

S 51 KR 3175/18

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
SG Dortmund (NRW)
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
51
1. Instanz
SG Dortmund (NRW)
Aktenzeichen
S 51 KR 3175/18
Datum
28.11.2019
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
-

Datum

-

3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum

-

Kategorie
Urteil

Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin einen Betrag in Höhe von 289,28 EUR nebst Zinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 07.11.2018 zu zahlen. Die Beklagte trägt die Kosten des Verfahrens. Die Berufung wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Vergütung stationärer Krankenhausbehandlung.

Bei der Klägerin handelt es sich um eine gesetzliche Krankenkasse. Die Beklagte betreibt ein nach § 108 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) zugelassenes Krankenhaus in Herdecke. Die bei der Klägerin versicherte Frau L T I (Versicherte), geboren am XX.XX.XXXX, befand sich zur Entbindung in vollstationärer Behandlung im Krankenhaus der Beklagten. Nach dem dokumentierten Beginn der Wehen am 10.04.2014 um 10:00 Uhr erfolgte noch am selben Tag die Aufnahme der Versicherten in das Krankenhaus um 12:01 Uhr, die Entbindung am 11.04.2014 um 01:58 Uhr und die Entlassung am 12.04.2014. Die Austreibungsperiode dauerte 123 Minuten. Für diesen Behandlungsfall stellte die Beklagte der Klägerin unter Zugrundelegung der Diagnosis Related Groups (DRG) O60C einen Betrag in Höhe von 2.059,28 EUR in Rechnung. Die Klägerin zahlte den Rechnungsbetrag und wertete die von der Beklagten zur Verfügung gestellten Behandlungsunterlagen aus. Nach Abschluss der Prüfung forderte die Klägerin die Beklagte außergerichtlich zur Rückzahlung eines Betrages in Höhe von 289,28 EUR auf.

Mit der am 07.11.2018 erhobenen Klage verfolgt die Klägerin den außergerichtlich geltend gemachten Rückforderungsanspruch weiter. Nach Ansicht der Klägerin sei die Beklagte unter Berücksichtigung der Deutschen Kodierrichtlinie 1521a nicht berechtigt gewesen, den erlösrelevanten ICD-Kode O63.1 (Protrahiert verlaufende Austreibungsperiode) zu kodieren. Soweit nach der Deutschen Kodierrichtlinie 1521a eine Geburt bei aktiver Wehensteuerung im Krankenhaus als protrahiert bezeichnet wird, wenn sie nach 18 Stunden regelmäßiger Wehentätigkeit nicht unmittelbar bevorsteht, sei diese Voraussetzung im Falle der Versicherten aufgrund des kürzeren Zeitraumes zwischen stationärer Aufnahme und Entbindung nicht erfüllt; auch nicht unter Berücksichtigung der Wehentätigkeit vor der stationären Aufnahme. Eine andere Auslegung lasse die Deutsche Kodierrichtlinie 1521a nicht zu. Kodierrichtlinien seien nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) streng nach ihrem Wortlaut anzuwenden.

Die Klägerin beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin einen Betrag in Höhe von 289,28 EUR nebst Zinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 07.11.2018 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Nach Ansicht der Beklagten verkenne die Klägerin, dass eine Geburt nicht erst mit der stationären Aufnahme beginne. Eine formale Ableitung einer protrahierten Geburt aus Aufnahme- und Entbindungszeitpunkt könne nicht generell vorgenommen werden. Zwar werde eine Geburt medizinisch gesamtgesehen als protrahiert bezeichnet, wenn diese bei Erstgebärenden nach 18 Stunden und bei Mehrgebärenden nach 12 Stunden nicht unmittelbar bevorstehe. Ungeachtet dessen sei von einer protrahiert verlaufenden Austreibungsperiode auszugehen, wenn der Muttermund bei Erstgebärenden länger als 120 Minuten und bei Mehrgebärenden länger als 60 Minuten bis zur Geburt des Kindes vollständig eröffnet sei. Entsprechend könne (zumindest) die protrahiert verlaufende

Austreibungsperiode bei der Versicherten mit einer Dauer von 123 Minuten über den ICD-Kode O63.1 (Protrahiert verlaufende Austreibungsperiode) abgebildet werden. Die Forderung nach 18 Stunden Gesamtdauer bei isoliert protrahierter Austreibungsperiode sei fachlich und medizinisch ohne Sinn.

Im Termin zur Erörterung der Sach- und Rechtslage am 06.09.2019 haben sich die Beteiligten mit einer Entscheidung des Gerichts ohne mündliche Verhandlung durch Urteil nach [§ 124 Abs. 2](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) einverstanden erklärt.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die Gerichtsakte, die von der Klägerin vorgelegte Verwaltungsakte und die beigezogenen Behandlungsunterlagen der Beklagten Bezug genommen. Die Akten waren Gegenstand der Entscheidungsfindung.

