



# SOZIALGERICHT FÜR DAS SAARLAND

IM NAMEN DES VOLKES

## GERICHTSBESCHEID

In dem Rechtsstreit

des

Klägers,

Prozessbevollmächtigter: Rechtsanwalt Friedrich W. Mohr c/o Krankenhausgesellschaft Rheinland-Pfalz e.V., Bauerngasse 7, 55116 Mainz,

g e g e n

die

Beklagte,

hat die 15. Kammer des Sozialgerichts für das Saarland durch den Richter am Sozialgericht Walter am 13. September 2012 gemäß § 105 Sozialgerichtsgesetz für Recht erkannt:

- 1. Die Beklagte wird verurteilt, an den Kläger 729,18 EUR nebst Zinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 21. Februar 2007 zu zahlen.**

**2. Im Übrigen wird die Klage abgewiesen.**

**3. Die Beklagte trägt die Kosten des Rechtsstreits.**

### **Tatbestand**

Die Beteiligten streiten über die Abrechnung eines stationären Krankenhausaufenthalts.

Der Kläger ist Träger eines zugelassenen Krankenhauses in . Die Beklagte ist eine gesetzliche Krankenkasse.

Der bei der Beklagten versicherte . wurde vom 12. bis 21. Dezember 2006 im Krankenhaus des Klägers stationär behandelt.

Für die stationäre Behandlung stellte der Kläger am 03. Januar 2007 einen Betrag iHv 2.001,-- EUR in Rechnung (Fallpauschale G66B – Abdominalschmerz oder mesenteriale Lymphadenitis, Alter <56 Jahre oder ohne CC); diesen zahlte die Beklagte zunächst abzgl. des Abschlages zur Anschubfinanzierung iHv 14,78 EUR. Am 21. Februar 2007 erfolgte im Wege der Verrechnung die Kürzung der Rechnung iHv 729,18 EUR.

Zuvor hatte die Beklagte mit Schreiben vom 09. Januar 2007 mitgeteilt, dass aufgrund der übermittelten Daten die Notwendigkeit einer Behandlung über die obere Grenzverweildauer nicht ersichtlich sei. Es werde daher bis zum 12. Februar 2007 um eine medizinische Begründung an den SMD gebeten.

Ein Kurzbericht des Klägers ging bei der Beklagten per Datenaustausch am 06. März 2007 ein. Hierbei führte der Kläger wie folgt aus: „Akute Bauchschmerzen, die sich im Verlauf nicht besserten, Labordiagnostik und Beobachtung bis zum Erhalt der exakten Diagnose sind notwendig, da Gefahr einer subklin. Appendizitis mit Perforation, Lebensgefahr.“

Am 14. Januar 2011 hat der Kläger Klage erhoben, mit der er die noch offene Forderung geltend macht. Der Kläger trägt im Wesentlichen vor, die stationäre Behandlung des Patienten sei medizinisch notwendig gewesen und die Beklagte habe zu Unrecht den Rechnungsbetrag nicht bezahlt. Auf die nicht substantiierte Anfrage vom 09. Januar 2007 sei wie vorstehend ausgeführt geantwortet worden. Ein Prüfverfahren beim SMD sei durch die Beklagte nicht eingeleitet worden.

Der Kläger beantragt,

**die Beklagte zu verurteilen, an den Kläger 743,96 EUR zuzüglich Zinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 21. Februar 2007 zu zahlen.**

Die Beklagte beantragt,

**die Klage abzuweisen.**

Sie trägt im Wesentlichen vor, der Kläger habe auf die Anforderung der Beklagten vom 09. Januar 2007, eine medizinische Begründung zu übersenden, nicht reagiert. Die am 06. März 2007 – verspätet - übermittelte medizinische Begründung sei unbeachtlich, da sie der Datenübermittlungsvereinbarung nach dem Landesvertrag (§ 2 Abs. 1 KÜV) nicht

entsprochen habe; auch würde die nach § 301 SGB V übermittelten Daten von einer anderen Abteilung bearbeitet werden, als die nach § 2 Abs. 1 KÜV übersandten Daten. Dadurch habe der Kläger seine Mitwirkungspflichten in erheblichem Umfang verletzt und seinen Anspruch verwirkt. Eine Pflicht der Beklagten zur Einleitung des Prüfverfahrens könne ausgehend von Vorgesagtem nicht angenommen werden. Außerdem könne dies auch noch heute eingeleitet werden. Zuletzt sei der Kläger mit seinem Anspruch aufgrund seiner Klageeinreichung erst im Januar 2011 ausgeschlossen; dies folge aus der lang anhaltenden Untätigkeit zwischen dem 06. März 2007 und der Klageerhebung.

