

Titel:

Entstehung des Vergütungsanspruchs, Kein Vergütungsanspruch, Öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch, Sachverständigengutachten, Vollstationäre Krankenhausbehandlung, Pflegesatzvereinbarung, Amtsermittlungspflicht, BSG-Urteil, Stationäre Behandlung, Krankenkasse, Patientenunterlagen, Patientenakten, MDK-Gutachten, Vollstationäre Behandlung, Allgemeine Krankenhausleistung, Krankenhausvergütung, Krankenhausfinanzierungsgesetz, Krankenhausträger, Stationäre Krankenhausbehandlung, Krankenhausrechnung

Leitsatz:

Leitet die Krankenkasse ein Prüfverfahren erst nach Ablauf der in § 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V (in der ab dem 1.1.2016 bis zum 31.12.2019 geltenden Fassung vom 10.12.2015, BGBl I 2229) geregelten Frist ein, führt dies dazu, dass Einwendungen betreffend die Erforderlichkeit einer stationären Krankenhausbehandlung nur noch auf der Grundlage von Daten und Unterlagen geltend gemacht und überprüft werden können, die das Krankenhaus der Krankenkasse im Rahmen seiner Informationsobliegenheiten bei der Aufnahme des Versicherten bzw. im Rahmen der Abrechnung oder aber trotz Fristablauf – freiwillig zur Verfügung gestellt hat.

Schlagworte:

Leistungsklage, Vergütungsanspruch, medizinische Erforderlichkeit, Krankenhausbehandlung, Amtsermittlungspflicht, Fälligkeit, Zinsanspruch

Rechtsmittelinstanzen:

LSG München, Urteil vom 01.06.2022 – L 12 KR 466/20
BSG Kassel, Beschluss vom 20.12.2023 – B 1 KR 70/22 B

Fundstelle:

BeckRS 2020, 63700

Tenor

- I. Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin 7.511,19 Euro nebst Zinsen hieraus in Höhe von 4 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem seit dem 01.01.2018 zu bezahlen.
- II. Die Beklagte trägt die Kosten des Verfahrens.
- III. Der Streitwert wird auf 7.511,19 Euro festgesetzt.

Tatbestand

1

Im Streit steht die Vergütung für eine stationäre Krankenhausbehandlung.

2

Der bei der beklagten Krankenkasse versicherte S. (im Folgenden: Versicherter) wurde im Zeitraum vom 04.10.2016 bis 09.10.2016 in dem für die Behandlung Versicherter nach § 108 Nr. 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) zugelassenen Krankenhaus der klagenden Krankenhausträgerin vollstationär behandelt. Bei dem Versicherten wurde eine sogenannte Schlauchmagen-Operation (Sleeve-Gastrektomie) bei Adipositas-Erkrankung durchgeführt.

3

Für die erbrachten Leistungen rechnete die Klägerin gegenüber der Beklagten mit Rechnung vom 14.10.2016 die Fallpauschale DRG (Diagnosis Related Group) K04Z (Große Eingriffe bei Adipositas) mit einem Gesamtbetrag in Höhe von 7.511,19 Euro ab. Als Zahlungsziel wurde der 03.11.2016 angegeben.

4

Der Rechnungsbetrag wurde von der Beklagten zunächst beglichen.

5

Mit Schreiben vom 08.12.2016 teilte sie der Klägerin mit, aus dem dokumentierten Krankheits- und Leistungsverlauf sei die Prozedur 5-434.51 nicht nachvollziehbar. Daraus ergebe sich eine Fehlbelegungsprüfung der Rechnung, mit welcher der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) bereits beauftragt sei.

6

Der MDK ... zeigte den bei ihm am 20.12.2016 eingegangenen Prüfauftrag der Klägerin mit Schreiben vom 21.12.2016 an. Nach einer Vor-Ort-Prüfung im Krankenhaus der Klägerin stellte der MDK ... mit Gutachten vom 28.02.2017 fest: „Anhand der vorliegenden Patientendokumentation lässt sich die Fragestellung nicht ausreichend beantworten. Eine Vorabbegutachtung ist nicht ersichtlich. Es wird um eine neue Beauftragung durch den Kostenträger an den MDK zur Erstellung eines individuellen Gutachtens (AMP-Gutachten/KV-Bereich) gebeten“.

7

Nach erneuter Beauftragung durch die Beklagte zeigte der MDK ... der Klägerin mit Schreiben vom 20.03.2017 die Erweiterung des Prüfauftrages auf folgende Fragen an: „Bestand die medizinische Notwendigkeit der Aufnahme in ein Krankenhaus zur stationären Behandlung? Eingriff erfolgte ohne vorausgegangene Prüfung und Bewilligung. Sind die stufenweisen Vorgaben und Inhalte der Richtlinie für Adipositaschirurgie erfüllt? Handelt es sich um eine Maßnahme, welche von der GKV zu tragen sind? Prüfgegenstände gemäß § 4 PrüfvV: -Primäre Fehlbelegung“.

