

S 48 KR 605/05

Land
Hamburg
Sozialgericht
SG Hamburg (HAM)
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
48
1. Instanz
SG Hamburg (HAM)
Aktenzeichen
S 48 KR 605/05
Datum
19.02.2008
2. Instanz
LSG Hamburg
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

1. Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin EUR 5702,94 nebst 5 % Zinsen auf EUR 5632,94 seit dem 04.08.2004 und auf weitere EUR 70 seit dem 08.09.2004 zu zahlen. 2. Die Beklagte trägt die Kosten des Verfahrens nach einem Streitwert von EUR 5702,94. 3. Die Sprungrevision wird zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist ein Anspruch auf Krankenhausvergütung für die stationäre Behandlung des Versicherten H. S. (nachfolgend als Versicherter bezeichnet) in der Zeit vom 23.06.2004 bis 09.07.2004 in Höhe von 5.702,94 EUR nebst Zinsen.

Der am XX.XX.1951 geborene und bei der Beklagten Versicherte wurde am 02.06.2004 mit einem Krankenwagen in die Abteilung für Innere Medizin des Krankenhauses der Klägerin, das in den Krankenhausplan Hamburgs aufgenommen ist, eingeliefert, nachdem er zu Hause von seinem Sohn, dem ein langjähriger chronischer Alkoholmissbrauch des verwitweten und arbeitslosen Versicherten bekannt war, in bewusstlosem Zustand angetroffen worden war. Durch ein kraniales Computertomogramm (CCT) wurde festgestellt, dass der Versicherte eine Stammganglienblutung links mit Ventrikeleinbruch (Hirnblutung mit Einbruch von Blut in das Hirnkammersystem und Verlegung des Nervenwasserabflusses) erlitten hatte. Er wurde zunächst intubiert und beatmet und anschließend zwecks weiterer Diagnostik und Therapie in die neurochirurgische Abteilung des Allgemeinen Krankenhauses A. (AKA) verlegt. Dort wurde zunächst eine Drainage zur Entfernung des eingelaufenen Bluts und des gestauten Nervenwassers sowie Entlastung der betroffenen Hirnregion gelegt. Hierunter kam es langsam zu einer Besserung der Bewusstseinslage. Am 8.6.2004 konnte er extubiert, und am 18.06.2004 konnte die Drainage entfernt werden. Am 23.06.2004 bestand noch ein stuporöser Zustand mit Kontaktunfähigkeit und Verdacht auf Sprachstörung, eine Halbseitenlähmung rechts und eine unkoordinierte Beweglichkeit links, doch waren Spontanatmung und Kreislaufverhältnisse wieder stabil. Der Versicherte wurde zur weiteren internistischen Behandlung in das klagende Krankenhaus zurückverlegt. Dort wurde wegen Schluckstörungen eine PEG-Sonde zur Ernährung und Medikation gelegt, was zu einer Infektion der Einstichstelle und der Notwendigkeit von lokaler Behandlung und der Gabe von Antibiotika führte. Hierunter kam es zu einer raschen Reduktion der Entzündung. Der Versicherte konnte mit Sonde in den Sessel mobilisiert werden; allerdings bestanden weiterhin Muskelkontraktionen. Nachdem der Versicherte seine Umwelt wieder registrierte und sich mit Hilfe von Händedruck wieder eingeschränkt äußern konnte, wurde er am 09.07.2004 in die Frührehabilitation verlegt.

Die Klägerin stellte der Beklagten mit der Übermittlung der Daten nach [§ 301](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) unter dem 13.7.2004 einen Betrag von insgesamt 5.632,94 EUR in Rechnung, der sich aus der DRG-Fallpauschale B70A (Apoplexie mit äußerst schwerem CC) und verschiedenen Zuschlägen errechnete. Die zunächst abgezogene Zuzahlung von 70 EUR für die Zeit vom 23.06.2004 bis 29.06.2004 machte die Klägerin in einer weiteren Rechnung vom 17.08.2004 geltend. Der von der Beklagten eingeschaltete MDK teilte unter dem 15.09.2004 mit, dass die Rückverlegung in die erstbehandelnde Klinik allgemein üblich sei, ein medizinisch zwingender Grund hierfür aber nicht gesehen werde. Die Verweildauern seien medizinisch nicht zu beanstanden. Daraufhin teilte die Beklagte der Klägerin mit Schreiben vom 22.9.2004 mit, dass sie sich mit ihren Forderungen an das AKA wenden möge. Da nach der Stellungnahme des MDK für eine Rückverlegung nach Abschluss der neurochirurgischen Versorgung im AKA kein medizinisch zwingender Grund bestanden habe, sei der Behandlungsfall mit der an das AKA gezahlten Fallpauschale DRG A13Z (Langzeitbeatmung mehr als []95 und weniger als [] 144 Stunden) abgegolten.

