

L 6 KR 468/11

Land

Freistaat Thüringen

Sozialgericht

Thüringer LSG

Sachgebiet

Krankenversicherung

Abteilung

6

1. Instanz

SG Gotha (FST)

Aktenzeichen

S 38 KR 5087/07

Datum

16.02.2011

2. Instanz

Thüringer LSG

Aktenzeichen

L 6 KR 468/11

Datum

25.02.2014

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Auf die Berufung der Klägerin wird der Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Gotha vom 16. Februar 2011 aufgehoben und die Beklagte verurteilt, an die Klägerin 1.159,30 EUR nebst Zinsen in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 22. Februar 2012 zu zahlen. Im Übrigen wird die Berufung zurückgewiesen. Die Beklagte trägt die Kosten des Verfahrens. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten darüber, ob die Klägerin noch eine Vergütung für eine Krankenhausbehandlung verlangen kann.

Die Klägerin betreibt ein zugelassenes Krankenhaus, in dem eine Versicherte der Beklagten, die 1935 geborene H. M. (nachfolgend: Versicherte), vom 1. Juni 2007 bis zum 2. Juni 2007 stationär behandelt wurde. Mit Rechnung vom 4. Juni 2007 machte die Klägerin gegenüber der Beklagten für die Behandlung der Versicherten einen Betrag in Höhe von 1.159,30 EUR nach einer Fallpauschale nach DRG (diagnosis related group) N25Z (Andere Eingriffe an Uterus und Adnexen außer bei bösartiger Neubildung, ohne komplexe Diagnose oder diagnostische Laparoskopie) geltend. Die Beklagte lehnte - ohne Einschaltung des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) - eine Zahlung ab und bat um Angabe der Gründe, aus denen sich eine stationäre Behandlungsbedürftigkeit ergeben habe. Die Klägerin teilte ihr durch Schreiben vom 25. Juni 2007 mit, dass ohne Einschaltung des MDK eine Übermittlung dieser Daten nicht zulässig sei.

Im anschließenden Klageverfahren hat das Sozialgericht die Klägerin um Übersendung der Patientenakte gebeten, was diese verweigerte. Mit Gerichtsbescheid vom 16. Februar 2011 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen, da die Klägerin durch Verletzung ihrer Mitwirkungspflicht die Sachaufklärung vereitelt habe.

Im Berufungsverfahren hat die Klägerin mit Schriftsatz vom 19. November 2012 den G-AEP-Bogen der Versicherten vom 1. Juni 2007 übersandt. Hierin ist ausgeführt, dass bei der durchgeführten Dilatation intraoperativ eine Perforation des Uterus aufgetreten sei und aus diesem Grund eine postoperative stationäre Beobachtung dringend notwendig sei. Die Beklagte nahm mit Schriftsatz vom 22. Februar 2013 hierzu Stellung und vertrat die Ansicht, dass die Angaben als verspätet zurückzuweisen seien. Eine Einschaltung des MDK ist nicht erfolgt.

Die Klägerin ist der Ansicht, dass unter Berücksichtigung der Entscheidung des Bundessozialgerichts (BSG) vom 21. März 2013 ([B 3 KR 28/12 R](#)) zwar davon auszugehen sei, dass die Rechnung zunächst nicht fällig geworden, aber eine Nachholung der Angaben über den Grund der stationären Aufnahme möglich sei. Dies sei hier durch den Schriftsatz vom 19. November 2012 nebst G-AEP-Bogen geschehen. Die Rechnung sei damit spätestens im Februar 2013 fällig geworden. Die Sechs-Wochen-Frist für die Beauftragung des MDK habe dann zu laufen begonnen. Innerhalb der Frist habe die Beklagte den MDK nicht beauftragt, weswegen sie mit weiteren Einwendungen ausgeschlossen und das Gericht in seiner Amtsermittlungspflicht eingeschränkt sei.

Die Klägerin beantragt sinngemäß,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Gotha vom 16. Februar 2011 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin 1.159,30 EUR nebst Zinsen in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 3. Juli 2007 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Nach ihrer Ansicht ist eine Nachholung der Angaben nicht mehr möglich. Hier sei ein Zeitraum von mehr als fünf Jahren vergangen, in denen sich die Klägerin nachhaltig und dauerhaft geweigert habe, die geforderten Angaben über den Grund der stationären Aufnahme zu machen. Eine Nachholung würde Treu und Glauben verletzen. Daran ändere auch der Umstand nichts, dass die Klägerin wegen ihrer Forderung eine Klage erhoben habe. Den Kern des Rechtsstreits habe bisher die Weigerungshaltung der Klägerin gebildet. Sie brauchte nach fünf Jahren nicht mehr mit einer Aufgabe dieser Haltung zu rechnen. Darüber hinaus sei fraglich, ob die Übersendung des G-AEP-Bogens als Begründung ausreichend sei. Auch sei dann die Fälligkeit erst nach Begründung eingetreten, was sich auf den Zinsanspruch und die Kostenentscheidung auswirken müsse.

