



Sozialgericht Münster

Verkündet am: 30.07.2021

Az.: S 6 KR 2091/19

als Urkundsbeamtin
der Geschäftsstelle

Im Namen des Volkes

Urteil

In dem Rechtsstreit

Klägerin

Proz.-Bev.:

WRT Rechtsanwälte, Aegidiimarkt 7, 48143 Münster

gegen

Beklagte

Proz.-Bev.:

In Sachen:

hat die 6. Kammer des Sozialgerichts Münster auf die mündliche Verhandlung vom 30.07.2021 durch die Vorsitzende, die Richterin Dühr, sowie den ehrenamtlichen Richter Sonnabend und den ehrenamtlichen Richter Gehrke für Recht erkannt:

Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin 3.421,19 € nebst Zinsen in Höhe von zwei Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 22.09.2018 zu zahlen.

Die Beklagte trägt die Kosten des Rechtsstreits.

Der Streitwert wird auf 3.421,19 € festgesetzt.

Tatbestand

Die Beteiligten streiten über die Vergütung von erbrachten Krankenhausleistungen in Höhe von 3.421,19 €.

Der bei der Beklagten gesetzlich krankenversicherte im Jahr 1940 geborene () r befand sich vom 30.10. bis zum 13.11.2017 in stationärer Krankenhausbehandlung in der Klinik der Klägerin. Der unter Zugrundelegung der DRG 802A in Rechnung gestellte Betrag in Höhe von 6.856,80 € wurde von der Beklagten vollständig gezahlt.

In der Folgezeit beauftragte die Beklagte den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Westfalen-Lippe (MDK) mit der Überprüfung der Abrechnung. In der Prüfanzeige vom 09.01.2018 wurden als Fragestellungen der Krankenkasse mitgeteilt: „Ist die DRG korrekt? Ist die Hauptdiagnose korrekt?“ Die zu prüfende Hauptdiagnose wurde näher spezifiziert (A46; Erysipel [Wundrose]). Als Prüfgegenstand wurde „Kodierung“ mitgeteilt. Zudem bat der MDK „bis spätestens zum 06.03.2018 um Übersendung sämtlicher Behandlungsunterlagen, die geeignet sind, die Fragestellung der Krankenkasse bezogen auf den Prüfgegenstand vollumfänglich zu beantworten bzw. die zur Beurteilung von Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistung sowie zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung benötigt werden.“

In ihrem daraufhin erstellten Gutachten vom 29.03.2018 stellte die MDK-Ärztin fest, dass die Hauptdiagnose nicht korrekt sei und sich dadurch eine andere DRG ergebe. Zudem führte sie aus, dass die Prozedur 8-836.0s [(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Angioplastie (Ballon): Arterien Oberschenkel] durch die Unterlagen nicht belegt werde. Ein Interventions- oder Entlassungsbericht über die Behandlung in der Gefäßchi-

urgie liege nicht vor. Das Krankenhaus nahm zum Gutachten Stellung und schloss sich der Auffassung an, dass die Hauptdiagnose nicht korrekt sei. Es liege jedoch anstelle der vom MDK angenommenen diabetischen Fußsyndroms (E11.74) ein Diabetes mellitus, Typ 2, mit peripheren vaskulären Komplikationen, nicht als entgleist bezeichnet (E11.50) vor. Dem vorliegenden Entlassungsbrief sei eindeutig die Gefäßintervention zu entnehmen. Es wurde sodann ein weiteres MDK-Gutachten in Auftrag gegeben, in welchem sich das MDK hinsichtlich der Hauptdiagnose der Klägerin anschloss. Die Prozedur sei indes weiterhin nicht belegt. Es seien nur die Unterlagen über die stationäre Behandlung bis zum 03.11.2017 vorgelegt worden.

Die Beklagte rechnete daraufhin den aus ihrer Sicht bestehenden Erstattungsanspruch in Höhe von 3.421,19 € mit einem unstreitig bestehenden Vergütungsanspruch aus dem Behandlungsfall (Fällnummer: 2228736, 04.09. bis 11.09.2018) auf.