Wegen des Sachverhalts im Übrigen wird auf die gewechselten Schriftsätze nebst Anlagen sowie die Verwaltungsunterlagen der Beklagten Bezug genommen.

#### **Entscheidungsgründe**

Die zulässige Klage ist ganz überwiegend begründet.

Das Gericht konnte nach Anhörung der Beteiligten gemäß § 105 SGG ohne mündliche Verhandlung durch Gerichtsbescheid entscheiden, da der Sachverhalt geklärt ist und der Rechtsstreit keine besonderen Schwierigkeiten tatsächlicher oder rechtlicher Art aufweist.

Die formgerecht eingereichte Klage ist zulässig. Insbesondere ist sie als Leistungsklage zulässig, da es sich um einen Beteiligtenstreit im Gleichordnungsverhältnis handelt, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt (Urteil des BSG vom 30. Juni 2009, B 1 KR 24/08 R).

Die damit zulässige Klage ist auch zum größten Teil - mit Ausnahme des Abschlages zur Anschubfinanzierung iHv 14,78 EUR - begründet.

Rechtsgrundlage des geltend gemachten Vergütungsanspruches des Klägers ist § 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V i. V. m. den Regelungen des Vertrages gemäß § 112 Abs. 1 SGB V zu § 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V „Allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung“ (KBV) zwischen der Saarländischen Krankenhausgesellschaft e. V. und den Landesverbänden der Krankenkassen. Eine Zahlungsverpflichtung der Gesetzlichen Krankenkassen entsteht dabei unabhängig von einer Kostenzusage unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten.

Vorliegend ist die Leistungserbringung durch den Kläger dem Grunde nach unstrittig; die Beteiligten streiten lediglich über die Notwendigkeit der Dauer der stationären Behandlung. Die Entscheidung dieser Frage kann hier jedoch dahingestellt bleiben, da die Beklagte zu der vorgenommenen Rechnungskorrektur weder berechtigt war noch ist.

Die Aufrechnung durch die Beklagte war treuwidrig. Denn die Beklagte hat den Leistungsfall nicht ordnungsgemäß überprüft, so dass sie auch zu einer Rechnungskürzung nicht berechtigt ist. Aus den gesetzlichen Regelungen und der dazu ergangenen Rechtsprechung des BSG, insbesondere in dem Urteil vom 22. April 2009 - B 3 KR 24/07 R- ergeben sich die genauen Vorgaben für die Überprüfung eines Abrechnungsfalles eines Krankenhauses.

Danach hat als Grundlage des Prüfverfahrens das Krankenhaus im Rahmen der wechselseitigen Leistungsbeziehungen zur Krankenkasse diejenigen Angaben zu machen und Unterlagen beizubringen, die zur Beurteilung der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit im Einzelfall erforderlich sind.

Rechtsgrundlage der Auskunftspflichtung ist § 100 Abs 1 Satz 3 SGB X, wonach das Krankenhaus verpflichtet ist, dem Leistungsträger "im Einzelfall auf Verlangen Auskunft zu erteilen, soweit es für die Durchführung von dessen Aufgaben nach diesem Gesetzbuch erforderlich" ist und entweder der Betroffene eingewilligt hat oder dies gesetzlich zugelassen ist.