Der Senat hat durch seinen Berichterstatter am 17. Juni 2013 einen Erörterungstermin durchgeführt. Zum genauen Inhalt wird auf die Sitzungsniederschrift (Bl. 192 ff. der Gerichtsakte) Bezug genommen.

Die Beteiligten haben einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung zugestimmt.

Bezüglich des weiteren Sachverhalts wird auf den Inhalt der Gerichts- und der beigezogenen Verwaltungsakte der Beklagten Bezug genommen, der Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist.

Entscheidungsgründe:

Der Senat konnte aufgrund des ausdrücklich erklärten Einverständnisses der Beteiligten ohne mündliche Verhandlung entscheiden ([§ 124 Abs. 2](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG)).

Die zulässige Berufung ist im Wesentlichen begründet. Der Klägerin steht (nunmehr) der gegenüber der Beklagten geltend gemachte Zahlungsanspruch zu. Allerdings besteht ein Anspruch auf Verzugszinsen erst ab dem 22. Februar 2013; hinsichtlich eines früheren Zinsbeginns ist die Berufung unbegründet.

Rechtsgrundlage ist [§ 109 Abs. 4 Satz 3](#) des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) i.V.m. [§ 7 Satz 1 Nr. 1](#) des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) sowie dem am 1. Januar 2004 in Kraft getretenen "Vertrag nach [§ 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V](#) Allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung" zwischen der Landeskrankenhausesellschaft Thüringen e. V. und den zuständigen Verbänden der Krankenkassen (nachfolgend: Landessicherungsvertrag). Danach entsteht die Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse - unabhängig von einer Kostenzusage - unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten, wenn die Versorgung in einem zugelassenen Krankenhaus durchgeführt wird und im Sinne von [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) erforderlich ist.

Die Versorgung der Versicherten ist in einem zugelassenen Krankenhaus durchgeführt worden und war auch erforderlich im Sinne von [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#). Erforderlichkeit ist gegeben, wenn das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann. Das ist hier der Fall. Nach Angaben der Klägerin ist bei der durchgeführten Dilatation intraoperativ eine Perforation des Uterus aufgetreten, was eine postoperative stationäre Beobachtung notwendig machte. Dies erscheint aus medizinischer Sicht schlüssig und wird durch die Beklagte in der Sache nicht in Zweifel gezogen. Weitere Ermittlungen, insbesondere durch die Beiziehung der Krankenbehandlungsunterlagen als Beweismittel scheiden aus, da die Sechs-Wochen-Frist des [§ 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V](#) abgelaufen ist.

Nach [§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) sind die Krankenkassen 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. In Bezug auf die Krankenhausbehandlung nach [§ 39 SGB V](#) ist diese Prüfung nach der durch Art. 1 Nr. 185 Buchst. a des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG)) vom 26. März 2007 mit Wirkung zum 1. April 2007 eingeführten Regelung des [§ 275 Abs. 1c Satz 1](#) des [§ 275 SGB V](#) "zeitnah" durchzuführen. Dies wird in [§ 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V](#) dahin präzisiert, dass eine Prüfung spätestens sechs Wochen nach Eingang der Abrechnung bei der Krankenkasse einzuleiten und durch den MDK dem Krankenhaus anzuzeigen ist.

Infolge dieser Neuordnung darf der MDK seither für Einzelfallprüfungen nach [§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) Sozialdaten beim Krankenhaus nur noch erheben, wenn die Fristvoraussetzungen des [§ 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V](#) gewahrt sind. Das hat zur Folge, dass Krankenkasse und MDK bei einzelfallbezogenen Abrechnungsprüfungen nach Ablauf der Ausschlussfrist des [§ 275 Abs. 1c S 2 SGB V](#) auf die Daten beschränkt sind, die das Krankenhaus der Krankenkasse im Rahmen seiner Informationsobliegenheiten bei der Krankenhausaufnahme und zur Abrechnung - deren vollständige Erfüllung vorausgesetzt - jeweils zur Verfügung gestellt hat (vgl. Bundessozialgericht (BSG), Urteil vom 16. Mai 2012 - [B 3 KR 14/11 R](#), nach juris Rn. 17). Diese Begrenzung der Sachverhaltsermittlung wirkt auch im Gerichtsverfahren fort. Mit ihrem Schutzzweck wäre es unvereinbar, wenn anstelle des nach [§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) zur Prüfung berufenen, wegen Ablaufs der Sechs-Wochen-Frist aber nicht mehr befugten MDK nunmehr die Sozialgerichte an dessen Stelle erstmals den von einer Krankenkasse aufgeworfenen medizinischen Zweifelsfragen nachgehen und in aller Regel umfangreich Beweis erheben müssten.

