nach den gemäß § 10 der Pflegesatzvereinbarung § 22 des gekündigten Landesvertrages zu [§§ 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V](#) 14 Tage nach Zugang der

Rechnung bei der Beklagten ohne weiteres Verzug eintrete. Der Verzugszinssatz sei mit 2 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz vereinbart. Die Beklagte erwidert im Wesentlichen darauf, dass nachdem von der Klägerin keine weiteren Berichte oder sonstigen Unterlagen bezüglich der Behandlung des Patienten K. trotz Aufforderung durch die Beklagte vorgelegt worden seien, dem MDK anhand der vorliegenden Daten nur eine eingeschränkte Beurteilung möglich gewesen sei.

In seinem sozialmedizinischen Gutachten am 24.1.2003 wäre er letztlich zum Ergebnis gekommen, dass die Dauer der stationären Behandlung über den 20.9.2002 hinaus nicht begründet sei. Insofern seien die Voraussetzungen nach [§ 39 SGB V](#) nicht erfüllt gewesen, womit eine Kostentragungspflicht der Beklagten entfalle. Die Beklagte habe deshalb mit Schreiben vom 2.4.2003 die Klägerin nochmals gebeten, dem MDK die erforderlichen Patientenunterlagen vorzulegen und gleichzeitig darauf hingewiesen, dass sie sich zur Verrechnung des bereits vollständig bezahlten Rechnungsbetrages gezwungen sehe, falls ihr innerhalb der gesetzten Frist keine Antwort zugehe. Die Beklagte habe wieder keine Antwort erhalten. Der Rechnungsbetrag für die strittige Behandlungszeit vom 21.9.2002 bis 11.10.2002 in der streitigen Höhe sei schließlich wieder verrechnet worden. Ein Rückforderungsanspruch und die Möglichkeit der späteren Aufrechnung nach Abschluss des Prüfungsverfahrens der Kassen werde durch die Zahlung der Rechnung nicht ausgeschlossen. Die Aufrechnung sei zu Recht erfolgt. Die Klägerin nimmt dazu im Wesentlichen Stellung wie folgt: Die Beklagte habe das Überprüfungsverfahren nach eigenen Angaben deutlich nach Ablauf der Zahlungsfrist eingeleitet. Die Anforderung von Unterlagen durch sie selbst widerspreche darüberhinaus dem eindeutigen Wortlaut des KÜV. Da die Beklagte das Überprüfungsverfahren schon nicht ordnungsgemäß eingeleitet habe, könne die Klägerin auch nicht gegen wie immer auch geartete Mitwirkungspflichten verstoßen haben. Die Klägerin könne offensichtlich auch im laufenden Gerichtsverfahren nach erheblicher Fristverlängerung nicht substantiiert vortragen, weswegen sie die Dauer der Krankenhausbehandlung moniere. Damit fehle es an der Mitteilung eines Prüfanlasses. Die Beklagte habe also gegen die Bestimmungen des KÜV verstoßen. Diese Verstöße würden dazu führen, dass eine Nachholung des Verfahrens nicht mehr möglich und die Beklagte mit Einwänden gegen die Dauer oder Notwendigkeit der Behandlung ausgeschlossen sei. Der Verzicht der Beklagten darauf, dass vertraglich vorgesehene Überprüfungsverfahren durchzuführen, könne nach dieser Rechtsprechung auch nicht zu einer Aussetzung des Verfahrens zum Zwecke der Nachholung des Überprüfungsverfahrens führen. Die Beklagte nimmt dazu noch Stellung wie folgt: Die Zahlungsverpflichtung der Kassen innerhalb der Fälligkeit auch in strittigen Fällen würde in erster Linie der Liquidität des Krankenhauses dienen. Die Krankenkasse habe die leistungsrechtlichen Voraussetzungen einer stationären Krankenhausbehandlung zu überprüfen. Bei Unplausibilitäten könne sie vor Beauftragung des MDK zu einzelnen Behandlungsfällen zunächst eine Stellungnahme des Krankenhauses anfordern. Dies bedeute, dass der MDK in diesen Fällen erst eingeschaltet werde, wenn eine Klärung anhand der Stellungnahme des Krankenhauses für die Kasse nicht möglich sei. Es liege somit auf der Hand, dass eine sachliche Prüfung innerhalb der vereinbarten Zahlungsfrist nicht immer möglich sei. Dies würde insbesondere dann gelten, wenn - wie in diesem Fall - vom Krankenhaus die für eine sachgerechte Prüfung notwendigen Unterlagen der Kasse bzw. dem MDK nicht zur Verfügung gestellt werden würden. Insofern würde durch das BSG klargestellt, dass ein prüfungsbedingter Zahlungsverzug nicht zu Lasten des Krankenhauses gehen könne. Hier habe die Beklagte zur Vermeidung von möglichen Verzugszinsen die Rechnungen zunächst beglichen, ohne damit deren inhaltliche Richtigkeit anzuerkennen oder von nachträglichen Beanstandungen ausgeschlossen zu sein. Die Prüfung der Notwendigkeit einer stationären Behandlung sei in diesem Fall zum Zeitpunkt der Verrechnung bereits abgeschlossen gewesen. Der MDK wäre in seinem Gutachten zu dem Ergebnis gekommen, dass die Notwendigkeit der stationären Behandlung über den 20.9.2002 nicht ausreichend begründet sei. Die Beklagte sei deshalb selbstverständlich zur Verrechnung berechtigt gewesen. Das BSG weise in diesen Fällen auch auf die Möglichkeit der späteren Aufrechnung hin. Von der Beklagten sei am 13.9.2002 ein Kurzbericht mit dem Hinweis "Bitten um Kurzbericht, da voraussichtlicher Entlassungstag überschritten sei", per Datenträger angefordert worden. Eine medizinische Begründung ging am 31.10.2002 per Datenträger bei der Beklagten ein. Da der Patient bereits am 10.10.2002 entlassen worden sei, sei er bereits von der Klägerin die zeitliche Mitwirkungspflicht erheblich überschritten worden. Nachdem die übermittelten Informationen nicht ausgereicht hätten, um die Zweifel der Beklagten auszuräumen, seien am 16.1.2003 durch den MDK weitere medizinische Unterlagen angefordert worden. Von der Klägerin seien jedoch keine weiteren Unterlagen zur Verfügung gestellt worden. Das Krankenhaus müsse die Beklagte aber auch in die Lage versetzen, die medizinische Notwendigkeit einer stationären Behandlung zu überprüfen. Die Weigerung der Klägerin einer derartigen Aufforderung nachzukommen, habe nach den vom BSG im Urteil vom 17. Mai 2000 ausgeführten Beweislastregel zur Folge, dass das Krankenhaus einen Vergütungsanspruch nicht durchsetzen könne. Die Klägerin habe die stationäre Behandlungsnotwendigkeit nach dem 20.9.2002 letztlich nicht begründet. Da die Voraussetzungen nach [§ 39 SGB V](#) nicht erfüllt worden seien und damit eine Kostentragungspflicht der Kasse entfallen sei, war die Beklagte hier zur Verrechnung berechtigt.

