

L 1 KR 172/13

Land
Hamburg
Sozialgericht
LSG Hamburg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
1
1. Instanz
SG Hamburg (HAM)
Aktenzeichen
S 18 KR 1192/09
Datum
10.06.2013
2. Instanz
LSG Hamburg
Aktenzeichen
L 1 KR 172/13
Datum
21.01.2016
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 1 KR 3/16 R
Datum
28.03.2017
Kategorie
Urteil

Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Hamburg vom 10. Juni 2013 abgeändert und die Klage vollumfänglich abgewiesen. Die Klägerin trägt die Kosten des Verfahrens. Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Vergütung für eine stationäre Krankenhausbehandlung.

Der bei der Beklagten versicherte F. war insgesamt dreimal hintereinander zur vollstationären Behandlung im Krankenhaus der Klägerin, nachdem er sich durch eine Kreissäge an der Hand verletzt hatte. Anlässlich des ersten Aufenthalts vom 20. bis 24. November 2007 wurden ihm deshalb zwei Finger amputiert. Am 30. November 2007 wurde er wegen einer Wundheilungsstörung erneut aufgenommen und bis zum 7. Dezember 2007 stationär behandelt. Es wurden Nekrosen abgetragen, ein Wunddebridement durchgeführt und die Wunde mit Epigard (Kunsthautgewebe) abgedeckt. Während des dritten Aufenthalts vom 12. bis 22. Dezember 2007 wurde das Epigard entfernt und die Wunde mittels einer Hauttransplantation abgedeckt.

Der erste und der dritte Aufenthalt des Versicherten wurden von der Beklagten entsprechend den Abrechnungen der Klägerin vergütet; allein streitig ist die Vergütung des zweiten Aufenthalts. Die Klägerin stellte der Beklagten hierfür eine Vergütung in Höhe von 6.771,65 EUR in Rechnung, wobei sie die DRG (Diagnosis Related Group – diagnosebezogene Fallpauschale) X01A zugrunde legte.

Die Beklagte bezahlte die Rechnung nicht, sondern beauftragte den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) N. und im Lande B. mit der Überprüfung der Haupt- und Nebendiagnosen, was dieser der Klägerin am 19. Dezember 2007 mitteilte. Aufgrund der Stellungnahme des MDK vom 27. Mai 2008 teilte die Beklagte der Klägerin mit, dass der Aufwand für die Nebendiagnosen J96.1 und T84.1 sowie für den OPS 5-916.29 nicht belegt sei. Als Hauptdiagnose sei S68.2 statt T79.8 zu kodieren, sodass richtigerweise die DRG X06C abzurechnen sei.

Nachdem die Klägerin dieser Auffassung widersprochen hatte, beauftragte die Beklagte den MDK N. mit einer erneuten Überprüfung der Abrechnung. Dieser bestätigte in seinem Gutachten vom 20. Februar 2009 die Feststellungen des MDK N./ B. zu den Nebendiagnosen und hielt im Übrigen die Hauptdiagnose T84.6 und die DRG I12C für zutreffend. Die abgerechneten Prozeduren wurden nicht beanstandet.

Am 23. Oktober 2009 hat die Klägerin Klage in Höhe des Rechnungsbetrages erhoben. Im Laufe des Klagverfahrens hat die Beklagte an die Klägerin einen Betrag von 3.505,84 EUR auf der Grundlage der DRG I12C gezahlt. Die Klägerin hat das Teilerkenntnis angenommen und die weitere Zahlung des Differenzbetrages von 3.265,81 EUR beantragt.