Mit der am 09.12.2019 erhobenen Klage begehrt die Klägerin die Zahlung des dann noch offenen Betrages. Zur Begründung führt sie aus, dass die Prüfanzeige des MDK keinen zu prüfenden OPS-Schlüssel enthalten habe und der MDK auch keine Ausweitung des Prüfgegenstandes angezeigt und entsprechende Unterlagen nachgefordert habe. Abs. 2 S. 4 der Prüfverfahrensvereinbarung (PrüfvV), auf den sich die Beklagte berufen sei, sei somit auf die Frage der Kodierung der Prozedur nicht anwendbar.

Die Klägerin beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, an sie 3.421,19 € nebst Zinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 22.09.2018 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie beruft sich auf § 7 Abs. 2 S. 3-4 PrüfV, der eine materiell-rechtliche Ausschlussregel enthalte. Diese führe dazu, dass das Krankenhaus seinen Vergütungsanspruch ganz oder teilweise verliere, wenn es die vom MDK angeforderten Unterlagen nicht oder nicht vollständig gerecht zur Verfügung stelle und deshalb die Abrechnung nicht bestätigt werden könne.

Die Klägerin habe dem MDK weder den Entlassungsbericht der Gefäßchirurgie noch den entsprechenden Interventionsbericht über die Durchführung der Prozedur vorgelegt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts sowie des Vorbringens der Beteiligten im Übrigen wird auf den Inhalt der Gerichtsakten sowie auf den Inhalt der Verwaltungsakten der Beklagten und der beigezogenen Patientenakte über die streitgegenständliche Behandlung des Versicherten Bezug genommen, der Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist.

Entscheidungsgründe

Die Klage ist zulässig und begründet.

Die Klage ist als (echte) Leistungsklage nach § 54 Abs. 5 Sozialgerichtsgesetz (SGG) zulässig. Bei einer auf Zahlung der (Rest-)Vergütung wegen der Behandlung eines Versicherten gerichteten Klage eines Krankenhauses gegen eine Krankenkasse geht es um einen sogenannten Parteienstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt (vgl. BSG, Urteil vom 23.07.2002 - B 3 KR 64/01 R). Ein Vorverfahren war nicht durchzuführen, die Einhaltung einer Klagefrist nicht geboten.

Die Klage ist auch begründet. Die Klägerin hat gegen die Beklagte einen Anspruch auf Zahlung von Behandlungskosten in Höhe von 3.421,19 € nebst Zinsen.

Gegenstand der Klageforderung ist nicht der Vergütungsanspruch der Klägerin aus der Behandlung des Versicherten. Denn dieser ist durch die Zahlung der Beklagten in vollem Umfang erfüllt. Gegenstand der Klageforderung ist vielmehr der Anspruch auf Vergütung aus der Behandlung des Versicherten. Rechtsgrundlage des geltend gemachten Vergütungsanspruchs ist § 109 Abs. 4 S. 3 SGB V i. V. m. § 7 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG) und § 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG), jeweils in der im Behandlungszeitraum geltenden Fassung. Die Zahlungsverpflichtung der Krankenkasse entsteht nach ständiger Rechtsprechung unabhängig von einer Kostenzusage unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten, wenn die Versorgung – wie hier – in einem zugelassenen Krankenhaus durchgeführt wird

und im Sinne des § 39 Abs. 1 S. 2 SGB V erforderlich und wirtschaftlich ist (st. Rspr., vgl. etwa BSG, Urteil vom 19.03.2020 - B 1 KR 20/19 R m. w. N.). Zwischen den Beteiligten ist zu Recht nicht streitig, dass die Klägerin aufgrund der stationären Behandlung des Versicherten j zunächst Anspruch auf die in Rechnung gestellte Vergütung in voller Höhe hatte. Eine nähere Prüfung erübrigt sich insoweit (vgl. BSG, Urteil vom 30. Juli 2019 – B 1 KR 31/18 R, Rn. 9).

