

Titel:

Krankenhausvergütung aufgrund elektronischer Gesundheitskarte

Normenkette:

SGB V § 16 Abs. 3a, § 108, § 109 Abs. 4 S. 2

Leitsätze:

1. Ruht der Leistungsanspruch wegen nicht gezahlter Beiträge hat die Krankenkasse gleichwohl Krankenhausbehandlungen zu übernehmen, wenn sich das Ruhen nicht aus der vorgelegten elektronischen Gesundheitskarte ergibt und auch im Übrigen kein Hinweis auf das Ruhen ergeht. (Rn. 17) (redaktioneller Leitsatz)

2. Der Zahlungsklage einer Klinik ist ohne weiteres stattzugeben, falls eine Pflegesatzvereinbarung bestimmt, dass binnen drei Wochen nach Abrechnung die Krankenkasse zur Zahlung verpflichtet ist und diese gleichwohl nicht leistet. (Rn. 16) (redaktioneller Leitsatz)

Schlagworte:

Krankenhausabrechnungsstreit, Zahlungspflicht, Beitragsrückstand, Leistungsruhen, elektronischen Gesundheitskarte, Cochlea-Implantat, Pflegesatzvereinbarung

Fundstelle:

BeckRS 2020, 36870

Tenor

I. Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin 27.625,47 Euro zzgl. Zinsen hieraus in Höhe von 4 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz ab 16.11.2018 zu zahlen.

II. Die Beklagte trägt die Kosten des Verfahrens.

III. Der Streitwert wird auf 27.625,47 Euro festgesetzt.

Tatbestand

1

Die Beteiligten streiten um die Kosten stationärer Krankenhausbehandlung in Höhe von 27.625,47 EUR bezüglich des Versicherten Herrn D.. Im Kern geht es um die Frage, ob die Beklagte verpflichtet ist die Kosten für den stationären Krankenhausaufenthalt zu übernehmen, obwohl der Leistungsanspruch des Versicherten gem. § 16 Abs. 3a SGB V ruhte.

2

Die Klägerin betreibt das A. welches in den Krankenhausplan des Freistaats Bayern eingetragen ist. In diesem behandelt sie auch Patienten der Beklagten, einer gesetzlichen Krankenkasse.

3

Unter anderem behandelte sie in der Zeit vom 02.05.2017 - 05.05.2017 den bei der Klägerin versicherten Herrn R. D.. Mit Bescheid vom 08.04.2015 hatte die Beklagte ein Ruhen des Leistungsanspruchs gegenüber Herrn D. festgestellt. Dennoch war er im Besitz einer elektronischen Gesundheitskarte (eGK), aus der sich das Ruhen des Leistungsanspruchs nicht ergab. Der Versicherte begab sich am 02.05.2017 unter Vorlage seiner eGK und einer Verordnung des HNO-Arzt Herrn S.T. vom 28.04.2017 in stationäre Behandlung der Beklagten. Die eGK wies den Status „1“ auf und enthielt keinen Hinweis in den Versichertenstammdaten, dass der Leistungsanspruch des Versicherten eingeschränkt sei. Der Patient wurde am 02.05.2017 aufgenommen und am 03.05.2017 wurde ein Cochlea-Implantat eingesetzt. Die Klägerin versandte am 02.05.2017 per Datenträgeraustausch (DTA) die Aufnahmeanzeige mit der Diagnose H90.5 an die Beklagte. Am 03.05.2017 erklärte die Beklagte ebenfalls per DTA die Kostenübernahme für die stationäre Krankenhausbehandlung. Eine Einschränkung der Kostenübernahme auf akute Notfälle wurde nicht erklärt. Die Beklagte teilte der Klägerin bezüglich des Versicherungsverhältnisses den Schlüssel

„01“ mit. Am 18.05.2017 stellte die Beklagte den streitgegenständlichen Betrag in Höhe von 27.625,47 EUR in Rechnung. Sie legte der Abrechnung die DRG D01B zugrunde.

