

L 1 KR 77/11

Land
Hamburg
Sozialgericht
LSG Hamburg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
1
1. Instanz
SG Hamburg (HAM)
Aktenzeichen
S 28 KR 1099/08
Datum
19.04.2011
2. Instanz
LSG Hamburg
Aktenzeichen
L 1 KR 77/11
Datum
04.07.2013
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Die Berufung wird zurückgewiesen. Die Klägerin trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens. Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt die Zahlung weiterer 1.661,78 EUR für eine stationäre Behandlung. Dabei streiten die Beteiligten vor allem darüber, ob es sich bei DRG-Fallpauschalen um eine aufteilbare Abrechnungseinheit handelt und wie der Begriff "Kostenträger" in § 9 FPV 2005 auszulegen ist.

Der 1955 geborene W.N. (im Folgenden: Patient) wurde am 29. März 2005 mit der Diagnose Instabile Angina pectoris (ICD-10-Code: I20.0) als Notfall in der von der Klägerin betriebenen A. Klinik B. aufgenommen und dort bis zum 8. April 2005 stationär behandelt. Es wurde eine Behandlung bei Alkoholkrankheit durchgeführt.

Der Patient war bis zum 28. Februar 2005 bei der Beklagten als Bezieher von Arbeitslosengeld II krankenversichert gewesen. Zum 20. April 2005 wurde er wieder Mitglied bei ihr, wiederum als Bezieher von Arbeitslosengeld II. In der Zwischenzeit war er weder bei der Beklagten noch bei einer anderen Krankenkasse versichert und auch nicht erwerbstätig gewesen.

Bereits am 31. März 2005 hatte die Klägerin der Beklagten die vollständigen Daten nach [§ 301 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) übermittelt und die Mitteilung erhalten, der Patient sei dort nicht länger Mitglied. Die Klägerin meldete ihren Anspruch deswegen mit Schreiben vom 11. April 2008 bei der Freien und Hansestadt H., Bezirksamt H. Nord, als zuständigem Sozialhilfeträger an. Dieser teilte ihr am 29. April 2005 – bezogen auf dieses Datum: zutreffend – mit, der Patient sei bei der Beklagten krankenversichert. Die Klägerin machte daraufhin mit Rechnung vom 2. Mai 2005 die gesamten Behandlungskosten in Höhe von 2.376,49 EUR gegenüber der Beklagten geltend und berücksichtigte die Fallpauschale für eine Behandlung bei "Alkoholkrankheit, Alter) 17 Jahre" sowie diverse Zuschläge.

Die Beklagte vertrat die Auffassung, nur die Kosten für die Behandlung bis zum 31. März 2005 übernehmen zu müssen, denn bis dahin habe der nachgehende Leistungsanspruch des Versicherten bestanden. Für den anschließenden Krankenhausaufenthalt habe sie nicht aufzukommen. Sie bezifferte ihren Vergütungsanteil mit 714,71 EUR und zahlte am 9. Juli 2007 einen Betrag in dieser Höhe an die Klägerin.

Nachdem eine weitere Zahlungsaufforderung fruchtlos geblieben war, hat die Klägerin am 12. September 2008 vor dem Sozialgericht Hamburg Klage auf Zahlung des darüber hinausgehenden Rechnungsbetrags nebst Zinsen erhoben. Das Sozialgericht hat die Klage mit Urteil vom 19. April 2011 abgewiesen. Der Patient habe über den 31. März 2005 hinaus keinen Sachleistungsanspruch gegenüber der Beklagten gehabt, so dass diese keine weiteren Leistungen vergüten müsse. Fallpauschalen seien auch keine unteilbare oder untrennbare Abrechnungseinheit, sondern könnten auf die Zahl der tatsächlich mit der Pauschale abgerechneten Tage aufgeteilt werden. Aus § 9 FPV 2005 ergebe sich nichts anderes, denn es liege kein Kostenträgerwechsel im Sinne dieser Vorschrift vor. Es habe nicht festgestanden, ob und in welcher Form ein anderer Träger für die Behandlungskosten aufzukommen habe oder ob der Patient als Selbstzahler in Anspruch zu nehmen sei. Im Übrigen könne § 9 FPV 2005 als untergesetzliche Norm nicht die gesetzlichen Regelungen zur Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung umgehen.