Die Forderung der Klägerin aus dieser Behandlung ist auch nicht in Höhe der Klageforderung gemäß § 69 Abs. 1 S. 3 SGB V i. V. m. § 389 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) analog erloschen. Es standen sich im Zeitpunkt der Aufrechnung nicht zwei gleichartige Forderungen gegenüber, da die Beklagte keinen Rückforderungsanspruch aus dem Behandlungsfall geltend machen konnte.

Der Beklagten steht kein öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch zu. Die Leistung der Beklagten ist nicht ohne Rechtsgrund erfolgt, denn die Klägerin hatte aus der Behandlung des Versicherten gegen die Beklagte einen Vergütungsanspruch in Höhe des mit der Rechnung in Ansatz gebrachten Betrages.

Die konkrete Höhe des dem Krankenhaus zustehenden Vergütungsanspruches bemisst sich gemäß § 109 Abs. 4 S. 3 SGB V nach Maßgabe des KHG und des KHEntgG. Nach § 7 S. 1 KHEntgG werden die allgemeinen Krankenhausleistungen gegenüber den Patienten oder ihren Kostenträgern mit verschiedenen, abschließend aufgezählten Entgelten abgerechnet. Hier geht es um die Abrechnung von Fallpauschalen nach dem auf Bundesebene vereinbarten Entgeltkatalog, § 7 S. 1 Nr. 1 i.V.m. § 9 KHEntgG. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung gemeinsam vereinbaren nach § 9 Abs. 1 S. 1 KHEntgG mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft als Vertragsparteien auf Bundesebene mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG einen Fallpauschalen-Katalog einschließlich der Bewertungsrelationen sowie Regelungen zur Grenzverweildauer und der in Abhängigkeit hiervon zusätzlich zu zahlenden Entgelte oder vorzunehmenden Abschläge (Nr. 1), einen Katalog ergänzender Zusatzentgelte (Nr. 2) sowie die Abrechnungsbestimmungen für die Fallpauschalen und die sonstigen Entgelte (Nr. 3). Maßgeblich sind hier der für das Jahr 2017 vereinbarte Fallpauschalen-Katalog (DRG-Version 2017) und die FPV 2017.

Der Fallpauschalen-Katalog ist nach diagnosebezogenen Fallgruppen (DRG) geordnet. Dabei erfolgt die Zuordnung eines bestimmten Behandlungsfalles zu einer DRG in zwei Schritten. In einem ersten Schritt werden die Diagnosen und Leistungen gemäß dem im Jahr 2017 gültigen Klassifikationssystem ICD-10-GM 2016 und dem "Operationen- und Prozedurenschlüssel nach § 301 SGB V" (OPS) verschlüsselt, vgl. § 301 Abs. 2 SGB V. Zur sachgerechten Durchführung dieser Verschlüsselung ("Kodierung") haben die Vertragspartner auf Bundesebene "Kodierrichtlinien" beschlossen. Maßgebend für den vorliegenden Abrechnungsfall sind die Deutschen Kodierrichtlinien Version 2017 (DKR) und der OPS 2017. In einem zweiten Schritt wird der Code einer bestimmten DRG zugeordnet, anhand der dann nach Maßgabe des Fallpauschalen-Katalogs und der Pflegesatzvereinbarung die von der Krankenkasse zu zahlende Vergütung errechnet wird.

Gemäß § 1 Abs. 1 S. 1 der FPV 2017 werden die Fallpauschalen jeweils von dem die Leistung erbringenden Krankenhaus nach dem am Tag der Aufnahme geltenden Fallpauschalen-Katalog und den dazu gehörenden Abrechnungsregeln abgerechnet. Zur Einstufung in die jeweils abzurechnende Fallpauschale sind Programme (Groupier) einzusetzen, die vom DRG-Institut der Selbstverwaltungspartner nach § 17b Abs. 2 des KHG zertifiziert sind, § 1 Abs. 6 S. 1 der FPV 2017.