Entscheidungsgründe:

I. Die von der Klägerin erhobene (echte) Leistungsklage ist zulässig (dazu 1.) und begründet. Die tatbestandlichen Voraussetzungen des von der Klägerin geltend gemachten öffentlich-rechtlichen Anspruchs auf Erstattung überzahlter Vergütung (dazu 2.) sind erfüllt. Die Klägerin hat die verauslagte Krankenhausvergütung im geltend gemachten Umfang ohne Rechtsgrund gezahlt (dazu 3.). Die Klägerin hat auch Anspruch auf die zuerkannten Zinsen (dazu 4.).

1. Die von Amts wegen zu beachtenden Sachurteilsvoraussetzungen sind erfüllt. Die Klägerin macht zu Recht den Anspruch auf (teilweise) Rückzahlung der für die Krankenhausbehandlung der Versicherten gezahlten Vergütung mit der (echten) Leistungsklage nach [§ 54 Abs. 5 SGG](#) gegen die Beklagte geltend. Die Klage einer Krankenkasse auf Rückzahlung zu Unrecht erbrachter Vergütung gegen einen Krankenhausträger ist ein sog. Beteiligtenstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt, kein Vorverfahren durchzuführen und keine Klagefrist zu beachten ist (vgl. BSG, Ur. v. 08.11.2011 – [B 1 KR 8/11 R](#) –, juris Rn. 8; zum umgekehrten Fall der Klage eines Krankenhauses gegen eine Krankenkasse vgl. in stRspr. etwa BSG, Ur. v. 27.11.2014 – [B 3 KR 12/13 R](#) –, juris Rn. 11 m.w.N.). Die Klägerin hat den Rückzahlungsanspruch auch konkret beziffert (vgl. zur Notwendigkeit der Bezifferung BSG, Ur. v. 02.11.2010 – [B 1 KR 11/10 R](#) –, juris Rn. 10 m.w.N.).

2. Rechtsgrundlage des streitgegenständlichen Zahlungsanspruchs ist der öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch. Die sich aus der Erbringung von Leistungen für nach dem SGB V Versicherte ergebenden Rechtsbeziehungen zwischen Krankenkassen und als Leistungserbringer zugelassenen Krankenhäusern sind öffentlich-rechtlicher Natur (dazu a). Bei derartigen öffentlich-rechtlich geprägten Rechtsbeziehungen tritt an die Stelle des zivilrechtlichen Bereicherungsanspruchs nach [§ 812](#) Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) der öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch (dazu b).

a) Dass die Rechtsbeziehungen zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern öffentlich-rechtlicher Natur sind, ergibt sich explizit aus [§ 69 Abs. 1 S. 2 SGB V](#). Hiernach sind die Rechtsbeziehungen der Krankenkassen und ihrer Verbände zu den Krankenhäusern und ihren Verbänden abschließend im Vierten Kapitel des SGB V, in den [§§ 63, 64 SGB V](#) und in dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG), dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG) sowie den hiernach erlassenen Rechtsverordnungen geregelt. Da es sich bei diesen Vorschriften um solche des öffentlichen Rechts handelt, können auch die hierauf beruhenden Rechtsbeziehungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern nur öffentlich-rechtlicher Natur sein (vgl. BSG, Ur. v. 08.11.2011 – [B 1 KR 8/11 R](#) –, juris Rn. 10 m.w.N.).