4

Danach wandte sich die Beklagte an den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) und beauftragte diesen mit einer Prüfung. Die Frage lautete: „Bestand die Notwendigkeit der vollstationären Krankenhausbehandlung?“ Als Auffälligkeiten wurde geschildert: „Prüfgegenstand sekundäre Fehlbelegung. Kein Leistungsanspruch. War die Krankenhausbehandlung lebensbedrohlich?“ Am 22.05.2017 fand eine sozialmedizinische Fall-Beratung mit dem MDK im Haus der Klägerin statt. Nach Einschätzung des MDK handle es sich um eine nicht lebensbedrohliche Erkrankung, es liege kein Notfall vor und die Behandlung sei auch nicht unaufschiebbar. Es handle sich um einen elektiven Eingriff. Es sei daher eine Rückforderung möglich. Daraufhin lehnte die Beklagte eine Übernahme der Kosten ab. Die Klägerin stornierte die Rechnung und erstellte eine Rechnung an den Patienten. Am 25.10.2018 stellte die Klägerin den Betrag in Höhe von 27.625,47 EUR erneut in Rechnung. Auf diese Rechnung zahlte die Beklagte nicht.

5

Am 10.05.2019 erhob die Klägerin Klage vor dem Sozialgericht Nürnberg.

6

Die Klägerin beantragt,

die Beklagte wird verurteilt einen Betrag in Höhe von 27.625,47 EUR nebst Zinsen in Höhe von 4 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit 16.11.2018 zu bezahlen.

7

Der Bevollmächtigte der Beklagten beantragt,

die Klage abzuweisen.

8

Sie beruft sich darauf, dass der Leistungsanspruch des Patienten nach § 16 Absatz 3 a SGB V zum Zeitpunkt der streitgegenständlichen Krankenhausbehandlung geruht habe und aus diesem Grund kein Vergütungsanspruch bestehe.

9

Die Klägerin erwidert, dass der Patient am 02.05.2017 zur stationären Behandlung in dem Krankenhaus aufgenommen worden sei und dabei die eGK vorgelegt habe. Aus der Kostenübernahmeerklärung der Beklagten vom 03.05.2017 sei darüber hinaus nicht zu entnehmen gewesen, dass ein eingeschränkter Leistungsanspruch bestehe. Aufgrund der Kostenübernahmeerklärung vom 03.05.2017 sei die Beklagte mit den Einwendungen abgeschlossen, die sie bei Abgabe kannte oder mit denen sie zumindest rechnen musste. Dies sei Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG vom 17.5.2000, B 3 KR 33/99 R).

10

Nachdem das Gericht die Patientenakte beigezogen und der Beklagten Akteneinsicht gewährt hatte, legte die Beklagte den Fall erneut dem MDK vor, der im Rahmen einer Stellungnahme vom 23.10.2019 zu dem Ergebnis kam, dass die Behandlung medizinisch nicht notwendig gewesen sei.

11

Im Übrigen wird zur Ergänzung des Tatbestands auf den Inhalt der Gerichtsakte und der beigezogenen Verwaltungsakte der Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe

12

Die zum sachlich und örtlich zuständigen Sozialgericht Nürnberg form- und fristgerecht erhobene Leistungsklage ist zulässig und begründet. Die Klägerin hat einen Anspruch auf Zahlung der noch ausstehenden Vergütung aus der Rechnung vom 25.10.2018 in Höhe von 27.625,48 EUR. Die Beklagte kann sich nicht darauf berufen, dass bei dem Versicherten ein ruhender Leistungsanspruch bestand.

13

1. Die Klage eines Krankenhauses bzw. Krankenhausträgers auf Zahlung der Behandlungskosten eines Versicherten gegen eine Krankenkasse ist ein so genannter Beteiligtenstreit im Gleichordnungsverhältnis, in

dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt, kein Vorverfahren durchzuführen und keine Klagefrist zu beachten ist (vgl. BSG, 30.06.2009, B 1 KR 24/08 R m.w.Nachw.). Der Zahlungsanspruch ist auch konkret beziffert.