Nach streitigem Schriftwechsel der Beteiligten hat die Klägerin am 24.6.2005 Klage erhoben, zu deren Begründung sie vorträgt:

Die Auffassung der Beklagten, dass sie zu einer Vergütung des aufnehmenden Krankenhauses bei nicht medizinisch begründeten Verlegungen nicht verpflichtet sei, sei unzutreffend. Die Problematik von Verlegungen sei in § 3 der Fallpauschalenverordnung 2004 (KFPV 2004) abschließend in der Weise geregelt, dass Zu- und Abschläge vorgesehen seien. Da der Versicherte im Zeitpunkt der Aufnahme auch

unstreitig behandlungsbedürftig gewesen sei, hätte die Klinik keine Möglichkeit gehabt, die Behandlung abzulehnen. Etwaige Ansprüche der Beklagten müsse diese gegen das verlegende Krankenhaus geltend machen. Unter keinem denkbaren Gesichtspunkt sei die Beklagte berechtigt, die Rechnung des aufnehmenden Hauses schlicht zu ignorieren. Allenfalls könnten Mehrkosten streitig sein, wobei aber völlig unklar sei, ob überhaupt solche Mehrkosten entstanden seien. Auch ein Verstoß gegen § 17 c Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) begründe nicht das Verhalten der Beklagten, die gesamte Rechnung des aufnehmenden Krankenhauses nicht zu bezahlen. Vielmehr sehe die Vorschrift ein konkret ausgestaltetes Verfahren für die Überprüfung der in ihrem Abs. 1 normierten Verpflichtungen vor. Die Zinsforderung ergebe sich aus dem Vertrag nach [§ 112 SGB V](#).

Die Klägerin beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, an sie 5.702,94 EUR nebst 5% Zinsen auf diesen Betrag seit 4.8.2004 und auf weitere 70 EUR seit dem 8.9.2004 zu zahlen

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie hält die Rückverlegung des Versicherten vom AKA in das klagende Krankenhaus für medizinisch nicht geboten und nicht sinnvoll und führt zur Begründung aus, dass das AKA eine Maximalversorgung gewährleiste, während die Klägerin ein Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung betreibe. Die hier streitige Behandlung hätte deshalb ebenso gut im AK A. durchgeführt werden können. Aus [§ 39 SGB V](#) ergebe sich, dass eine Verlegung erst dann erfolgen könne, wenn die medizinischen Therapiemöglichkeiten des Krankenhauses im Rahmen des Versorgungsvertrages erschöpft seien. Dies ergebe sich auch aus dem Wirtschaftlichkeitsgebot nach [§ 12 SGB V](#). Medizinische Gründe für eine Verlegung in das klagende Krankenhaus hätten nicht bestanden. Die aus organisatorischen Gründen in Form einer weiteren abgerechneten Fallpauschale des klagenden Krankenhauses entstandenen Mehrkosten müsse die Beklagte nicht tragen. Soweit der Bevollmächtigte der Klägerin auf § 3 KFPV hinweise, beziehe sich diese Regelung nur auf Verlegungen aus medizinischen, nicht aber aus organisatorischen Gründen. Der gesamte Behandlungsfall habe Platz in der DRG-Fallpauschale A13Z des AK A ... § 17 c KHG verpflichte die Krankenhausträger, durch geeignete Maßnahmen darauf hinzuwirken, dass eine vorzeitige Verlegung oder Entlassung aus wirtschaftlichen Gründen unterbleibt. Diese Verpflichtung gelte sowohl für das verlegende wie für das aufnehmende Krankenhaus. Dieses dürfe Patienten ausschließlich dann aufnehmen, wenn die Verlegung medizinisch motiviert sei. Die stationäre Behandlungsbedürftigkeit des Versicherten, die von der Beklagten nicht angezweifelt werde, begründe den geltend gemachten Vergütungsanspruch ebenfalls nicht. Das AKA hätte eine Auftragsbehandlung von der Klägerin durchführen lassen und die Kosten mit einer Fallpauschale gegenüber der Beklagten abrechnen können, und das klagende Krankenhaus hätte mit dem AKA intern abrechnen müssen. Allein eine solche Lösung vermeide unnötige und unwirtschaftliche Mehrkosten.

