

S 46 KR 2123/13

Land
Hamburg
Sozialgericht
SG Hamburg (HAM)
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
46
1. Instanz
SG Hamburg (HAM)
Aktenzeichen
S 46 KR 2123/13
Datum
12.06.2017
2. Instanz
LSG Hamburg
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

1. Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin 1.779,76 Euro zuzüglich Zinsen in Höhe von 5 Prozent pro Jahr auf 4.876,80 Euro ab dem 29. August 2013 und auf 1779,76 Euro ab dem 17. September 2013 zu zahlen sowie der Klägerin weitere 300 Euro Aufwandspauschale zu zahlen.

2. Die Kosten des Rechtsstreits einschließlich der außergerichtlichen Kosten der Klägerin hat die Beklagte zu tragen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Zusammenführung zweier Behandlungen eines Versicherten der Beklagten im Krankenhaus der Klägerin im Jahr 2009 und die daraus resultierende Vergütungshöhe.

Der Versicherte der Beklagten wurde von seinem behandelnden Arzt zunächst in eine andere Klinik zur Diagnostik überwiesen, nachdem der behandelnde Arzt auf dem Röntgenbild eine große Raumforderung des rechten Lungenunterlappens festgestellt hatte. Am 9.2.2009 erfolgte jedoch verfrüht eine notfallmäßige stationäre Aufnahme in der Klinik für Onkologie der Klägerin, da es bei dem Versicherten zu einem akuten starken Hustenanfall mit Dyspnoe gekommen war. Außerdem litt er an einer Herzinsuffizienz nach einem Myokardinfarkt, hatte einen Herzschrittmacher und litt unter einer COPD sowie einer Niereninsuffizienz. Es wurde zunächst eine Bronchioskopie, eine EBUS-Untersuchung und eine Zangenbiopsie aus einem Lymphknoten durchgeführt. Damit konnte zunächst der Verdacht auf ein Bronchialkarzinom nicht bestätigt werden. Gewebeproben wurden jedoch zur histologischen Untersuchung eingeschickt. Eine PET-CT – wegen der Niereninsuffizienz ohne Kontrastmittel – zeigte am rechten Lungenoberlappen metastasenverdächtige Läsionen. Darüber hinaus lag eine akute Bronchitis vor. Am 20.2.2009 wurde der Versicherte zunächst im stabilen Allgemeinzustand unter laufender Antibiose aus der Klinik entlassen.

Am 26.2.2009 besprach die interdisziplinäre Tumorkonferenz den Behandlungsfall, nachdem nun auch die histologischen Untersuchungsergebnisse vorlagen. Es handelte sich um ein fortgeschrittenes Krebsleiden, sodass man entschied, eine palliative Operation des Tumors vorzunehmen.

Am 5.3.2009 nahm die Klägerin den Versicherten zur Resektion der Tumormasse in die Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Thoraxchirurgie stationär auf. Am 6.3.2009 wurde eine Resektion des rechten Lungenunterlappens durchgeführt, wegen weiterer Umstände führte die Klägerin eine verlängerte intensiv medizinische Behandlung durch. Am 25.3.2009 verlegte die Klägerin den Versicherten zur Fortführung der Behandlung in ein auswärtiges Krankenhaus.

Am 19.3.2009 sandte die Klägerin der Beklagten die Rechnung über die erste stationäre Krankenhausbehandlung mit der DRG-Fallpauschale E71A mit dem Datensatz nach [§ 301 SGB V](#) i.H.v. 3.328,28 EUR (Anl. 1, Bl. 9 d. A.) zu. Diese Rechnung beglich die Beklagte am 3.4.2009 zunächst vollständig.

Am 2.4.2009 sandte die Klägerin der Beklagten die Rechnung über die zweite stationäre Krankenhausbehandlung über die DRG-Fallpauschale E40B mit den Daten nach [§ 301 SGB V](#) i.H.v. 7.993,87 EUR zu (Anl. 2, Bl. 11 d. A.).

