

S 16 AS 2487/16

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
SG Karlsruhe (BWB)
Sachgebiet
Grundsicherung für Arbeitsuchende
Abteilung
16

1. Instanz
SG Karlsruhe (BWB)
Aktenzeichen
S 16 AS 2487/16

Datum
18.01.2017
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
-

Datum
-

3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie
Urteil
Leitsätze

Gem. § 4 PrüfVV in der bis zum 31.12.2016 geltenden Fassung muss die Prüfmitteilung durch die Krankenkasse an das Krankenhaus ergehen. Eine Mitteilung durch den MdK ist nicht ausreichend.

1. Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin 1.500,00 EUR zzgl. Zinsen hieraus in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 31.05.2016 zu zahlen. 2. Die Beklagte trägt die Kosten des Verfahrens. 3. Der Streitwert wird auf 1.500,00 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Vergütung einer Krankenhausbehandlung.

Die Klägerin ist Trägerin der "A. Klinik in P ... Das Krankenhaus ist in den Krankenhausplan des Landes Baden-Württemberg aufgenommen und als solches zur Versorgung gesetzlich Krankenversicherter gemäß [§ 107, 108 Nr. 2](#) Sozialgesetzbuch - Fünftes Buch (SGB V) zugelassen. Die Beklagte ist eine gesetzliche Krankenkasse. Der Versicherte W. L. ist bei der Beklagten gesetzlich krankenversichert. Er wurde vom 21.03. bis zum 26.03.2016 stationär im Krankenhaus der Klägerin wegen einer Radiuskopffraktur versorgt. Die Klägerin rechnete unter dem 08.04.2016 für die stationäre Versorgung des Versicherten einen Betrag in Höhe von 9.565,96 EUR mit der Beklagten ab.

Am 13.04.2016 zeigte der Medizinische Dienst der Krankenversicherung Baden-Württemberg (MDK) der Klägerin an, dass er von der Beklagten mit einer gutachtlichen Stellungnahme zum Aufenthalt des Versicherten beauftragt worden sei. Er bat um Übermittlung der genannten Unterlagen bis zum 17.05.2016. Als Fragen der Krankenkasse waren in dem Schreiben angegeben: "Ist/sind die Prozedur(en) korrekt?".

Mit Schreiben vom 13.05.2016 teilte die Klägerin mit, aus der Anzeige des MDK gehe nicht hervor, welche Prozeduren konkret geprüft werden. Auch liege keine Anzeige der Beklagten vor. Man sehe deshalb den Fall wegen Fristablaufs als erledigt an. Im Falle eines Nachweises des Eingangs der Prüfanzeige werde man von der Einrede der Verfristung zurücktreten.

Nachdem seitens der Klägerin nicht die vom MDK geforderten Unterlagen an diesen über-sandt wurden, teilte die Beklagte der Klägerin mit Schreiben vom 19.05.2016 mit, es stehe der Klägerin deshalb nur der unstrittige Rechnungsbetrag zu. Man werde deshalb eine "Verrechnung in Höhe von Euro (ZE 2016-25) bei dem Behandlungsfall mit der Aufnahme-Nr. 21602460 und der Rechnungs-Nr. 41603416 vornehmen". Den gekürzten Rechnungsbetrag werde man in den nächsten Tagen anweisen.

Die Beklagte übersandte der Klägerin mit Email vom 07.06.2016 ihre Prüfanzeige vom 12.04.2016. Hierin teilte sie mit, die Prozedur(en) sei(en) nicht plausibel. Es liege folgende Auffälligkeit vor: Aus den nach [§ 301 SGB V](#) übermittelten Daten lasse sich anhand der Haupt- und Nebendiagnosen bzw. Prozeduren eine oder mehrere Prozeduren nicht nachvoll-ziehen. Man habe deshalb den MDK mit einer Prüfung beauftragt. Gleichzeitig übersandte sie der Klägerin einen Computerfax-Sendebericht vom 12.04.2016.