Das Gericht hat den Verwaltungsvorgang der Beklagten und die den Versicherten S. betreffenden Krankengeschichten der Klägerin und des AKA beigezogen. Im Termin zur mündlichen Verhandlung am 19.02.2008 sind die Beteiligten angehört worden. Sie haben übereinstimmend erklärt, einig darüber zu sein, dass die hier streitige stationäre Krankenhausbehandlung vom 23.06.2004 bis 09.07.2004 medizinisch notwendig war und dass die mit der Klage geltend gemachten Beträge gemäß den Rechnungen vom 13.07.2004 und 17.08.2004 den Abrechnungsbestimmungen in vollem Umfang entsprächen. Einzig zu klären sei die Frage, ob eine Verlegung aus nicht medizinischen Gründen dazu führe, dass das aufnehmende Krankenhaus keinen Vergütungsanspruch gegen die Beklagte habe. Bei Fortführung der Behandlung in dem verlegenden Krankenhaus hätte es nicht zur Abrechnung zweier Fallpauschalen kommen können, sondern nur zur Abrechnung einer Fallpauschale, die aufgrund anderer Trigger zu ermitteln gewesen wäre. Dies führe jedenfalls zu einer Kostenverschiebung, wobei im Ergebnis die Behandlung, folge man der Auffassung der Beklagten, nicht in jedem Fall günstiger sein müsse bei der Abrechnung zweier Fallpauschalen, sondern im Einzelfall auch teurer sein könne. Andererseits sei auch das umgekehrte Ergebnis möglich.

Weiter haben die Beteiligten ihr Einverständnis damit erklärt, dass die jeweils unterliegende Partei gegen das Urteil der Kammer die Sprungrevision zum Bundessozialgericht einlegt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der im Sitzungsprotokoll vom 19.02.2008 aufgeführten Unterlagen Bezug genommen, die vorgelegen haben und Gegenstand der mündlichen Verhandlung und Beratung der Kammer gewesen sind.

Entscheidungsgründe:

Die Klage ist als Leistungsklage nach [§ 54 Abs. 5 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) zulässig, weil es sich um einen Parteienstreit im Gleichordnungsverhältnis handelt, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt. Ein Vorverfahren war deshalb nicht durchzuführen und die Einhaltung einer Klagefrist nicht geboten (vgl. BSG, ständige Rechtsprechung, vgl. Urteil vom 28.09.2006 - Aktenzeichen [B 3 KR 23/05 R](#) - [SozR 4-2500 § 112 Nr. 6](#) mit weiteren Nachweisen). Die Klage hat auch in der Sache Erfolg. Das klagende Krankenhaus gehört zu den Plankrankenhäusern nach [§ 108 Abs. 1 Nr. 2 SGB V](#) und ist deshalb zur Krankenhausbehandlung zugelassen. Rechtsgrundlage des geltend gemachten Vergütungsanspruchs für die Zeit vom 23.06.2004 bis 09.07.2004, dessen Höhe rechnerisch nicht angegriffen wird, ist [§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) in Verbindung mit dem gemäß § 112 Abs. 1 zu [§ 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V](#) zwischen der H.-Gesellschaft e.V. und der Rechtsvorgängerin der Beklagten abgeschlossenen und am 01.01.2003 in Kraft getretenen Vertrag über Allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung, Stand 19.12.2002. Die Zahlungsverpflichtung der gesetzlichen Krankenkassen für eine notwendige Krankenhausbehandlung entsteht unabhängig von einer Kostenzusage unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Sachleistung durch den Versicherten. Die Krankenkasse ist bei einem zugelassenen Krankenhaus ([§ 108 SGB V](#)) als Korrelat zu dessen Behandlungspflicht auch ohne zusätzliche vertragliche Vereinbarung verpflichtet, die normativ festgelegten Entgelte zu zahlen, sofern die Versorgung im Krankenhaus aus medizinischen Gründen erforderlich ist, d.h. wenn das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann ([§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#)). Die Krankenhausbehandlung umfasst im Rahmen des Versorgungsauftrags des Krankenhauses alle Leistungen, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung der Versicherten im Krankenhaus notwendig sind ([§ 39 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#)). Im