Am 22.4.2009 zeigte der MDK der Klägerin eine Einzelfallprüfung nach [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) unter der Fragestellung der Fallzusammenführung an und forderte für beide Krankenhausbehandlungen die Übersendung der Entlassungs- und Operationsberichte (Anl. 3, Bl. 13 d. A.).

In seinem Gutachten vom 2.3.2010 (Bl. 16 ff. D. Verw.A.) kam der MDK zu dem Ergebnis, dass nach der vorzunehmenden Fallzusammenführung auch eine Überschreitung der oberen Grenzverweildauer um vier Tage vorliege. Bezüglich des ersten Behandlungsfalles sei eine Kürzung um einen Tag vorzunehmen. Die Tatsache, dass die abgerechneten DRG im Fallpauschalenkatalog in Spalte 13 gekennzeichnet seien und von der Fallzusammenführung ausgeschlossen seien, sei hier nicht zu berücksichtigen, da unter Berücksichtigung der Verweildauer des ersten Falles nicht nachzuvollziehen sei, dass die Ergebnisse der histologischen Untersuchung bei Entlassung nicht vorlagen. Stattdessen sei ein Fallsplitting zu erkennen.

Die Beklagte reagierte trotz des Gutachtens des MDK zunächst dreieinhalb Jahre nicht. Sie machte keine Rückforderung geltend, nahm keine erneute Begutachtung vor und machte auch von der Möglichkeit der Verrechnung nach [§ 112 SGB V](#) in Verbindung mit dem Vertrag Allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung vom 19.12.2002 für das Land Hamburg (Landesvertrag Hamburg oder Hamburger Landesvertrag) nicht Gebrauch. Mit Schreiben vom 27.8.2013 teilte die Beklagte der Klägerin mit, dass sie nun eine Fallzusammenführung vornehmen werde (Anl. 4, Bl. 16 d. A.).

Die Klägerin ist der Auffassung, dass eine Fallzusammenführung nach dem hier gültigen Fallpauschalenkatalog 2009 bei den abgerechneten DRGs ausnahmsweise nicht vorzunehmen sei. Dies ergebe sich aus der Markierung in Spalte 13 des Fallpauschalenkatalogs 2009, den die Klägerin als Anl. 4 (Bl. 14 d. A.) der Klage beifügte. Der MDK sei zu der fehlerhaften Einschätzung gelangt, eine Wiederaufnahme des Versicherten sei bereits bei Entlassung aus der ersten stationären Krankenhausbehandlung geplant und die Behandlung nicht abgeschlossen gewesen. Diese Behauptung könne allein anhand des Entlassungsberichtes widerlegt werden. Tatsächlich sei die Aufnahme des Versicherten bei der hier streitigen ersten Krankenhausbehandlung auch notfallmäßig wegen erheblicher Hustenattacken miterfolgt. Diese Hustenattacken zeigten sich im klinischen Verlauf als infektiös. Daraufhin sei der Kläger unter entsprechender Antibiose auch entlassen worden. Ob und welche weitere Krankenhausbehandlung notwendig sein würde, sei für die behandelnden Ärzte zum Zeitpunkt der Entlassung nicht absehbar gewesen. Man habe die zur Aufnahme führenden Beschwerden behandelt und die Diagnostik im Hinblick auf die Raumforderung durchgeführt.

Im Übrigen ist sie der Auffassung, dass die Voraussetzungen einer Fallzusammenführung nach § 2 der Fallpauschalenvereinbarung nicht vorgelegen hätten. Nach § 2 Abs. 1 der Fallpauschalenvereinbarung 2009 sei eine Zusammenfassung und neue Einstufung nicht vorzunehmen, wenn die Fallpauschalen der Basis-DRG bei Versorgung in einer Hauptabteilung in Spalte 13 oder in Spalte 15 Fallpauschalenkatalog gekennzeichnet seien. Diese Ausnahme gelte auch für die Zusammenführung nach Abs. 2 des § 2 der Fallpauschalenvereinbarung 2009. Außerdem sei die zweite Aufnahme außerhalb der oberen Grenzverweildauer des ersten Behandlungsfalles und auch nicht unter derselben DRG erfolgt.