b) Der im öffentlichen Recht auch ohne ausdrückliche Normierung seit langem anerkannte öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch (vgl. nur BSG, Ur. v. 30.01.1962 – [2 RU 219/59](#) –, juris Rn. 22 m.w.N. zur älteren Rechtsprechung und Literatur) ist aus allgemeinen Grundsätzen des Verwaltungsrechts, insbesondere der Gesetzmäßigkeit der Verwaltung herzuleiten (vgl. BSG, Ur. v. 28.10.2008 – [B 8 SO 23/07 R](#) –, juris Rn. 27). Er setzt voraus, dass im Rahmen eines öffentlichen Rechtsverhältnisses Leistungen ohne rechtlichen Grund erbracht oder sonstige rechtsgrundlose Vermögensverschiebungen vorgenommen worden sind (vgl. BSG, Ur. v. 30.01.1962 – [2 RU 219/59](#) –, juris Rn. 22; BSG, Ur. v. 22.07.2004 – [B 3 KR 21/03 R](#) –, juris Rn. 15; BSG, Ur. v. 28.09.2010 – [B 1 KR 4/10 R](#) –, juris Rn. 15). Seine Anspruchsvoraussetzungen und Rechtsfolgen entsprechen zwar, soweit sie nicht spezialgesetzlich geregelt sind, denen des zivilrechtlichen Bereicherungsanspruchs (vgl. BSG, Ur. v. 28.10.2008 – [B 8 SO 23/07 R](#) –, juris Rn. 27 m.w.N. zur Rechtsprechung des BVerwG). Es scheidet aber ein Rückgriff auf die zivilrechtlichen Normen aus, soweit der vom öffentlichen Recht selbstständig entwickelte Erstattungsanspruch reicht (vgl. BSG, Ur. v. 16.07.1974 – [1 RA 183/73](#) –, juris Rn. 12). Dies gilt namentlich für die Nichtanwendbarkeit der bereicherungsrechtlichen Vorschriften, denen öffentlich-rechtliche Wertungszusammenhänge entgegenstehen (vgl. BSG, Ur. v. 08.11.2011 – [B 1 KR 8/11 R](#) –, juris Rn. 11 m.w.N.).

3. Die tatbestandlichen Voraussetzungen des öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruchs liegen vor. Die Klägerin hat der Beklagten die verauslagte Krankenhausvergütung in Höhe von 289,28 EUR ohne Rechtsgrund gezahlt. Zwar war die stationäre Behandlung der Versicherten notwendig im Sinne von [§ 39 Abs. 1 S. 2 SGB V](#). Die Beklagte war im genannten Umfang aber nicht zur Geltendmachung einer Vergütung berechtigt.

Rechtsgrundlage des Vergütungsanspruchs eines zugelassenen Krankenhauses gegenüber einer Krankenkasse bildet [§ 109 Abs. 4 S. 3 SGB V](#) i.V.m. [§ 7 Abs. 1 KHEntG](#) und [§ 17b KHG](#). Die Zahlungsverpflichtung der Krankenkasse entsteht unabhängig von einer Kostenzusage unmittelbar mit Inanspruchnahme der Leistungen durch den Versicherten kraft Gesetzes, wenn die Versorgung in einem zugelassenen Krankenhaus durchgeführt wird und im Sinne des [§ 39 Abs. 1 S. 2 SGB V](#) erforderlich ist (stRspr., vgl. etwa BSG, Ur. v. 16.12.2008 – [B 1 KN 1/07 KR R](#) –, juris Rn. 11; BSG, Ur. v. 30.06.2009 – [B 1 KR 24/08 R](#) –, juris Rn. 15; BSG, Ur. v. 17.11.2015 – [B 1 KR 20/15 R](#) –, juris Rn. 10; alle m.w.N.).

Nach [§ 7 Abs. 1 S. 1 KHEntG](#) werden die allgemeinen Krankenhausleistungen gegenüber den Patienten oder ihren Kostenträgern mit verschiedenen, in den Nummern 1 bis 7 abschließend aufgezählten Entgelten abgerechnet. Vorliegend geht es um die Abrechnung von Fallpauschalen nach dem auf Bundesebene vereinbarten Entgeltkatalog ([§ 7 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 i.V.m. § 9 KHEntG](#)), hier der Fallpauschalenvereinbarung 2014 (FPV 2014). Der in Anlage 1 zur FPV 2014 enthaltene Fallpauschalenkatalog ist nach Fallgruppen (DRG) geordnet. Maßgebliche Kriterien für die Zuordnung eines Behandlungsfalles zu einer DRG sind die Hauptdiagnose, die Nebendiagnosen, eventuelle den Behandlungsverlauf wesentlich beeinflussende Komplikationen, die im Krankenhaus durchgeführten Prozeduren sowie weitere Faktoren (Alter, Geschlecht, etc.). Die Diagnosen werden mit einem Code gemäß der vom Deutschen Institut für Medizinische

Dokumentation und Information (DIMDI) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebenen Internationalen Statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (German Modification (ICD-10-GM) verschlüsselt ([§ 301 Abs. 2 S. 2 SGB V](#)).

Zur sachgerechten Durchführung dieser Verschlüsselung ("Kodierung") haben die Vertragspartner auf Bundesebene die "Deutschen Kodierrichtlinien" (hier: Version 2014) beschlossen. Aus diesen Codes wird sodann zusammen mit den weiteren für den Behandlungsfall maßgeblichen Faktoren unter Verwendung einer bestimmten vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) zertifizierten Software ("Grouper") die entsprechende DRG ermittelt (sog. "Groupierung"), anhand derer die von der Krankenkasse zu zahlende Vergütung errechnet wird (vgl. hierzu BSG, Urt. v. 18.07.2013 – [B 3 KR 7/12 R](#) –, juris Rn. 12 m.w.N.).