vorliegenden Fall ist unstreitig, dass die stationäre Krankenhausbehandlung des Versicherten während der hier streitigen Zeit vom 23.06.2004 bis 09.07.2004 stattgefunden hat und aus medizinischen Gründen erforderlich war und die Rechnungen vom 13.07.2004 und 17.08.2004 den Abrechnungsbestimmungen in vollem Umfang entsprechen. Hiervon ist für die weitere Beurteilung auszugehen. Zwar sind nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) grundsätzlich alle Anspruchsvoraussetzungen dem Grunde und der Höhe nach zu prüfen, sofern nicht eine Beschränkung der gerichtlichen Überprüfung auf einzelne abtrennbare Teile eines Verwaltungsakts gewünscht ist (vgl. BSG, Urteile vom 18.08.2005 – Aktenzeichen [B 7a AL 4/05 R](#) – [SozR 4-1500 § 95 Nr. 1](#); vom 20.10.2005 – Aktenzeichen [B 7a AL 50/05 R](#) – [BSGE 95, 191](#), 193 = [SozR 4-4300 § 37b Nr. 2](#) und vom 07.11.2006 – Aktenzeichen [B 7b AS 8/06 R](#) – [SozR 4-4200 § 22 Nr. 1](#)). Jedoch besteht die Möglichkeit, Teilelemente eines Anspruchs durch Teilvergleich oder Teilanerkennnis unstreitig zu stellen (vgl. BSG Urteile vom 07.11.2006, [a. a. O](#) und vom 11.12.2007 – Aktenzeichen B 8/9b SO 20/07 R –). Dies ist hier durch die Erklärungen der Beteiligten im Verhandlungstermin am 19.02.2008 geschehen. Entgegen der Auffassung der Beklagten kann dem Vergütungsanspruch der Klägerin nicht entgegengehalten werden, dass nicht medizinische, sondern andere Gründe zur Verlegung in ihr Krankenhaus geführt hätten, die Behandlung im AKA hätte zu Ende geführt werden können und zur Abrechnung einer Fallpauschale geführt hätte und die Klägerin deshalb nicht zu einer eigenständigen Abrechnung der von ihr erbrachten Leistungen mit einer weiteren Fallpauschale berechtigt sei, sondern intern mit dem AKA abrechnen müsse. Diese Auffassung der Beklagten findet weder in gesetzlichen, untergesetzlichen noch vertraglichen Regelungen eine Stütze. Mit der Beklagten ist in tatsächlicher Hinsicht allerdings davon auszugehen, dass die Verlegung in das klagende Krankenhaus nicht wegen medizinischer, sondern wegen anderer Gründe (z.B. der Bettenkapazität oder andere organisatorischer Gründe) erfolgt ist. Da der Versorgungsauftrag des AKA die Maximalversorgung umfasst und das Krankenhaus der Klägerin für die Grund- und Regelversorgung zuständig ist, hätte die Weiterbehandlung des Versicherten in der hier streitigen Zeit auch im AKA erfolgen können. Gegenteilige Anhaltspunkte sind weder den Patientenakten noch dem Vorbringen der Beteiligten zu entnehmen. Gleichwohl hält die Auffassung der Beklagten rechtlicher Prüfung nicht stand: Die [§§ 2, 12](#) und [39 SGB V](#) regeln und begrenzen ausschließlich den gesetzlichen Sachleistungsanspruch der Versicherten und enthalten keine Regelungen, welche die Vergütungsansprüche zugelassener Krankenhäuser und deren Höhe gegenüber den Krankenkassen betreffen. Die Beteiligten streiten, wie durch ihre Erklärungen im Termin am 19.02.2008 deutlich geworden ist, gerade nicht darum, ob die Sachleistungen, die der Versicherte im AKA und im Krankenhaus der Klägerin erhalten hat, notwendig, wirtschaftlich und zweckmäßig waren, sondern gehen übereinstimmend