Das Sozialgericht hat zur Frage der korrekten Kodierung sowie zur notwendigen Verweildauer den Chirurgen/Unfallchirurgen Dr. K. mit der Erstellung eines Gutachtens beauftragt. Dieser hat im Vorwege mitgeteilt, dass er für eine sachgerechte Beurteilung auch die Krankenunterlagen für die beiden weiteren stationären Behandlungen des Versicherten benötige, die daraufhin von der Klägerin zur Verfügung gestellt wurden. In seinem Gutachten vom 26. November 2010 ist Dr. K. zu dem Ergebnis gelangt, dass die von der Klägerin zugrunde gelegte Hauptdiagnose richtig sei. Nicht zutreffend seien dagegen die Nebendiagnosen T84.1 und J96.1, vielmehr seien insoweit J41.0 und F17.1 zu kodieren. Isoliert betrachtet ergebe sich somit die DRG X01B. Allerdings sei eine Fallzusammenführung mit dem dritten Aufenthalt des Versicherten durchzuführen, da die Wiederaufnahme innerhalb der oberen Grenzverweildauer erfolgt sei und eine Einstufung in dieselbe Basis-DRG vorzunehmen sei.

Das Sozialgericht hat die Beklagte daraufhin mit Urteil vom 10. Juni 2013 verurteilt, an die Klägerin weitere 2.090,87 EUR nebst Zinsen zu zahlen, und die Klage im Übrigen abgewiesen. Dabei ist es den Ausführungen von Dr. K. hinsichtlich der Kodierungsfragen gefolgt. Im Übrigen hat es ausgeführt, dass die Beklagte mit der Einwendung hinsichtlich einer Fallzusammenführung ausgeschlossen sei, weil insoweit die Frist des [§ 275 Abs. 1c Sozialgesetzbuch Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung \(SGB V\)](#) verstrichen sei und der betreffende Teil der Krankenakten sowie die diesbezüglichen Feststellungen des Sachverständigen daher einem Verwertungsverbot unterlägen.

Die Beklagte hat gegen das ihr am 21. Oktober 2013 zugestellte Urteil am 18. November 2013 Berufung eingelegt. Sie trägt vor, das Sozialgericht sei bezüglich der vorzunehmenden Fallzusammenführung zu Unrecht von einem Beweisverwertungsverbot ausgegangen, denn ein Verstoß gegen [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) liege nicht vor. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts fange nämlich die Ausschlussfrist nicht an zu laufen, wenn die Krankenkasse von dem Krankenhaus nicht ordnungsgemäß über Anlass und Verlauf der Krankenhausversorgung informiert worden sei. So liege es hier, denn die Meldungen der Beklagten seien stets fehlerhaft gewesen.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Hamburg vom 10. Juni 2013 abzuändern und die Klage vollumfänglich abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend.

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

Entscheidungsgründe:

Die statthafte, form- und fristgerecht eingelegte und auch sonst zulässige ([§§ 143, 144](#) und [151 Sozialgerichtsgesetz - SGG](#)) Berufung hat auch in der Sache Erfolg, denn das Sozialgericht hat die Beklagte zu Unrecht zur Zahlung einer weiteren Vergütung verurteilt.

Rechtsgrundlage des geltend gemachten Vergütungsanspruchs ist [§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#), § 17b Abs. 1 Satz 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 2007 (Fallpauschalenvereinbarung 2007 – FPV 2007) sowie dem am 1. Januar 2003 in Kraft getretenen Vertrag Allgemeine Bedingungen Krankenhausbehandlung vom 19. Dezember 2002 zwischen der Hamburgischen Krankenhausgesellschaft e.V. und u.a. 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). Beides ist hier unstreitig der Fall.

Die Klägerin kann für die hier streitige stationäre Behandlung des Versicherten in der Zeit vom 30. November bis 7. Dezember 2007 dennoch keine (weitere) Vergütung verlangen, da der Vergütungsanspruch jedenfalls mangels ordnungsgemäßer Abrechnung nicht fällig geworden ist. Grundvoraussetzung der Fälligkeit eines entstandenen Anspruchs auf Vergütung von Krankenhausbehandlung eines Versicherten ist eine formal ordnungsgemäße Abrechnung (BSG, Urteil vom 21.04.2015 – [B 1 KR 10/15 R](#) – Juris).