Entgegen der Auffassung der Beklagten hat die Sechs-Wochen-Frist spätestens am 22. Februar 2013 begonnen und ist Anfang April 2013 abgelaufen. Ein Prüfungsverfahren durch den MDK wurde nicht durchgeführt.

Nach der Rechtsprechung des BSG (vgl. Urteil vom 21. März 2013 - [B 3 KR 28/12 R](#), nach juris Rn. 13) ist Voraussetzung für den Wegfall der Mitwirkungspflicht des Krankenhauses bei Versäumung der Sechs-Wochen-Frist des [§ 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V](#) auf Seite der Krankenhäuser die ordnungsgemäße Information der Krankenkassen über die von ihnen abgerechneten Versorgungen nach Maßgabe ihrer Mitwirkungsobliegenheiten insbesondere aus [§ 301 SGB V](#) sowie ggf. ergänzenden landesvertraglichen Bestimmungen. Hierin ist abschließend aufgezählt, welche Angaben die Krankenhäuser den Krankenkassen bei einer Krankenhausbehandlung ihrer Versicherten unmittelbar zu übermitteln haben. Fehlt es an einer dieser Angaben, so tritt mangels formal ordnungsgemäßer Abrechnung bereits die Fälligkeit der abgerechneten Forderung nicht ein, ebenso mangelt es dann an der verfahrensrechtlichen Voraussetzung für den Beginn der Ausschlussfrist des [§ 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V](#) (vgl. BSG, a.a.O.). Entsprechend dem Grundsatz "ambulant vor stationär" hat ein Krankenhaus im Rahmen des [§ 301 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V](#) - Grund der Aufnahme - ebenfalls notwendige Angaben dazu zu machen,

warum eine im Regelfall ambulant durchführbare Versorgung im konkreten Einzelfall stationär vorgenommen worden ist.

Diese Angabe erfolgte durch die Klägerin mit Schriftsatz vom 19. November 2012 unter Übersendung des G-AEP-Bogens der Versicherten vom 1. Juni 2007. Die so gemachten Angaben sind entgegen der Bedenken der Beklagten ausreichend. Ohne dass es auf die medizinische Richtigkeit ankommt, kann nachvollzogen werden, warum eine stationäre Aufnahme erfolgt ist. Wann der Schriftsatz der Beklagten zugegangen ist, kann nicht mehr eindeutig festgestellt werden, spätestens am 22. Februar 2013 muss er aber vorgelegen haben, weil er im Schriftsatz der Beklagten mit diesem Datum erwähnt wird. Spätestens ab dem 22. Februar 2013 ist die Forderung also fällig geworden und die Sechs-Wochen-Frist begann zu laufen.

Entgegen der Auffassung der Beklagten war eine Nachholung der Angabe über den Grund der stationären Aufnahme auch noch im Berufungsverfahren möglich, eine Verwirkung und damit ein Verstoß gegen Treu und Glauben liegt nicht vor.

Die Zulässigkeit der Nachholung der Angabe richtet sich mangels ausdrücklicher Regelung gemäß dem über [§ 69 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) auf die Rechtsbeziehungen zwischen Krankenhaus und Krankenkasse einwirkenden Rechtsgedanken des [§ 242](#) des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) nach Treu und Glauben. Die Nachholung ist dann nicht mehr möglich, wenn Verwirkung eingetreten ist, wenn sich also ein Schuldner wegen der Untätigkeit seines Gläubigers über einen gewissen Zeitraum hin bei objektiver Beurteilung darauf einrichten darf und eingerichtet hat, dieser werde sein Recht nicht mehr geltend machen und deswegen die verspätete Geltendmachung gegen Treu und Glauben verstößt (vgl. Bundesgerichtshof (BGH), Urteil vom 3. Dezember 1982 - [VII ZR 282/80](#), nach juris Rn. 22). Dabei ist zu berücksichtigen, dass Krankenhaus und Krankenkasse aufgrund eines dauerhaften Vertragsrahmens ständig professionell zusammenarbeiten. Ihnen sind die gegenseitigen Interessenstrukturen geläufig. In diesem Rahmen ist von ihnen eine gegenseitige Rücksichtnahme zu erwarten (vgl. BSG, Urteil vom 13. November 2012 - [B 1 KR 6/12 R](#), nach juris Rn. 13).