14

2. Das Krankenhaus der Klägerin ist unstreitig ein zugelassenes Krankenhaus im Sinne des § 108 i.V.m. § 109 Abs. 4 Satz 2 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V). Mit einem Versorgungsvertrag wird das Krankenhaus für die Dauer des Vertrages zur Krankenhausbehandlung der Versicherten zugelassen. Das zugelassene Krankenhaus ist im Rahmen seines Versorgungsauftrags zur Krankenhausbehandlung der Versicherten verpflichtet.

15

Aus dem Sachleistungsprinzip entspringt die Zahlungsverpflichtung der Krankenkassen unmittelbar mit Inanspruchnahme der Leistung durch die Versicherten. Dieser Zahlungsanspruch des Krankenhauses korrespondiert darum mit dem Anspruch des Versicherten auf Krankenhausbehandlung (BSG, 17.05.2000, Az.: B 3 KR 33/99 R). Deshalb hängt der Zahlungsanspruch des Krankenhauses gegenüber der Krankenkasse nicht davon ab, ob die Krankenkasse zuvor die stationäre Behandlung durch Bescheid bewilligt hat, sodass die Beklagte grundsätzlich zum Ausgleich der durch den stationären Aufenthalt ihres Versicherten verursachten Kosten gegenüber der Klägerin rechtlich verpflichtet ist. Der Anspruch auf Vergütung richtet sich nach § 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V i.V.m. § 7 Abs. 1 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) und § 17 b Abs. 1 Satz 3 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG), der Bundespflegesatzverordnung (BpflVO) sowie der entsprechenden Pflegesatzvereinbarung.

16

Dies zugrundegelegt ergibt sich bereits aus § 21 der Pflegesatzvereinbarung für das Jahr 2017, wonach jede Rechnung zunächst von der Krankenkasse zu zahlen ist, ohne dass Einwendungen geprüft werden, ein Zahlungsanspruch der Klägerin. Zu dieser Regelung hat das Bayerische Landessozialgericht am 07.02.2012 unter dem Aktenzeichen L 5 KR 344/11 entschieden, dass der Zahlungsklage einer Klinik stattzugeben ist ohne dass Einwendungen zur Rechtmäßigkeit der Abrechnung geprüft werden dürfen, wenn die geltende Pflegesatzvereinbarung bestimmt, dass binnen drei Wochen nach Abrechnung des Krankenhauses zur Zahlung verpflichtet sind und die Kasse trotz Abrechnung nicht leistet. So liegt der Fall hier: Mit der Klage macht die Klägerin einen Anspruch auf Vergütung wegen der Behandlung des Patienten Herr D. geltend. Ausweislich der vorgelegten Unterlagen hat die Beklagte die Rechnung vom 25.10.2018 sowie bereits die Rechnung vom 18.05.2017 schlicht nicht bezahlt, obwohl die zwischen den Beteiligten geltende Vereinbarung für den Pflegesatzzeitraum 2017 unter § 21 vorsieht, dass die Rechnung des Krankenhauses innerhalb von drei Wochen zu zahlen ist. Eine Einschränkung dahingehend, dass § 21 der Pflegesatzvereinbarung für Nachforderungen nicht gilt, ergibt sich aus dem Text der Regelung nicht. Dem Zahlungsanspruch ist daher bereits aus diesem Grund stattzugeben.

17

3. Folgt man dieser Auslegung des § 21 der Pflegesatzvereinbarung 2017 nicht, so ist die Beklagte dennoch mit ihrer Einwendung, dass bei dem Versicherten der Leistungsanspruch nach § 16 Abs. 3a SGB V ruhte, ausgeschlossen. Der Versicherte war im Besitz einer eGK, die ihm einen umfassenden Leistungsanspruch bescheinigte. Die Beklagte hat ferner im Wege des Datenträgeraustauschs (DTA) gegenüber der Klägerin die Kostenübernahme erklärt und nicht darauf hingewiesen, dass der Leistungsanspruch des Versicherten eingeschränkt ist.