8

In seinem nach Erweiterung des Prüfgegenstandes erstellten Aktenlage-Gutachten vom 24.07.2017 führt der MDK-Gutachter Dr. F. u.a. Folgendes aus: „Bezogen auf diesen Einzelfall wird gutachterlicherseits festgestellt, dass bei vorliegendem BMI von $>54 \text{ kg/m}^2$ eine behandlungsbedürftige Adipositas vorliegt. Gutachterlicherseits kann anhand der vorliegenden Unterlagen jedoch eine – wie durch das BSG definierte – ultima ratio NICHT bestätigt werden. Entsprechende nachvollziehbare medizinische Unterlagen liegen zur Begutachtung NICHT vor. Eine Ausschöpfung aller verfügbarer konservativer Möglichkeiten (inkl. stationärer RehaMaßnahmen) zur Gewichtsreduktion lassen sich NICHT bestätigen...[...]...Ein Gewichtsverlauf der letzten Jahre ist aus den Unterlagen nicht erkennbar...[...]...Besucht der Versicherte eine laufende Ernährungsschulung und eine Bewegungstherapie? Das lässt sich aus den Unterlagen nicht ableiten.“ Das Gutachten des MDK kommt zu dem Ergebnis, dass Kontraindikationen nach den vorliegenden Unterlagen nicht allumfassend ausgeschlossen seien und sich eine stattgehabte leitliniengerechte konservative multimodale Therapie der Adipositas über mindestens 6 Monate aus den Unterlagen nicht ableiten lasse, so dass bei fehlender Ultima Ratio keine medizinische Indikation der Implantation eines Magenbandes und damit keine Leistungspflicht der GKV bestehe.

9

Die Beklagte teilte der Klägerin mit Schreiben vom 27.07.2017 das Ergebnis des MDK-Gutachtens mit und forderte sie zur Stornierung der Rechnung auf. Nachdem die Klägerin dieser Aufforderung nicht nachkam, verrechnete die Beklagte den Rechnungsbetrag am 19.10.2017 mit einer anderen fälligen, unstreitigen Forderung der Klägerin aus der Behandlung eines anderen Versicherten.

10

Die Klägerin hat am 24.10.2017 Klage beim Sozialgericht München (SG) erhoben. Sie trägt im Wesentlichen vor, der Versicherte S. habe zum Zeitpunkt der stationären Therapie einen Body Mass Index (BMI) von 54 kg/m^2 gehabt. Bei einem so hohen BMI sei ohne weitere konservative Therapie zwanglos die Indikation zur operativen Versorgung der bestehenden Adipositas gegeben. Dies ergebe sich aus der entsprechenden Leitlinie der Deutschen Adipositas Gesellschaft vom April 2014 (Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zur „Prävention und Therapie der Adipositas“ Version 2.0), in welcher es heiße:

„Eine chirurgische Therapie kann auch primär ohne eine präoperative konservative Therapie durchgeführt werden, wenn die konservative Therapie ohne Aussicht auf Erfolg ist oder der Gesundheitszustand des Patienten keinen Aufschub eines operativen Eingriffs zur Besserung durch Gewichtsreduktion erlaubt. Dies ist unter folgenden Umständen gegeben:

- Besondere Schwere von Begleit- und Folgekrankheiten der Adipositas

- BMI > 50 kg/m²

- Persönliche psychosoziale Umstände, die keinen Erfolg einer Lebensstiländerung in Aussicht stellen“.

11

Trotzdem seien bei dem Versicherten konservative Versuche durchgeführt worden, alle aber ohne langanhaltenden Erfolg. Ärztlicherseits werde zudem bescheinigt, dass der Versicherte vor der Operation seit seiner Jugend zahlreiche Male ohne anhaltenden Erfolg versucht habe, sein Gewicht zu reduzieren.

12

Die Klägerin beantragt mit Schriftsätzen ihres Bevollmächtigten vom 22.10.2017 und vom 29.01.2020 zuletzt,

die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin 7.511,19 Euro zzgl. Zinsen in Höhe von vier Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 01.01.2018 zu bezahlen.

13

Die Beklagte beantragt mit Schriftsatz vom 17.01.2018,

die Klage abzuweisen.

14

Sie hält die Einschätzung des MDK ... in dessen Gutachten vom 24.07.2017 für zutreffend. Eine medizinische Notwendigkeit für eine vollstationäre Behandlung habe danach nicht bestanden. Der MDK habe eine Ausschöpfung aller verfügbaren konservativen Möglichkeiten zur Gewichtsreduktion nicht bestätigen können. Eine stattgehabte leitliniengerechte konservative multimodale Therapie der Adipositas über mindestens 6 Monate sei nicht ersichtlich.