In der mündlichen Verhandlung führt der Bevollmächtigte der Beklagten noch aus, dass dieses Verfahren (Anforderung der Unterlagen durch die Krankenkasse im Auftrag des MDK) üblich gewesen war und zu diesem Zeitpunkt noch nicht beanstandet worden sei. Dies wäre auch auf Wunsch des MDK (Arbeits- und Zeitersparnis) geschehen. Diese Praxis sei zwischenzeitlich nicht zuletzt wegen dem Rechtsstreit mit der Klägerin eingestellt worden. Die Bevollmächtigte der Klägerin gibt an, auf Seiten der Klägerin sei diese Praxis bereits seit 2002 auf Widerstand gestoßen.

Der Prozessbevollmächtigte der Klägerin beantragt, die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin 7.833 Euro nebst Zinsen von 2 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 6.11.2002 zu bezahlen.

Die Bevollmächtigten der Beklagten beantragen, die Klage abzuweisen.

Dem Gericht liegt die Verfahrensakte [S 43 KR 801/04](#) vor, die zum Gegenstand der mündlichen Verhandlung gemacht worden ist und auf die zur Ergänzung ausdrücklich Bezug genommen wird.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Klage ist begründet.

Die Klägerin ist Anspruchsinhaberin für die restlichen Behandlungskosten samt Zinsen. Die Beklagte hat dem Parteiwechsel auf Klägerseite zugestimmt, also in die Klageänderung eingewilligt und diese ist darüberhinaus auch sachdienlich (vgl. Meyer-Ladewig, Kommentar zum SGG, § 99 Rn. 6 und 8). Die Klägerin hat Anspruch auf Vergütung der restlichen Behandlungskosten in Höhe von 7833,- Euro. Rechtsgrundlage dafür ist [§ 109 Abs. 4 SGB V](#) i.V.m. der zwischen den Beteiligten getroffenen Pflegesatzvereinbarung. Die Beklagte hat ihre Kostenübernahmeerklärung hier bis zum 20.9.2002 begrenzt, für den streitigen Behandlungszeitraum vom 21.9.2002 bis 11.10.2002 wurde keine Kostenübernahmeerklärung erteilt. Die Zahlungsverpflichtung der Beklagten ist aber unabhängig von einer Kostenzusage unmittelbar

