S 15 KR 1533/18

Land
Freistaat Bayern
Sozialgericht
SG München (FSB)
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
15
1. Instanz
SG München (FSB)
Aktenzeichen
S 15 KR 1533/18
Datum
23.03.2020
2. Instanz
Bayerisches LSG
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Gerichtsbescheid
Leitsätze
Zur Abgrenzung von Auffälligkeitsprüfung und Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit.
I. Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin 1.460,18 EUR nebst Zinsen hieraus in Höhe von 4 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 09.12.2017 zu zahlen.
II. Die Beklagte trägt die Kosten des Verfahrens.
III. Der Streitwert wird auf 1.460,18 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über den Anspruch auf Vergütung für eine stationäre Krankenhaus (KH)-Behandlung in Höhe von 1.460,18 EUR nebst Zinsen.

Die Klägerin betreibt ein nach § 108 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch - Gesetzliche Krankenversicherung - (SGB V) zur Versorgung der Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zugelassenes KH.

Der 1994 geborene und bei der beklagten Krankenkasse versicherte Patient C. (P) wurde am 22.11.2013 im KH der Kl. wegen einer Augen-OP aufgenommen und behandelt.

Die Kl. rechnete die DRG C20B ab. Die Bekl. beglich die Rechnung zunächst, rechnete dann aber am 08.12.2017 mit einem behaupteten öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch gegen unstrittige Forderungen der Kl. in streitgegenständlicher Höhe auf, da eine (voll-) stationäre Behandlung nicht veranlasst gewesen sei (Schreiben vom 13.11.2017).

Daraufhin erhob die Kl. am 26.09.2018 Klage zum Sozialgericht München. Sie vertritt die Auffassung, dass eine stationäre Behandlung - aus der wesentlichen ex-ante-Sichtweise des behandelnden Arztes - medizinisch notwendig gewesen sei. Die Frage nach Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung sei eine medizinische Frage, die vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) zu klären gewesen wäre (§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V). Die Klägerin verweist insoweit auf ein Urteil des Sozialgerichts Augsburg vom 28.07.2014 (S 10 KR 301/13), wonach entscheidend sei, dass nach der Behandlungsplanung ein medizinisch nicht zu beanstandender Aufenthalt von einem Tag und eine Nacht vorgesehen war. Unerheblich sei, ob diese prognostische Planung dann auch umgesetzt werden musste, oder ob der Patient schon früher in ambulante Behandlung habe entlassen werden k. Die Klägerin argumentiert, dass auch im vorliegenden Fall mit der Aufnahmeanzeige mitgeteilt worden sei, dass eine voraussichtliche Entlassung am 27.11.2013 (bei Aufnahme am 22.11.2013) geplant war.

Da die Beklagte es unterlassen habe, ordnungsgemäß den MDK einzuschalten, sei sie mit sämtlichen Einwendungen präkludiert. Es handele sich um eine rein medizinische Frage.

Sie beantragt: Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin 1.460,18 EUR nebst Zinsen hieraus in Höhe von 4 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 09.12.2017 zu zahlen.

Die Bekl. beantragt, die Klage abzuweisen.

P habe sich am 22.11.2013 von 20:23 Uhr bis 22:10 Uhr zur Behandlung im Krankenhaus der Klägerin befunden. Für den zweistündigen Aufenthalt habe die Klägerin auf der Grundlage der DRG C20B einen Betrag in Höhe von 1.460,18 EUR in Rechnung gestellt. Im Rahmen der

nachträglichen Rechnungsprüfung habe die Beklagte der Klägerin mit Schreiben vom 13.11.2017 mitgeteilt, dass ihr eine vollstationäre Vergütung nicht zustehen würde, da die Verlegung des Versicherten innerhalb von weniger als 3 Stunden nicht darauf schließen lasse, dass der Versicherte in das stationäre Setting eingebunden gewesen sei. Da eine vollstationäre Behandlung nicht vorgelegen habe, habe die Beklagte einen öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch.

Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit sei ein Krankheitszustand, dessen Behandlung den Einsatz der besonderen Mittel eines Krankenhauses erforderlich mache. Als besonderes Mittel habe die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts eine apparative Mindestausstattung, geschultes Pflegepersonal und einen jederzeit präsenten oder rufbereiten Arzt herausgestellt. Formal müsse der Patient physisch und organisatorisch in das spezifische Versorgungssystem des Krankenhauses eingegliedert worden sein (stationäres Setting).

