

L 1 KR 70/14

Land
Hamburg
Sozialgericht
LSG Hamburg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
1
1. Instanz
SG Hamburg (HAM)
Aktenzeichen
S 6 KR 1040/12
Datum
16.06.2014
2. Instanz
LSG Hamburg
Aktenzeichen
L 1 KR 70/14
Datum
19.02.2015
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Auf die Berufung des Klägers wird das Urteil des Sozialgerichts Hamburg vom 16. Juni 2014 aufgehoben und die Beklagte verurteilt, an den Kläger 545,86 EUR nebst 5 Prozent Zinsen seit dem 1. August 2012 zu zahlen. Die Beklagte trägt die Kosten des Verfahrens. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Vergütung einer stationären Krankenhausbehandlung.

Die 1970 geborene Versicherte der Beklagten wurde in der Zeit vom 18. bis 19. September 2008 im Krankenhaus des Klägers stationär zur Durchführung einer Kardiorespiratorischen Polysomnographie behandelt. Unter dem 7. Oktober 2008 berechnete der Kläger der Beklagten hierfür 545,86 EUR, zunächst abzüglich der Eigenbeteiligung von 20 EUR. Der Abrechnung lag die Diagnosis Related Group (Diagnosebezogene Fallgruppe – DRG) E64D (Respiratorische Insuffizienz, ein Belegungstag) zugrunde. Der nach der Entlassung übermittelte Datensatz enthielt die Hauptdiagnose J96.1 (Chronische respirative Insuffizienz, andernorts nicht klassifiziert) nach der Internationalen Statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10, Version 2008) sowie die Prozeduren 1-790 (Kardiorespiratorische Polysomnographie), 8-716 (Einstellung einer häuslichen maschinellen Beatmung) und 1-710 (Ganzkörperplethysmographie) nach dem Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS), Version 2008.

Die Beklagte forderte den Kläger per Datenaustausch vom 5. November 2008 auf, innerhalb von fünf Tagen eine medizinische Begründung zu übermitteln, warum die Behandlung nicht ambulant hätte erfolgen können. Nachdem der Kläger darauf zunächst nicht reagierte, übersandte er seine Rechnung unter dem 7. Juli 2011 erneut. Die Beklagte lehnte die Zahlung daraufhin mit Schreiben vom 9. August 2011 ab und berief sich darauf, dass ein Verstoß gegen Treu und Glauben und das Beschleunigungsgebot vorliege. Der Kläger trat dem mit Schreiben vom 20. Oktober 2011 entgegen und übersandte unter dem 25. Januar 2012 eine Zahlungserinnerung. Mit Schreiben vom 27. Juni 2012 berief sich die Beklagte erneut auf einen Verstoß gegen das allgemeine Beschleunigungsgebot und lehnte die Zahlung ab. Der Kläger teilte daraufhin mit Schreiben vom 6. Juli 2012 mit, dass die stationäre Behandlung der Versicherten aufgrund von Diabetes und Adipositas mit einem Body Mass Index (BMI) von 64 medizinisch erforderlich gewesen sei.

Mit seiner am 23. August 2012 erhobenen Klage hat der Kläger seinen Vergütungsanspruch weiter verfolgt. Er hat vorgetragen, die Versicherte habe an einem schwerstgradigen obstruktiven Schlafapnoesyndrom sowie einer biventrikulär grenzkompenzierten Herzinsuffizienz, insulinpflichtigem Diabetes mellitus Typ 2, Adipositas IV. Grades (BMI 64) sowie chronischem Nikotinabusus gelitten. Angesichts der erheblichen Komorbiditäten sei die gebotene Neueinstellung des Heimbeatmungsregimes nur stationär möglich gewesen. Die Klagforderung beinhalte die Eigenbeteiligung von 20 EUR, da diese bei der Versicherten nicht beizutreiben gewesen sei.

Die Beklagte hat dagegen eingewandt, der Kläger habe erst im Juli 2012 eine medizinische Begründung für die stationäre Aufnahme eingereicht, obwohl er bereits im November 2008 darum gebeten worden sei. Dieses Verhalten sei treuwidrig.