18

a) Die Beklagte hat gegenüber dem Versicherten bestandkräftig mit Bescheid vom 08.04.2015 festgestellt, dass ein Ruhen des Leistungsanspruchs nach § 16 Abs. 3a SGB V besteht. Nach dieser Vorschrift ruht der Anspruch auf Leistungen für nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz (KSVG) Versicherte, die mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate im Rückstand sind und trotz Mahnung nicht zahlen, nach näherer Bestimmung des § 16 Abs. 2 KSVG (S. 1). Satz 1 gilt entsprechend auch für nach dem SGB V Versicherte, die mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate im Rückstand sind und trotz Mahnung nicht zahlen, ausgenommen sind Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach den §§ 25 und 26 und Leistungen, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie bei Mutterschaft und Schwangerschaft erforderlich sind; das Ruhen endet, wenn alle rückständigen und die auf die Zeit des Ruhens entfallenden Beitragsanteile gezahlt sind oder wenn der

Versicherte hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches wird (S. 2). Erst mit Bescheid vom 14.06.2018 hat die Beklagte das Ruhen aufgehoben, so dass zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme der streitgegenständlichen Behandlung der Leistungsanspruch des Versicherten ruhte. Die operativ durchgeführte Einsetzung eines Cochlea Implantats stellt (unstreitig) keine der gesetzlich normierten Sonderbehandlungen dar, auf die trotz des Ruhens ausnahmsweise ein Anspruch bestand.

19

Dem Ruhensbescheid kommt grundsätzlich unmittelbar Tatbestandswirkung zu, der auf das Abrechnungsverhältnis zwischen Krankenhaus und Krankenkasse durchgreift (vgl. dazu Landessozialgericht für das Land Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 28. Mai 2015 - L 5 KR 594/14 -, Rn. 31, juris). Dies gilt, denn zum Zeitpunkt der Aufnahme in das Krankenhaus müssen bei dem Versicherten die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für die Inanspruchnahme von Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung vorliegen. Daher ist es bei objektiv ruhendem Leistungsanspruch konsequent, wenn es bei dem allgemeinen krankenversicherungsrechtlichen Grundsatz bleibt, dass der Vergütungsanspruch des Krankenhauses mit dem Anspruch des Versicherten auf Krankenbehandlung korrespondiert.

20

b) In der vorliegenden Konstellation kann sich die Beklagte jedoch nicht auf die Tatbestandswirkung der Feststellung des Ruhens des Leistungsanspruchs gegenüber dem Versicherten berufen, denn die Beklagte hat durch den Nichteintrag der eGK des Versicherten bzw. der fehlenden Kennzeichnung des ruhenden Leistungsanspruchs gem. § 291 Abs. 2 Satz 2 SGB V (in der Fassung vom 21.12.2015) in den Versicherten-Stammdaten und zusätzlich die Bestätigung eines vollumfänglichen Versicherungsschutzes im Wege des DTA einen Rechtsschein dahingehend gesetzt, dass ein umfassendes Versicherungsverhältnis des Patienten besteht. Auf diesen Rechtsschein durfte die Klägerin vertrauen (entgegen Landessozialgericht für das Land Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 28. Mai 2015 - L 5 KR 594/14 -, Rn. 31, juris).

21

Die Tatbestandswirkung (Drittbindungswirkung) von Verwaltungsakten besagt, dass Behörden und Gerichte die in einem bindenden Bescheid getroffene Regelung, solange sie Bestand hat, als verbindlich hinzunehmen und ohne Prüfung der Rechtmäßigkeit ihren Entscheidungen zugrunde zu legen haben (BSG 08.09.2015, B 1 KR 16/15 R, BSGE 119, 298-303, SozR 4-2500 § 16 Nr. 1, Rn 22, juris; Landessozialgericht Baden-Württemberg, Urteil vom 11. Dezember 2018 - L 11 KR 1276/18 -, Rn. 31, juris). Die Drittbindung kann indes nicht gelten, wenn durch einen der beiden durch den Verwaltungsakt unmittelbar gebunden Beteiligten (hier die Krankenkasse) ein gegenteiliger Rechtsschein gegenüber dem Dritten gesetzt wird und dieser darauf vertrauen durfte (entgegen Landessozialgericht für das Land Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 28. Mai 2015 - L 5 KR 594/14 -, Rn. 34, juris). Dies war vorliegend der Fall.