Ausgehend hiervon ist der streitige Behandlungsfall mit der DRG F59D zu kodieren. Entgegen der Auffassung der Beklagten ist die Prozedur 8-836.0s zu kodieren. Nach Akteneinsicht in die Patientenakte durch den Bevollmächtigten der Klägerin ist zwischen den Beteiligten nicht mehr streitig, dass eine Angioplastie durchgeführt worden ist. Dies ergibt sich sowohl aus dem Entlassungsbericht vom 13.11.2017 als auch aus dem Interventionsbericht vom 06.11.2017. Entgegen der Auffassung der Beklagten durften diese Unterlagen auch im Gerichtsverfahren verwertet werden. Die gerichtliche Amtsermittlungspflicht aus § 103 SGG war nicht eingeschränkt und die Klägerin hatte einen Anspruch auf den vollständigen Vergütungsanspruch aus dem Behandlungsfall § 7 Abs. 2 Prüfverfahrensvereinbarung (vom 03.02.2016 – PrüfV) ist nicht anwendbar, da das Prüfverfahren bezogen auf die Prozedur 8-836.0s nicht ordnungsgemäß eingeleitet worden ist. Zur Überzeugung der Kammer genügte die Prüfanzeige nicht den Anforderungen des § 4 PrüfV.

Nach § 6 Abs. 3 S. 4 PrüfV i. V. m. § 4 S. 1 PrüfV hat der MDK in Fällen der Direktbe-

auftragung dem Krankenhaus den sich aus den Auffälligkeiten ergebenden Prüfgegenstand „so konkret wie möglich“ mitzuteilen. Nach § 4 S. 2 PrüfV ist der Prüfgegenstand mindestens aber beispielsweise wie folgt zu benennen: primäre Fehlbelegung, sekundäre Fehlbelegung, Kodierprüfung unter Benennung der beanstandeten Haupt- und/oder Nebendiagnose(n) und/oder Prozedur(en) unter Benennung der beanstandeten OPS-Ziffer(n), Fragen zur Voraussetzung bestimmter Maßnahmen (medizinische Indikation, NUB etc.). Hier hat der MDK in seiner Prüfanzeige vom 09.01.2018 als Prüfgegenstand „Kodierung“ angegeben und als Fragestellung der Krankenkasse „Ist die DRG korrekt? Ist die Hauptdiagnose (HD) korrekt?“. Die Hauptdiagnose sowie die zu überprüfende DRG wurden sodann konkret bezeichnet. Die Prozedur 8.836.0s hingegen wird in der Prüfanzeige nicht erwähnt. Dennoch wurde die Prozedur vom MDK im Rahmen seines Gutachtens überprüft. Die Prüfanzeige entsprach damit nicht den Anforderungen, die die PrüfV an die Prüfanzeige stellt. Dem Krankenhaus muss die Möglichkeit eingeräumt werden, zu erkennen, was genau geprüft werden soll, um die aus seiner Sicht erforderlichen Unterlagen zur Erfüllung des Prüfauftrags übersenden zu können. Dies ergibt sich auch aus § 7 Abs. 2 S. 3 PrüfV. Dort wird davon ausgegangen, dass der Prüfgegenstand konkret benannt worden ist, damit das Krankenhaus die zwar vom MDK nicht konkret angeforderten, aber aus seiner Sicht zur Erfüllung des konkreten Prüfauftrages erforderlichen Unterlagen ergänzen kann. Bezogen auf die Prozedur 8-836.0s war dies der Klägerin nicht möglich, da sie aufgrund der nicht den Anforderungen des § 4 PrüfV genügenden Prüfanzeige nicht wissen konnte, dass auch die Prozedur 8-836.0s geprüft werden soll.

