SG München, Urteil v. 16.03.2023 – S 17 KR 1546/20

Titel:

Krankenkasse, Krankenhausbehandlung, Versorgung, Krankenhaus, Hauptdiagnose, Klinik, Fallpauschale, MDK, Epilepsie, Frist, Gutachten, Abrechnung, Beurteilung, Diagnostik, Sinn und Zweck, kraft Gesetzes, Leistungsklage, Krankenhausvergütung, MDK-Prüfung, Kodierung, Präklusion, Verwirkung, Zinsanspruch

Schlagworte:

Krankenkasse, Krankenhausbehandlung, Versorgung, Krankenhaus, Hauptdiagnose, Klinik, Fallpauschale, MDK, Epilepsie, Frist, Gutachten, Abrechnung, Beurteilung, Diagnostik, Sinn und Zweck, kraft Gesetzes, Leistungsklage, Krankenhausvergütung, MDK-Prüfung, Kodierung, Präklusion, Verwirkung, Zinsanspruch

Tenor

I. Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin einen Betrag in Höhe von 414,43 Euro nebst Zinsen in Höhe von 4% Punkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit 17.09.2020 zu zahlen; im Übrigen wird die Klage abgewiesen.

II. Die Klägerin trägt die Kosten des Verfahrens zu 60%, die Beklagte trägt die Kosten des Verfahrens zu 40%.

III. Der Streitwert wird auf 1.031,09 Euro festgesetzt.

Tatbestand

1
Streitig ist die Krankenhausabrechnung des stationären Aufenthalts der bei der Beklagten krankenversicherten F., geb. 1930.

2
Die Patientin war vom 17.07.2019 bis 23.07.2019 in stationärer Behandlung im Hause der Klägerin.

3
Die Klägerin stellte mit Endabrechnung vom 01.08.2019 diesen stationären Aufenthalt in Höhe von 3.261,36 € in Rechnung. Die Abrechnung erfolgte mit der Hauptdiagnose G40.2 (Lokalisationsbezogene (fokale) (partielle) symptomatische Epilepsie und epileptische Syndrome mit komplexen fokalen Anfällen) und der dadurch angesteuerten DRG B76E. Dieser Betrag wurde zunächst von der Beklagten in voller Höhe erstattet.

4
Der von der Beklagten beauftragte den MDK ... kam in seinem Gutachten vom 03.07.2020 zu dem Ergebnis, dass die von der Klägerin kodierte Hauptdiagnose G40.2 falsch sei und stattdessen durch die Diagnose S00.95 (Oberflächliche Verletzung des Kopfes, Teil nicht näher bezeichnet: Prellung) zu ersetzen sei, bestätigte die Nebendiagnosen J96.00 (akute respiratorische Insuffizienz, andernorts nicht klassifiziert) und K56.4 (Sonstige Obturation des Darmes) und strich die Nebendiagnosen F00.9*, F33.8 und U51.20, so dass sich die DRG J65B ergab. Die Beklagte strich auch die Nebendiagnose K56.4 und nahm am 16.09.2020 eine Verrechnung in Höhe von 1.031,09 € vor.

5
Die Klägerin hat am 06.11.2020 Klage zum Sozialgericht München erhoben.

6
Die Klägerin trägt vor, die bestehende strukturelle Epilepsie sei die Ursache für die Synkope (Ohnmacht, Kollaps), weshalb die Synkope lediglich als Symptom zu werten sein. Bei der Behandlung der Epilepsie sei diese korrekterweise nach der DKR D002 als Hauptdiagnose zu kodieren. Auch die Nebendiagnosen U51.20 und K56.4 seien zu Recht kodiert worden.