Das Urteil ist der Klägerin am 23. Mai 2011 zugestellt worden. Am 17. Juni 2011 hat sie dagegen Berufung eingelegt. Sie trägt vor, § 9 FPV 2005 unterscheide mit dem Begriff "Kostenträger" nicht zwischen Krankenversicherungen, sonstigen Trägern und Selbstzahlern. Kostenträger sei letztlich jeder "Träger der entstandenen Kosten". Bezogen auf das DRG-Fallpauschalensystem sei vom Bundessozialgericht bislang nicht über die Aufteilbarkeit der Fallpauschalen entschieden worden. Die Entscheidung B 1 KR 39/96 R sei zu einem Behandlungsfall

unter § 14 Abs. 11 BPflV in der bis zum 31. Dezember 2003 geltenden Fassung ergangen; die darin enthaltene Regelung sei in das DRG-Fallpauschalensystem aber nicht übernommen worden. Hier gelte vielmehr, dass jedes Krankenhaus die bei ihm realisierten Leistungen selbstständig und vollständig abrechnen könne, wie das Bundessozialgericht in der Sache [B 1 KR 10/08](#) entschieden habe.

Die Klägerin beantragt, das Urteil des Sozialgerichts Hamburg vom 19. April 2011 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, an sie 1.666,78 EUR nebst 5 Prozent Zinsen seit dem 25. Mai 2007 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das Urteil des Sozialgerichts im Ergebnis und in der Begründung für zutreffend.

Zur Ergänzung des Sachverhalts wird auf den Inhalt der Prozessakte und der Akte der Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

I. Die Berufung ist statthaft ([§§ 143, 144 Sozialgerichtsgesetz – SGG](#)) und auch im Übrigen zulässig, insbesondere form- und fristgerecht ([§ 151 SGG](#)) erhoben worden.

II. Die Berufung bleibt in der Sache ohne Erfolg. Das Sozialgericht hat die als echte Leistungsklage gemäß [§ 54 Abs. 5 SGG](#) zulässige Klage zu Recht als unbegründet abgewiesen. Der Klägerin steht aus der Behandlung des Patienten kein über 714,71 EUR hinausgehender Vergütungsanspruch zu.

1. Als Rechtsgrundlage kommt allein [§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) i.V.m. § 17b Abs. 1 Satz 10 Krankenhausfinanzierungsgesetz, § 7 Satz 1 Nr. 1, § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 Krankenhausentgeltgesetz (KHG) und der Fallpauschalenvereinbarung 2005 (FPV 2005) sowie den zwischen den Beteiligten regional geltenden Allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung, Stand: 19. Dezember 2002, in Betracht. Der Behandlungspflicht zugelassener Krankenhäuser aus [§ 109 Abs. 4 Satz 2 SGB V](#) steht ein Vergütungsanspruch gegenüber, der unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung entsteht und auf der Grundlage der gesetzlichen Ermächtigung in §§ 16, 17 KHG zwischen Krankenkassen und Krankenhausträgern festgelegt wird (vgl. aus jüngerer Zeit etwa BSG 22.11.2012 – [B 3 KR 1/12 R](#) – Juris – m.w.N., st. Rspr.). Die Zahlungsverpflichtung der Beklagten besteht allerdings nur, wenn und soweit sie dem Patienten gegenüber zur Sachleistung verpflichtet war. Maßgeblich ist insoweit der Zeitpunkt der tatsächlichen Leistungserbringung (vgl. grundlegend BSG 10.11.2001 – [B 1 KR 26/00 R](#) – Juris; aus jüngerer Zeit etwa BSG 18.5.2011 – [B 3 KR 7/10 R](#) – Juris; st. Rspr.). Das gilt nicht nur im Fall eines Kassenwechsels, sondern erst recht, wenn der Patient wie hier schlechthin aus der gesetzlichen Krankenversicherung ausscheidet.

2. Soweit die stationäre Behandlung vom 1. bis zum 8. April 2005 erbracht wurde, bestand keine Leistungspflicht der Beklagten. Der Leistungsanspruch des Patienten war mit dem Ende seiner Mitgliedschaft am 28. Februar 2005 gemäß [§ 19 Abs. 1 SGB V](#) erloschen. Sein nachgehender Leistungsanspruch gemäß [§ 19 Abs. 2 SGB V](#) endete nach Ablauf eines Monats nach dem Ende seiner Mitgliedschaft, mithin mit dem 31. März 2005. Für die danach durchgeführten Behandlungsmaßnahmen war die Beklagte nicht mehr zuständig. Ihre wieder ab dem 20. April 2005 einsetzende Leistungspflicht wirkt nicht auf den Behandlungszeitraum zurück. Die Beklagte ist demnach nur zur anteiligen Vergütung für die bis zum 31. März 2005 erbrachten Behandlungsmaßnahmen verpflichtet.