Hieran würde es im vorliegenden Fall fehlen. Die physische und organisatorische Eingliederung eines Patienten in das spezifische Versorgungssystem eines Krankenhauses sei nur dann möglich, wenn die jeweilige Einrichtung auch über die besonderen Mittel verfügen würde, um die bestehende Krankheit in erforderlichem Umfang zu therapieren. Die Verlegung von P innerhalb von weniger als 3 Stunden ließe darauf schließen, dass die Klägerin nicht über die besonderen Mittel verfügt haben kann, um die bestehende Krankheit in erforderlichem Umfang zu therapieren.

Die Klägerin habe das Vergleichsangebot abgelehnt, den Fall auf Basis einer vorstationären Behandlung abzurechnen.

Die Klägerin erwiderte am 10.05.2019, dass die Beklagte ins Blaue hinein behaupten würde, dass es nicht zu einer Eingliederung in den stationären Ablauf gekommen sei und dass aus medizinischer Sicht die besonderen Mittel eines Krankenhauses für die Erkrankung des P im Hause der Klägerin nicht vorgelegen hätten. Diese Frage wäre aber vom MDK zu klären gewesen. Auch die Behauptung, dass der aufnehmende Krankenhausarzt bereits bei Aufnahme hätte erkennen können müssen, dass die Verlegung in ein anderes Krankenhaus notwendig war, sei unsubstantiiert. Ohne Einsicht in die Patientenakte könne die Beklagte auch keinerlei medizinische Ausführungen dahingehend machen, welches Ereignis zur Aufnahme geführt hat und was zunächst medizinisch durch den aufnehmenden Arzt erwartet wurde. Wäre von vorneherein erkennbar gewesen, dass eine Behandlung im Hause der Klägerin nicht ausreichend ist, wäre die Verlegung auch früher erfolgt.

Eine Erwiderung seitens der Beklagten erfolgte trotz mehrfacher Mahnungen des Gerichtes nicht mehr.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird zur Ergänzung des Sachverhalts auf den Inhalt der Verwaltungsakte der Beklagten sowie der Gerichtsakte des hiesigen Verfahrens Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß §§ 87, 90 ff Sozialgerichtsgesetz (SGG) zulässige Leistungsklage der Klägerin ist begründet.

Die Klägerin hat einen Vergütungsanspruch für die Behandlung des bei der Beklagten versicherten P in geltend gemachter Höhe und dementsprechend auch auf die Zahlung von Zinsen. Die von der Klägerin erhobene (echte) Leistungsklage (§ 54 Abs. 5 SGG) ist im hier bestehenden Gleichordnungsverhältnis zulässig (Bundessozialgericht (BSG), Urteile vom 16.12.2008 - B 1 KN 1/07 KR R -, SozR 4-2500 § 109 Nr 13 m.w.N.; und vom 08.11.2011 - B 1 KR 8/11 R -, SozR 4-5560 § 17b Nr 2 m.w.N.) und begründet.

Der ursprünglich entstandene Anspruch der Klägerin gegen die Beklagte auf Vergütung von KH-Behandlungsleistungen für andere Versicherte, der bezüglich der Höhe nicht streitig ist und deshalb keiner näheren Prüfung zu unterziehen ist (BSG, Urteil vom 21.04.2015 - B 1 KR 8/15 R -, juris m.w.N.), ist durch die Aufrechnung mit einem öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch wegen Überzahlung der Vergütung für die KH-Behandlung des P nicht analog § 387 Bürgerliches Gesetzbuch erloschen (zur entsprechenden Anwendung auf überzahlte KH-Vergütung vgl. z.B. BSG, Urteil vom 08.11.2011 - B 1 KR 8/11 R -, SozR 4-5560 § 17b Nr 2 m.w.N.), da der Beklagten ein Erstattungsanspruch nicht zusteht.

Der Klägerin steht wegen der stationären Behandlung des P ein Vergütungsanspruch nach DRG C20B zu. Die DRG selbst ist zwischen den Beteiligten nicht streitig; eine nähere Prüfung der erkennenden Kammer erübrigt sich insoweit (vgl. zur Zulässigkeit dieses Vorgehens BSG SozR 4-2500 § 129 Nr 7 Rn. 10).

Die Voraussetzungen des Gegenanspruchs aus öffentlich-rechtlicher Erstattung sind nicht erfüllt. Der öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch setzt u.a. voraus, dass der Berechtigte Leistungen im Rahmen eines öffentlichen Rechtsverhältnisses ohne rechtlichen Grund erbracht hat (st.Rspr.; vgl. z.B. BSG, Urteil vom 28.09.2010 - B 1 KR 4/10 R -, SozR 4-2500 § 264 Nr 3; Urteil vom 03.07.2012 - B 1 KR 16/11 R -, SozR 4-2500 § 129 Nr 7). Dies ist nicht der Fall. Denn die Kl. hat gegen die Bekl. einen Vergütungsanspruch für die Behandlung des P in der von ihr geltend gemachten Höhe.