7

Das Gericht hat Beweis erhoben durch Beauftragung des gerichtlichen Sachverständigen R. U-Stadt auf unfallchirurgischem Fachgebiet. Der gerichtliche Gutachter kam zusammenfassend zu dem Ergebnis, dass weder die von der Klägerin (G40.2) noch die von der Beklagten (S00.95) genannten Hauptdiagnosen zutreffen. Die richtige Hauptdiagnose sei in der „Commotio cerebri“ (S06.0) zu sehen, da der Schwerpunkt und damit auch der meiste Ressourcenverbrauch in der Diagnostik und Abklärung der Commotio zu sehen sei (CCT, CT-HWS, Sono-Abdomen, Röntgen-Thorax). All diese Diagnostik erfolgte noch in der Unfallchirurgischen Klinik. Als Nebendiagnose könne der postiktale Zustand, der nicht gesichert sei und lediglich vermutet werde, kodiert werden: G40.2. Die Nebendiagnosen F006 und F33.8 sowie U51.20 mögen gerechtfertigt sein, spielen aber keine Rolle, da sie keine Ressourcen verbraucht haben. Es ergebe sich die DRG B80Z.

8
Die Klägerbevollmächtigte schlägt einen Vergleich auf Basis der vom Gutachter ermittelten DRG B80Z vor, die Beklagte lehnt dies ab.

9
Die Klägerin beantragt zuletzt,

die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin einen Betrag in Höhe von 1.031,09 Euro nebst Zinsen hieraus in Höhe von 4% Punkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 17.09.2020 zu bezahlen.

10
Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

11
Die Beklagte verweist auf die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts vom 18.05.2021 (B 1 KR 34/20 R), wonach § 7 Abs. 5 Prüfverfahrensverordnung 2016 eine materielle Präklusionsregelung bewirke mit der Rechtsfolge, dass Änderungen zugunsten des vom Krankenhaus zu Abrechnungszwecken an die Krankenkasse übermittelten Datensatzes nach Ablauf der in der PrüfvV geregelten Änderungsfristen unzulässig seien, soweit der Datensatz Gegenstand des Prüfverfahrens geworden sei. Änderungen des MDK geprüften Teils des Datensatzes nach § 301 SGB V außerhalb der in § 7 Abs. 5 PrüfvV geregelten Änderungsmöglichkeiten seien – auch mit Wirkung für ein gegebenenfalls nachfolgendes Gerichtsverfahren – unzulässig. Vorliegend war die Hauptdiagnose Prüfgegenstand und sei damit Bestandteil des von § 7 Abs. 5 PrüfvV erfassten Teil des Datensatzes. Die Durchsetzung des geltend gemachten Vergütungsanspruchs auf Basis des Sachverständigengutachtens durch Kodierung der S06.0 erfolge außerhalb der Frist des § 7 Abs. 5 PrüfvV und sei deshalb nicht möglich.

12
Die Klägerbevollmächtigte weist darauf hin, dass es das BSG in den genannten Entscheidungen ausdrücklich offen gelassen habe, wie Fälle zu behandeln sind, in denen – wie im vorliegenden Fall – die im Datensatz mitgeteilte, vom Prüfauftrag umfasste Hauptdiagnose unzutreffend und eine Nachkodierung ausgeschossen ist. Es müsse eben eine Unterscheidung zwischen Hauptdiagnose und Nebendiagnose vorgenommen werden. Ein ersatzloses Entfallen einer Hauptdiagnose sei nicht möglich, da nur eine Hauptdiagnose existent sei und eine Fallpauschale für einen Behandlungsfall ohne Hauptdiagnose nicht ausgelöst werden könne.

13
Im Übrigen wird wegen des Vorbringens der Parteien und der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstands auf die beigezogene Verwaltungsakte der Beklagten und die beigezogene Patientenakte, das Protokoll über die mündliche Verhandlung vom 16.03.2023 und auf den übrigen Inhalt der Gerichtsakte hingewiesen.

Entscheidungsgründe

14
Die von der Klägerin im Gleichordnungsverhältnis erhobene Klage ist als echte Leistungsklage nach § 54 Abs. 5 Sozialgerichtsgesetz (SGG) zulässig (stRspr, vgl. z.B. BSGE 102, 172 = SozR 4-2500 § 109 Nr. 13 RdNr. 9, BSGE 104,15 = SozR 4-2500 § 109 Nr. 17, RdNr. 12), aber nur im tenorierten Umfang begründet.