Darüber hinaus scheitere eine Zusammenführung auch an § 2 Abs. 3 der Fallpauschalenvereinbarung, da nämlich unstrittig keine Wiederaufnahme wegen Komplikation vorgelegen habe. Eine Beurlaubung liege auch nicht vor, da der Patient nach der Versorgung im ersten Behandlungsfall nicht mehr krankenhausbearbeitungsbedürftig im Sinne von [§ 39 SGB V](#) gewesen sei. Dies habe auch der MDK bestätigt, indem er nämlich in seinem Gutachten zu dem Ergebnis kam, dass der Patient bereits am 19.2.2009 in die ambulante Weiterbehandlung hätte entlassen werden können und die Notwendigkeit der vollstationären Krankenhausbehandlung ab diesem Zeitpunkt nicht mehr gegeben gewesen sei.

Die Klägerin beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin 1.779,76 EUR zzgl. Zinsen in Höhe von 5% pro Jahr auf 4876,80 EUR ab dem 29.08.2013 und auf 1779,76 EUR ab dem 17.09.2013 zu zahlen, sowie die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin die Aufwandspauschale gem. [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) in Höhe von 300 EUR zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

des § 2 der Fallpauschalenvereinbarung nicht vorliege. Stattdessen sei § 1 Abs. 7 der Fallpauschalenvereinbarung anzuwenden. Der Versicherte sei zwischen zwei Krankenhausaufenthalten beurlaubt worden. Die erste Krankenhausbehandlung sei am 20.2.2009 mit Zustimmung des Krankenhausarztes unterbrochen worden, da das Ergebnis der Histologie abgewartet werden musste. Aus diesem Grund könne die Behandlung nicht abgeschlossen gewesen sein. Wenn es möglich wäre, den Befund direkt nach der Probeentnahme zu erhalten, wäre der Versicherte gleich ohne Unterbrechung der stationären Behandlung weiterbehandelt worden. Würde man dies anders beurteilen, wäre die Frage, ob zwei Fälle zusammenzuführen seien, von der Erkrankung bzw. den diagnostischen Möglichkeiten abhängig. Dies sei aber in der Fallpauschalenvereinbarung nicht vorgesehen. Die von der Klägerin aufgeführten Ausnahmen von der Wiederaufnahmeregelung (gesonderte Kennzeichnung in der Fallpauschalenvereinbarung) bei bestimmten Erkrankungen würden für § 2 und nicht für § 1 der Fallpauschalenvereinbarung gelten.

Das Gericht hat die Verwaltungsakte der Beklagten sowie die Krankenakte der Klägerin beigezogen. Wegen des weiteren Sach- und Streitstandes wird auf die vorbereitenden Schriftsätze der Parteien sowie auf die Sitzungsniederschrift der mündlichen Verhandlung Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Klage ist zulässig und begründet. Die Klägerin hat gegen die Beklagte einen Anspruch auf Zahlung der geltend gemachten Summe sowie auf die Zahlung einer Aufwandspauschale.

I. Die Klage ist als sog. echte Leistungsklage i. S. d. [§ 54 Abs. 5 SGG](#) zulässig. Die Klage eines Krankenhausträgers - wie hier der Klägerin - auf Zahlung der Behandlungskosten eines Versicherten gegen eine Krankenkasse ist ein Beteiligtenstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt, kein Vorverfahren durchzuführen und keine Klagefrist zu beachten ist (vgl. BSG, Urteil vom 16. Dezember 2008 - Az.: [B 1 KN 3/08 KR R](#) m.w.N., nach juris; zuletzt LSG Thüringen, Urt. v. 20.12.2016, [L 6 KR 93/13](#)

Rn. 15 bei juris).

II. Die Klage ist auch in der geltend gemachten Höhe begründet. Die Klägerin hat gegen die Beklagte sowohl einen Anspruch auf Zahlung der Krankenhausbehandlungskosten (1.), der Aufwandspauschale (2.), wie auch auf Zahlung der geltend gemachten Zinsen (3.).