15

Das Gericht hat gemäß § 106 Abs. 3 Nr. 5, Abs. 4 Sozialgerichtsgesetz (SGG) Beweis erhoben durch Einholung eines adipositaschirurgischen Fachgutachtens des L., Oberarzt in der Viszeralchirurgischen Abteilung des Klinikums der Universität M-Stadt. Dieser hat das Gutachten am 18.10.2018 sowie eine ergänzende Stellungnahme am 19.03.2019 nach Aktenlage erstattet und festgestellt, dass nach den zum Behandlungszeitpunkt gültigen S3-Leitlinien (S3 – Leitlinie der Deutschen Adipositas-Gesellschaft „Chirurgie der Adipositas“, 2010 sowie interdisziplinäre S3 – Leitlinie „Prävention und Therapie der Adipositas“, Version 2.0, April 2014) eine klare Indikation zur Operation bestanden habe. Es seien als Komorbiditäten ein Iliosakralgelenksyndrom und ein arterieller Hypertonus belegt. Der Versicherte leide seit seiner Jugend an Gewichtsproblemen. Seit Jahren habe eine morbid Adipositas mit einem BMI zum Operationszeitpunkt von 54 kg/m² vorgelegen. Unter den konservativen Behandlungsmöglichkeiten sei es ihm nicht gelungen, das Gewicht nachhaltig zu reduzieren. Insgesamt seien damit alleinig konservative Maßnahmen zur Gewichtsreduktion erschöpft gewesen. Insoweit schließe sich der Sachverständige der nachvollziehbaren Einschätzung der behandelnden Ernährungsmedizinerin H. in deren ärztlicher Stellungnahme vom 12.07.2016, welche auch durch die damals aktuellen interdisziplinären Leitlinien gestützt werde, an. Der chirurgische Eingriff habe daher unter Berücksichtigung der zum Zeitpunkt des Eingriffs gültigen Leitlinien nach erschöpfenden konservativen Maßnahmen als Ultima Ratio in der Behandlung der morbid Adipositas gewertet werden müssen. Kontraindikationen hätten nicht bestanden. Das Operationsrisiko sei tolerabel gewesen.

16

Die Beklagte hat auf die Nachfrage des Gerichts mitgeteilt, sie könne den Ausführungen des gerichtlichen Sachverständigen nicht folgen. Ein Anerkenntnis werde daher nicht abgegeben. Aus ihrer Sicht sei die kurz vor dem operativen Eingriff bei H. durchgeführte Ernährungstherapie erfolgreich gewesen. Die Deutsche Adipositas Gesellschaft (DAG) sehe bei Patienten mit einem BMI höher als 35 kg/m² eine Gewichtsreduzierung von 10% des Ausgangsgewichts innerhalb von sechs bis zwölf Monaten nach Durchführung einer multimodalen Therapie als erfolgreich an. Die Leitlinien der chirurgischen Arbeitsgemeinschaft definierten einen „Erfolg“ bei einem BMI von höher als 40 kg/m², wenn das Gewicht um 10-30% von kumulativ sechs Monaten innerhalb von zwei Jahren abnehme. Der Versicherte habe hier allein aufgrund einer Ernährungsberatung 12 kg innerhalb von nur 6 Monaten und somit fast 8% seines Körpergewichts verloren. Eine multimodale Therapie sei nicht angewandt worden.

17

Mit Schreiben vom 10.02.2020 hat die Beklagte nach mehrmaliger Nachfrage des Gerichts mitgeteilt, dass die Rechnung der Beklagten vom 14.10.2016 über die strittige Behandlungsvergütung ihr im Rahmen des Datenaustauschs am 17.10.2016 übermittelt worden sei.

18

Mit richterlichen Hinweisen vom 02.03.2020, 08.04.2020 und 11.05.2020, auf deren Inhalt wegen der Einzelheiten Bezug genommen wird, wurde die Beklagte u.a. darauf hingewiesen, dass die MDK-Prüfung hier erst am 08.12.2016 und damit nach Ablauf der mit der Rechnungsübermittlung am 17.10.2016 beginnenden Sechs-Wochen-Frist des § 275 Abs. 1c SGB V angezeigt wurde und sich daraus eine Beschränkung der Amtsermittlung und der Verwertbarkeit der entgegen der Grenzen der Amtsermittlung beigezogenen Behandlungsunterlagen über die präoperativ bei dem Versicherten im Krankenhaus der Klägerin am 11.08.2016 erfolgten Ösophago-Gastro-Duodenoskopie ergebe. Dies deshalb, weil dem MDK ... nach der detaillierten Unteraufzählung in dessen Gutachten vom 24.07.2017 erkennbar ausschließlich die Krankenakte aus dem strittigen stationären Aufenthalt des Versicherten vom 04.10.2016 bis 09.10.2016 vorgelegen und die Klägerin dem Gericht mit der zweiten Patientenakte über den Voraufenthalt am 11.08.2016 mithin Patientenunterlagen (mit Informationen insbesondere zum Gewichtsverlauf, zur ernährungsmedizinischen Behandlung, zu Maßnahmen zur Gewichtsreduktion und zum Ausschluss von Kontraindikationen) übermittelt habe, welche dem MDK ... bei Erstellung des Gutachtens nicht vorlagen.

19

Mit Schriftsatz vom 25.06.2016 hat die Beklagte mitgeteilt, ein Anerkenntnis könne dennoch nicht abgegeben werden. In dem streitigen Fall habe bereits am 28.02.2017 in der Einrichtung der Klägerin eine Erstbegutachtung unter Einsichtnahme in die Patientenakte stattgefunden. Auch hier habe die medizinische Notwendigkeit des Eingriffs nicht bejaht werden können. Außerdem habe dem MDK bei Erstellung des Gutachtens eine Leistungsübersicht der Beklagten über alle vorausgegangenen Behandlungen des Versicherten vorgelegen.