davon aus, dass dies der Fall war; ihr Streit betrifft vielmehr ausschließlich die Frage, ob das aufnehmende Krankenhaus bei Verlegungen, die nicht aus medizinischen Gründen erfolgt sind, seine Leistungen nach den geltenden Abrechnungsbestimmungen eigenständig und unabhängig von der Abrechnung des verlegenden Krankenhauses in Rechnung stellen kann. Auch auf § 17 c Abs. 1 Nr. 2 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) lässt sich die Auffassung der Beklagten, in Fällen der vorliegenden Art entfalle der Vergütungsanspruch des aufnehmenden Krankenhauses gegen die Krankenkasse, nicht stützen. Zwar verpflichtet die Vorschrift den Krankenhausträger, durch geeignete Maßnahmen darauf hinzuwirken, dass eine vorzeitige Verlegung aus wirtschaftlichen Gründen unterbleibt. Das Gericht lässt ausdrücklich offen, ob im vorliegenden Fall eine vorzeitige Verlegung im Sinne der genannten Rechtsnorm stattgefunden hat. Denn § 17 c Abs. 1 Satz 2 KHG begründet eine Verpflichtung oder Obliegenheit nur für das verlegende, nicht aber das aufnehmende Krankenhaus, und die Vorschrift enthält auch keine Sanktion, die bei Verstößen einen Verlust des Vergütungsanspruchs vorsieht. In § 17 c Abs. 2 bis 4 KHG ist vielmehr das Verfahren zur Sicherung der in § 17 c Abs. 1 genannten Verpflichtungen detailliert geregelt. Danach können die Krankenkassen gemeinsam durch Einschaltung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung ([§ 275 Abs. 1 SGB V](#)) Stichproben erheben lassen und prüfen, die sich auf akute und abgeschlossene Behandlungsfälle, bestimmte Organisationseinheiten sowie bestimmte Diagnosen, Prozeduren und Entgelte beziehen können (Abs. 2 Sätze 1 und 2). Wird ein Verstoß festgestellt, hat der Medizinische Dienst dieses der Krankenkasse, deren Versicherter geprüft wurde, und dem Krankenhaus versichertenbezogen mitzuteilen und zu begründen (Abs. 2 Satz 3). Stellen Krankenkassen auf der Grundlage von Stichproben nach Abs. 2 fest, dass bereits bezahlte Krankenhausleistungen fehlerhaft abgerechnet wurden, sind Ursachen und Umfang der Fehlabbrechnungen festzustellen (Abs. 3 Satz 1). Die in § 18 Abs. 2 KHG genannten Vertragsparteien (Krankenhausträger und Sozialleistungsträger oder Arbeitsgemeinschaften von Sozialleistungsträgern) sollen ein pauschaliertes Ausgleichsverfahren vereinbaren, um eine Erstattung oder Nachzahlung in jedem Einzelfall zu vermeiden; dabei kann auch die Verrechnung über das Erlösbudget oder die Fallpauschalen des folgenden Jahres vereinbart werden (Abs. 3 Satz 3). Soweit nachgewiesen wird, dass Fallpauschalen grob fahrlässig zu hoch abgerechnet wurden, ist der Differenzbetrag und zusätzlich ein Betrag in derselben Höhe zurückzuzahlen; für die Rückzahlung gilt das Verfahren nach Satz 3 (Abs. 3 Satz 4). Soweit sich die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 KHG über die Prüfergebnisse nach den Absätzen 2 und 3 und die sich daraus ergebenden Folgen nicht einigen, können der Krankenhausträger und jede betroffene Krankenkasse den Schlichtungsausschuss anrufen, dessen Aufgabe u.a. die Schlichtung zwischen den Vertragsparteien ist (Abs. 4 Sätze 1 und 2). Abs. 4 regelt des Weiteren