15
Die von der Klägerin geltend gemachten und aus der Behandlung der Versicherten der Beklagten entstandenen Ansprüche ergeben sich aus § 109 Abs. 4 S. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V), § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 des Gesetzes über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen – Krankenausentgeltgesetz (KHEntgG) in Verbindung mit der zwischen den Beteiligten geltenden Pflegesatzvereinbarung. Die Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse entsteht unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten, wenn die Versorgung in einem zugelassenen Krankenhaus durchgeführt wird und im Sinne des § 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V erforderlich ist. Der Vergütungsanspruch der Krankenhäuser ergibt sich aus der Pflegesatzvereinbarung zwischen Krankenkasse und Krankenhausträger auf der Grundlage der gesetzlichen Ermächtigung in §§ 16, 17 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG).

16
Der Vergütungsanspruch für die Krankenhausbehandlung und damit korrespondierend die Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse entsteht – unabhängig von einer Kostenzusage – unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten kraft Gesetzes, wenn die Versorgung in einem zugelassenen Krankenhaus erfolgt und im Sinne von § 39 Abs. 1 S. 2 SGB V erforderlich und wirtschaftlich ist (stRspr., vgl. z.B. BSGE 102, 172 = SozR 4-2500 § 109 Nr. 13, Rn. 11).

17
Bei der Klägerin handelt es sich um ein zugelassenes Krankenhaus, die medizinische Notwendigkeit der Behandlung der Patientin wird von der Beklagten nicht in Zweifel gezogen, streitig ist nur die korrekte Kodierung.

18
An der zur Überzeugung der Kammer zutreffenden Beurteilung des gerichtlichen Gutachters bestehen keine Zweifel, auch wurden von beiden Prozessparteien keine Zweifel geäußert. Daher ist letztlich ausschlaggebend, ob die Klägerin mit der Kodierung der vom Gutachter vorgeschlagenen Hauptdiagnose materiell präkludiert ist, § 7 Abs. 5 PrüfvV.

19
Voraussetzung für die Fälligkeit des Anspruchs einer – wie hier geltend gemachten – höheren Vergütung ist eine ordnungsgemäß korrigierte Abrechnung. Diese liegt nur vor, wenn die betreffenden Daten nach § 301 rechtmäßig noch übermittelt werden durften (BSG vom 18.05.2021 B 1 KR 34/20 R, Rn. 16 in juris).

20
§ 7 Abs. 5 PrüfvV 2016 ist zeitlich auf die im Jahr 2019 durchgeführte Krankenhausbehandlung der Versicherten anwendbar. Die PrüfvV 2016 ist für Behandlungsfälle ab 01.01.2017 anzuwenden. Gegenstand der von der Krankenkasse veranlassten MDK-Prüfung war die Hauptdiagnose, die Nebendiagnosen und die Verweildauer.

21
Nach § 7 Abs. 5 S. 1 PrüfvV sind Korrekturen oder Ergänzungen von Datensätzen nur einmalig möglich. Diese hat der MDK nur dann in seine Prüfung einzubeziehen, wenn sie innerhalb von 5 Monaten nach Einleitung des MDK-Prüfverfahrens nach § 6 Abs. 2 an die Krankenkasse erfolgen, § 7 Abs. 5 S. 2 PrüfvV. Sollte eine Begutachtung durch den MDK vor Ablauf der Frist des Satzes 2 beendet sein, ist eine Korrektur oder Ergänzung von Datensätzen nur bis zum Ende der Begutachtung durch den MDK möglich, § 7 Abs. 5 S. 3 PrüfvV.

22
Im gerichtlichen Gutachten vom 30.01.2022 hat der Gutachter abweichend von der Beurteilung der Klägerin und abweichend von der Beurteilung des MDK die Hauptdiagnose S06.0 als zutreffend erachtet. Ob diese Korrektur der Hauptdiagnose in Anwendung der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG vom 18.05.2021, B 1 KR 34/20 R, Rn. 14) nach Ablauf der in § 7 Abs. 5 PrüfvV 2016 genannten Frist nicht mehr möglich ist, ist höchstrichterlich noch nicht entschieden.