20

Die Beteiligten wurden mit gerichtlichem Schreiben vom 30.06.2020 zur beabsichtigten Entscheidung des Rechtsstreits durch Gerichtsbescheid gehört.

21

Wegen der weiteren Einzelheiten zum Sach- und Streitstand wird auf den Inhalt der zwischen den Beteiligten gewechselten Schriftsätze und den sonstigen Inhalt der Gerichtsakte sowie auf die beigezogene Verwaltungsakte der Beklagten, welche bei der Entscheidung vorgelegen hat, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe

22

Das Gericht konnte gemäß § 105 Abs. 1 SGG ohne mündliche Verhandlung durch Gerichtsbescheid entscheiden, da die Sache keine besonderen Schwierigkeiten tatsächlicher oder rechtlicher Art aufweist, der Sachverhalt geklärt ist und die Beteiligten zuvor Gelegenheit zur Stellungnahme erhalten bzw. sich mit der Entscheidung durch Gerichtsbescheid einverstanden erklärt haben.

23

Die zulässige Klage ist begründet.

24

1. Die auf die Zahlung der Vergütung für eine erbrachte stationäre Behandlungsleistung gerichtete Klage der Krankenhausträgerin gegen die beklagte Krankenkasse ist als (echte) Leistungsklage nach § 54 Abs. 5 Sozialgerichtsgesetz (SGG) zulässig. Es handelt sich um einen sogenannten Parteienstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht zu ergehen hat (vgl. hierzu BSG, Urteil vom 17.6.2000, Az. B 3 KR 33/99 R).

25

2. Die Klage ist darüber hinaus auch voll umfänglich begründet.

26

Die Klägerin hat gegen die Beklagte in Höhe der Klageforderung einen Anspruch auf Zahlung der noch ausstehenden Restvergütung aus weiteren nicht strittigen Behandlungsfällen, gegen welche die Beklagte am 19.10.2017 die Aufrechnung mit einem behaupteten öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch aus der Behandlung des Versicherten S. erklärt hat und dementsprechend auch auf die Zahlung der beantragten Zinsen jedenfalls seit dem 01.01.2018.

27

a) Der ursprünglich entstandene Anspruch der Klägerin gegen die Beklagte auf Vergütung von Krankenhaus-Behandlungsleistungen für andere Versicherte, der bezüglich der Höhe nicht streitig ist und deshalb keiner näheren Prüfung zu unterziehen ist (BSG, Urteil vom 21.04.2015 – B 1 KR 8/15 R –, Juris m.w.N.), ist durch die Aufrechnung mit einem öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch wegen Überzahlung der Vergütung für die Krankenhaus-Behandlung des Versicherten S. nicht analog § 387 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) erloschen (zur entsprechenden Anwendung auf überzahlte Krankenhausvergütung vgl. z.B. BSG, Urteil vom 08.11.2011 – B 1 KR 8/11 R –, SozR 4-5560 § 17b Nr. 2 m.w.N.), da der Beklagten ein Erstattungsanspruch aus der Behandlung des S. nicht zusteht.

28

Die Voraussetzungen des Gegenanspruchs aus öffentlich-rechtlicher Erstattung sind nicht erfüllt. Der öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch setzt u.a. voraus, dass der Berechtigte Leistungen im Rahmen eines öffentlichen Rechtsverhältnisses ohne rechtlichen Grund erbracht hat (st. Rspr.; vgl. z.B. BSG, Urteil vom 28.09.2010 – B 1 KR 4/10 R –, SozR 4-2500 § 264 Nr. 3; Urteil vom 03.07.2012 – B 1 KR 16/11 R –, SozR 4-2500 § 129 Nr. 7). So liegt es hier nicht. Denn die Klägerin hat gegen die Beklagte wegen der stationären Behandlung des S. den geltend gemachten Vergütungsanspruch in Höhe der Klageforderung nach DRG K04Z. Die Beklagte konnte deshalb keine Erstattung der zunächst bezahlten Vergütung beanspruchen.