Die Klägerin hat die Grundvoraussetzungen eines Anspruchs auf KH-Vergütung erfüllt, indem sie P stationär behandelt hat. Die Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse entsteht - unabhängig von einer Kostenzusage - unmittelbar mit Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten kraft Gesetzes, wenn die Versorgung - wie hier - in einem zugelassenen KH durchgeführt wird und im Sinne von § 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V erforderlich und wirtschaftlich ist (st.Rspr., vgl. z.B. BSG, Urteil vom 16.12.2008 - B 1 KN 1/07 KR R -, SozR 4-2500 § 109 Nr 13 m.w.N.). Diese Voraussetzungen sind erfüllt.

Die Tatfrage, ob eine stationäre Behandlung von P erfolgt ist, dieser also physisch und organisatorisch in das spezifische Versorgungssystem eines Krankenhauses eingegliedert war (von der Beklagten bestritten), kann nicht mehr geklärt werden. Die objektive Beweislast für ihre Einwendung trägt insoweit die Beklagte. Die bloße Behauptung, dass die Kürze der Dauer des Aufenthalts gegen diese Annahme sprechen würde, ist kein Beweis. Zurecht verweist die Klägerin auf die Rechtsprechung des Sozialgerichts Neuruppin (Gerichtsbescheid vom 09.07.2019, Aktenzeichen S 9 KR 132/18), welches ausführt, dass eine frühe Verlegung auch durch die Verschlechterung des Gesundheitszustands eines Patienten erfolgt sein könnte. Die von Anfang an unzureichende Behandlungsmöglichkeit einer Erkrankung durch ein Krankenhaus, welche dann zur Verlegung führt, ist somit nur eine Möglichkeit von mehreren für eine erfolgte Verlegung. Die

Frage, ob auf der konkreten gesundheitlichen Situation beruhende Besonderheiten bei P, die die Verlegung notwendig machte, nicht bestanden, bzw. ob alleine die unzureichende medizinische Behandlungsmöglichkeit im KH der Klägerin zur Verlegung führte (wie von der Beklagten behauptet), darf von der erkennenden Kammer nach Ablauf der Frist von § 275 Abs. 1c S. 2 SGB V nicht mehr ermittelt werden (vgl. BSG, Urteil vom 16. Mai 2012 - B 3 KR 14/11 R -, Rn. 28 f. im Hinblick auf eine verspätete Einschaltung des MDK).

Die Frist ist unstreitig abgelaufen.

Auch ist ein Anwendungsfall von § 275 Abs. 1c S. 2 SGB V gegeben, da eine Auffälligkeitsprüfung und keine Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit vorliegt.

Die Krankenkassen sind in den gesetzlich bestimmten Fällen oder wenn es nach Art, Schwere, Dauer oder Häufigkeit der Erkrankung oder nach dem Krankheitsverlauf erforderlich ist, verpflichtet, bei Erbringung von Leistungen, insbesondere zur Prüfung von Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistung, sowie bei Auffälligkeiten zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung, eine gutachtliche Stellungnahme des MDK einzuholen, § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V. Bei Vorliegen der Prüfvoraussetzungen und falls die Prüfung nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrags führt, hat die Krankenkasse dem Krankenhaus eine Aufwandspauschale in Höhe von 300 Euro zu entrichten, sofern ein erhöhter Aufwand seitens des Krankenhauses vorliegt und das Prüfverfahren nicht aufgrund fehlerhafter Datenübermittlung seitens des Krankenhauses veranlasst worden ist.