Das Sozialgericht hat die Klage durch Urteil vom 16. Juni 2014 abgewiesen und die Berufung wegen grundsätzlicher Bedeutung zugelassen. Es hat ausgeführt, die Forderung sei verwirkt, da der Kläger die notwendigen Angaben erst drei Jahre und sieben Monate nach der Inrechnungstellung gemacht habe, obwohl die Beklagte ihn frühzeitig dazu aufgefordert habe. Er habe damit den Eindruck erweckt, er werde seine Rechte nicht mehr geltend machen.

Der Kläger hat dagegen am 10. Juli 2014 Berufung eingelegt und trägt vor, dass nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts eine

Verwirkung als ergänzende Regelung innerhalb der vierjährigen Verjährungsfrist grundsätzlich nicht passe. An einem Umstandsmoment fehle es hier vollständig. Die Zeitabläufe seien im interessierenden Zeitraum durchaus nicht ungewöhnlich gewesen, was schon die Vielzahl der Verfahren zeige, in denen sich die Kassenseite auf eine angebliche Verwirkung berufe. Inhaltlich ergebe sich die Notwendigkeit der stationären Durchführung bereits aus dem erheblichen BMI der Versicherten von 64.

Der Kläger beantragt,

die Beklagte unter Aufhebung des Urteils des Sozialgerichts Hamburg vom 16. Juni 2014 zu verurteilen, an den Kläger EUR 545,86 nebst 5 Prozent Zinsen seit dem 1. August 2012 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Die Beklagte hält das angefochtene Urteil für zutreffend und verweist auf das Urteil des Bundessozialgerichts vom 21. März 2013 ([B 3 KR 28/12 R](#) – Juris, Rn. 19), in dem ein ergänzendes Schreiben vom 3. Dezember 2008 zur Notwendigkeit einer vom 4. bis 6. März 2008 erfolgten stationären Behandlung als sehr spät, aber noch nicht verwirkt angesehen worden sei. Sie trägt vor, die Zeitabläufe im vorliegenden Verfahren gingen weit darüber hinaus, sodass das Zeitmoment auf jeden Fall erfüllt sei. Auch das Umstandsmoment sei gegeben, da die Beklagte den Kläger schon im November 2008 aufgefordert habe, zu erläutern, weshalb eine üblicherweise ambulant durchzuführende Behandlung stationär habe erfolgen müssen. Da insoweit also ausdrücklich nachgefragt worden sei und der Kläger darauf jahrelang nicht reagiert habe, sei der Eindruck entstanden, dass dieser seinen angeblichen Anspruch nicht weiter verfolgen wolle.

Wegen der Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die Prozessakte sowie die Verwaltungsakte der Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die statthafte, form- und fristgerecht eingelegte und auch sonst zulässige ([§§ 143, 144](#) und [151](#) Sozialgerichtsgesetz - SGG) Berufung ist auch begründet. Der Kläger kann von der Beklagten die Zahlung ihrer Vergütung in Höhe von 545,86 EUR verlangen.

Rechtsgrundlage des geltend gemachten restlichen Vergütungsanspruchs ist [§ 109 Abs. 4 S. 3](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V), § 17b Abs. 1 S. 10 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) und § 7 Nr. 1, § 9 Abs. 1 Nr. 1 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) in Verbindung mit der hier maßgeblichen Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2008 sowie dem am 1. Januar 2003 in Kraft getretenen Vertrag Allgemeine Bedingungen Krankenhausbehandlung vom 19. Dezember 2002 zwischen der Hamburgischen Krankenhausgesellschaft e.V. und unter anderem der Beklagten (Vertrag nach [§ 112 SGB V](#)). Nach der ständigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts entsteht die Zahlungsverpflichtung der Krankenkasse unabhängig von einer Kostenzusage unmittelbar mit der Inanspruchnahme einer Leistung durch den Versicherten, wenn die Versorgung in einem zugelassenen Krankenhaus durchgeführt wird und im Sinne des [§ 39 Abs. 1 S. 2 SGB V](#) erforderlich ist (BSG, Urteil vom 16.05.2012 – [B 3 KR 14/11 R](#) – Juris).