Die Klägerin hat am 25.07.2016 Klage zum Sozialgericht Karlsruhe erhoben. Sie trägt vor, die Beklagte habe es entgegen § 4 Satz 1 PrüfVV der im Jahre 2016 gültigen Fassung unter-lassen, der Klägerin die Auffälligkeit innerhalb von sechs Wochen nach Eingang der übermittelten Daten und der entsprechenden Krankenhausrechnung so konkret wie möglich mitzuteilen und ihr zumindest die Art der Überprüfung zu nennen. Lediglich der MDK habe seine Beauftragung angezeigt. Dies entspreche nicht dem Wortlaut des § 4 Satz 1 PrüfVV. Danach könne die Krankenkasse die Mitteilung der Auffälligkeit sowie die Benennung der Art der Prüfung nicht an einen Dritten, insbesondere nicht an den

MDK delegieren. Dies werde bestätigt durch die Anfang 2016 geeinigte Fassung der PrüfVV, wonach nach Inkrafttreten der Neuregelung im Falle einer Direktbeauftragung auf eine Mitteilung der Krankenkasse verzichtet werden kann. Dies bedeute im Umkehrschluss, dass nach dem übereinstimmenden Willen der Vertragsparteien bis zur Neuregelung eine Mitteilung durch die Krankenkasse selbst zwingend erforderlich gewesen sei. Selbst wenn man jedoch davon ausgehe, die Beklagte habe die Mitteilung über den Prüfanlass und die konkrete Benennung der Art der Prüfung dem MDK überlassen können, so werde das Schreiben des MDK vom 13.04.2016 diesen Maßgaben nicht gerecht. Es werde kein konkreter Prüfanlass oder gar eine konkrete Auffälligkeit benannt. Es fehle jeglicher Hinweis darauf, weshalb die Krankenkasse Zweifel daran gehabt habe, dass - welche Prozedur auch immer - nicht korrekt sei. Dass sie Zweifel am abgerechneten Zusatzentgelt gehabt habe, wie sie dies im Schreiben vom 19.05.2016 mitgeteilt habe, lasse sich dem Schreiben des MDK nicht entnehmen. Ebenfalls lasse sich nicht die Art der Prüfung entnehmen. Es sei unklar, ob es sich um eine Teilprüfung oder eine Vollprüfung handle. Es liege damit keine ordnungsgemäße Einleitung des MDK-Überprüfungsverfahrens vor. Sie sei demnach nicht verpflichtet gewesen, dem MDK Unterlagen zur Verfügung zu stellen. Der von der Beklagten vorgelegte Sendebericht sei nach ständiger Rechtsprechung des BGH nicht geeignet, den Zugang bei ihr zu belegen.

Die Klägerin beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, an sie 1.500,00 EUR zuzüglich Zinsen hieraus in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 31.05.2016 zu zahlen. Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Die Beklagte trägt vor, innerhalb der Frist der PrüfVV seien dem MDK keine Unterlagen übermittelt worden anhand derer das Zusatzentgelt hätte geprüft werden können. Der Hinweis über die mutmaßlich fehlende Auffälligkeit sei außerhalb der Frist übermittelt worden. Der vom MDK angeforderte OP Bericht hätte eine sachgerechte Prüfung ermöglicht. Die Klägerin sei mit der Vorlage der Patientenakte oder Auszügen im Klageverfahren ausgeschlossen. Die Klage sei ohne inhaltliche Prüfung abzuweisen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitverhältnisses wird auf die Gerichtsakte Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die von der Klägerin erhobene echte Leistungsklage gem. [§ 54 Abs. 5](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) ist im hier bestehenden Gleichordnungsverhältnis zulässig (dazu nur BSG 14.10.2014, [B 1 KR 25/13](#), juris) und in der Sache begründet.

1. Die Klägerin hat gegen die Beklagte noch einen Vergütungsanspruch für die Krankenhausbehandlung in Höhe von 1.500,00 EUR. Zwar hatte die Beklagte ursprünglich den gesamten von der Klägerin geltend gemachten Betrag iHv 9.565,96 EUR gezahlt, jedoch nachträglich den Vergütungsanspruch mit einem zwischen den Beteiligten nicht streitigen Vergütungsanspruch der Klägerin aus einem anderen Behandlungsfall gegen die Beklagte iHv 1.500,00 EUR verrechnet.