29

b) Der Vergütungsanspruch der Klägerin für die Behandlung des Versicherten S. findet seine rechtliche Grundlage mangels Vorliegens eines Vertrages nach § 112 SGB V für den Freistaat Bayern in §§ 39, 108f. SGB V i.V.m. § 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) und §§ 7 Satz 1 Nr. 1, § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1, 11 Abs. 1 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) und der einschlägigen Pflegesatzvereinbarung für 2016. Gemäß § 7 Satz 1 KHEntgG werden die allgemeinen Krankenhausleistungen gegenüber den Patienten oder ihren Kostenträgern mit verschiedenen, in den Nrn. 1 bis 8 abschließend aufgezählten Entgelten abgerechnet. Nach § 8 Absatz 1 Satz 1 KHEntgG sind die Entgelte für allgemeine Krankenhausleistungen für alle Benutzer des Krankenhauses einheitlich zu berechnen. Die Höhe der Vergütung für die Krankenhausbehandlung im Einzelfall ergibt sich aus einer multifaktoriellen Berechnung mittels eines zertifizierten Softwareprogramms, das Grouper genannt wird. Der zertifizierte Grouper wendet nach Eingabe der Daten das Abrechnungsrecht in Form einer Berechnung an. Der Grouper bildet im streitentscheidenden Jahr 2016 das komplexe Zusammenspiel der auf Grundlage des § 7 Abs. 2 KHEntgG in Verbindung insbesondere mit § 9 KHEntgG und § 17b Abs. 2 KHG auf Bundesebene vereinbarten Regelwerke Fallpauschalenvereinbarung (FPV) 2016 mit einem Fallpauschalen-Katalog als Teil derselben und Deutsche Kodierrichtlinien (DKR) Version 2016 einerseits sowie der von der Bundesanstalt Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) festgelegten Verzeichnisse ICD-10-GM Version 2016 (ICD-10) und Operations- und Prozedurenschlüssel (OPS) Version 2016 andererseits ab. Allein die Verwendung der zertifizierten Grouper mit ihrem jeweiligen Rechenprogramm ist verbindlich vereinbart und entfaltet normative Wirkung (vgl. hierzu und den nachfolgenden Ausführungen grundlegend: BSG, Urteil vom 08.11.2011 – B 1 KR 8/11 R – Juris). Die Verbindlichkeit der in dem jeweiligen Vertragswerk angesprochenen Klassifikationssysteme folgt aus dem Umstand, dass sie in die zertifizierten Grouper einbezogen sind. Die in den Grouper einzugebenden Diagnosen und Prozeduren sowie die sonstigen benötigten Sachverhaltsangaben – etwa das Alter des Patienten – sind als Tatsachen einem gerichtlichen Beweis zugänglich. Die automatisierte Subsumtion ist eine rechtliche Bewertung des Sachverhalts und damit Rechtsfrage. Die Gerichte sind auch für die Überprüfung der Kodierungspraxis zuständig, um effektiven Rechtsschutz zu gewährleisten. Die Vergütungsregelungen sind streng nach ihrem Wortlaut und den dazu vereinbarten Anwendungsregeln zu handhaben; dabei gibt es grundsätzlich keinen Raum für weitere Bewertungen und Abwägungen. Ergeben sich bei der Abrechnung Wertungswidersprüche und sonstige Ungereimtheiten, müssen die zuständigen Stellen durch Änderung für die Zukunft Abhilfe schaffen. Eine systematische Interpretation der Vorschriften kann lediglich im Sinne einer Gesamtschau der

im inneren Zusammenhang stehenden Bestimmungen des Regelwerks erfolgen, um mit ihrer Hilfe den Wortlaut der Leistungslegende klarzustellen (vgl. BSG, Urteil vom 18. Juli 2013, B 3 KR 7/12 R, – Juris).

30

c) Die Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse entsteht unabhängig von einer Kostenzusage unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten, wenn die Versorgung in einem zugelassenen Krankenhaus (§ 108 SGB V) durchgeführt wird (dazu aa) und im Sinne des § 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V erforderlich (dazu bb) ist (ständige Rspr., u.a. BSG, Urteil vom 8.11.2011, B 1 KR 8/11 R, Juris-Rn. 13 – m.w.N.; Felix, Vergütungsanspruch des Krankenhauses, SGB 2017, S. 181 186.).

31

aa) Bei der Klägerin handelt es sich um ein zugelassenes Krankenhaus i.S.d. § 108 SGB V.

32

bb) Von der medizinischen Erforderlichkeit der strittigen vollstationären Krankenhausbehandlung des Versicherten S. ist auszugehen.

33

Ob einem Versicherten eine vollstationäre Krankenhausbehandlung zu gewähren ist, richtet sich allein nach den medizinischen Erfordernissen des Einzelfalles. Die Berechtigung der Krankenhausbehandlung ist nicht rückschauend aus der späteren Sicht des Gutachters zu beurteilen, sondern es kommt darauf an, ob sich die stationäre Aufnahme oder Weiterbehandlung bei Zugrundelegung der für den Krankenhausarzt nach den Regeln der ärztlichen Kunst im Behandlungszeitpunkt verfügbaren Kenntnisse und Informationen zu Recht als medizinisch notwendig dargestellt hat (BSG, Urteil vom 16.12.2008 – B 1 KN 3/08 KR R, – Juris). Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit ist ein Krankheitszustand, dessen Behandlung den Einsatz der besonderen Mittel eines Krankenhauses erforderlich macht (BSG, Urteil vom 14.10.2014 – B 1 KR 27/13 R, – Juris). Als besondere Mittel des Krankenhauses sind eine apparative Mindestausstattung, geschultes Pflegepersonal und ein jederzeit präsenter oder rufbereiter Arzt anzusehen. Dabei ist eine Gesamtbetrachtung vorzunehmen, bei der den mit Aussicht auf Erfolg angestrebten Behandlungszielen und den vorhandenen Möglichkeiten einer vorrangigen ambulanten Behandlung entscheidende Bedeutung zukommt. Ermöglicht es der Gesundheitszustand des Patienten, das Behandlungsziel durch andere Maßnahmen, insbesondere durch ambulante Behandlung, einschließlich häuslicher Krankenpflege, zu erreichen, so besteht kein Anspruch auf stationäre Behandlung und damit auch kein Vergütungsanspruch des Krankenhauses (BSG, Urteil vom 14.10.2014 – B 1 KR 27/13 R – Juris). Das gleiche gilt, wenn medizinische Rehabilitation ausreichend ist (BSG, Urteil vom 20.1.2005 – B 3 KR 9/03 R, – Juris).