3. Etwas anders würde nur dann gelten, wenn eine Beschränkung ihrer Zuständigkeit auf diese erste Phase der Krankenhausbehandlung ausnahmsweise unzulässig wäre, weil der Krankenhausaufenthalt des Patienten oder die dabei durchgeführte Behandlung eine untrennbare Einheit bilden würden (vgl. grundlegend BSG 20.11.2001 – [B 1 KR 26/00 R](#) – Juris). Das war jedoch nicht der Fall. Es spricht nichts dafür, dass es sich bei der durchgeführten Behandlung bei Alkoholerkrankung um eine Einmalleistung handelte, die mit Ablauf des dritten Aufenthaltstags bereits vollständig erbracht worden war. Das hat auch die Klägerin nicht vorgetragen. Dass die durchgeführte Behandlung mittels Fallpauschalen abzurechnen war, machte sie noch nicht zu einer untrennbaren Einheit. Auch mit Fallpauschalen abrechenbare Krankenhausleistungen sind als teilbare Leistungen anzusehen. Das gilt nicht nur für die nach Maßgabe des KHG und der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) vertraglich vereinbarten Fallpauschalen, die bis zum 31. Dezember 2003 galten (vgl. dazu grundlegend BSG 19.9.2007 – [B 1 KR 39/06 R](#) – Juris), sondern auch für die im streitbefangenen Zeitraum anwendbaren Fallpauschalen auf der Grundlage von Diagnosis Related Groups (DRG) (a.A. bezogen auf den Umfang der Erstattungspflicht nach [§ 25 SGB XII](#) wohl LSG Nordrhein-Westfalen 12.12.2011 – [L 20 AY 4/11](#) – Juris, das die genannte Rechtsprechung des BSG insoweit allerdings für nicht einschlägig hält; die Revision ist unter [B 7 AY 2/12 R](#) anhängig). Denn auch insoweit handelt es sich um eine bloße Abrechnungseinheit, die der numerischen Aufteilung zugänglich ist. Das DRG-System orientiert sich an einem international bereits vor 2004 eingesetzten Vergütungssystem, in dem sich die Fallpauschalen nach den diagnosebezogenen Fallgruppen richten. Ansonsten weisen die DRG-Fallpauschalen keine solchen substantiellen Unterschiede zu den schon zuvor geltenden Fallpauschalen auf, die es rechtfertigen würden, sie anders als diese als unteilbare Einheit zu qualifizieren. Im Übrigen hat das Bundessozialgericht bereits in seiner Entscheidung vom 19. September 2007 – [B 1 KR 39/06 R](#) – die DRG-Fallpauschalen in ihrer Funktion als Abrechnungseinheiten den zuvor geltenden Fallpauschalen gleichgestellt (vgl. Juris-Abs. 15: "bilden die nach Maßgabe des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) und der BPflV getroffenen vertraglich vereinbarten Fallpauschalen für das Krankenhaus Abrechnungseinheiten, wie dies heutzutage bei den Fallpauschalen (DRGs) aufgrund von Vereinbarungen nach § 17b KHG, § 9 Abs. 1 Krankenhausentgeltgesetz der Fall ist"). Aus der Entscheidung des Bundessozialgerichts vom 16. Dezember 2008 – [B 1 KR 10/08 R](#) – kann die Klägerin nichts Abweichendes herleiten. Sie betrifft den Vergütungsanspruch eines aufnehmenden Krankenhauses nach einer möglicherweise medizinisch nicht erforderlichen Verlegung. Wie das Bundessozialgericht bestätigt hat, ist in dieser Konstellation die Fallpauschale nicht zwischen abgebendem und aufnehmendem Krankenhaus aufzuteilen. Das beruht aber nicht auf der von der Klägerin behaupteten Unteilbarkeit der Fallpauschale, sondern auf einer entsprechenden Vorgabe in der maßgeblichen untergesetzlichen Norm: Nach § 1 Abs. 1 Satz 2 KFPV 2004 rechnet jedes der beteiligten Krankenhäuser eigenständig eine Fallpauschale ab, während nach der für vorhergehende Zeiträume anwendbaren Regelung in § 14 Abs. 5 und 11 BPflV die Fallpauschalen zwischen den beteiligten Krankenhäusern aufzuteilen war.