Es fehlt jedoch an der für eine Aufrechnung gem. [§ 69 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) iVm [§§ 387 ff](#) Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) erforderlichen Gegenforderung der Beklagten, mit der sie gegen die Hauptforderung der Klägerin wegen Überzahlung der Vergütung für die Krankenhausbehandlung des Versicherten analog [§ 387](#) Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) aufrechnen kann (vgl. zur Aufrechnung analog BSG, Urteil vom 28.11.2013, Az.: [B 3 KR 33/12 R](#), juris). Der Beklagten steht kein als Grundlage für ihre Gegenforderung in Betracht kommender öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch iHv 1.500,00 EUR zu, denn die ursprüngliche Zahlung der Beklagten erfolgte nicht ohne Rechtsgrund. Dieser lag im Vergütungsanspruch der Klägerin gegen die Beklagte für die Behandlung des Versicherten vom 21.03. bis 26.03.2016.

Rechtsgrundlage des Vergütungsanspruchs ist [§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) (idF des GKV-Finanzierungsgesetzes vom 22.10.2010, [BGBl I S 2309](#)) in Verbindung mit [§ 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 Krankenhausentgeltgesetz \(KHEntgG\)](#) und [§ 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG](#) (jeweils idF des Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes v 17.03.2009, [BGBl I S 534](#)) sowie [§ 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz \(KHG\)](#); idF durch das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz vom 17.03.2009, [BGBl I S 534](#)) und die Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2016 vom 24.09.2015 (Fallpauschalenvereinbarung 2016 - FPV-2016) sowie der nach [§ 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#) geschlossene Landesvertrag.

Die Beklagte ist mit Einwendungen gegen die Abrechnung und damit gegen die Höhe des Vergütungsanspruches ausgeschlossen. Sie hat nämlich entgegen den einschlägigen - [§ 275 Abs. 1](#) c SGB V konkretisierenden - Regelungen in der hier anzuwendenden und bis zum 31.12.2016 geltenden PrüfVV das Prüfverfahren nicht ordnungsgemäß eingeleitet. [§ 4 PrüfVV](#) bestimmt hierzu:

"Erkennt die Krankenkasse bei der Prüfung nach [§ 3](#) Auffälligkeiten, die es erforderlich machen, eine Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Krankenhausleistungen oder der Korrektheit deren Abrechnung nach [§ 275 Abs. 1](#) c SGB V einzuleiten, hat sie dem Krankenhaus die Auffälligkeiten innerhalb von 6 Wochen nach Eingang der nach [§ 3](#) übermittelten Daten und der entsprechenden Krankenhausrechnung so konkret wie möglich mitzuteilen, und hier zumindest die Art der Prüfung wie folgt zu bestimmen: - eine Teilprüfung der Abrechnung (bestimmte Diagnosen, bestimmte Prozeduren etc.) - eine Vollprüfung der Abrechnung (alle abrechnungsrelevanten Diagnosen/Prozeduren etc.) - eine Fehlbelegungsprüfung oder - Fragen zur Voraussetzung bestimmter Maßnahmen (medizinische Indikation, NUB etc.) Die Mitteilung muss dem Krankenhaus in dieser Frist zugehen.

Die Beklagte hat es entgegen diesen Bestimmungen in [§ 4 PrüfVV](#) unterlassen, der Klägerin binnen einer Frist von sechs Wochen nach Eingang der Krankenhausrechnung, die von ihr beanstandeten Auffälligkeiten so konkret wie möglich mitzuteilen.