durch Inanspruchnahme der Leistung durch den Patienten W. K. entstanden (vgl. BSG [SozR 3-2500 § 112 Nr. 1](#)). Die Beteiligten streiten hier darüber, ob es für diesen streitigen Zeitraum eine medizinische Notwendigkeit für die stationäre Behandlung des Patienten gegeben hat. Das Gericht hat dazu keine Sachaufklärung für geboten angesehen, da die Klägerin das im Vertrag gemäß [§ 112 Abs. 1 SGB V](#) zu [§ 112 Abs. 2 Nr. 2 SGB V](#) zur Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung vorgesehene Verfahren nicht ordnungsgemäß eingeleitet hat. Die Beklagte hat ihre Kostenübernahmeerklärung hier ausdrücklich zeitlich befristet. Die Kostenübernahmeerklärung stellt ein sogenanntes deklaratorisches Schuldanerkenntnis (vgl. BSG [SozR 3-2500 § 112 Nr. 2](#)) dar, die Einwendungen gegen die Zahlungspflicht über diesen Zeitraum hinaus nicht ausschließt. Die Beklagte hat nämlich das Verfahren nicht eingehalten, das in dem Landesvertrag für die Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung vorgesehen ist. Sie ist deshalb nicht mehr berechtigt, die Unwirtschaftlichkeit der Behandlung geltend zu machen und das Gericht hatte die Frage der Behandlungsnotwendigkeit nicht mehr aufzuklären (BSG Urteil vom 13.12.2001, [B 3 KR 11/01 R](#)). Gemäß § 2 Abs. 1 dieses Vertrages kann die Krankenkasse vor Beauftragung des Medizinischen Dienstes unter Angabe des Überprüfungsanlasses eine Stellungnahme des Krankenhauses zu einzelnen Behandlungsfällen anfordern. Das Krankenhaus erläutert die Dauer der stationären Behandlung (Kurzbericht). Dies ist hier geschehen. Nach den Festlegungen in § 2 Abs. 1 des Vertrages kann die Krankenkasse im Einzelfall die Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung durch Ärzte, die für den Medizinischen Dienst tätig sind überprüfen lassen, wenn sich nach Abgabe des Kurzberichts aus Sicht der Krankenkasse die Notwendigkeit einer ärztlichen Überprüfung ergibt. Gemäß § 2 Abs. 2 des Vertrages können Ärzte, die für den Medizinischen Dienst tätig sind, nach Beendigung der stationären Behandlung die Übersendung der Krankenunterlagen verlangen, die sie zur Beurteilung der Dauer und Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung benötigen. Die Anforderung und Verwendung dieser Krankenunterlagen darf ausschließlich durch Ärzte, die für den Medizinischen Dienst tätig sind, erfolgen. Es ist sicherzustellen, dass Dritte, die weder in das Behandlungsgeschehen noch in dessen Überprüfung eingeschaltet sind, keinen Zugang zu den Krankenunterlagen erhalten. Erfolgt die Überprüfung während der Zeit, in der sich der Patient in stationärer Krankenhausbehandlung befindet, so geschieht dies im Krankenhaus. Gemäß § 2 Abs. 4 können die Ärzte, die für den Medizinischen Dienst tätig sind, nach vorheriger Anmeldung und Nennung des zu überprüfenden Behandlungsfalles das Krankenhaus betreten, wenn es im Einzelfall zu einer gutachterlichen Stellungnahme über die Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung erforderlich ist. Die Beteiligten gehen danach von einer klaren Trennung der Vertragspartnerin, der Kasse und des MDK aus. Hier hat aber die beklagte Krankenkasse die Zuleitung von Behandlungsunterlagen nach Erteilung eines Gutachtenauftrages an den MDK zur Prüfung von Dauer und Notwendigkeit stationärer Behandlung von der Klägerin gefordert, so auch mit Schreiben vom 10.1.2003 (vgl. Bl. 37 der Akte). Der MDK hat nicht angefordert. Er hat sein Gutachten dann nach Aktenlage am 24.1.1003 erstellt, in dem er ausführt, dass er aus den jetzt vorliegenden Informationen die Notwendigkeit