Entgegen der Auffassung der Beklagten geht der Senat nicht davon aus, dass jede materiell unrichtige Abrechnung der Fälligkeit des tatsächlichen Anspruchs – gegebenenfalls in Höhe des zutreffenden Teilbetrags der geltend gemachten Vergütung – entgegensteht. Vorliegend fehlt es aber bereits an der erforderlichen formal ordnungsgemäßen Abrechnung, denn die Klägerin hätte den hier streitigen Krankenhausaufenthalt des Versicherten isoliert gar nicht abrechnen dürfen. Vielmehr hätte insoweit eine Fallzusammenführung mit dem dritten stationären Aufenthalt des Versicherten vom 12. bis 22. Dezember 2007 nach § 2 Abs. 1 S. 1 FPV 2007 erfolgen müssen. Hiernach hat das Krankenhaus eine Zusammenfassung der Falldaten zu einem Fall und eine Neueinstufung in eine Fallpauschale vorzunehmen, wenn

1. ein Patient oder eine Patientin innerhalb der oberen Grenzverweildauer, bemessen nach der Zahl der Kalendertage ab dem Aufnahmedatum des ersten unter diese Vorschrift zur Zusammenfassung fallenden Krankenhausaufenthalts, wieder aufgenommen wird und
2. für die Wiederaufnahme eine Einstufung in dieselbe Basis-DRG vorgenommen wird. Eine Zusammenfassung und Neueinstufung nach Satz 1 wird nicht vorgenommen, wenn die Fallpauschalen dieser Basis-DRG bei Versorgung in einer Hauptabteilung in Spalte 13 des Fallpauschalenkatalogs gekennzeichnet ist (§ 2 Abs. 1 S. 2 FPV 2007).

Diese Voraussetzungen sind hinsichtlich des zweiten und des dritten Aufenthalts des Versicherten erfüllt, wie aus den Ausführungen des Sachverständigen Dr. K. in seinem Gutachten vom 26. November 2010 nebst ergänzender Stellungnahme vom 12. Januar 2016 hervorgeht. Er führt darin aus, dass sich für beide Aufenthalte die DRG X01B ergebe. Hauptdiagnose sei jeweils – wie vom Krankenhaus für den zweiten Aufenthalt auch angegeben – T79.8 (sonstige Frühkomplikationen eines Traumas) nach dem ICD-10, Version 2007. Die zweite Aufnahme habe erfolgen müssen, weil es zum Absterben von Gewebe gekommen sei, wobei sich die genaue Ursache nicht mehr klären lasse. Es sei sodann eine temporäre Weichteildeckung mit dem Kunsthautgewebe Epigard erfolgt. Die vom MDK und der Beklagten gewählte Codierung mit T84.6 (Infektion und entzündliche Reaktion durch eine interne Osteosynthesevorrichtung) sei dagegen nicht nachvollziehbar, denn die Osteosynthesevorrichtung habe nicht zu einer entzündlichen Reaktion geführt. Vielmehr habe es sich dabei um eine Folge der Fingeramputation gehandelt. Als Nebendiagnosen könne nicht T84.1 (Mechanische Komplikation durch eine interne Osteosynthesevorrichtung an Extremitätenknochen) kodiert werden, da dies eine unzulässige Doppelkodierung wäre. Das Vorliegen einer chronischen respiratorischen Insuffizienz (J96.1) sei nicht belegt, denn es sei weder eine Röntgendiagnostik des Brustkorbes noch eine Vorstellung beim Lungenfacharzt erfolgt. Der Fall sei aber sicher durch die chronische Bronchitis und den Nikotinabusus beeinflusst worden, sodass die Diagnosen J41.0 (Einfache chronische Bronchitis) und F17.1 (Nikotinabusus) zu verschlüsseln seien.