Entgegen der Auffassung der Beklagten ist der Vergütungsanspruch nicht bereits nach Treu und Glauben wegen Verstoßes gegen das Beschleunigungsgebot ausgeschlossen. Das Rechtsinstitut der Verwirkung passt als ergänzende Regelung innerhalb der kurzen, vierjährigen Verjährungsfrist grundsätzlich nicht, sodass zeitliche Verzögerungen innerhalb dieser Frist grundsätzlich nicht zu einem Einwendungsausschluss führen (BSG, Urteil vom 13.11.2012 – [B 1 KR 24/11 R](#); BSG, Urteil vom 01.07.2014 – [B 1 KR 47/12 R](#); BSG, Urteil vom 01.07.2014 – [B 1 KR 24/13 R](#); alle Juris).

Für die Annahme einer Verwirkung reicht es nicht, wenn der Berechtigte die Ausübung seines Rechts während eines längeren Zeitraumes unterlassen hat, sondern es müssen weitere besondere Umstände hinzutreten, die nach den Besonderheiten des Einzelfalls die verspätete Geltendmachung des Rechts nach Treu und Glauben dem Verpflichteten gegenüber als illoyal erscheinen lassen. Solche Umstände liegen vor, wenn der Verpflichtete aufgrund eines bestimmten Verhaltens des Berechtigten darauf vertrauen durfte und tatsächlich darauf vertraut hat, dass dieser das Recht nicht mehr geltend machen werde und sich infolgedessen in seinen Vorkehrungen und Maßnahmen so eingerichtet hat, dass ihm durch die verspätete Durchsetzung des Rechts ein unzumutbarer Nachteil entstehen würde (BSG, Urteil vom 13.11.2012, [a.a.O.](#), m.w.N.). An einem derartigen Verwirkungsverhalten des Klägers fehlt es aber, denn der bloße Zeitablauf reicht hierfür gerade nicht, zumal dadurch die geltenden Verjährungsfristen unterlaufen würden (BSG, Urteil vom 13.11.2012, [a.a.O.](#), m.w.N.). Schweigen oder Nichtstun kann im Rechtsverkehr grundsätzlich nicht als Zustimmung erachtet werden. Etwas anderes kann nur ausnahmsweise gelten, wenn der Schuldner dieses als bewusst und planmäßig erachten darf. Hierbei kann zu berücksichtigen sein, wie sich das Verhalten nach Treu und Glauben unter Berücksichtigung der Verkehrssitte darstellt (BSG, Urteil vom 01.07.2014 – [B 1 KR 47/12 R](#), a.a.O.).

Ein solcher Ausnahmefall liegt hier nicht vor. Die Beklagte hat den Kläger zwar ausdrücklich aufgefordert, eine ergänzende medizinische Frist innerhalb einer kurzen Frist nachzuliefern. Das Schweigen des Klägers hat der Beklagten aber keinen Anlass gegeben, anzunehmen, dass dieser seine Forderung nicht weiter verfolgen werde. Es besteht zwischen den Beteiligten auch keine derartige Übung. Vielmehr ist dem Senat aus einer Vielzahl von Abrechnungsstreitigkeiten bekannt, dass häufig beide Seiten längere Zeiträume verstreichen lassen, ohne dass dies als Abrücken von der jeweiligen Position ausgelegt werden kann. Etwas anderes ergibt sich auch nicht aus dem von der Beklagten zitierten Urteil des Bundessozialgerichts vom 21.03.2013 (a.a.O.). Zwar hat das Bundessozialgericht in dieser Entscheidung noch offen gelassen, welche zeitlichen Grenzen im Rahmen von Treu und Glauben zu berücksichtigen sein könnten, dies aber durch die späteren Entscheidungen dahin gehend konkretisiert, dass Verzögerungen innerhalb der Verjährungsfrist grundsätzlich nicht zu einem Einwendungsausschluss führen.

