S 5 KR 1859/20

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
SG Karlsruhe (BWB)
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
5
1. Instanz
SG Karlsruhe (BWB)
Aktenzeichen
S 5 KR 1859/20
Datum
12.11.2020
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Gerichtsbescheid
Leitsätze
1. Können sich Krankenhaus und Krankenkasse in einem Vorverfahren nach § 5 PrüfvV 2016 nicht einigen, ob die vom Krankenhaus abgerechnete vollstationäre Behandlung erforderlich war, muss die Krankenkasse zwingend den MDK mit einer Prüfung beauftragen.

2. Bei der zwölfwöchigen Frist zur Beauftragung des MDK nach § 6 Abs. 2 S. 1 PrüfvV 2016 handelt es sich um eine Ausschlussfrist.

3. Hat die Krankenkasse versäumt, den MDK innerhalb der Frist nach § 6 Abs. 2 S. 1 PrüfvV 2016 mit einer Prüfung zu beauftragen, darf das Krankenhaus keine weiteren Sozialdaten mehr übermitteln; die Prüfung bleibt dann begrenzt auf die nach § 301 SGB V übermittelten Daten, die Angaben in der Rechnung sowie Informationen aus einem etwaigen Falldialog. Das gilt auch ein nachfolgendes Gerichtsverfahren. Hieraus resultierende Beweisschwierigkeiten gehen zulasten der Krankenkasse.
1. Die Beklagte wird verurteilt, der Klägerin 910,24 EUR zuzüglich Zinsen hieraus in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 17.2.2019 zu zahlen. 2. Die Beklagte trägt die Kosten des Verfahrens.

Tatbestand:

Streitig ist die Vergütung für eine vollstationäre Krankenhausbehandlung; die Beklagte meint, eine Behandlung im Krankenhaus sei nicht erforderlich gewesen.

Die Klägerin ist Trägerin des X-Klinikums Y., das zur Versorgung gesetzlich Versicherter zugelassen ist.

Vom 2. – 3.1.2019 befand sich der bei der Beklagten versicherte Patient J.S. in vollstationärer Behandlung im X-Klinikum Y. Für die Behandlung stellte die Klägerin der Beklagten am 16.1.2019 insgesamt 910,24 EUR in Rechnung.

Am 15.2.2019 teilte die Beklagte der Klägerin mit, die durchgeführte Behandlung werde regelmäßig ambulant erbracht; außerdem sei Herr S. bereits vorstationär untersucht worden. Angesichts dessen bitte sie um Begründung, warum eine stationäre Aufnahme erfolgt sei, und um Angabe, welche besonderen Mittel eines Krankenhauses die Ärzte für erforderlich gehalten hätten.

Die Klägerin antwortete am 9.5.2019, bei einer Kraftprüfung von Herrn S. sei eine bis dahin nicht beschriebene Hüftbeugerparese festgestellt worden – zusätzlich zu einer bereits bekannten Parese von Fuß- und Zehenheber. Die frische Parese habe eine stationäre Aufnahme gerechtfertigt. Im Krankenhaus sei zur weiterführenden Diagnostik u.a. eine MRT der Lendenwirbelsäule durchgeführt worden. Anhand der Bilder habe sich eine Zunahme der lumbalen Stenose ausschließen lassen – und damit auch die Notwendigkeit einer Operation. Vor diesem Hintergrund habe der Patient in die ambulante Behandlung entlassen werden können.

Am 23.5.2019 erwiderte die Beklagte, es habe sich um eine Abklärungsuntersuchung gehandelt. Sie bitte daher die Klägerin, die Leistung als vorstationäre Behandlung (mit Großgeräten) abzurechnen.