Hinsichtlich der Hauptdiagnose gelte aber das Gleiche für den dritten Aufenthalt, denn die abschließende Behandlung durch Anlegen einer Lappenplastik sei immer noch zur Behandlung des abgestorbenen Gewebes, d.h. des Weichteilgewebes Schadens erfolgt. Die von der Klägerin für den dritten Aufenthalt kodierte Hauptdiagnose M79.94 (Krankheiten des Weichteilgewebes, nicht näher bezeichnet: Hand) sei daher falsch, denn es sei nicht zu einem Wesenswechsel der Erkrankung am Finger gekommen. Mit den entsprechenden Nebendiagnosen und Prozeduren ergebe sich also auch hier die DRG X01B.

Der Senat hält diese Ausführungen für schlüssig und nachvollziehbar und schließt sich ihnen an. Auch die Beteiligten haben in Bezug auf die Kodierungsfragen keine Einwände gegen die Feststellungen des Sachverständigen erhoben, wie aus ihren Schriftsätzen vom 16. Dezember 2010 und 27. Januar 2011 hervorgeht.

Die obere Grenzverweildauer der DRG X01B liegt bei 31 Tagen, sodass die Wiederaufnahme innerhalb dieses Zeitrahmens erfolgt ist. Die Fallpauschalen dieser Basis-DRG sind auch nicht in Spalte 13 des Fallpauschalenkatalogs gekennzeichnet.

Folge dieser gebotenen Fallzusammenführung ist, dass eine gesonderte Abrechnung und Vergütung des hier allein streitigen Aufenthalts nicht erfolgen darf. Vielmehr hat das Krankenhaus eine Neueinstufung in eine Fallpauschale mit den Falldaten aller zusammen zu führenden Krankenhausaufenthalte durchzuführen (§ 2 Abs. 4 S. 2 FPV 2007). Dabei sind zur Ermittlung der Verweildauer die Belegungstage der Aufenthalte in diesem Krankenhaus zusammenzurechnen (§ 2 Abs. 4 S. 3 FPV 2007). Hat das Krankenhaus einen der zusammen zu führenden Aufenthalte bereits abgerechnet, ist die Abrechnung zu stornieren (§ 2 Abs. 4 S. 5 FPV 2007).

Die isolierte Abrechnung eines der beiden Aufenthalte widerspricht daher den Vorgaben der FPV 2007 und ist somit nicht formal ordnungsgemäß, sodass sie die Fälligkeit einer Vergütungsforderung nicht bewirken kann. Die Klägerin müsste vielmehr diese Abrechnung stornieren und eine neue Abrechnung unter Berücksichtigung der Fallzusammenführung des zweiten und dritten Krankenhausaufenthalts erstellen, um die Fälligkeit herbeizuführen.

Weder die Feststellungen von Dr. K. zur Fallzusammenführung noch die Krankenunterlagen für den ersten und dritten stationären Aufenthalt des Versicherten unterliegen einem Beweisverwertungsverbot, denn ein Verstoß gegen die Vorgaben des [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) liegt nicht vor.

[§ 275 Abs. 1c S 1 SGB V](#) ordnet in Bezug auf die Krankenhausbehandlung nach [§ 39 SGB V](#) an, dass eine Prüfung nach [§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) "zeitnah" durchzuführen ist. Dies wird in [§ 275 Abs. 1c S. 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. Leitet die Krankenkasse die Prüfung nicht spätestens sechs Wochen nach Eingang der Abrechnung bei ihr ein und zeigt der MDK die Einleitung der Prüfung dem Krankenhaus nicht oder nicht rechtzeitig an, bewirkt dies ein sich auch auf das Gerichtsverfahren erstreckendes Beweisverwertungsverbot (BSG, Urteil vom 16.05.2012 - [B 3 KR 14/11 R](#) - Juris). Zwar gilt diese Frist nicht, wenn es sich nicht um eine Auffälligkeitsprüfung nach [§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#), sondern lediglich um die Überprüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit einer Abrechnung handelt. Die Prüfung einer Fallzusammenführung betrifft jedoch die Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots und unterliegt damit dem speziellen Prüfregime des [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) (vgl. BSG, Urteil vom 23. Juni 2015 - [B 1 KR 23/14 R](#) - Juris).