Die Beklagte kann sich insoweit nicht auf das von ihr vorgerichtlich vorgelegte Schreiben vom 12.04.2016 berufen, in welchem sie Auffälligkeiten bei den Prozeduren beanstandet. Zur Überzeugung der erkennenden Kammer ist nämlich auch durch den - ebenfalls lediglich vorgerichtlich - vorgelegten Sendebericht nicht nachgewiesen, dass das Schreiben vom 12.04.2016 der Klägerin zugegangen ist. Der Nachweis enthält zwar unter "Status" den Vermerk "gesendet", allerdings gibt dies keinen Hinweis darauf, dass das Schreiben der Klägerin

auch tatsächlich zugegangen ist. Insofern kann der Status "gesendet" über ein Indiz hinaus nicht den Anscheinsbeweis für dessen tatsächlichen Zugang bei dem Empfänger begründen, vgl. hierzu BGH, Beschluss vom 21.07.2011, Az.: [IX ZR 148/10](#), juris. Insoweit mangelt es an einem Nachweis der Beklagten, dass ihre Prüfanzeige vom 12.04.2016 in den Machtbereich der Klägerin gelangt ist. Dies geht zu ihren Lasten.

Die Beklagte kann sich darüber hinaus auch nicht auf das Schreiben des MDK vom 13.04.2016 als ihr zurechenbare ausreichende Prüfmitteilung berufen. Die Verpflichtung der Krankenkasse zur Anzeige der Prüfung gem. § 4 PrüfVV ist zur Überzeugung der Kammer nicht delegationsfähig.

Zwar hat das BSG in seinem Urteil vom 27.11.2014 (Az.: [B 3 KR 7/13 R](#), juris) entschieden, dass die Krankenkasse einem Krankenhaus auch selbst anzeigen kann, dass sie den MDK mit der Prüfung der Abrechnung einer Krankenhausbehandlung beauftragt hat; einer zusätzlichen Prüfanzeige durch den MDK bedarf es zur Wahrung der Sechswochenfrist für die Einleitung und Anzeige des Prüfverfahrens nicht. Das BSG ist in dieser Entscheidung davon ausgegangen, dass [§ 275 Abs. 1 C SGB V](#) den Zweck verfolgt, dem Krankenhaus innerhalb der Sechswochenfrist Gewissheit zu verschaffen, ob die Krankenkasse eine Abrechnung als endgültig akzeptiert oder eine Überprüfung durch die Krankenkasse oder den MDK beabsichtigt ist. Dabei ist es für das Krankenhaus ohne Bedeutung, ob es von einer beabsichtigten Abrechnungsprüfung durch die Krankenkasse selbst oder durch den MDK unterrichtet wird. Das BSG führt in dieser Entscheidung vom 27.11.2014 ([aaO](#)) weiter aus, dass sich aus einer Prüfanzeige durch den MDK für das Krankenhaus ohne Weiteres ergibt, dass dem MDK der Prüfauftrag rechtzeitig erteilt wurde, so dass eine alleinige Prüfanzeige durch den MDK dem Sinn und Zweck der Vorschrift des [§ 275 Abs. 1 c SGB V](#) gerecht wird.

Gleichwohl können die vom BSG in dieser Entscheidung aufgestellten Grundsätze keine Geltung für den vorliegenden Fall beanspruchen, weil sie sich lediglich auf [§ 275 Abs. 1 c SGB V](#) beziehen und die erst am 01.1.2015 in Kraft getretene PrüfVV denklogisch nicht miteinbeziehen. Zur Überzeugung der Kammer waren die Krankenkassen im Zeitraum vom 01.01.2015 und 31.12.2016 und somit auch im vorliegenden Fall verpflichtet, dem abrechnenden Krankenhaus eine Abrechnungsprüfung selbst anzeigen. Dies ergibt sich eindeutig aus dem Wortlaut des § 4 Satz 1 PrüfVV. Danach muss die Krankenkasse dem Krankenhaus die Auffälligkeiten innerhalb einer Frist von sechs Wochen nach Eingang der nach § 3 übermittelten Daten und der entsprechenden Krankenhausrechnung so konkret wie möglich mitteilen.