Zwingend, nämlich iS von § 100 Abs 1 Satz 1 Nr 1 SGB X gesetzlich zugelassen, sind auf der ersten Stufe der Sachverhaltserhebung die Angaben nach § 301 Abs 1 SGB V. Hierin ist aus datenschutzrechtlichen Gründen abschließend und enumerativ aufgelistet, welche Angaben der Krankenkasse bei einer Krankenhausbehandlung ihrer Versicherten auf jeden Fall zu übermitteln sind. Dazu rechnen ua die Stammdaten des Versicherten, Detaildaten über Aufnahme, Verlegung, Art der Behandlung und Entlassung einschließlich der Angabe des einweisenden Arztes mit Einweisungsdiagnose, Aufnahmediagnose und Änderung von Diagnosen, die medizinische Begründung für die Verlängerung der Verweildauer sowie Datum und Art der durchgeführten Operationen und Prozeduren. Dass der Kläger in dem vorliegenden Behandlungsfall diese Angaben gegenüber der Beklagten gemacht hat, ist zwischen den Beteiligten nicht streitig.

Darüber hinaus normiert die landesvertragliche Bestimmung in § 2 Abs 1 Satz 2 KÜV eine weitere Pflicht des Krankenhauses. Besteht nämlich aus Sicht der Krankenkasse in Einzelfällen Anlass, die Notwendigkeit und Dauer der stationären Behandlung zu überprüfen, so kann die Krankenkasse vor Beauftragung des MDK bzw. hier des SMD unter Angabe des Überprüfungsanlasses eine Stellungnahme des Krankenhauses zu den einzelnen Behandlungsfällen anfordern. Das Krankenhaus hat sodann die Notwendigkeit und/oder Dauer der stationären Behandlung mittels Kurzberichts zu erläutern (§ 2 Abs 1 Satz 3 KÜV).

Vorliegend hat die Beklagte am 09. Januar 2007 in einer nicht näher begründeten Anfrage die Erläuterung zur Notwendigkeit der Dauer der stationären Krankenhausbehandlung erbeten. Der Kläger hat hierzu am 06. März 2007 – mithin innert zwei Monaten auch ausreichend zeitnah – in ausreichendem Umfange wie folgt ausgeführt: „Akute Bauchschmerzen, die sich im Verlauf nicht besserten, Labordiagnostik und Beobachtung bis zum Erhalt der exakten Diagnose sind notwendig, da Gefahr einer subklin. Appendizitis mit Perforation, Lebensgefahr.“

Seiner Pflicht zur Begründung ist er damit in ausreichender Art und Weise nachgekommen. Aus seiner Antwort ergibt sich die Begründung für die Notwendigkeit der Dauer des stationären Aufenthalts.

Dass die Antwort im Datenträgeraustausch erfolgte, ist dabei vollkommen unschädlich. Entscheidend ist vielmehr der Eingang bei der Beklagten, die auch zutreffender Empfänger der Antwort war. Eine Übersendung an den SMD hatte nicht zu erfolgen. Auch hat die Beklagte die Antwort erkennbar zur Kenntnis genommen. Soweit sich die Beklagte darauf beruft, dass die nach § 301 SGB V übermittelten Daten von einer anderen Abteilung bearbeitet werden, als die nach § 2 Abs. 1 KÜV übersandten Daten, ist dieser Einwand unbehelflich, da die Beklagte für bei ihr eingehende Daten für eine Weiterleitung an die intern zuständige Abteilung Sorge zu tragen hat.

Erschließen sich nach Eingang der vg. Erstbegründung die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung oder weitere Abrechnungsvoraussetzungen den - medizinisch in der Regel nicht besonders ausgebildeten - Mitarbeitern der Krankenkasse aufgrund der Angaben nach § 301 SGB V sowie des Kurzberichts nicht selbst, ist auf der zweiten Stufe der Sachverhaltsermittlung ein Prüfverfahren

nach § 275 Abs 1 Nr 1 SGB V einzuleiten. Danach ist beim SMD eine gutachtliche Stellungnahme einzuholen.

§ 275 Abs 1 Nr 1 SGB V legt somit den Krankenkassen gerade die Pflicht auf, bei Zweifeln über die Erbringung von Leistungen, insbesondere zur Prüfung von Voraussetzungen, Art und Umfang, sowie bei Auffälligkeiten zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung eine gutachtliche Stellungnahme des SMD einzuholen (BSG, Urteil vom 20. November 2008 - B 3 KN 4/08 KR R und Urteil vom 22. April 2009, aaO).