Die Beklagte kann dem Vergütungsanspruch des Klägers auch nicht (mehr) entgegenhalten, dass eine vollstationäre Behandlung der Versicherten nicht erforderlich gewesen wäre, weil insoweit eine ambulante Behandlung ausgereicht hätte ([§ 39 Abs. 1 S. 2 SGB V](#)). Allerdings ist die Polysomnographie seit der Ergänzung der "Richtlinie Methoden vertragsärztlicher Untersuchung" (früher: BUB-RL) durch den am 11. November 2004 in Kraft getretenen Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 15. Juni 2004 in der Regel

Gegenstand der vertragsärztlichen Versorgung und daher ambulant durchzuführen. Sie kann jedoch ausnahmsweise dann als stationäre Leistung erbracht und abgerechnet werden, wenn entweder der Versicherte an gravierenden gesundheitlichen Beschwerden leidet, die nur mit den spezifischen Möglichkeiten des Krankenhauses zu bewältigen sind, oder wenn eine ambulante Versorgung für den Versicherten nicht in dem notwendigen Maße zur Verfügung steht (BSG, Urteil vom 16.05.2012, [a.a.O.](#)).

Nach den Angaben des Klägers ergab sich die Notwendigkeit einer stationären Durchführung der Polysomnographie vorliegend aus den erheblichen Begleiterkrankungen der Versicherten, insbesondere dem bestehenden Diabetes mellitus und der sehr ausgeprägten Adipositas mit einem BMI von 64. Dabei ist es unschädlich, dass der Kläger diese Begründung erst mit Schreiben vom 6. Juli 2012 geliefert hat. Zwar hat das Krankenhaus in Fällen, in denen – wie hier – eine Behandlung grundsätzlich der vertragsärztlichen (ambulanten) Versorgung zugewiesen ist und nur im begründeten Ausnahmefall stationär zu erbringen ist, zusätzliche Angaben dazu zu machen, warum ein derartiger Ausnahmefall gegeben ist, sofern sich dies nicht schon aus den gemäß [§ 301 SGB V](#) übermittelten Nebendiagnosen ergibt, da die Krankenhausabrechnung anderenfalls nicht schlüssig ist (BSG, Urteil vom 16.05.2012, a.a.O.; BSG, Urteil vom 21.03.2013, a.a.O.). Das Krankenhaus ist jedoch nicht daran gehindert, diese Angaben auch noch nachträglich zu übermitteln und dadurch seine bis dahin nicht ausreichend schlüssige Abrechnung zu ergänzen (BSG, Urteil vom 21.03.2013, a.a.O.).

Medizinische Einwände gegen die Erforderlichkeit der stationären Behandlung im konkreten Fall hatte die Beklagte schriftsätzlich nicht vorgebracht und kann hiermit – soweit sie diese in der mündlichen Verhandlung angedeutet hat – auch nicht mehr durchdringen, da sie insoweit die in [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) vorgeschriebene Frist für die Einschaltung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) hat verstreichen lassen. Es handelt sich insoweit nämlich nicht um eine – jederzeit mögliche – Prüfung der Abrechnung auf sachlich-rechnerische Richtigkeit (vgl. BSG, Urteil vom 01.07.2014 – [B 1 KR 29/13 R](#) – Juris, Rn. 17f.), sondern um eine Auffälligkeitsprüfung nach [§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#).