23
Das BSG führt hierzu wörtlich aus:

„§ 7 Abs. 5 PrüfvV bewirkt eine materielle Präklusionsregelung mit der Rechtsfolge, dass Änderungen zugunsten des vom Krankenhaus zu Abrechnungszwecken an die Krankenkasse übermittelten Datensatzes nach Ablauf der in der PrüfvV geregelten Änderungsfristen unzulässig sind, soweit der Datensatz Gegenstand des Prüfverfahrens geworden ist.“

24
Gegenstand des Prüfverfahrens war vorliegend zweifellos u.a. die Hauptdiagnose.

25
Und weiter: „Änderungen des MDKgeprüften Teils des Datensatzes nach § 301 SGB V außerhalb der in § 7 Abs. 5 PrüfvV 2014 geregelten Änderungsmöglichkeiten sind – auch mit Wirkung für ein gegebenenfalls nachfolgendes Gerichtsverfahren – unzulässig. Der Vergütungsanspruch des Krankenhauses kann nicht erfolgreich auf Grundlage von neuen (geänderten oder ergänzten) Daten durchgesetzt werden, deren Übermittlung unzulässig ist (BSG vom 18.05.2021, B 1 KR 34/20 R, Rn. 14 in juris).

26
Voraussetzung für die Fälligkeit des Anspruchs auf eine – wie hier geltend gemachte – höhere Vergütung ist eine ordnungsgemäß korrigierte Abrechnung. Diese liegt nur vor, wenn die betreffenden Daten nach § 301 SGB V rechtmäßig noch übermittelt werden dürfen. Dagegen kann der Vergütungsanspruch, insbesondere eine Nachforderung, weiterhin mit anderen, nicht von der materiellen Präklusion erfassten Daten innerhalb der Grenzen von Verwirkung und Verjährung erfolgreich durchgesetzt werden. Insoweit müssen die rechtmäßig übermittelten Daten jedoch zutreffend sein. Unzutreffende, nicht mehr änderbare Daten fallen als Berechnungselemente grundsätzlich ersatzlos weg (BSG vom 18.05.2021, B 1 KR 39/20 R, Rn. 16 in juris). Das Krankenhaus verliert das Recht, den Datensatz nach § 301 SGB V zu ändern, soweit er Prüfgegenstand der von der Krankenkasse veranlassten MDK-Prüfung geworden ist; dies auch mit Wirkung für das Gerichtsverfahren“ (BSG vom 18.05.2021, B 1 KR 34/20 R, Rn. 15 in juris).

27
Zur Überzeugung der Kammer sind Änderungen des MDKgeprüften Teils des Datensatzes außerhalb der in § 7 Abs. 5 PrüvV geregelten Fristen nach § 301 SGB V in Umsetzung des Ergebnisses eines gerichtlichen Sachverständigengutachtens – wie vorliegend – dennoch zulässig, da die Hauptdiagnose – anders als Nebendiagnosen – als Berechnungselement nicht ersatzlos wegfallen kann.

28
Das Bundessozialgericht hat es ausdrücklich offengelassen, wie Fälle zu behandeln sind, in denen die im Datensatz mitgeteilte, vom Auftrag umfasste Hauptdiagnose (erstgenannte Diagnose) unzutreffend und eine Nachkodierung ausgeschlossen ist (vgl. BSG vom 18.05.2021, B 1 KR 37/20 R, Rn. 18; BSG vom 18.05.2021, B 1 R 39/20 R, Rn. 16 und BSG vom 18.05.2021, B 1 KR 34/20 R, Rn. 16). Dies wohl im Hinblick darauf, dass unzutreffende, nicht mehr änderbare Daten als Berechnungselemente wegfallen (BSG a.a.O.).

29
Ein ersatzloses Wegfallen der Hauptdiagnose ist allerdings nicht möglich, da eine Fallpauschale ohne Hauptdiagnose nicht ausgelöst werden kann. § 7 Abs. 5 PrüfvV ist nach seinem Sinn und Zweck einschränkend auszulegen. Der Regelungszweck der Vorschrift liegt in der Beschleunigung und Konzentration des Prüfverfahrens. Das Krankenhaus soll nach Abschluss des Prüfverfahrens durch den MDK nicht nachkodieren und die Abrechnung optimieren können.