22

Grundsätzlich ist es bei einem ruhenden Leistungsanspruch in der Rechtsprechung umstritten, ob der Versicherte überhaupt einen Anspruch auf Ausstellung einer eGK hat oder ob er lediglich Berechtigungsscheine erhält (für den Anspruch: Landessozialgericht Berlin-Brandenburg, Beschluss vom 18. Juli 2017 - L 9 KR 274/17 B ER -, Rn. 3, juris; SG Wiesbaden, Urteil vom 31. Oktober 2018 - S 2 KR 241/17; dagegen: SG Berlin, Beschluss vom 18. März 2020 - S 56 KR 275/20 ER -, Rn. 21, juris). Fest steht jedoch - und darüber ist die Rechtsprechung sich einig -, dass es Aufgabe der Krankenkasse ist durch geeignete Maßnahmen sicherzustellen, dass ein Versicherter mit ruhendem Leistungsanspruch keine ihm nicht zustehenden Leistungen in Anspruch nehmen kann. Denn es ist Pflicht der Krankenkasse nach § 15 Abs. 6 Satz 2 SGB V, einem Missbrauch der Karten durch geeignete Maßnahmen entgegenzuwirken. Dem kann die Beklagte bei ruhenden Leistungsansprüchen systemkonform nur durch die entsprechende Kennzeichnung der eGK gerecht werden oder durch Einzug der Karte. § 291 Abs. 2 Satz 2 SGB V (in Fassung vom 21. Dezember 2015) gewährt den Krankenkassen explizit die Möglichkeit die eGK entsprechend zu kennzeichnen („kann“). Aus dieser Regelung darf jedoch nicht geschlossen werden, dass es den Krankenkassen freisteht, ob sie das Ruhen des Leistungsanspruchs gegenüber den Leistungserbringern kenntlich machen wollen oder nicht. Das „kann“ räumt nach Auffassung der Kammer lediglich ein „Kompetenz-Kann“ dahingehend ein, welches es der Krankenkasse ermöglicht, bei ruhenden Leistungsansprüchen zur Vermeidung von Leistungsmissbrauch die eGK entsprechend elektronisch zu kennzeichnen (so auch Landessozialgericht Berlin-Brandenburg, Beschluss vom 18. Juli 2017 - L 9 KR 274/17 B ER -, Rn. 3, juris). Dies ergibt sich bereits aus den Ausführungen in dem Bericht des Ausschusses

für Gesundheit zum Entwurf des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz, Bundestags-Drs. 16/4247, S. 56: „Die Regelung bezweckt, ein Ruhen des Leistungsanspruchs nach § 16 Abs. 3a SGB V auch gegenüber den Leistungserbringern durch eine entsprechende Dokumentation auf der Chipkarte transparent zu machen, um eine eventuell missbräuchliche Leistungsanspruchnahme zu verhindern.“. Die Beklagte kann sich daher nicht darauf zurückziehen, dass es in ihrem Ermessen stehe, ob sie den Leistungsausschluss kennzeichne oder nicht. Diese Wertung entspricht nach Auffassung der Kammer auch der Interessenslage: Die Leistungserbringer - sei es ein Krankenhaus oder ein Vertragsarzt - brauchen verlässliche Angaben zu dem Versicherungsstatus der Patienten. Dazu dient als Nachweis die eGK und der DTA. Die Information über einen begrenzten Leistungsanspruch hat (außer dem Versicherten) nur die Krankenkasse. Unter dem Aspekt der gegenseitigen Rücksichtnahme hält die Kammer es daher für geboten, dass die Krankenkasse diese Information auch an die Leistungserbringer weitergibt, denn ein anderer Informationsweg steht diesen nicht offen.