Eine Prüfung der Abrechnung auf sachlich-rechnerische Richtigkeit ist immer dann möglich, wenn sich geringste Anhaltspunkte dafür ergeben, dass die Abrechnung nicht sachlich-rechnerisch richtig ist und/oder dass das Krankenhaus seine primären Informationsobliegenheiten und ggf. –pflichten über die Abrechnungsgrundlagen nicht erfüllt hat. In einem solchen Fall trifft das Krankenhaus spätestens auf Aufforderung der Krankenkasse zumindest eine Obliegenheit, an der Aufklärung des Sachverhalts mitzuwirken, insbesondere auch die Behandlungsunterlagen an den MDK herauszugeben (BSG, Urteil vom 01.07.2014, [a.a.O.](#)). Demgegenüber liegt eine Auffälligkeitsprüfung nach [§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) vor, wenn die Abrechnung und/oder die vollständig mitgeteilten Behandlungsdaten Fragen nach der Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots aufwerfen, die die Krankenkasse aus sich heraus ohne weitere medizinische Sachverhaltsermittlung und -bewertung durch den MDK nicht beantworten kann. Die Auffälligkeitsprüfung betrifft also regelmäßig Fälle, in denen die Krankenkasse Zweifel daran haben kann, dass das Krankenhaus seine Leistung unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots ([§ 12 Abs. 1 SGB V](#)) erbracht hat (BSG, Urteil vom 01.07.2014, [a.a.O.](#), Rn. 21 ff.).

Eine Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit findet somit immer dann statt, wenn es um die Frage geht, ob eine erforderliche Krankenhausbehandlung unter Anwendung der maßgeblichen Vorgaben (Fallpauschalenkatalog, ICD-10, OPS, Kodierrichtlinien) zutreffend kodiert und abgerechnet worden ist. Demgegenüber handelt es sich um eine Auffälligkeitsprüfung, wenn es darum geht, ob die Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich erbracht worden sind und das Maß des Notwendigen nicht überschritten haben ([§ 12 Abs. 1 S. 1 SGB V](#)). Die Auffälligkeitsprüfung betrifft somit nicht die korrekte Abrechnung einer Krankenhausbehandlung, sondern die Frage, ob die erbrachte stationäre Krankenhausbehandlung überhaupt oder jedenfalls ihrer Dauer nach erforderlich war (primäre oder sekundäre Fehlbelegung).

Da es vorliegend ausschließlich um die Frage geht, ob eine stationäre Behandlung überhaupt erforderlich war, geht es um eine Auffälligkeitsprüfung nach [§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) (vgl. BSG, Urteil vom 16.05.2012, [a.a.O.](#), welches gerade einen Fall der stationär durchgeführten Polysomnographie betraf), die dem speziellen prüfrechtlichen Beschleunigungsgebot des [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) und damit insbesondere der sechswöchigen Ausschlussfrist des [§ 275 Abs. 1c S. 2 SGB V](#) unterliegt. Da die Klägerin mit Übermittlung einer medizinischen Begründung für die stationäre Behandlung durch Schreiben vom 6. Juli 2012 ihre Informationspflichten nach [§ 301 SGB V](#) vollständig erfüllt hatte, begann die Sechswochenfrist ab diesem Zeitpunkt zu laufen, sodass die Beklagte nunmehr mit medizinischen Einwendungen ausgeschlossen ist.

Der Anspruch des Klägers auf Zahlung der Eigenbeteiligung in Höhe von 20 EUR ergibt sich aus [§ 43b Abs. 3 S. 10 SGB V](#), da die Eigenbeteiligung nach den unbestrittenen Angaben des Klägers von der Versicherten nicht beigetrieben werden konnte.

Der Zinsanspruch ergibt sich aus den §§ 12 und 14 des Vertrages nach [§ 112 SGB V](#). Da der Anspruch erst mit Übermittlung der zusätzlichen medizinischen Angaben im Schreiben vom 6. Juli 2012 fällig geworden ist (vgl. BSG, Urteil vom 14.10.2014 – [B 1 KR 26/13 R](#) – Juris), konnte auch der Zinsanspruch erst danach entstehen. Gegen den beantragten Zinsbeginn ab dem 1. August 2012 bestehen jedoch keine Bedenken.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) in Verbindung mit 154 Abs. 1 Verwaltungsgerichtsordnung.

Der Senat hat die Revision gegen das Urteil nicht zugelassen, weil die Voraussetzungen des [§ 160 Abs. 2 SGG](#) nicht vorliegen.

Rechtskraft

Aus

Login

HAM

Saved

2015-03-20