Mit der am 25.6.2020 erhobenen Klage begehrt die Klägerin Zahlung in Höhe des Rechnungsbetrags. Sie trägt vor, Herr S. habe an einschießenden Schmerzen in den Oberschenkeln, Schwächegefühl, einer Hüftbeugerschwäche sowie Lähmungen der Fuß- und Zehenheber gelitten. Zur weiteren Abklärung hätten die Krankenhausärzte ab dem 2.1.2019 umfangreiche diagnostische Maßnahmen durchgeführt. Die Behauptung der Beklagten, eine vorstationäre Behandlung hätte genügt, sei in der Sache falsch und "ins Blaue hinein" erfolgt. Sofern die Beklagte die Notwendigkeit einer stationären Aufnahme bezweifele, hätte sie den Behandlungsfall durch den MDK prüfen lassen können und

müssen. Stattdessen habe sie lediglich eine medizinische Begründung angefordert, aber keinen Falldialog geführt und nicht den MDK beauftragt. Mittlerweile sei die Frist hierfür verstrichen.

Die Klägerin beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, ihr 910,24 EUR zuzüglich Zinsen hieraus in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 17.2.2019 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie trägt ergänzend vor, die bei Herrn S. durchgeführte Untersuchung mittels MRT der Wirbelsäule sei eindeutig dem ambulanten Bereich zuzuordnen. Es gebe keine Anhaltspunkte dafür, im konkreten Fall sei eine ambulante MRT ausgeschlossen gewesen. Entgegen der Darstellung der Klägerin sei die Untersuchung auch nicht besonders dringend gewesen. Denn zwischen der Verordnung durch den Hausarzt am 15.12.2018 und der stationären Aufnahme am 2.1.2019 hätten 15 Tage gelegen. Sofern sich bei einer ambulanten Diagnostik die Notwendigkeit einer sofortigen Intervention ergeben hätte, wäre eine stationäre Aufnahme jederzeit möglich gewesen. Die Notwendigkeit einer vollstationären Behandlung habe sie, die Beklagte, selbst verneinen können, ohne den MDK zu konsultieren; denn hierbei habe es sich um "keine medizinische Fragestellung" gehandelt.

Am 5.10.2020 hat das Gericht den Beteiligten geteilt, dass es durch Gerichtsbescheid zu entscheiden beabsichtige. Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die Prozessakte sowie die Verwaltungsakte der Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

1) Die Klage ist zulässig und begründet. Die Klägerin hat gegenüber der Beklagten einen Anspruch auf Zahlung von 910,24 EUR (dazu a) nebst Zinsen hieraus in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 17.2.2019 (dazu b).

a) Rechtsgrundlage für den Vergütungsanspruch ist § 109 Abs. 4 S. 3 SGB V i.V.m. § 7 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 KHEntG und dem Fallpauschalen-Katalog 2019. Danach ist die Krankenkasse unabhängig von einer Kostenzusage zur Zahlung der vereinbarten Entgelte verpflichtet, wenn tatsächlich eine vollstationäre Krankenhausbehandlung stattgefunden hat und diese Behandlung erforderlich war. Der Vergütungsanspruch des Krankenhauses reicht grundsätzlich nur so weit wie der Anspruch des Versicherten gegenüber seiner Krankenkasse (BSG, Urteil vom 10.4.2008, B 3 KR 14/07 R, Rdnr. 12 – nach Juris). Versicherte haben Anspruch auf vollstationäre Behandlung durch ein zugelassenes Krankenhaus, wenn die Aufnahme nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann (§ 39 Abs. 1 S. 2 SGB V).

Im vorliegenden Fall hat die Beklagte nicht nachgewiesen, dass die vollstationäre Behandlung von Herrn S. nicht erforderlich gewesen sei (dazu aa und bb); die restlichen Zweifel gehen zulasten der Beklagten (dazu cc).

aa) Bei seiner Prüfung war das Gericht auf die von der Klägerin nach § 301 SGB V übermittelten Daten, die Angaben in der Rechnung sowie die medizinische Begründung vom 9.5.2019 beschränkt; weitere Beweismittel (insbesondere die Patientenakte) durfte das Gericht nicht verwerten.