Entgegen der Auffassung der Beklagten reichte auch die Angabe des Prüfgegenstandes „Kodierung“ sowie die Angabe der Fragestellung „Ist die DRG korrekt?“ nicht aus. Zum einen soll eine Kodierprüfung nach § 4 S. 2 PrüfV eben unter der Benennung der beanstandeten Prozedur unter Benennung der beanstandeten OPS-Ziffer(n) mitgeteilt werden, was hier gerade nicht geschehen ist. Zum anderen war für die Klägerin auch aus der Formulierung der Fragestellung „Ist die DRG korrekt?“ nicht ersichtlich, dass auch die Prozedur 8-836.0s geprüft werden soll. Denn der MDK hatte bezogen auf die beanstandete Hauptdiagnose eine Fragestellung ja gerade mitgeteilt und auch die beanstandete Hauptdiagnose konkret benannt. Aus dem objektiven Empfängerhorizont war die Prüfanzeige daher so zu verstehen, dass nur die Hauptdiagnose überprüft werden soll. Es hätte ansonsten nahe gelegen, dass der MDK auch die Prozedur konkret aufführt. Im Übrigen ist es aus zahlreichen anderen Klageverfahren gerichtsbekannt, dass in der Prüfanzeige

neben der Frage nach der Korrektheit etwa der Nebendiagnose(n) häufig die Frage „Ist die DRG korrekt?“ gestellt wird, auch wenn etwa nur eine Nebendiagnose oder eine Prozedur überprüft werden soll. Der Grund dafür wird darin liegen, dass sich durch Änderung oder Streichung nur einer Haupt- oder Nebendiagnose oder Prozedur die gesamte DRG ändern kann. Aus dieser Fragestellung konnte die Klägerin zur Überzeugung der Kammer nicht entnehmen, dass die Prozedur geprüft werden soll und sie hatte dementsprechend keine Veranlassung, entsprechende Unterlagen zu übersenden. Die fehlerhafte Prüfanzeige kann damit nicht zu Lasten der Klägerin gehen.

Es handelt sich bei der Benennung des Prüfgegenstandes zur Überzeugung der Kammer auch nicht bloß um eine Obliegenheit. Wie sich aus dem Wortlaut des § 4 S. 2 PrüfV ergibt, „hat“ die Krankenkasse (bzw. vorliegend der MDK, s. o.) den Prüfgegenstand zu benennen. Zudem folgt aus § 4 S. 4 PrüfV, dass keine ein Prüfverfahren einleitende Mitteilung vorliegt, wenn kein Prüfgegenstand benannt ist. Dasselbe muss dann aber auch gelten, wenn ein Prüfgegenstand zwar benannt ist, dieser sich aber nur – wie hier – auf die Hauptdiagnose bezieht und dennoch eine Prozedur geprüft und beanstandet wird. Für eine Prüfung der Prozedur lag dementsprechend keine ein Prüfverfahren einleitende Mitteilung vor. Eine Erweiterung des Prüfgegenstandes ist dem Krankenhaus gem. § 6 Abs. 3 S. 6 PrüfV anzuzeigen, was hier nicht erfolgt ist. § 6 Abs. 3 S. 3 PrüfV, wonach der Prüfgegenstand „gegebenenfalls zu konkretisieren“ ist, und auf den sich die Beklagte beruft, findet auf den vorliegenden Fall keine Anwendung, da es sich um eine Direktbeauftragung des MDK gehandelt hat und somit § 6 Abs. 3 S. 4 PrüfV greift (s. o.).

Darüber hinaus hat der MDK auch nur pauschal Unterlagen angefordert, ohne Unterlagen konkret zu benennen. Sofern § 7 Abs. 2 PrüfV eine Präklusionswirkung zukommt, erfasst diese jedenfalls nur Unterlagen, die der MDK konkret angefordert hat (vgl. Terminsbericht Nr. 19/21 des BSG; vgl. dazu auch LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 21.01.2020 - L 11 KR 1437/19; LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 14.11.2019 - L 16 KR 929/16).

Der Zinsanspruch ist unter dem Gesichtspunkt des Verzuges begründet. Nach § 15 Abs. 1 S. 4 des Landesvertrages nach § 112 Abs. 2 S. 1 Nr. 1 SGB V kann das Krankenhaus nach Maßgabe der §§ 284, 285, 288 Abs. 1 BGB Verzugszinsen in Höhe von 2 v. H. über dem jeweiligen Basiszinssatz ab dem auf den Fälligkeitstag folgenden Tag verlangen.