Unter Beachtung dieser Grundsätze kann eine Verwirkung der Möglichkeit der Nachholung nur dann eintreten, wenn zuvor eine Untätigkeit des Gläubigers, also hier der Klägerin, vorliegt. Durch Nichthandeln muss bei der Beklagten ein Vertrauenstatbestand geschaffen worden sein. In diesem Zusammenhang hat das BSG unter Anerkennung der grundsätzlichen Möglichkeit zur Nachholung offen gelassen, welcher zeitliche Rahmen zu beachten ist und ob und inwieweit die zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern bestehenden Pflichten zu gegenseitiger Rücksichtnahme zeitliche Grenzen für die nachträgliche Information der Krankenkasse über den Anlass für die ausnahmsweise stationäre Durchführung einer ansonsten dem ambulanten Bereich vorbehaltenen Versorgung setzen und ob die Grundsätze zur nachträglichen Rechnungs Korrektur hier anzuwenden sein könnten (vgl. BSG, Urteil vom 21. März 2003 - [B 3 KR 28/12 R](#), nach juris Rn. 19 m.w.N.).

Auch der Senat kann diese Fragen offen lassen, denn es liegt hier gerade keine Untätigkeit der Klägerin vor. Diese hat unmittelbar auf die Anforderung durch die Beklagte reagiert und sich auf den Standpunkt gestellt, dass eine Angabe des Grundes der stationären Aufnahme nur gegenüber dem MDK zu erfolgen hat. Sie hat auch zeitnah die zugrundeliegende Forderung eingeklagt. Zwar hat sich die Rechtsauffassung der Klägerin nicht durchgesetzt, was aber nichts daran ändert, dass sie nicht untätig war. Untätigkeit ist nicht im Sinne einer Nichterfüllung einer Obliegenheit zu verstehen, wovon wohl die Beklagte ausgeht, sondern schlicht im Sinne eines Nichthandelns. Das liegt hier aber gerade nicht vor.

Darüber hinaus konnte und durfte die Beklagte aus dem Verhalten der Klägerin nicht den Schluss ziehen, dass eine Nachholung nicht mehr erfolgen werde. Solange über den zugrundeliegenden Anspruch nicht rechtskräftig entschieden wurde, muss jeder Beteiligte damit rechnen, dass neuer Sach- oder Rechtsvortrag erfolgt. Hiervon geht z.B. [§ 99 Abs. 3 Nr. 1 SGG](#) aus, wonach die tatsächlichen und rechtlichen Ausführungen ergänzt oder berichtigt werden können, ohne dass es der Einwilligung der übrigen Beteiligten oder des Gerichtes bedarf. Neuer Sach- und Rechtsvortrag ist auch noch im Berufungsverfahren zu berücksichtigen ([§ 157 Satz 2 SGG](#)). Einen dahingehenden Vertrauensschutz, dass eine Beteiligter während des gesamten Verfahrens bei seinem Vortrag bleiben muss, gibt es nicht.

Der Zinsanspruch ergibt sich aus [§ 69 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) sowie § 16 des Landessicherstellungsvertrages i.V.m. [§§ 286 ff. BGB](#). Ein Verzug konnte aber erst eintreten, nachdem die Forderung fällig geworden ist, was erst mit Nachholung der Angabe über den Grund der stationären Aufnahme der Fall gewesen ist. Die Beklagte hat mit Schriftsatz vom 22. Februar 2013 trotz Kenntnis der Begründung die Leistung ernsthaft und endgültig verweigert, so dass nach [§ 286 Abs. 2 Nr. 3 BGB](#) ohne eine weitere Mahnung Verzug eingetreten ist. Die Zinshöhe ergibt sich aus [§ 288 Abs. 1 BGB](#).

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) i.V.m. [§ 154 Abs. 1](#) der Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO). Eine Kostenquote war nicht festzusetzen, weil die Klägerin nur geringfügig, nämlich hinsichtlich des Beginns der Verzinsung, unterlegen ist ([§ 155 Abs. 1 Satz 3 VwGO](#)). Etwas anderes ergibt sich auch nicht aus dem Umstand, dass die Klage zunächst unbegründet war und erst durch Nachholung der Angabe des Grundes der stationären Aufnahme im Berufungsverfahren eine Verurteilung möglich wurde. Die Kostenfolge hätte die Beklagte durch ein sofortiges Anerkenntnis nach Abgabe der Begründung vermeiden können ([§156 VwGO](#)). Dies hat sie nicht getan, weswegen es bei der grundsätzlichen Kostentragungspflicht des [§ 154 Abs. 1 VwGO](#) verbleibt.

Die Revision war nicht zuzulassen, weil die Voraussetzungen des [§ 160 Abs. 2 SGG](#) nicht vorliegen.

Rechtskraft

Aus

Login

FST

Saved

2014-06-11