34

Die Notwendigkeit und Erforderlichkeit der vollstationären Behandlung unterliegt grundsätzlich der Prüfung durch die Krankenkassen entweder im Rahmen eines zuvor gestellten Antrags des Versicherten oder nach Rechnungslegung im Rahmen einer Prüfung der Krankenkasse gemäß § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V mittels Einschaltung des MDK. Darüber besteht seit der Entscheidung des Großen Senats des BSG vom 25.09.2007 (GS 1/06, – Juris) Rechtsklarheit. Dem Krankenhausarzt steht insoweit keine Einschätzungsprärogative zu (vgl. BSG, Großer Senat, Beschluss vom 25.09.2007, a.a.O. – Juris-Rn. 28).

35

Für die Prüfung von Krankenhausrechnungen gilt die Regelung des § 275 Abs. 1c SGB V (hier i.d.F. vom 10.12.2015). Danach ist die Prüfung spätestens sechs Wochen nach Eingang der Abrechnung bei der Krankenkasse einzuleiten und durch den Medizinischen Dienst dem Krankenhaus anzuzeigen. Leitet die Krankenkasse die Prüfung nicht spätestens sechs Wochen nach Eingang der Abrechnung bei ihr ein und zeigt der MDK die Einleitung der Prüfung dem Krankenhaus nicht oder nicht rechtzeitig nach § 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V an, bewirkt dies ein sich auch auf ein Gerichtsverfahren erstreckendes Beweisverwertungsverbot (vgl. BSG, Urteil vom 01.07.2014 – B 1 KR 29/13 R -Juris-Rn. 20). Dies hindert das Krankenhaus nach Fristablauf zwar nicht daran, dem MDK angeforderte Sozialdaten aus freien Stücken zur Verfügung zu stellen. Es ist bloß berechtigt, entsprechende Anforderungen zu verweigern und ggf. abzuwehren. Ebenso bleibt das Recht der Krankenkasse unberührt, für eine Prüfung andere zulässige Informationsquellen zu nutzen (BSG, Urteil vom 14.10.2014 – B 1 KR 34/13 R, – Juris-Rn. 17).

36

Der ungenutzte Ablauf der Frist führt mithin dazu, dass Krankenhaus und MDK – sowie im gerichtlichen Verfahren auch das Gericht – bei einzelfallbezogenen Abrechnungsprüfungen auf die Daten beschränkt sind, die das Krankenhaus der Krankenkasse im Rahmen seiner Informationsobliegenheiten bei der Krankenhausaufnahme und zur Abrechnung – deren vollständige Erfüllung vorausgesetzt – jeweils zur Verfügung gestellt hat (vgl. BSGE 112, 156 = SozR 4-2500 § 114 Nr. 1, Rn. 39 mwN) oder trotz Fristablauf freiwillig zur Verfügung gestellt hat.

37

Deshalb ist eine Begrenzung der gerichtlichen Amtsermittlungspflicht nach § 106 SGG geboten, soweit das Prüfverfahren nach § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V verspätet eingeleitet worden ist (vgl. BSG, Urteil vom 16.05.2012 – B 3 KR 14/11 R – Juris, BSG; Urteil vom 13.11.2012 – B 1 KR 24/11 R –, BSGE 112, 141-156, SozR 4-2500 § 275 Nr. 8). Ein solcher Fall ist vorliegend gegeben. Die fristgerechte Einleitung des Prüfverfahrens und Anzeige durch den MDK ist hier nicht erfolgt. Die Rechnung der Klägerin vom 14.10.2016 ist nach Angabe der Beklagten bei dieser am 17.10.2016 eingegangen. Die Beklagte hat der Klägerin die Einleitung der Rechnungsprüfung erstmals mit Schreiben vom 08.12.2016, also nach Ablauf der 6-Wochen-Frist angezeigt. Die Prüfanzeige durch den MDK erfolgte zeitlich später mit Schreiben vom 21.12.2016. Haben die Gerichte den sich aus der Fristversäumnis ergebenden Grenzen der Amtsermittlung zuwider gleichwohl Behandlungsunterlagen des Krankenhauses beigezogen, so dürfen im Prozess weder diese Unterlagen noch darauf gestützte weitere Beweisergebnisse verwertet werden. Beschränkt ist die Verwertung gleichwohl erhobener Beweise allerdings nur, wenn das Krankenhaus seinerseits die ihm obliegenden Mitteilungspflichten im Verhältnis zur Krankenkasse über Anlass und Verlauf der abgerechneten Krankenhausversorgung bis zur Vorlage der Abrechnung ordnungsgemäß erfüllt und damit den Lauf der Ausschlussfrist des § 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V überhaupt in Gang gesetzt hat (vgl. BSG, Urteil vom 16. Mai 2012 – B 3 KR 14/11 R –, BSGE 111, 58-71, SozR 4-2500 § 109 Nr. 24, Rn. 30f – juris). Ein Verstoß gegen die Mitteilungspflichten des § 301 SGB V ist bislang weder vorgetragen noch sonst erkennbar. Die Klägerin hat daher mit ihrer Abrechnung die Frist des § 275 Abs. 1c SGB V in Lauf gesetzt.