4. Ebenso wenig ergibt sich aus den maßgeblichen Abrechnungsbestimmungen ein Anspruch der Klägerin auf eine vollständige Fallpauschale. Die Vertragspartner auf Bundesebene wären zwar – anders als das Sozialgericht meint – grundsätzlich zur Vereinbarung einer Abrechnungsbestimmung befugt, wonach die bei Aufnahme zuständige Krankenkasse den gesamten Behandlungsfall selbst dann zu

vergüten hat, wenn der Patient währenddessen aus der gesetzlichen Krankenversicherung insgesamt ausscheidet. Eine Vereinbarung dieses Inhalts wurde indes für das Jahr 2005 nicht getroffen und ist im Übrigen bis heute nicht getroffen worden. Insbesondere lässt sich der vorliegende Sachverhalt nicht unter § 9 FPV 2005 subsumieren. Die Vorschrift, mit der erstmals seit Einführung der DRG-Fallpauschalen eine ausdrückliche Regelung zum Kostenträgerwechsel in die Abrechnungsbestimmungen aufgenommen worden ist (vgl.

Steine/Bussmann/Koerdt, Das Krankenhaus 2005 – Redaktionsbeilage/FPV 2005, 15), sieht vor, dass der gesamte Krankenhausfall mit dem Kostenträger abgerechnet wird, der am Tag der Aufnahme leistungspflichtig ist, wenn bei Fallpauschalenpatienten während der stationären Behandlung ein Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers eintritt. Das Wort "Zuständigkeitswechsel" legt nahe, dass es sowohl vor als auch nach der Veränderung einen zuständigen Kostenträger gibt. Der Begriff "Kostenträger" wird weder in der FPV 2005 noch an anderer Stelle in gesetzlichen oder untergesetzlichen Normen definiert und bedarf daher der Auslegung. Im hier betroffenen Leistungserbringerrecht werden darunter üblicherweise die Krankenkassen verstanden sowie die sonstigen Einrichtungen, Arbeitgeber oder Institutionen, die außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung für eine bestimmte Gruppe von Personen die Kosten medizinischer Leistungen übernehmen (vgl. zu den sonstigen Kostenträgern die inhaltlich weitgehend übereinstimmenden Definitionen der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg, abzurufen unter www.kvbwue.de; der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin, abzurufen unter www.kvberlin.de und der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein, abzurufen unter www.kvno.de). In diesem Sinne wird der Begriff auch im SGB V verwendet. In [§ 75 Abs. 3 Satz 3 SGB V](#) ist mit dem "öffentlich-rechtlichen Kostenträger" der Dienstherr eines Empfängers von Heilfürsorge gemeint (vgl. nur Sproll in Krauskopf, Soziale Krankenversicherung, Pflegeversicherung, [§ 75 SGB V](#) Rn. 29). In allen anderen Fällen, in denen der Begriff "Kostenträger" im SGB V verwendet wird – § 116b Abs. 9 Satz 1, § 140h Abs. 2 Satz 1, § 291b Abs. 2 Nr. 1, letzter Halbsatz – dient er zur Abgrenzung von der Gruppe der Leistungserbringer, der Behörden oder der Patienten. Gemeint sind praktisch immer die Krankenkassen. Besonders auffällig ist das in [§ 291b Abs. 2 Nr. 1](#), letzter Halbsatz SGB V, einer Regelung zur Ausgestaltung und Finanzierung der Gesellschaft für Telematik. "Kostenträger" meint dort die Krankenkassen, die im Spitzenverband Bund der Krankenkassen oder im Verband der privaten Krankenversicherung organisiert sind.