23

Kommt die Krankenkasse der Verpflichtung zur Kennzeichnung des ruhenden Leistungsanspruchs auf der eGK nicht nach, da sie dies nach ihrer Einschätzung nur „kann“ aber nicht muss, so kann sie sich auf die Tatbestandswirkung der Feststellung des ruhenden Leistungsanspruchs nicht berufen. Zwar setzt die Tatbestandswirkung keine Kenntnis des Dritten voraus. Setzt jedoch einer der unmittelbar durch den Tatbestandswirkung entfaltenden Verwaltungsakt gebundenen Personen (hier die Krankenkasse) einen gegenteiligen Anschein, so kann sie sich nicht auf die Tatbestandswirkung berufen. In diesem Fall muss die Krankenkasse auch die Konsequenzen tragen und die Kosten für die unberechtigte Inanspruchnahme durch ihren Versicherten zahlen. Dies entspricht den Grundsätzen der gegenseitigen Rücksichtnahme, denn es ist für die Leistungserbringer schlicht unmöglich auf anderem Weg verlässliche Informationen über den Versicherungsstatus der Patienten zu erlangen.

24

Insoweit ist auch der Auffassung des Landessozialgerichtes für das Land Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 28. Mai 2015 - L 5 KR 594/14 -, Rn. 32 entgegenzutreten. Die Krankenkasse wird durch diese Auslegung nicht zum „Ausfallbürgen“ gemacht, wie es das LSG Nordrhein-Westfalen meint. Sie hat es vielmehr selbst in der Hand, ob sie den ruhenden Leistungsanspruch kenntlich macht oder ob sie es in Kauf nimmt, dass der Versicherte trotz ruhendem Leistungsanspruch mittels seiner eGK umfassende Leistungen in Anspruch nimmt. Diese Aufgabe hat der Gesetzgeber explizit in § 15 Abs. 6 Satz 2 SGB V den Krankenkassen zugewiesen. Die Krankenhäuser hingegen haben nach Auffassung der Kammer entgegen der Auffassung des LSG Nordrhein-Westfalen auch keinen (realistischen) Handlungsspielraum, die Kostenübernahme (außerhalb der Kostenübernahme durch die Krankenkasse) sicherzustellen. Der Verweis des LSG Nordrhein-Westfalen auf die Kostenübernahme durch den Versicherten selbst ist nicht praktikabel, denn im Regelfall ruht der Leistungsanspruch, da der Versicherte mangels finanzieller Möglichkeiten, seine Beitragsschulden nicht tilgt. Auch der Verweis auf das Sozialamt greift nicht durch, denn der Versicherte mit ruhendem Leistungsanspruch ist eben gerade nicht hilfebedürftig nach dem SGB XII, denn ansonsten würde sein Leistungsanspruch gar nicht ruhen.

25

Dem steht auch nicht entgegen, dass die eGK als Versicherungsnachweis bei stationärer Krankenhausbehandlung nicht vorgesehen ist, da § 15 Abs. 2 SGB V eine Pflicht zur Vorlage der eGK nur für den ambulanten Bereich statuiert. Im stationären Bereich besteht im Umkehrschluss gerade keine Pflicht sich die eGK vorlegen zu lassen. Dies schließt es jedoch nicht aus, dass die Krankenhäuser sich die eGK dennoch vorlegen lassen können, um sich über den Versichertenstatus des Patienten zu informieren. Nimmt das Krankenhaus diese Möglichkeit - wie hier - in Anspruch, so muss es sich auch auf die dort angegebenen Daten verlassen können. Denn die eGK dient als Nachweis der Versicherung. Im Übrigen hat der Versicherte im hiesigen Fall eine Verordnung stationärer Krankenhausbehandlung eines Vertragsarztes vorgelegt, die ihm den Status „1“ und damit das Bestehen einer Mitgliedschaft bescheinigt. Liegt eine Verordnung eines Vertragsarztes vor, so darf das Krankenhaus auch auf diese vertrauen, denn der verordnende Vertragsarzt war von Gesetzes wegen (§ 15 Abs. 2 SGB V) verpflichtet, das Bestehen einer Mitgliedschaft über die eGK zu überprüfen.

26

c) Dies gilt im vorliegenden Fall im Besonderen, da die Beklagte auch im Datenträgeraustauschverfahren durch Angabe des Schlüssels „1“ der Klägerin suggeriert hat, dass ein umfassendes Versicherungsverhältnis besteht.