38

Die Kammer war daher von der weiteren Ermittlung des medizinischen Sachverhalts insoweit ausgeschlossen, als – über die dem MDK nach Fristablauf von der Klägerin freiwillig zur Verfügung gestellten Patientenunterlagen hinaus – weitere Krankenunterlagen nicht verwertet werden durften. Welche Unterlagen die Klägerin dem MDK im Rahmen der im schriftlichen Verfahren durchgeführten Prüfung zur Verfügung gestellt hatte, ergibt sich abschließend aus der detaillierten Aufstellung auf Seite 2 des MDK-Gutachtens vom 24.07.2017. Dies war danach ausschließlich die vollständige Patientenakte aus dem strittigen stationären Aufenthalt des S. vom 04.10.2016 bis 09.10.2016, nicht aber die von der Klägerin im gerichtlichen Verfahren darüber hinaus übersandte Patientenakte aus dem Voraufenthalt des Versicherten vom 11.08.2016, welche insbesondere die Ernährungsprotokolle, das ärztliche Schreiben der orthopädischen Gemeinschaftspraxis Dres. L1. vom 26.01.2016, den Entlassbericht der Reha-Klinik K. vom 09.10.2014, die ärztliche Stellungnahme der Schwerpunktpraxis für Ernährungsmedizin H1. vom 12.07.2016 mit u.a. Angaben zum Gewichtsverlauf in den letzten Jahren, das ärztliche Attest der Praxis R. vom 27.01.2016, den Laborbefund der Fachkliniken M-S. AG vom 03.08.2016 und den vorläufigen Arztbrief der Klägerin vom 11.08.2016 enthält. Diese Unterlagen – sowie in der Konsequenz das auf der Grundlage dieser Unterlagen erstellte Sachverständigengutachten des L. – durfte das Gericht bei seiner Entscheidung somit nicht verwerten.

39

Mit der Abrechnung der Behandlung hat die Klägerin die Daten nach § 301 SGB V vollständig übermittelt und mitgeteilt, dass sie den Eingriff durchgeführt hat. Damit ist sie ihrer Darlegungs- und Beweislast bezüglich der Entstehung des Vergütungsanspruchs hinreichend nachgekommen. Die Prüfung beschränkt sich auf den Sachverhalt, wie er sich aus den nach § 301 Abs. 1 SGB V übermittelten Daten und den dem MDK vorliegenden Patientenunterlagen und Informationen darstellt. Diesen lässt sich lediglich entnehmen, dass bei Adipositas-Erkrankung eine vollstationäre Behandlung durchgeführt wurde und eine Aufnahme in der allgemeinen Chirurgie erfolgte. Dabei wurde die DRG K04Z (Großer Eingriff bei Adipositas) abgerechnet. Belastbare Anhaltspunkte, dass diese Behandlung nicht erforderlich gewesen sein sollte, lassen sich den Angaben nicht entnehmen. Aus den dem MDK vorliegenden Patientenunterlagen folgte nach dem MDK-Gutachten lediglich, dass die Bewertung einer Ultima Ratio-Situation auf der Grundlage dieser Unterlagen (noch) nicht nachvollziehbar möglich war. Dies schließt den Vergütungsanspruch jedoch

nicht aus, sondern wirft lediglich die Frage nach dem Vorliegen weiterer Unterlagen zum Nachweis der Ultima Ratio-Situation auf. Die gerichtliche Amtsermittlungspflicht war wegen Fristablaufs insoweit jedoch beschränkt. Von der Erforderlichkeit der stationären Behandlung ist daher auszugehen. Die Beklagte ist mit dem von ihr erhobenen Einwand der fehlenden medizinischen Erforderlichkeit des Eingriffs auf Grund des Fristversäumnisses nach § 275 Abs. 1c SGB V ausgeschlossen. Die Voraussetzungen des geltend gemachten Vergütungsanspruchs sind damit erfüllt.