die Zusammensetzung des Schlichtungsausschusses, die Gewichtung der Stimmen und die Befugnisse des Ausschusses zur Ausgestaltung der Prüfverfahren des Medizinischen Dienstes. Dieses Verfahren kann nicht dadurch umgangen werden, dass eine einzelne Krankenkasse Verstöße gegen § 17 c Abs. 1 Nr. 2 KHG durch die Weigerung sanktioniert, dem aufnehmenden Krankenhaus im Falle von nicht medizinisch begründeten Verlegungen die Vergütung nach den Abrechnungsbestimmungen zu verweigern. Das Gericht sieht seine Beurteilung auch durch die Fallpauschalenverordnung 2004 (KFPV 2004) gestützt, die während der hier streitigen Behandlung gültig war. Nach § 1 Abs. 1 KFPV 2004 werden die Fallpauschalen jeweils von dem die Leistung erbringenden Krankenhaus nach dem am Tag der Aufnahme geltenden Fallpauschalen - Katalog und den dazu gehörenden Abrechnungsregeln abgerechnet (Satz 1). Im Falle der Verlegung in ein anderes Krankenhaus rechnet jedes beteiligte Krankenhaus eine Fallpauschale ab (Satz 2). Diese wird nach Maßgabe des § 3 gemindert; dies gilt nicht für Fallpauschalen, die im Fallpauschalen-Katalog als Verlegungs-Fallpauschalen gekennzeichnet sind (Satz 3). Eine Verlegung im Sinne des Satzes 2 liegt vor, wenn zwischen der Entlassung aus einem Krankenhaus und der Aufnahme in einem anderen Krankenhaus nicht mehr als 24 Stunden vergangen sind (Satz 4). Hieraus ergibt sich, dass in Verlegungsfällen der vorliegenden Art jedes beteiligte Krankenhaus eine Fallpauschale abrechnet. Ergänzend hierzu bestimmt § 3 KFPV 2004 in den Absätzen 1 und 2, unter welchen Voraussetzungen von dem verlegenden und dem aufnehmenden Krankenhaus ein Abschlag vorzunehmen ist und wie dieser zu ermitteln ist und in Abs. 3, wie in bestimmten Fällen der Rückverlegung abzurechnen ist. Ob und inwieweit die Rechnungen der Klägerin vom 13.07.2004 und 17.08.2004 hiernach der Korrektur bedürfen, muss vorliegend nicht festgestellt werden, weil die Beteiligten die Abrechnung durch die Klägerin als solche unstreitig gestellt haben. Hinsichtlich der Abschläge nach § 3 KFPV hat die Beklagte überdies ausdrücklich vorgetragen, dass die mittleren Verweildauern der DRG-Fallpauschalen A13Z und B70A jeweils um einen Tag knapp überschritten wurden, so dass Verlegungsabschläge nicht zum Abzug gekommen seien. Jedenfalls wird durch die §§ 1 und 3 KFPV ebenfalls deutlich, dass der Vergütungsanspruch des aufnehmenden oder in Fällen der Rückverlegung des wiederaufnehmenden Krankenhauses nicht deshalb entfällt, weil die Verlegung nicht aus medizinischen, sondern aus anderen Gründen erfolgt ist. Auch der zwischen den Beteiligten und weiteren Krankenkassen geschlossene Vertrag über Allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung (Stand 19.12.2002), der seit dem 01.01.2003 bis heute gültig ist, lässt in Fällen der vorliegenden Art den Vergütungsanspruch nicht entfallen. § 9 dieses Vertrages bestimmt insoweit lediglich, dass die Kosten eines Krankentransports bei einer Verlegung nur dann nicht mit dem Entgelt abgegolten sind, wenn die Verlegung aus medizinischen Gründen erfolgt und/oder die Notwendigkeit der Verlegung zum Zeitpunkt der Aufnahme nicht erkennbar war