27

Zwar hat die Beklagte - entgegen der Auffassung des Klägerbevollmächtigten - mit der Übermittlung der Daten des Versicherten im Wege des Datenträgeraustausches noch keine besondere Kostenübernahmeerklärung abgegeben, wie dies im vom BSG entschiedenen Fall vom 17.05.2000 (BSG, Urteil vom 17. Mai 2000 - B 3 KR 33/99 R -, BSGE 86, 166-174, SozR 3-2500 § 112 Nr. 1, Rn. 19) der Fall war. Die Krankenkasse hat mit der Übermittlung der Daten im Wege des Datenträgeraustauschs lediglich bestätigt, dass der Patient bei der Beklagten (ohne Einschränkung) versichert ist und die Kosten grundsätzlich übernommen werden. Eine eigenständige Bedeutung im Sinne einer besonderen Kostenübernahmeerklärung kommt dieser Mitteilung nicht zu.

28

Mit dem Kostenübernahmesatz hat die Beklagte aber nochmals gegenüber der Klägerin das Bestehen des vollumfänglichen Versicherungsverhältnisses bestätigt. Im DTA teilt die Krankenkasse dem Krankenhaus die Kostenübernahme, die Bestätigung des Versichertenverhältnisses oder ggf. ihre Ablehnung mit. Nach der Anlage 5 zur § 301-Vereinbarung Durchführungshinweise (S. 68 ff) enthält die Kostenübernahmeerklärung Angaben zu der Versichertenart, also über die Art der Versicherung (Mitglied / Familienversicherter / Rentner). Unter dem Schlüssel 12 Teil 2 kann die Krankenkasse Angaben über die Zugehörigkeit des Versicherten zu einer besonderen Personengruppe machen. So bedeutet beispielsweise die Kennzahl 9, dass es sich um einen Empfänger von Gesundheitsleistungen nach den §§ 4 und 6 Asylbewerberleistungsgesetz handelt, deren Leistungsumfang demjenigen der Versicherten mit ruhendem Leistungsanspruch entspricht. Diese Möglichkeit hat die Beklagte nicht wahrgenommen und damit wiederholt den Anschein gesetzt, dass der Versicherte einen umfassenden Leistungsanspruch hatte.

29

Nach Auffassung der Kammer kann sich die Beklagte daher zusammenfassend nicht darauf berufen, dass bei dem Versicherten der Leistungsanspruch ruhte und aus diesem Grund der Vergütungsanspruch der Klägerin nicht zu erfüllen sei. Die Beklagte hat seit Feststellung des Ruhens im April 2015 keine Maßnahmen ergriffen, um den Leistungsmissbrauch durch den Versicherten zu verhindern. Dies wäre jedoch nach § 15 Abs. 6 Satz 2 SGB V ihre Aufgabe gewesen. Diese Aufgabenzuteilung durch den Gesetzgeber ist auch folgerichtig, denn die Beklagte hat als einzige die Informationen über den Versicherungsstatus und kann diese auf der Karte hinterlegen bzw. im DTA melden. Dies hat die Beklagte versäumt und damit den Rechtsschein eines vollumfänglich bestehenden Versicherungsverhältnisses gesetzt. Dementsprechend kann die Beklagte sich nicht auf die Tatbestandswirkung des ruhenden Leistungsanspruchs berufen.