Einer Auslegung des Wortlauts des § 4 PrüfVV - wie vom BSG (Urteil vom 27.11.2014, [aaO](#)) für den Fall des [§ 275 Abs. 1 c SGB V](#) vorgenommen - dahingehend, dass dem Krankenhaus lediglich irgendeine Prüfmitteilung - entweder von der Krankenkasse oder vom MDK - zugehen muss, widerspricht für den vorliegenden Fall, dass es sich bei § 4 PrüfVV um eine Vereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und der Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V. handelt. Die Kammer hält insofern eine zwischen den Beteiligten konkret getroffene Vereinbarung der Auslegung nicht in gleichem Maße zugänglich wie eine vom Gesetzgeber geschaffene Regelung. Die Beteiligten müssen sich an dem von ihnen selbst gewählten Wortlaut festhalten lassen. Dies muss umso mehr Geltung beanspruchen als die PrüfVV in der hier streitigen Fassung in Kenntnis des Urteils des BSG vom 27.11.2014 in Kraft getreten ist. Dies lässt den Schluss zu, dass die Beteiligten gerade und entgegen der Ausführungen des BSG eine Mitteilungspflicht durch das Krankenhaus in der PrüfVV verankern wollten. Gestützt wird diese wortgetreue Auslegung schließlich dadurch, dass die Beteiligten in der nunmehr ab dem 01.01.2017 geltenden Fassung (im Folgenden neue Fassung (nF)) die betreffenden Passage ausdrücklich geändert haben. Nunmehr ist in § 6 Abs. 2 Satz 5 PrüfVV nF geregelt, dass in Fällen der Direktberatung die Mitteilung nach § 4 der Krankenkasse entfällt. Hätten die Beteiligten bereits in ihrer ersten Fassung eine Mitteilungspflicht durch die Krankenkasse als entbehrlich angesehen, so wäre es ihnen möglich gewesen, dies so konkret bereits ab dem 01.01.2015 zu vereinbaren. Da dies unterblieben ist, müssen sie sich mithin an die von beiden getragene Vereinbarung halten.

Da die Mitteilung der Beklagten der Klägerin nicht binnen der Sechswochenfrist zugegangen ist, war sie nicht berechtigt, von der Rechnung der Klägerin 1.500,00 EUR in Abzug zu bringen. Insofern kann auch dahingestellt bleiben, ob die Prüfmitteilung durch den MDK tatsächlich den Anforderungen des § 4 PrüfVV gerecht wird.

Im Übrigen ist im vorliegenden Fall nicht nachzuvollziehen, weshalb die Beklagte nicht nach Mitteilung der Klägerin vom 13.05.2016, es liege keine Prüfanzeige der Beklagten vor, die Prüfanzeige vom 12.04.2016 umgehend nochmals an die Klägerin gesandt hat. Die Beklagte hätte sich zu diesem Zeitpunkt innerhalb der Sechswochenfrist bewegt. Stattdessen hat sie dieses Versäumnis erst mit Email vom 07.06.2016 und damit verfristet nachgeholt. Der Zinsanspruch ergibt sich aus § 19 Abs. 3 des in Baden-Württemberg geltenden Vertrages nach [§ 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#) über die "Allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung". Danach kann das Krankenhaus bei Überschreiten des Zahlungsziels ab dem Fälligkeitstag Verzugszinsen berechnen, ohne dass es einer Mahnung bedarf. Da die Beklagte die Vergütung ursprünglich in vollem Umfang gezahlt hat, fallen Verzugszinsen erst ab dem Tag der jeweiligen Verrechnungen an. Der Verzugszinssatz beträgt für das Jahr fünf Prozentpunkte über dem Basiszinssatz nach [§ 247 Abs. 1 BGB](#). 2. Die Kostenfolge beruht auf [§ 197a SGG](#) i.V.m. § 154 Abs. 1 Satz 1, Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO). 3. Die Festsetzung des Streitwertes beruht auf [§ 197a Abs 1 Satz 1 HS. 1 SGG](#) iVm [§ 63](#), [§ 52 Abs. 1](#), 3 Gerichtskostengesetz (GKG).

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2017-02-06