(1) Zwischen dem Krankenhaus, der Krankenkasse und dem MDK bestehen wechselseitige Auskunfts-, Prüf- und Mitwirkungspflichten (BSG, Urteil vom 16.5.2012, B 3 KR 14/11 R, Rdnr. 18 – nach Juris). Zum Zeitpunkt der hier streitigen Behandlung wurden diese Pflichten durch die Prüfverfahrensvereinbarung vom 3.2.2016 (PrüfvV 2016) konkretisiert. Die PrüfvV ist für die Beteiligten rechtlich bindend (Gerlach in: Dettling/Gerlach, Krankenhausrecht, 2. Aufl., § 39 SGB V, Rdnr. 98a). Die Krankenkasse hat die vom Krankenhaus übermittelten Leistungs- und Abrechnungsdaten im Hinblick auf die Wirtschaftlichkeit der Krankenhausleistungen näher zu prüfen (§ 3 S. 1 PrüfvV 2016). Erkennt sie dabei Auffälligkeiten, die es erforderlich machen, eine Prüfung der Wirtschaftlichkeit nach § 275 Abs. 1c SGB V (a.F.) einzuleiten, hat sie dem Krankenhaus den sich aus den Auffälligkeiten ergebenden Prüfgegenstand innerhalb von sechs Wochen nach Eingang der übermittelten Daten und der entsprechenden Krankenhausrechnung so konkret wie möglich mitzuteilen; Prüfgegenstand kann z.B. eine primäre Fehlbelegung sein (§ 4 S. 1 und S. 2 PrüfvV 2016). Nach Einleitung des Prüfverfahrens können sowohl die Krankenkasse als auch das Krankenhaus zu einem Falldialog auffordern (§ 5 Abs. 4 S. 1 PrüfvV 2016). Erfolgt im Vorverfahren kein Falldialog oder wird zwar ein Falldialog durchgeführt, jedoch keine Einigung erzielt, hat die Krankenkasse den MDK mit der Durchführung einer Prüfung nach § 275 Abs. 1c SGB V (a.F.) zu beauftragen (§ 6 Abs. 1 Buchstaben a) und c) PrüfvV 2016).

Im vorliegenden Fall teilte die Beklagte nach Eingang der Rechnung (vom 16.1.2019) innerhalb von sechs Wochen, nämlich am 15.2.2019, der Klägerin ihren Verdacht mit, es habe eine primäre Fehlbelegung bestanden; auf diese Weise hat sie das Prüfverfahren eingeleitet. Das Gericht kann dahingestellt lassen, ob der anschließende Schriftwechsel der Beteiligten (Schreiben der Klägerin vom 9.5.2019, Antwort der Beklagten vom 23.5.2019) als "Falldialog" im Sinne des § 5 Abs. 4 – 6 PrüfvV 2016 zu werten ist. Jedenfalls kam es zu keiner Einigung. Angesichts dessen hätte die Beklagte in einem nächsten Schritt zwingend den MDK mit einer Prüfung nach § 275 Abs. 1c SGB V (a.F.) beauftragen müssen. Das hat sie allerdings nicht getan.

Nicht zu überzeugen vermag der Vortrag der Beklagten, eine Beauftragung des MDK sei hier entbehrlich gewesen, weil es um "keine medizinische Fragestellung" gegangen sei. Der Verdacht auf eine primäre Fehlbelegung, den die Beklagte hegt, gehört nach § 4 S. 2 PrüfvV 2016 ausdrücklich zu jenen Anlässen, bei denen ein Prüfverfahren nach den Regeln der PrüfvV durchzuführen ist – also einschließlich einer Beauftragung des MDK.

(2) Mittlerweile kann die Beklagte den MDK nicht mehr mit einer Prüfung beauftragen; denn die Frist dafür ist verstrichen.

Findet – wie hier – im Vorverfahren kein Falldialog statt oder wird zwar ein Falldialog durchgeführt, jedoch keine Einigung erzielt, erfolgt die