Die genannte Prüfpflicht hat die Beklagte vorliegend verletzt. Eine Beauftragung des SMD ist unterblieben, obwohl der Kläger auf der ersten Stufe der Sachverhaltsermittlung seinen Mitwirkungspflichten – wie vorbeschrieben – in ausreichender Art und Weise nachgekommen ist.

Die Beklagte hat die Abrechnungsvoraussetzungen angezweifelt und wäre somit verpflichtet gewesen, den SMD mit der Überprüfung zu beauftragen. Es wäre sodann Aufgabe des SMD gewesen, nachzuprüfen, welche medizinischen Begründungen und Unterlagen gegebenenfalls noch erforderlich gewesen wären, um eine ordnungsgemäße Überprüfung der Notwendigkeit der Dauer der stationären Behandlung vornehmen zu können. Diese Aufgabe obliegt klar dem SMD, nicht aber der Beklagten.

Hat somit die Beklagte den Behandlungsfall nicht ordnungsgemäß überprüft, steht ihr auch nicht das Recht zu, die Rechnung des Klägers zu kürzen, allein mit dem Argument, der Kläger habe seine Mitwirkungspflicht verletzt.

Weiter gilt folgendes: Nur wenn eine Verweigerung des Klägers zur Übersendung von medizinischen Unterlagen oder eine gleich schwere Verletzung seiner Mitwirkungspflichten vorgelegen hätte, wäre die Beklagte - wenn überhaupt - berechtigt gewesen, ohne weitere Überprüfung davon auszugehen, dass der Vergütungsanspruch nicht nachgewiesen sei. Für eine Verweigerung des Klägers zur Übersendung von medizinischen Unterlagen gibt es jedoch keinerlei Anhaltspunkte, zumal der Kläger am 06. März 2007 eine ausreichende medizinische Begründung zur Notwendigkeit der stationären Behandlung und ihrer Dauer übermittelt hatte (s.o.).

Die Beklagte war nach alledem nicht berechtigt, eine Rechnungskürzung vorzunehmen, so dass auch kein Anlass besteht, die Krankenunterlagen des Klägers nunmehr nachträglich an den SMD zu übersenden. Denn eine Überprüfung des Abrechnungsfalls noch im Zeitpunkt nach der Klageerhebung ist nach so langem Zeitablauf von mehreren Jahren gemäß dem Grundsatz von Treu und Glauben ausgeschlossen.

Insofern ist die Beklagte bereits aufgrund der Verpflichtung zur Förderung der Zusammenarbeit zwischen den Krankenkassen und den Versicherungsträgern, § 1 KBV, und dem Sicherstellungsauftrag aus § 112 SGB V nach Auffassung der Kammer stets verpflichtet, das Überprüfungsverfahren wenn nicht unverzüglich d. h. ohne schuldhaftes Zögern, so doch zumindest zeitnah einzuleiten und durchzuführen. Gemäß § 275 Abs. 1c SGB V (idF ab dem 01. April 2007) wird dabei eine zeitnahe Prüfung auf sechs Wochen beschränkt. Zwar gilt diese Vorschrift nicht für den hier vorliegenden Abrechnungsfall der Behandlung 2006, da die Vorschrift erst mit Wirkung zum 01. April 2007 in Kraft getreten ist. Andererseits wird durch diese Vorschrift deutlich, dass eine zeitnahe Prüfung

jedenfalls dann nicht mehr vorliegt, wenn wie hier ein erheblicher Prüfzeitraum vergangen ist.

Dem Gebot der zeitnahen Einleitung und Durchführung des vg. Prüfverfahrens kann die Beklagte nunmehr klar ersichtlich nicht mehr nachkommen.

Damit ist es der Beklagte nicht gestattet, Rechnungskorrekturen im vorliegenden Abrechnungsfall geltend zu machen. Dies stellt ein Verstoß gegen den Grundsatz von Treu und Glauben gemäß § 242 BGB dar, der hier gemäß § 69 SGB V anwendbar ist. Wenn die Beklagte somit nicht berechtigt war und ist, nachträglich noch ihre Einwendungen geltend zu machen, war die Aufrechnung gegenüber dem Rechnungsbetrag des Klägers zu Unrecht erfolgt.