30
Die zutreffende Hauptdiagnose hat sich vorliegend allerdings erst im Rahmen der gerichtlichen Überprüfung durch ein Sachverständigengutachten ergeben. Letztlich hat das Krankenhaus lediglich von seinem Recht zur Überprüfung der Entscheidung der Beklagten Gebrauch gemacht. Daher würde es nicht dem Sinn und Zweck des § 7 Abs. 5 PrüfvV entsprechen, wäre die Klägerin mit der Änderung der Hauptdiagnose in Umsetzung des Ergebnisses des gerichtlichen Gutachtens präkludiert.

31
Folglich ist zur Überzeugung der Kammer die Klägerin mit der Änderung der Hauptdiagnose in Umsetzung des gerichtlichen Gutachtens nicht präkludiert.

32

Die Klage ist daher im tenorierten Umfang begründet. Das Gericht legt hier die zutreffende Kodierung des Gutachters mit der Fallpauschale B80Z (Andere Kopfverletzungen) und einem Erlös in Höhe von 2.636,80 Euro (Bl. 104 der Gerichtsakte) zugrunde.

33
In der mündlichen Verhandlung hat die Beklagte hilfsweise die Einwendung der Verwirkung erhoben. Der Anspruch ist aber nicht verwirkt. Das Rechtsinstitut der Verwirkung passt als ergänzende Regelung innerhalb der kurzen vierjährigen Verjährungsfrist grundsätzlich nicht. Es findet nur in besonderen, engen Ausnahmekonstellationen Anwendung (vgl. BSG Urteil vom 1.7.2014 – B 1 KR 2/13 R – juris Rn. 18), etwa wenn eine Nachforderung eines Krankenhauses nach vorbehaltlos erteilter Schlussrechnung außerhalb des laufenden Haushaltsjahres der Krankenkasse (vgl. BSG SozR 4-2500 § 109 Nr. 19; BSG SozR 4-2500 § 109 Nr. 27) erfolgt. Ein solcher Fall liegt hier aber nicht vor.

34
Die Verwirkung als Ausprägung des Grundsatzes von Treu und Glauben (§ 242 BGB) ist auch für das Sozialversicherungsrecht und insbesondere für die Nachforderung von Beiträgen zur Sozialversicherung anerkannt. Sie setzt als Unterfall der unzulässigen Rechtsausübung voraus, dass der Berechtigte die Ausübung seines Rechts während eines längeren Zeitraums unterlassen hat und weitere besondere Umstände hinzutreten, die nach den Besonderheiten des Einzelfalls und des in Betracht kommenden Rechtsgebietes das verspätete Geltendmachen des Rechts dem Verpflichteten gegenüber nach Treu und Glauben als illoyal erscheinen lassen. Solche, die Verwirkung auslösenden „besonderen Umstände“ liegen vor, wenn der Verpflichtete infolge eines bestimmten Verhaltens des Berechtigten (Verwirkungsverhalten) darauf vertrauen durfte, dass dieser das Recht nicht mehr geltend machen werde (Vertrauensgrundlage) und der Verpflichtete tatsächlich darauf vertraut hat, dass das Recht nicht mehr ausgeübt wird (Vertrauenstatbestand) und sich infolgedessen in seinen Vorkehrungen und Maßnahmen so eingerichtet hat (Vertrauensverhalten), dass ihm durch die verspätete Durchsetzung des Rechts ein unzumutbarer Nachteil entstehen würde (BSG vom 23.06.2015, B 1 KR 26/14 R, Rn. 46).

35
Aus welchen Gründen hier eine unzulässige Rechtsausübung durch die Klägerin vorliegen sollte, erschließt sich nicht. Die Nachforderung der Klägerin hat sich erst im Laufe des Klageverfahrens ergeben, die Beklagte kann während des laufenden Klageverfahrens keinen Vertrauenstatbestand geltend machen.

36
Der Zinsanspruch beruht auf der geltenden Budget- und Entgeltvereinbarung der Beteiligten für das Jahr 2019.

37
Die Kostenentscheidung beruht auf § 197 a Abs. 1 S. 1 SGG in Verbindung mit § 155 Abs. 1 S. 1 VwGO. Die Festsetzung des Streitwerts beruht auf § 197a Abs. 1 S. 1 SGG in Verbindung mit § 52 Abs. 1 und 3 GKG.