Beauftragung des MDK spätestens 12 Wochen nach Einleitung des Prüfverfahrens (§ 6 Abs. 2 S. 1 PrüfvV 2016). Hierbei handelt es sich um eine Ausschlussfrist (a.A. Gerlach in: Dettling/Gerlach, Krankenhausrecht, 2. Aufl., § 39 SGB V, Rdnr. 98b): In der vorangehenden Fassung der Prüfverfahrensvereinbarung, der PrüfvV 2014, war dies noch ausdrücklich so normiert (vgl. § 6 Abs. 2 S. 3 PrüfvV 2014). Nach Überarbeitung der Prüfverfahrensvereinbarung tauchte die Regelung im Text nicht mehr auf. Allerdings hatten die Vertragspartner insoweit keine inhaltliche Änderung beabsichtigt. Vielmehr beruhte der Wegfall auf einem redaktionellen Versehen; dies haben die Vertragspartner zwischenzeitlich klargestellt (vgl. dazu Sehy, KH 2016, 509). Im Übrigen dienen die zahlreichen Fristen der PrüfvV 2016 (z.B. § 6 Abs. 3 S. 2, § 7 Abs. 2 S. 4 und Abs. 5 S. 2) dem Zweck, einen zeitnahen Abschluss des Prüfverfahrens zu gewährleisten. So hat die Krankenkasse dem Krankenhaus ihre abschließende Entscheidung spätestens elf Monate nach Übermittlung der Prüfanzeige durch den MDK mitzuteilen (§ 8 S. 3 PrüfvV). Es wäre sinnwidrig, wenn zwar die Prüfung durch den MDK einem engen Fristenregime mit vorgegebener Höchstdauer unterläge, sich die Krankenkasse aber beliebig Zeit lassen dürfte, um überhaupt den MDK zu beauftragen; der gewollte Beschleunigungseffekt träte dann nicht ein. Auch dies spricht für die Annahme einer Ausschlussfrist.

(3) Hat die Krankenkasse – wie hier – versäumt, den MDK innerhalb der Frist von 12 Wochen mit einer Prüfung zu beauftragen, darf das Krankenhaus keine weiteren Sozialdaten mehr übermitteln; die Prüfung bleibt dann begrenzt auf die nach § 301 SGB V übermittelten Daten, die Angaben in der Rechnung sowie Informationen aus einem etwaigen Falldialog (ähnlich bereits zur Rechtslage vor Geltung der PrüfvV: BSG, Urteil vom 16.5.2012, B 3 KR 14/11 R, Rdnr. 22 – nach Juris). Dies gilt auch für ein nachfolgendes Gerichtsverfahren. Denn das Gericht ist nicht befugt, Beweismittel zu verwerten, die der MDK nicht mehr anfordern dürfte (BSG, a.a.O., Rdnr. 28 – nach Juris; Urteil vom 19.4.2016, B 1 KR 33/15 R, Rdnr. 21 – nach Juris; Gerlach in: Dettling/Gerlach, Krankenhausrecht, 2. Aufl., § 39 SGB V, Rdnr. 122).

bb) Auf Grundlage nur der verwertbaren Daten ist das Gericht nicht davon überzeugt, die vollstationäre Behandlung des Patienten S. sei nicht erforderlich gewesen (sondern hätte ambulant erfolgen können): In ihrer Rechnung vom 16.1.2019 hatte die Klägerin als Diagnosen bei stationärer Aufnahme in erster Linie eine Spinalkanalstenose (M 48.0), einen lumbalen Bandscheibenschaden mit Radikulopathie (M 51.1) sowie eine Kompression von Nervenwurzeln (G 55.1) angegeben; darüber hinaus bestanden der Rechnung zufolge zahlreiche internistische und neurologische Begleiterkrankungen. Als Prozedur hatte die Klägerin eine native MRT von Wirbelsäule und Rückenmark abgerechnet (OPS 3-802). Diese standardisierten Angaben geben indes keine detaillierte Auskunft über den konkreten Krankheitsverlauf und dessen Bewertung durch das medizinische Personal. Etwas aussagekräftiger ist insoweit das Schreiben der Klägerin vom 9.5.2019. Darin hatte die Klägerin ausgeführt, bei einer Kraftprüfung von Herrn S. sei eine bis dahin nicht beschriebene Hüftbeugerparese festgestellt worden – zusätzlich zu einer bereits bekannten Parese von Fuß- und Zehenheber; die frische Parese habe eine stationäre Aufnahme gerechtfertigt. Diese Einschätzung erscheint dem Gericht zumindest vertretbar. Denn neue Lähmungserscheinungen können eine rasche Abklärung erfordern und je nach Ergebnis eine umgehende operative Intervention. Es dürfte den Ablauf regelmäßig beschleunigen, wenn sowohl die Diagnostik als auch die Behandlung im Krankenhaus erfolgen, so dass beide Maßnahmen nahtlos ineinandergreifen können. Ob allerdings im hier streitigen Behandlungsfall eine derart schnelle Vorgehensweise geboten war, lässt sich anhand der verwertbaren Daten nicht sicher beantworten. Auf deren Basis erscheint dem Gericht möglich, aber nicht zwingend, dass eine Notwendigkeit für die vollstationäre Behandlung bestand.