Demgemäß unterscheidet § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V zwischen zwei Prüfarten, nämlich zwischen der leistungsbezogenen Prüfung ("bei Erbringung von Leistungen, insbesondere zur Prüfung von Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistung") sowie der rechnungsbezogenen Prüfung ("bei Auffälligkeiten zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung"). Der erste Senat des BSG hat zur sogenannten Auffälligkeitsprüfung ausgeführt, dass jenseits einer rein medizinischen Überprüfung im engeren Sinne (hiermit wird wohl auf § 275 Abs. 1 Nr. 1 Alt. 1 SGB V Bezug genommen) auch auffällige Kodierungen zur Prüfung der Ordnungsgemäßheit einer Abrechnung als Prüfanlass im Rahmen des § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V herangezogen werden können (vgl. BSG, B 1 KR 1/10 R, Urteil vom 22.06.2010 Rn. 15, juris: "Die vorstehend beschriebenen Voraussetzungen [von § 275 Abs. 1 Nr. 1 Alt. 2 SGB V; Anmerkung der erkennenden Kammer] sind hier erfüllt: Bei der beklagten KK waren mit Rücksicht auf eine vom Krankenhaus vorgenommene auffällige Kodierung des Behandlungsfalls der Versicherten berechtigte Zweifel an der Ordnungsmäßigkeit der Krankenhausabrechnung aufgekommen." Hervorhebung durch das Gericht). Noch mit Urteil vom 17.12.2013 hatte der erste Senat des BSG (Aktenzeichen B 1 KR/12 R) in Übereinstimmung mit dem dritten Senat und im Einklang mit der einhelligen Rechtsprechung aller Instanzgerichte zur Rechnungsprüfung im Krankenhausbereich ausgeführt, dass Auffälligkeiten bestehen, wenn die Abrechnung und/oder die vom Krankenhaus vollständig mitgeteilten Behandlungsdaten und/oder weitere zulässig von der Krankenkasse verwertbare Informationen Fragen nach der insbesondere sachlich-rechnerischen Richtigkeit der Abrechnung und/oder nach der Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots aufwerfen. Eine Differenzierung in eine sachlich-rechnerische Richtigkeitsprüfung mit eigenem Prüfregime sowie der Auffälligkeitsprüfung nach § 275 Abs. 1 Nr. 1 Alt. 2 SGB V erfolgte mithin nicht.

Dies änderte sich erst mit den Urteilen vom 01.07.2014 (B1 KR 48/12, B 1 KR 1/13 sowie B 1 KR 29/13 R) mit der Maßgabe, dass nunmehr zwischen einem sachlich-rechnerischen Prüfregime und einem Prüfregime nach § 275 Abs. 1 Nr. 1 Alt. 2 SGB V zu unterscheiden wäre, wobei bislang (nach wie vor) keine Senatsrechtsprechung vorliegt, anhand welcher Kriterien diese Prüfregimes nun eindeutig voneinander zu unterscheiden wären.

Der erste Senat legte in seinen ersten Urteilen die Ermächtigungsgrundlage für die Beauftragung des MDK im Rahmen der "sachlich-rechnerischen Prüfung" nicht dar. Der Verweis auf § 301 SGB V (Urteil vom 23.06.2015, B 1 KR 13/14 R, Rn. 23-25) erscheint als gesetzliche Ermächtigungsrundlage für die hier vorliegende Eingriffsverwaltung (die Aktenherausgabe an den MDK erfolgt aufgrund einer hoheitlichen Anordnung der Beklagten außerhalb des sonstigen Gleichordnungsverhältnisses) jedenfalls nicht als ausreichend. Diese Vorschrift regelt lediglich aus Gründen des Datenschutzes verbindlich, welche Daten und Unterlagen die Krankenhäuser an die Krankenkassen zu übermitteln haben. Demzufolge blieb es nach der o.g. Rechtsprechung des BSG unklar, auf welcher gesetzlichen Grundlage die Krankenkassen die sachlich-rechnerischen Prüfungen außerhalb des Prüfregimes von § 275 Abs. 1 SGB V vornehmen dürfen und aufgrund welcher gesetzlichen Anordnung die Krankenhäuser sensible Patientendaten jenseits des § 276 Abs. 2 S. 2 SGB V an den MDK übermitteln müssen. In der neueren Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG, Urteil vom 23.05.2017, Aktenzeichen B 1 KR 28/16 R, juris, Rn. 16 ff.) verweist es auf § 69 Abs. 1 S 3 SGB V in Verbindung mit den allgemeinen bürgerlich-rechtlichen Grundsätzen der Rechnungslegung in Einklang mit der historischen Gesetzesentwicklung. Diese Rechtsprechung wurde vom Bundesverfassungsgericht als zwar nicht naheliegende, aber die Grenzen richterlicher Rechtsfortbildung wahrende Auslegung der Gesetzesmaterialien akzeptiert. Das Bundesverfassungsrecht beanstandete weder die vom BSG nunmehr vertretene Rechtsgrundlage (vergleiche BVerfG, Nichtannahmebeschluss vom 26. November 2018 - 1 BvR 318/17 -, Rn. 39 ff., juris) noch - unter Verweis auf das Vertragsarztrecht (vgl. BVerfG, Nichtannahmebeschluss vom 26. November 2018 - 1 BvR 318/17 -, Rn. 38, juris) - die Einführung des Topos der sachlich-rechnerischen Richtigkeitsprüfung. Betroffen seien schlichte Zahlungsansprüche zwischen juristischen Personen ohne Verknüpfung mit verfassungsrechtlich geschützten Rechtspositionen. Es gehe nur um die Reichweite eines Steuerungsinstruments, das der Gesetzgeber zwischen beiderseits auf öffentliche Finanzmittel angewiesenen professionellen Akteuren des Gesundheitswesens einsetzt (BVerfG, Nichtannahmebeschluss vom 26. November 2018 - 1 BvR 318/17 -, Rn. 52, juris).