Vergütungsregelungen sind dabei stets eng nach ihrem Wortlaut und allenfalls ergänzend nach ihrem systematischen Zusammenhang auszulegen; Bewertungen und Bewertungsrelationen bleiben außer Betracht. Nur so sind insbesondere die Kodierrichtlinien für die routinemäßige Anwendung im Massengeschäft der Abrechnung der zahlreichen Behandlungsfälle handhabbar. Da das DRG-basierte Vergütungssystem vom Gesetzgeber als jährlich weiterzuentwickelndes (§ 17b Abs. 2 S. 1 KHG) und damit "lernendes" System angelegt ist, sind bei zutage tretenden Unrichtigkeiten oder Fehlsteuerungen in erster Linie die Vertragsparteien berufen, diese mit Wirkung für die Zukunft zu beseitigen (ausführlich zu alledem etwa BSG, Urteil vom 21.04.2015 – [B 1 KR 9/15 R](#) –, juris Rn. 13 m.w.N.).

Ausgehend von diesen Maßgaben durfte die Beklagte die erfolgte stationäre Behandlung der Versicherten nicht unter Zugrundelegung des ICD-Kode O63.1 (Protrahiert verlaufende Austreibungsperiode) abrechnen. Einer Abrechnung steht die Deutsche Kodierrichtlinie 1521a (Protrahierte Geburt) entgegen. Deren tatbestandliche Voraussetzung in Form einer Mindestdauer regelmäßiger Wehentätigkeit im Krankenhaus ist nicht erfüllt.

Die Deutsche Kodierrichtlinie 1521a (Protrahierte Geburt) lautet wie folgt: "Bei aktiver Wehensteuerung im Krankenhaus wird eine Geburt als protrahiert bezeichnet, wenn sie nach 18 Stunden regelmäßiger Wehentätigkeit nicht unmittelbar bevorsteht. Die Kodierung erfolgt mit einem passenden Code aus: O63.– Protrahierte Geburt O75.5 Protrahierte Geburt nach Blasensprengung O75.6 Protrahierte Geburt nach spontanem oder nicht näher bezeichnetem Blasensprung".

Die aktive Wehensteuerung der Versicherten betrug im Krankenhaus weniger als 18 Stunden, nämlich "nur" etwa 14 Stunden. Hierbei handelt es sich um die Zeitspanne zwischen stationärer Aufnahme am 10.04.2014 um 12:01 Uhr und Entbindung am 11.04.2014 um 01:58 Uhr. Die Zeitspanne der dokumentierten Wehentätigkeit vor der stationären Aufnahme ist nach dem Wortlaut der Deutschen Kodierrichtlinie 1521a ("im Krankenhaus") nicht zu berücksichtigen; unabhängig davon, dass selbst unter Einbeziehung dieser Zeitspanne die Mindestdauer von 18 Stunden ebenfalls nicht erreicht wäre.

In der Folge ist damit eine Kodierung des ICD-Kode O63.1 (Protrahiert verlaufende Austreibungsperiode) ausgeschlossen. Ein Dreisteller in den Deutschen Kodierrichtlinien erfasst alle darunter klassifizierten Codes (siehe hierzu Punkt II 1. der redaktionellen Hinweise der Deutschen Kodierrichtlinie). Soweit also in der Deutschen Kodierrichtlinie 1521a (Protrahierte Geburt) auf den ICD-Kode O63.– verwiesen wird, sind hiervon sämtliche darunter klassifizierten Codes, einschließlich des ICD-Kode O63.1 (Protrahiert verlaufende Austreibungsperiode) umfasst. Die Ansicht der Beklagten, den ICD-Kode O63.1 (Protrahiert verlaufende Austreibungsperiode) gleichwohl allein mit Blick auf die Dauer der Austreibungsperiode kodieren zu können, würde zu einem Leerlaufen der Deutschen Kodierrichtlinie 1521a (Protrahierte Geburt) führen.

4. Der Erstattungsanspruch ist in entsprechender Anwendung der Regelung des § 15 Abs. 1 S. 4 des nordrhein-westfälischen Sicherstellungsvertrages nach [§ 112 Abs. 2 S. 1 Nr. 1 SGB V](#) mit 2 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz zu verzinsen (vgl. BSG, Urt. v. 08.09.2009 – [B 1 KR 8/09 R](#)).

II. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs. 1 SGG](#) i. V. m. [§ 154 Abs. 1](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).

III. Gründe die Berufung nach [§ 144 Abs. 2 SGG](#) zuzulassen lagen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2020-01-27