30

4. Weitere Ermittlungen von Amts wegen hinsichtlich der medizinischen Notwendigkeit der Versorgung mit einem Cochlea-Implantat - ein umfassender Leistungsanspruch unterstellt - waren nicht durchzuführen. Die Beklagte hat bezüglich der Nachforderung vom 25.10.2018 kein Verfahren nach § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V eingeleitet und den MDK nicht mit einer Prüfung beauftragt. Bezüglich der ersten Rechnung hat die Beklagte den Prüfauftrag darauf beschränkt, zu fragen, ob es sich um eine akute Notfallbehandlung gehandelt hat. Die Frist des § 275 Abs. 1c SGB V ist daher abgelaufen. § 275 Abs. 1c SGB V kommt eine „materiell präkludierende“ Wirkung für das Gerichtsverfahren zu (vgl. BSG, Urteil vom 16.05.2012, - B 3 KR 14/11 R -, in juris Rdnr. 24 ff., 28, 30; Landessozialgericht Baden-Württemberg, Urteil vom 17. April 2019 - L 5 KR 1522/17 -, Rn. 29, juris). Dies bedeutet, dass auch im sozialgerichtlichen Verfahren die Amtsermittlungspflicht nach § 103 SGG begrenzt ist, soweit - wie hier - das Prüfverfahren nach § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V verspätet eingeleitet worden und deshalb eine Prüfung durch den MDK nach § 276 Abs. 2 S. 1 Halbs. 2 SGB V ausgeschlossen ist (vgl. BSG, Urteil vom 16. Mai 2012 - B 3 KR 14/11 R -, BSGE 111, 58-71, SozR 4-2500 § 109 Nr. 24, Rn. 24 - 28)

31

5. Die Klägerin war nicht unter dem Aspekt der Verjährung oder der Verwirkung daran gehindert im Jahr 2018 eine Nachforderung bezüglich der Behandlung 2017 geltend zu machen. Die Nachforderung von

Krankenhausvergütung war nach den 2017 geltenden gesetzlich vorgesehenen Fristen 2018 nicht verjährt und auch nicht verwirkt.

32

Das Rechtsinstitut der Verwirkung findet als ergänzende Regelung innerhalb der kurzen vierjährigen Verjährungsfrist nur in besonderen, engen Ausnahmekonstellationen Anwendung (st. Rspr; vgl. BSG, Urteil vom 19. November 2019 - B 1 KR 10/19 R -, SozR 4-2500 § 109 Nr. 80, Rn. 11 - 13 m.w.Nachw.). Als ein Verwirkungsverhalten ist regelmäßig die vorbehaltlose Erteilung einer nicht offensichtlich un schlüssigen Schlussrechnung eines Krankenhauses zu werten. Eine Vertrauensgrundlage entsteht in der Regel im Anschluss hieran, wenn das Krankenhaus eine Nachforderung weder im gerade laufenden noch nachfolgenden vollen Haushaltsjahr der Krankenkasse geltend macht. Der Vertrauenstatbestand erwächst daraus, dass die Krankenkasse regelhaft darauf vertraut, dass das Krankenhaus insoweit keine weiteren Nachforderungen erhebt.

33

Die Behandlung erfolgte vorliegend im Jahr 2017, die Nachforderung erfolgte im Jahr 2018. Dabei handelt es sich um das nachfolgende volle Haushaltsjahr, so dass eine Verwirkung nicht eingetreten ist. Eine Verwirkung ergibt sich auch nicht daraus, dass das Krankenhaus die 2017 gestellte Rechnung zunächst storniert hatte und dann im Jahr 2018 erneut geltend machte. Die Stornierung schafft auf Seiten der Krankenkasse noch keine Vertrauensgrundlage dahingehend, dass eine spätere Geltendmachung ausgeschlossen ist.

34

6. Der Anspruch auf Verzinsung ergibt sich aus § 21 Abs. 1 der Pflegesatzvereinbarung 2017. Danach ist die Rechnung innerhalb von drei Wochen nach Rechnungseingang zu zahlen und sind ab Überschreitung der Zahlungsfrist Verzugszinsen in Höhe von vier Prozentpunkten über den jeweiligen Basiszinssatz zu entrichten.

35

7. Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Sozialgerichtsgesetz (SGG) in Verbindung mit §§ 161 Abs. 1, 154 Abs. 1 Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO), da weder die Klägerin noch die Beklagte zu den in § 183 SGG genannten Personen gehören und die Klägerin die unterliegende Partei des Rechtsstreits ist.

36

8. Die Streitwertfestsetzung ergibt sich aus § 197a Abs. 1 Satz 1 SGG in Verbindung mit dem Gerichtskostengesetz (GKG). Da der Klageantrag auf eine bezifferte Geldleistung gerichtet war, ist deren Höhe maßgeblich (§ 52 Abs. 3 GKG).