40

Etwas anderes ergibt sich entgegen der Ansicht der Beklagten zur Überzeugung der Kammer auch nicht aus der (hier wegen der freiwilligen Vorlage der im MDK-Gutachten vom 24.07.2017 angeführten Unterlagen prozessrechtlich nicht ausgeschlossenen) Verwertung des MDK-Gutachtens selbst. Denn die Prüfung sämtlicher dem MDK von der Klägerin im vorliegenden Fall trotz des Fristablaufs vorgelegten Patientenunterlagen (einschließlich der dem MDK bei seiner Beauftragung von der Beklagten zur Verfügung gestellten Leistungsübersicht) hat hier dazu geführt, dass nach der Beurteilung des MDK der Vergütungsanspruch der Klägerin gerade wegen fehlender bzw. nicht ausreichender Informationen zur Bewertung der ultima-ratio-Situation nicht bestätigt werden konnte. Dabei wurden in dem MDK-Gutachten explizit Unterlagen als fehlend angeführt, welche sich in der dem Gericht zur Verfügung gestellten Patientenakte über den Voraufenthalt des S. am 11.08.2016 befinden (so z.B. Angaben zum Gewichtsverlauf, zum Ausschluss von Kontraindikationen, zur Durchführung stationärer RehaMaßnahmen, zur Ernährungsschulung u.a.). Bereits hieraus ergibt sich, dass auch im Rahmen der Erstbegutachtung durch den MDK am 25.01.2017 allein die Patientenakte aus dem strittigen stationären Aufenthalt vom 04.10.2016 bis 09.10.2016 vorgelegen haben kann. Dies entspricht dem üblichen Geschehensablauf bei Vor-Ort-Begutachtungen und steht im Übrigen damit in Einklang, dass im MDK-Erstgutachten vom 28.02.2017 als Beurteilungsgrundlage auch nur das Wort „Krankenakte“ – im Singular – dokumentiert ist. Es besteht vorliegend damit auch bei Verwertung des MDK-Gutachtens vom 24.07.2017 und der dem MDK bekannten und/oder ihm freiwillig nach Fristablauf vom Krankenhaus der Klägerin zur Verfügung gestellten Unterlagen die Situation, dass der Vergütungsanspruch vom MDK mit den ihm zum Zeitpunkt der Gutachtenserstellung vorliegenden Nachweisen gerade mangels ausreichender Beurteilungsgrundlagen als nicht hinreichend belegt beurteilt wurde, eine abschließende Beurteilung der medizinischen Notwendigkeit der stationären Behandlung also nicht erfolgen konnte. Diese Situation kann keine andere Rechtsfolge haben, als in den Fällen, in denen das Krankenhaus dem MDK nach Fristablauf (zu Recht) von vornherein keine Unterlagen vorlegt. Vielmehr verbleibt es dann als Rechtsfolge des Fristablaufs dabei, dass sich die Beklagte nicht mehr darauf berufen kann, eine Ultima-Ratio-Situation sei von der Klägerin nicht hinreichend belegt und weitere Ermittlungen von Amts wegen insoweit ausgeschlossen sind. Ein anderes Ergebnis wäre allenfalls für den Fall denkbar, dass der MDK aus ihm freiwillig vorgelegten Unterlagen bereits abschließend hätte entnehmen können, dass ein Vergütungsanspruch unter keinen Umständen entstanden sein kann. Das ist hier aber gerade nicht der Fall.

41

Im vorliegenden gerichtlichen Verfahren sind demnach ausschließlich die dem MDK im Rahmen des Prüfverfahrens von der Klägerin vorgelegten Patientenakten verwertbar. Auch das gerichtliche Sachverständigengutachten kann folgerichtig nicht verwertet werden, da diesem die Patientenakte aus der ambulanten Behandlung des Versicherten am 11.08.2016 zugrunde lag, welche wie dargelegt einem Beweisverwertungsverbot unterliegt.

42

d) Der Vergütungsanspruch war auch fällig. Eine formal ordnungsgemäße Abrechnung setzt nach der Rechtsprechung des BSG eine ordnungsgemäße Information der Krankenkasse über die vom Krankenhaus abgerechnete Versorgung nach Maßgabe der Informationsobliegenheiten und ggf. Verpflichtungen voraus, insbesondere aus § 301 SGB V. Fehlt es an dieser Angabe, tritt mangels formal ordnungsgemäßer Abrechnung bereits die Fälligkeit der abgerechneten Forderung nicht ein (BSG, Urteil vom 21.04.2015, Az. B 1 KR 10/15 R, Juris-Rn. 10). Ausweislich des MDK-Erstgutachtens lag der Datensatz nach § 301 SGB V der Klägerin am 25.01.2017 vor. Der Anspruch war damit am 25.01.2017 fällig.

43

e) Ohne dass es im vorliegenden Fall darauf noch streitentscheidend ankäme, sei zudem darauf hingewiesen, dass bei dem Versicherten S. zur Überzeugung des Gerichts unter Berücksichtigung der einschlägigen Leitlinien (S3-Leitlinie „Chirurgie der Adipositas“ (2010) Abschnitt 3.2 Unterpunkt 4 und S3-

Leitlinie „Prävention und Therapie der Adipositas“ (2014) Empfehlung 5.45) bei Heranziehung des schlüssigen und nachvollziehbaren medizinischen Sachverständigengutachtens des L. eine primäre Indikation zur chirurgischen Therapie vorlag (vgl. dazu a. Bayerisches Landessozialgericht, Urteil vom 04.12.2018 – L 20 KR 191/16 –, Juris).

44

Der Klage war nach alledem vollumfänglich stattzugeben.

45

Der für den Zeitraum nach Verrechnung ab dem 01.01.2018 geltend gemachte Zinsanspruch ergibt sich aus der maßgeblichen Pflegesatzvereinbarung der Beteiligten für das Jahr 2016.

46

3. Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a SGG i.V.m. §§ 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 Beklagte unterliegende Partei des Rechtsstreits ist.

47

4. Die Streitwertfestsetzung ergibt sich aus § 197a Abs. 1 Satz 1 SGG in Verbindung mit den §§ 52 Abs. 1 und 3 sowie § 63 Abs. 2 Gerichtskostengesetz (GKG).