Die Kostenentscheidung folgt aus § 197a Abs. 1 SGG i. V. m. § 154 Abs. 1 Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).

Die Festsetzung des Streitwerts beruht auf § 197a Abs. 1 S. 1 SGG i. V. m. § 52 Abs. 3 S. 1 Gerichtskostengesetz (GKG). Er ist auf 3.421,19 € festzusetzen, da die Beteiligten über Kosten für eine stationäre Behandlung in dieser Höhe gestritten haben.

Rechtsmittelbelehrung:

Dieses Urteil kann mit der Berufung angefochten werden.

Die Berufung ist innerhalb eines Monats nach Zustellung des Urteils beim

Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen, Zweigertstraße 54, 45130 Essen

schriftlich oder mündlich zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle einzulegen.

Die Berufungsfrist ist auch gewahrt, wenn die Berufung innerhalb der Frist bei dem

Sozialgericht Münster, Alter Steinweg 45, 48143 Münster

schriftlich oder mündlich zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle eingelegt wird.

Die Berufungsschrift muss bis zum Ablauf der Frist bei einem der vorgenannten Gerichte eingegangen sein. Sie soll das angefochtene Urteil bezeichnen, einen bestimmten Antrag enthalten und die zur Begründung dienenden Tatsachen und Beweismittel angeben.

Die elektronische Form wird durch Übermittlung eines elektronischen Dokuments gewahrt, das für die Bearbeitung durch das Gericht geeignet ist und

- von der verantwortenden Person qualifiziert elektronisch signiert ist und über das Elektronische Gerichts- und Verwaltungspostfach (EGVP) eingereicht wird oder

- von der verantwortenden Person signiert und auf einem sicheren Übermittlungsweg gem. § 65a Abs. 4 Sozialgerichtsgesetz (SGG) eingereicht wird.

Weitere Voraussetzungen, insbesondere zu den zugelassenen Dateiformaten und zur qualifizierten elektronischen Signatur, ergeben sich aus der Verordnung über die technischen Rahmenbedingungen des elektronischen Rechtsverkehrs und über das besondere elektronische Behördenpostfach (Elektronischer-Rechtsverkehr-Verordnung - ERVV) in der jeweils gültigen Fassung. Über das Justizportal des Bundes und der Länder (www.justiz.de) können nähere Informationen abgerufen werden.

Zusätzlich wird darauf hingewiesen, dass einem Beteiligten auf seinen Antrag für das Verfahren vor dem Landessozialgericht unter bestimmten Voraussetzungen Prozesskostenhilfe bewilligt werden kann.

Gegen das Urteil steht den Beteiligten die Revision zum Bundessozialgericht unter Übergehung der Berufungsinstanz zu, wenn der Gegner schriftlich zustimmt und wenn sie von

dem Sozialgericht auf Antrag durch Beschluss zugelassen wird. Der Antrag auf Zulassung der Revision ist innerhalb eines Monats nach Zustellung des Urteils bei dem Sozialgericht Münster schriftlich zu stellen. Die Zustimmung des Gegners ist dem Antrag beizufügen.

Lehnt das Sozialgericht den Antrag auf Zulassung der Revision durch Beschluss ab, so beginnt mit der Zustellung dieser Entscheidung der Lauf der Berufungsfrist von neuem, sofern der Antrag auf Zulassung der Revision in der gesetzlichen Form und Frist gestellt und die Zustimmungserklärung des Gegners beigefügt war.

Die Einlegung der Revision und die Zustimmung des Gegners gelten als Verzicht auf die Berufung, wenn das Sozialgericht die Revision zugelassen hat.

Dühr

Beglaubigt
Münster, den 09.08.2021

Averkamp, Regierungsbeschäftigte
als Urkundsbeamtin der Geschäftsstelle

Dieses Schriftstück wurde maschinell erstellt und ist ohne Unterschrift gültig. § 169 Abs. 3 ZPO.