cc) Die Zweifel gehen zu Lasten der Beklagten; denn sie trifft insoweit die Beweislast.

Wer für sich ein Recht in Anspruch nimmt, trägt grundsätzlich die objektive Beweislast für die rechtsbegründenden Tatsachen (Kühl in: Fichte/Jüttner, SGG, 3. Aufl., § 103 Rdnr. 7). Anders verhält es sich bei einer sog. Beweisvereitelung: Hat die Behörde im Verwaltungsverfahren eine ihr obliegende Pflicht verletzt und dadurch die weitere Aufklärung des Sachverhalts erschwert, kann dies zu Beweiserleichterungen zugunsten der Gegenseite führen – bis hin zur Umkehr der Beweislast (BSG, Urteil vom 8.5.2005, B 1 KR 18/04 R, Rdnr. 24 – nach Juris; Kühl, a.a.O.; Schmidt in: Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer/Schmidt, SGG, 13. Aufl., § 103 Rdnr. 18a).

Die Klägerin beansprucht eine Vergütung für die Behandlung von Herrn S ... Grundsätzlich obläge es daher ihr (und nicht der Beklagten), die Erforderlichkeit der stationären Aufnahme zu beweisen. Wie ausgeführt, hat die Beklagte indes versäumt, den MDK zu beauftragen – mit der Folge, dass das Gericht nur noch wenige Beweismittel verwerten darf. Dadurch ist der Klägerin weitgehend die Chance genommen, ihren Vortrag bezüglich der Notwendigkeit einer stationären Aufnahme so zu belegen, dass das Gericht davon voll überzeugt wird. Denn dazu bedarf es in aller Regel der Angaben in der Patientenakte – deren Auswertung aber gerade ausgeschlossen ist. Für diesen Beweisnotstand der Klägerin hat letztlich die Beklagte gesorgt, nämlich durch ihr pflichtwidriges Unterlassen, den MDK mit einer Prüfung zu beauftragen. Nach Auffassung des Gerichts rechtfertigt dies eine Umkehr der Beweislast; denn andernfalls würde die Beklagte von Beweisschwierigkeiten der Klägerin profitieren, die sie, die Beklagte, selbst verursacht hat. Eine bloße Beweiserleichterung – im Sinne reduzierter Anforderungen an die Beweiskraft – reicht hier nicht aus, um die Schwierigkeiten der Klägerin zu kompensieren.

b) Die Krankenkasse hat die Rechnung innerhalb von 30 Tagen nach Übermittlung des Rechnungssatzes zu bezahlen. Bei Überschreiten des Zahlungsziels kann das Krankenhaus ab dem Fälligkeitstag Verzugszinsen berechnen, ohne dass es einer Mahnung bedarf. Der Verzugszinssatz beträgt für das Jahr fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz (§ 112 Abs. 2 S. 1 Nr. 1 SGB V i.V.m. § 19 Abs. 1 S. 1 und Abs. 3 des Sicherstellungsvertrags).

Nach Rechnungsstellung am 16.1.2019 endete im vorliegenden Fall die Zahlungsfrist für die Beklagte mit Ablauf des 15.2.2019 (einem Freitag). Angesichts dessen stehen der Klägerin neben der Vergütung auch die geltend gemachten Zinsen zu.

2) Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Abs. 1 S. 1 SGG i.V.m. § 154 Abs. 1 VwGO.
Rechtskraft
Aus
Login
BWB
Saved
2020-11-30