Im vorliegenden Fall ist der MDK jedoch rechtzeitig innerhalb der Sechswochenfrist des [§ 275 Abs. 1c S. 2 SGB V](#) mit der Überprüfung des zweiten Aufenthalts beauftragt worden und er hat der Klägerin den Prüfauftrag auch innerhalb dieser Frist angezeigt. Zwar waren Gegenstand dieses Prüfauftrags allein Kodierungsfragen und nicht die Frage einer Fallzusammenführung, nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts ist ein dem MDK erteilter Prüfauftrag aber weit auszulegen. Stößt der MDK im Rahmen seiner Prüfung auf zusätzliche Verdachtsmomente, ist er schon auf der Grundlage des erteilten Prüfauftrags zu weiteren Ermittlungen mit gegebenenfalls wiederholter Anforderung der Behandlungsunterlagen verpflichtet. Der ursprüngliche Prüfauftrag entfaltet insoweit keine Sperrwirkung. Dies folgt aus dem Wirtschaftlichkeitsgebot ([§ 12 Abs. 1 SGB V](#)) und dem Zweck der Abrechnungsprüfung, auf eine ordnungsgemäße Abrechnung hinzuwirken. Die Krankenkassen sind also bei umfassenden oder eingeschränkten Prüfaufträgen, die weitere Verdachtsmomente aufgedeckt haben, solange befugt, erneut Informationen von den Krankenhäusern anzufordern, wie es dafür sachgerechte Gründe gibt (BSG, Urteil vom 17.12.2013 - [B 1 KR 14/13 R](#) - Juris).

Nichts anderes kann gelten, wenn nicht der MDK, sondern - wie hier - erst der gerichtlich bestellte Sachverständige auf die weiteren Verdachtsmomente stößt. Das Beweisverwertungsverbot für die Gerichte ist lediglich eine Folge der nach Ablauf der Sechswochenfrist fehlenden Befugnis des MDK, weitere Ermittlungen durchzuführen. Soweit Prüfungen im vorgerichtlichen Verfahren durch den MDK nicht mehr zulässig sind, sollen diese auch im Sozialgerichtsprozess nicht mehr durchgeführt werden können, weil der Schutzzweck des [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) ansonsten unterlaufen würde (BSG, Urteil vom 16.05.2012, [a.a.O.](#)). Soweit aber durch die einmal rechtzeitig erfolgte Einleitung des Prüfverfahrens der MDK auch weiteren Auffälligkeiten hätte nachgehen dürfen, gibt es umgekehrt auch keinen Grund, dies den Sozialgerichten zu verwehren,

Etwas anderes folgt schließlich nicht daraus, dass für die im Gerichtsverfahren erfolgte Beweiserhebung auch Unterlagen des dritten - bereits abgerechneten - stationären Aufenthalts vom 12. bis 22. Dezember 2007 beigezogen und ausgewertet wurden. Zwar dürfte in Bezug auf den dritten Aufenthalt die Frist des [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) längst abgelaufen sein. Dies führt jedoch lediglich zu einem Beweisverwertungsverbot der beigezogenen Unterlagen für eine eventuelle Überprüfung der Abrechnung dieses dritten Aufenthalts, der vorliegend aber ohnehin nicht Streitgegenstand ist und für den ein eventueller Erstattungsanspruch der Beklagten mittlerweile verjährt sein dürfte. Die Verwertung dieser Unterlagen zur Überprüfung der Abrechnung des hier streitigen zweiten Aufenthaltes ist hierdurch jedoch nicht ausgeschlossen.

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

Der Senat hat die Revision wegen grundsätzlicher Bedeutung der Rechtssache gemäß [§ 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG](#) zugelassen.

Rechtskraft

Aus

Login

HAM
Saved
2017-06-01