eines weiteren stationären Aufenthaltes nicht ersehen konnte. Damit hat die Beklagte aber das im Vertrag vorgesehene Verfahren nicht eingehalten und die Klägerin war zur Übersendung weiterer Unterlagen auch nicht verpflichtet. Daran kann auch die Tatsache nichts ändern, dass nach Angabe der Beteiligten zum streitgegenständlichen Zeitpunkt diese Praxis durchaus üblich war. Die Trennung zwischen der Krankenkasse als monierende Vertragspartei und des MDK als überprüfende unabhängige Instanz macht auch insofern Sinn, als dass die Kasse, der es in der Regel an medizinischem Sachverstand fehlt, zunächst nur eine Plausibilitätskontrolle anstellt und sich in diesem Verfahrensstadium die Beteiligten auch noch sozusagen verwaltungsintern auf kurzem Wege einigen können. Dagegen führt der MDK nach Vorliegen einer Stellungnahme des Krankenhauses (z.B. in Form eines Kurzberichtes) eine umfassende Überprüfung über sämtliche diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen, die die Klägerin veranlasst hat, durch. Erst in diesem Stadium der Prüfung ist die Klägerin verpflichtet, einen umfassenden Bericht im Unterschied zum sogenannten Kurzbericht abzugeben. Dementsprechend hat der MDK nach der Prüfvereinbarung dem Krankenhaus bei seiner Anforderung auch einen konkreten Prüfanlass bzw. eine Auffälligkeit mitzuteilen. Einen solchen Prüfanlass hat die Beklagte in ihrem Schreiben vom 10.1.2003, mit dem sie "im Auftrag des MDK" von der Klägerin weitere Unterlagen anforderte, nicht angegeben. Das Gericht konnte nicht erkennen, dass die Klägerin in diesem Fall durch ihr Verhalten die Durchführung des vereinbarten Verfahrens unmöglich gemacht oder zumindest erheblich erschwert hätte (BSG a.a.O.). Denn es fehlte sowohl an der Angabe des Anlasses für die Überprüfung des Behandlungsfalles, wie dies § 2 Abs. 1 KÜV fordert, als auch an der Übernahme des Prüfverfahrens durch den MDK, nach außen erkennbar für die Klägerin. Das im Vertrag vereinbarte Verfahren ist auf eine zeitnahe Durchführung ausgerichtet (vgl. BSG a.a.O.). Dies wurde von der Beklagten ebenfalls nicht eingehalten. Es soll nicht ein Gutachter nachträglich allein auf schriftliche Dokumentation angewiesen sein, sondern vor allem die anschauliche Beurteilung des laufenden Falles oder die frische Erinnerung des behandelnden Krankenhausarztes im Zusammenwirken mit dem Vertreter des MDK nutzbar sein. Dies ist der beste Weg, aufgekommene Zweifel möglichst rasch und unbürokratisch auszuräumen. Der Vertrag zur Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung sieht nichts über einen Zeitpunkt der spätesten Einleitung der Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer durch den MDK vor. Das Gericht sieht es auch anders als offenbar die Klägerin als überzogen an, diese Frist mit der im Vertrag gemäß [§ 112 Abs. 1 SGB V](#) zu [§ 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V](#) (Allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung) vorgesehenen Zahlungsfrist, also innerhalb von 14 Tagen nach Rechnungseingang gleichzusetzen. Zu einer zügigen Durchführung des Verfahrens ist die Kasse allerdings gehalten. Davon kann hier nicht die Rede sein, wenn die Beklagte mit Schreiben vom 10.1.2003, also drei Monate nach Entlassung des Versicherten weitere Unterlagen anfordert.

Der Zinsanspruch ergibt sich in der geltend gemachten Höhe aus § 10 der Pflegesatzvereinbarung i.V.m. § 22 des Landesvertrages zu [§ 112 Nr. 1 SGB V](#).

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#).

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2005-12-12