Dies gilt lediglich nicht für den Abschlag für die integrierte Versorgung gemäß § 140 d SGB V, der iÜ auch klägerseits nicht streitig gestellt worden ist.

Zuletzt ist auszuführen, dass der Kläger im Grundsatz seine Ansprüche aus der Krankenhausbehandlung innerhalb der vierjährigen Verjährungsfrist – wie hier geschehen (Ablauf der Verjährungsfrist war ausgehend von der Rechnungsstellung am 03. Januar 2007 der 31. Dezember 2011, vgl. § 45 Abs. 1 SGB I) - geltend machen kann.

Der von dem Kläger begehrte Zinsanspruch beruht auf § 14 Abs.5 KBV.

Die Kostenentscheidung folgt aus § 197 a Abs. 1 SGG iVm § 154 Abs. 1 VwGO. Dabei waren der Beklagten die gesamten Kosten des Rechtsstreits aufzuerlegen, da das Unterliegen des Klägers im Vergleich zum Obsiegen nur sehr geringfügig war.

### **Rechtsmittelbelehrung**

Dieser Gerichtsbescheid kann nicht mit der Berufung angefochten werden, weil sie gesetzlich ausgeschlossen ist und vom Sozialgericht nicht zugelassen worden ist.

Die Nichtzulassung der Berufung kann mit der Beschwerde angefochten werden. Die Beschwerde ist beim Landessozialgericht für das Saarland, Egon-Reinert-Str. 4-6, 66111 Saarbrücken, innerhalb eines Monats - bei Zustellung an einen im Ausland wohnenden Beteiligten innerhalb von drei Monaten - nach Zustellung des vollständigen Gerichtsbescheids schriftlich oder zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle einzulegen.

Die Beschwerde soll den angefochtenen Gerichtsbescheid bezeichnen und die zur Begründung dienenden Tatsachen und Beweismittel angeben.

Die Beschwerde kann nur darauf gestützt werden, dass

1. die Rechtssache grundsätzliche Bedeutung hat,
2. der Gerichtsbescheid von einer Entscheidung des Landessozialgerichts, des Bundessozialgerichts oder des Gemeinsamen Senats der obersten Gerichtshöfe des Bundes oder des Bundesverfassungsgerichts abweicht und auf dieser Abweichung beruht oder
3. ein der Beurteilung des Berufungsgerichts unterliegender Verfahrensmangel geltend gemacht wird und vorliegt, auf dem die Entscheidung beruhen kann.

Die Beteiligten können innerhalb der Rechtsmittelfrist bei dem Sozialgericht für das Saarland, Egon-Reinert-Str. 4-6, 66111 Saarbrücken, auch mündliche Verhandlung beantragen. Wird ein solcher Antrag rechtzeitig gestellt, so gilt der Gerichtsbescheid als nicht ergangen, andernfalls steht er einem rechtskräftigen Urteil gleich. Wird sowohl Beschwerde erhoben als auch mündliche Verhandlung beantragt, findet (nur) mündliche Verhandlung statt.

Auf Antrag kann vom Sozialgericht durch Beschluss die Revision zum Bundessozialgericht zugelassen werden, wenn der Gegner schriftlich zustimmt. Der Antrag auf Zulassung der Revision ist innerhalb eines Monats - bei Zustellung an einen im Ausland wohnenden Beteiligten innerhalb von drei Monaten - nach Zustellung des Gerichtsbescheids bei dem Sozialgericht für das Saarland, Egon-Reinert-Str. 4-6, 66111 Saarbrücken, 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 Frist für die Beschwerde gegen die Nichtzulassung der Berufung von neuem, sofern der Antrag auf Zulassung der Revision in der gesetzlichen Form und Frist gestellt und die Zustimmungserklärung des Gegners beigefügt war.

Der Beschwerdeschrift und allen folgenden Schriftsätzen sollen Abschriften für die übrigen Beteiligten beigefügt werden.

gez. Walter

Richter am Sozialgericht