(Abs. 1 Sätze 1 und 2). Medizinische Gründe liegen vor, wenn durch die Art und Schwere der Erkrankung aufgrund des Auftrages des aufnehmenden Krankenhauses eine Weiterbehandlung trotz Inanspruchnahme von Leistungen Dritter in diesem nicht möglich ist (Abs. 1 Satz 3). Ist ein Krankentransport zu Lasten einer Krankenkasse im Zusammenhang mit einer Verlegung im Sinne von Abs. 1 medizinisch erforderlich, so ist er von einem Krankenhausarzt unter Verwendung des Formblatts gemäß Anlage zum Vertrag zu veranlassen (Abs. 2 Satz 1). Im Übrigen finden die Krankentransport-Richtlinien in der im Vertrag vereinbarten Fassung Anwendung (Abs. 2 Satz 2). Bei Veranlassung nicht notwendiger Transporte nach Ansicht des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen oder bei Auswahl erkennbar unwirtschaftlicher Transportmittel gehen die Mehrkosten zu Lasten des Krankenhauses (Abs. 2 Satz 3). Auch diese vertraglichen Bestimmungen zeigen, dass Verlegungen, die nicht aus medizinischen Gründen erforderlich sind, keinen über etwaige Abschläge nach § 3 KFPV oder den eventuellen Ausschluss von Krankentransportkosten hinausgehenden Einfluss auf die nach den Abrechnungsbestimmungen geschuldete Vergütung haben. Dem weiteren Einwand der Beklagten, dass nur die von ihr vertretene Rechtsauffassung Fehlanreize zu einem "erlösorientierten Patiententourismus" innerhalb der Krankenhäuser vermeide, sind die zutreffenden Ausführungen des Referatsleiters Tuschen vom Bundesministerium für Gesundheit im Schreiben vom 05.05.2006 – Az. 213-43546-8 – an die Deutsche Krankenhausgesellschaft entgegenzuhalten. Danach war bei Schaffung des § 1 Abs. 1 Satz 2 KFPV und der ihr nachfolgenden Fallpauschalenvereinbarung der Selbstverwaltungspartner das Ergebnis, dass in Verlegungsfällen jedes der beteiligten Krankenhäuser eine Fallpauschale abrechnet, durchaus gewollt. Diese Regelung wird im Gesamtsystem und für die Krankenkassen nicht teurer. Da das (virtuelle) Landesbudget unverändert bleibt und durch eine bei Verlegungen erhöhte Fallzahl (CM) dividiert wird, kommt es zu einer entsprechenden Absenkung des Landes-Basisfallwerts, wovon alle Krankenkassen profitieren. Es ist Aufgabe der Selbstverwaltungspartner, die Wirkung dieser Regelung bei der Weiterentwicklung des DRG-Systems zu beobachten und gegebenenfalls zu entscheiden, ob Änderungen in diesem System oder bei den Abrechnungsregeln vorgenommen werden müssen. Eine Entscheidung hierüber steht einer einzelnen Krankenkasse im Rahmen der Abrechnung nicht zu. Die Absicht des Gesetzgebers, möglicherweise entstehenden Anreizen zur Verlegung aus wirtschaftlichen Interessen der beteiligten Krankenhäuser entgegenzuwirken und Verlegungen auf das notwendige Maß zu begrenzen, hat in der Regelung der Transportkosten in [§ 60 SGB V](#) Niederschlag gefunden; Rückschlüsse auf die Abrechenbarkeit von DRG-Fallpauschalen können hieraus nicht gezogen werden. Entscheidend für die Abrechnung einer zweiten Fallpauschale durch das weiterbehandelnde Krankenhaus ist deshalb die Frage, ob der Patient (noch) krankenhausbearbeitungsbedürftig ist. Dieses war indessen bei der Verlegung vom AKA in das Krankenhaus der Klägerin unstreitig der Fall. Etwas anderes ergäbe sich im Übrigen selbst dann nicht, wenn Verlegungen aus nicht medizinischen Gründen nicht die im Schreiben vom 05.05.2006 genannten Auswirkungen hätten. Auch in diesem Fall wäre es nicht Aufgabe einzelner Krankenkassen, das aufnehmende Krankenhaus, das eine medizinisch notwendige Behandlung durchführt und nach den bestehenden Gesetzen und Verträgen zutreffend abrechnet, durch Wegfall seines Vergütungsanspruchs zu sanktionieren, sondern der Selbstverwaltungspartner oder des Gesetz- und Ordnungsgebers, Änderungen im DRG-System oder bei den Abrechnungsregeln vorzunehmen. Der Zinsanspruch ergibt sich aus § 14 in Verbindung mit § 12 des Vertrages über Allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung. Nach allem war der Klage mit der Kostenfolge aus [§ 197 a SGG](#) in Verbindung mit [§ 154 Abs. 1](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO) stattzugeben. Die Streitwertfestsetzung beruht auf [§ 52 Abs. 1](#) und 3 Gerichtskostengesetz (GKG). Da die Klägerin eine bezifferte Geldleistung eingeklagt hat, ist deren Höhe maßgeblich.

Rechtskraft

Aus

Login

HAM

Saved

2008-06-09