Eine trennscharfe Abgrenzung der Institute der sachlich-rechnerischen Richtigkeitsprüfung und der Auffälligkeitsprüfung vermag nach Überzeugung der Kammer auch die nachfolgende Rechtsprechung des BSG nicht zu liefern. Das BSG führt nunmehr aus, dass die Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit der Abrechnung die Erfüllung der gesetzlichen und untergesetzlichen Informations- und Abrechnungs-Vorgaben für das Krankenhaus durch zutreffende tatsächliche Angaben und rechtmäßige Abrechnung auf dieser Grundlage betreffen würde (BSG, Urteil vom 23. Mai 2017 - B 1 KR 28/16 R -, Rn. 17, juris). Faktische Überschneidungen zwischen beiden Prüfregimen könnten sich daraus ergeben, dass sachlich-rechnerische Unrichtigkeit "Auffälligkeiten" im Rechtssinne bewirken kann. Sie führten indes nicht dazu, den Rechtsbereich des Prüfregimes der sachlich-rechnerischen Richtigkeit zu beschränken. Dies hätte eine vom Regelungszweck nicht gedeckte beweisrechtliche Privilegierung von in tatsächlicher Hinsicht irreführenden Abrechnungen durch das Eingreifen der Sechs-Wochen-Frist (§ 275 Abs 1c S 2 SGB V) zur Folge, die der Rechtsordnung jedenfalls bis zum Ablauf des 31.12.2015 fremd sei (BSG, Urteil vom 23. Mai 2017 - B 1 KR 28/16 R -, Rn. 32, juris, Hervorhebungen durch die erkennende Kammer).

Demzufolge geht die Kammer davon aus, dass das Institut der sachlich-rechnerischen Richtigkeitsprüfung grundsätzlich bei

Kodierungsfragen im weitesten Sinne und eine Auffälligkeitsprüfung bei Fragen der Fehlbelegung (primäre und sekundäre Fehlbelegung) vorliegen. In diese Richtung weist auch das Bundesverfassungsgericht, wenn es ausführt, dass das Bundessozialgericht die Auffälligkeitsprüfung mit Fragen identifiziert, die sich mit Blick auf die Notwendigkeit der stationären Behandlung dem Grunde und dem Umfang nach ergeben. Bestünden diesbezüglich Zweifel, mache dies vor dem Hintergrund des Wirtschaftlichkeitsgebots (§ 12 Abs. 1 SGB V) die Prüfung erforderlich, ob die stationäre Behandlung (in diesem Umfang) als gerechtfertigt angesehen werden kann und es sich also um die Abrechnung einer als solchen rechtmäßigen Leistung handelt (BVerfG, Nichtannahmebeschluss vom 26. November 2018 - 1 BvR 318/17 -, Rn. 37, juris). Das Bundessozialgericht beziehe das Prüfregime der sachlich-rechnerischen Richtigkeit auf die Frage der Fehlerfreiheit der Abrechnung einer als solcher dem Grunde und dem Umfang nach rechtmäßigen stationären Krankenbehandlung: Im Rahmen des DRG-Systems betreffe dies insbesondere die Korrektheit der Kodierung (BVerfG, Nichtannahmebeschluss vom 26. November 2018 - 1 BvR 318/17 -, Rn. 38, juris; Unterstreichung durch die erkennende Kammer).

Vorliegend ist streitig gerade, ob die Behandlung dem Grunde nach rechtmäßig war, da die grundsätzliche Behandlungsmöglichkeit der Erkrankung von P durch das KH der Klägerin seitens der Beklagten in Zweifel gezogen wurde. Es handelt sich mithin um eine Auffälligkeitsprüfung.

Der Klage war nach allem stattzugeben.

Der Zinsanspruch ergibt sich aus der Pflegesatzvereinbarung der Beteiligten.

Die Kostenentscheidung entspricht dem Ausgang des Verfahrens und folgt aus § 197a Abs. 1 S. 1 SGG, § 154 Abs. 1 VwGO). Der Streitwert war in Höhe von 1.460,18 EUR festzusetzen, da die Zahlung des oben genannten Betrags streitig war und dieser nach § 52 Abs. 3 GKG zu Grunde zu legen war.
Rechtskraft
Aus
Login
FSB
Saved
2020-04-17