Im streitbefangenen Behandlungsfall stand nach dem 31. März 2005 kein Kostenträger mehr zur Verfügung, worunter demnach nur ein Dritter verstanden werden kann, der für den Patienten die Kosten der Krankenhausbehandlung übernommen hätte. Insbesondere kommt dafür nicht der zuständige Sozialhilfeträger in Betracht, so dass nicht weiter ermittelt zu werden braucht, ob der Patient im Zeitraum vom 1. bis zum 8. April 2005 überhaupt einen Anspruch auf Krankenhilfe nach Maßgabe des [§ 48 Satz 1](#) Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch – Sozialhilfe (SGB XII) hatte – der Geschehensablauf legt im Übrigen nahe, dass er nicht zum grundsätzlich nach dem SGB XII leitungsberechtigten Personenkreis gehörte, sondern auch während dieser Zeit dem SGB II-Regime unterlag und es aufgrund seiner Alkoholerkrankung oder aus anderen Gründen lediglich versäumt hatte, nahtlos Weitergewährung beim zuständigen Jobcenter zu beantragen. Da der Sozialhilfeträger hier erst nach Abschluss der Behandlung Kenntnis vom Behandlungsbedarf hatte, kommt allenfalls ein gegen ihn gerichteter Anspruch der Klägerin aus [§ 25 Satz 1 SGB XII](#) in Betracht. In Erfüllung dieses Anspruchs würde der Sozialhilfeträger aber gerade keine Leistung gegenüber dem Patienten erbringen, sondern einen originären Erstattungsanspruch der Klägerin als Nothelferin erfüllen. Der Patient selbst, gegen den der Klägerin aus dem privatrechtlichen Behandlungsvertrag ein Vergütungsanspruch zustand, ist ebenfalls kein Kostenträger, da er für sich selbst gezahlt und nicht für einen anderen die Kosten übernommen hätte. Allein mit dem mutmaßlichen Rechtsgedanken des § 9 FPV 2005, dass nämlich aus Vereinfachungsgründen die Fallpauschale vollständig gegenüber dem Leistungspflichtigen bei Aufnahme abzurechnen ist, lässt sich eine Zuständigkeit der Beklagten für die ungeteilte Fallpauschale nicht begründen (so aber bezogen auf den gleichlautenden § 9 FPV 2009 LSG Nordrhein-Westfalen 12.12.2011 – [L 20 AY 4/11](#) – Juris, die Revision ist unter [B 7 AY 2/12 R](#) anhängig.) Ein rein teleologisch begründetes Auslegungsergebnis verbietet sich bei Vergütungsregelungen, die grundsätzlich eng nach ihrem Wortlaut und allenfalls ergänzend nach ihrem systematischen Zusammenhang auszulegen sind. Da das DRG-basierte Vergütungssystem vom Gesetzgeber als jährlich weiter zu entwickelndes, vgl. § 17b Abs. 2 Satz 1 KHG, und damit "lernendes" System angelegt ist, sind bei zutage tretenden Unrichtigkeiten, Unbilligkeiten oder Fehlsteuerungen in erster Linie die Vertragsparteien berufen, diese Mängel mit Wirkung für die Zukunft zu beseitigen (vgl. aus jüngere Zeit etwa BSG 12.7.2012 – [B 3 KR 18/11 R](#) – Juris; 8.11.2011 – [B 1 KR 8/11 R](#) – Juris – m.w.N.; st. Rspr.).

5. Nach alldem bleibt es bei der Aufteilung der Vergütung. Diese geht von der gesamten Zahl der tatsächlich mit der Fallpauschale abgerechneten Tage aus und erfolgt in der Weise, dass die Rechnungs- und Leistungsteile bis zum letzten Tag der Mitgliedschaft – hier: bis zum Ende des nachgehenden Leistungsanspruchs – von den folgenden Rechnungs- und Leistungsteilen zu trennen und – pro rata temporis – anteilig in Ansatz zu bringen sind (vgl. auch insoweit grundlegend BSG 19.9.2007 – [B 1 KR 39/06 R](#) – Juris). Sachliche oder rechnerische Bedenken dagegen, dass sich der auf die Beklagte entfallende zeitanteilige Anteil an der Vergütung auf die von ihr übernommenen 714,71 EUR beläuft, sind von der Klägerin nicht vorgebracht worden. Sie sind auch sonst nicht ersichtlich.

III. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 154 Abs. 2 VwGO](#) i.V.m. [§ 197a Abs. 1 Satz 1 Halbsatz 3 SGG](#).

IV. Die Berufung wird wegen grundsätzlicher Bedeutung der Sache gemäß [§ 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG](#) zugelassen.

Rechtskraft

Aus

Login

HAM

Saved

2013-07-26