1. Die Klägerin hat gegen die Beklagte einen Anspruch auf Zahlung der Vergütung aus anderen Behandlungsfällen, da der Beklagten im Falle des hier zu beurteilenden Krankenhausaufenthaltes ein öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch nicht zustand. Rechtsgrundlage des Vergütungsanspruchs ist im Falle einer Krankenhausbehandlung [§ 109 Abs. 4 Satz 3](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V), [§ 17b Abs. 1 Satz 10](#) Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) und [§ 7 Nr. 1, § 9 Abs. 1 Nr. 1](#) Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG) [] sowie dem am 1. Januar 2003 in Kraft getretenen Vertrag Allgemeine Bedingungen Krankenhausbehandlung vom 19. Dezember 2002 zwischen der H. Krankenhausgesellschaft e.V. und u.a. der Beklagten (Vertrag nach [§ 112 SGB V](#)). Nach der ständigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts entsteht die Zahlungsverpflichtung der Krankenkasse unabhängig von einer Kostenzusage unmittelbar mit der Inanspruchnahme einer Leistung durch den Versicherten (BSG, Urteil vom 18.09.2008 – [B 3 KR 15/07 R](#) – juris; Landessozialgericht Hamburg, Urteil vom 20. Juli 2016 – [L 1 KR 13/15](#) –, Rn. 17, juris). Die Beklagte ist Vertragspartei dieses Vertrages, weil der entsprechende Hamburgische Landesverband (vgl. [§ 112 Abs. 1 S. 1](#) i. V. m. [§ 205 Abs. 1 SGB V](#)) Vertragspartei ist. Insoweit erlangt der Vertrag auch für sie Geltung. Einen öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch analog [§§ 812 ff. BGB](#) hat die Beklagte der Klägerin hiergegen zu Unrecht entgegen entgegengehalten und durfte daher nicht mit Behandlungskosten aus anderen Behandlungsfällen aufrechnen.

Ein öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch stand der Beklagten deshalb nicht zu, da die Klägerin den hier zu beurteilenden Behandlungsfall bzw. die hier zu beurteilenden Behandlungsfälle ordnungsgemäß abgerechnet hat. Eine Fallzusammenführung im Sinne der Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2009 (Fallpauschalenvereinbarung 2009 – FPV) war nicht vorzunehmen (vgl. zum öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch im Rahmen der Krankenhausvergütung eingehend BSG, Urt. v. 8.11.2011, [B 1 KR 8/11 R](#), Rn. 11 bei juris).

Für eine Fallzusammenführung nach [§ 2 Abs. 1 FPV](#) fehlt es schon daran, dass die Wiederaufnahme innerhalb der oberen Grenzverweildauer erfolgte. Das Krankenhaus hat gemäß dieser Vorschrift eine Zusammenfassung der Falldaten zu einem Fall und eine Neueinstufung in eine Fallpauschale vorzunehmen, wenn 1. ein Patient oder eine Patientin innerhalb der oberen Grenzverweildauer, bemessen nach der Zahl der Kalendertage ab dem Aufnahmedatum des ersten unter diese Vorschrift zur Zusammenfassung fallenden Krankenhausaufenthalts, wieder aufgenommen wird und 2. für die Wiederaufnahme eine Einstufung in dieselbe Basis-DRG vorgenommen wird. Auch der MDK stellte bereits in seinem Erstgutachten vom 13.08.2009 fest, dass die Wiederaufnahme nicht innerhalb der oberen Grenzverweildauer des ersten Behandlungsfalles erfolgte, sondern außerhalb dieser oberen Grenzverweildauer. Jedoch setzte der MDK sich ohne nähere Begründung über dieses Erfordernis hinweg und unterstellte dennoch die Notwendigkeit einer Fallzusammenführung. Im Übrigen scheitert eine Fallzusammenführung nach Abs. 1 daran, dass eine Zusammenfassung und Neueinstufung nach Satz 1 wird nicht vorgenommen wird, wenn die Fallpauschalen dieser Basis-DRG bei Versorgung in einer Hauptabteilung in Spalte 13 oder bei belegärztlicher Versorgung in Spalte 15 des Fallpauschalen-Katalogs gekennzeichnet sind. Dies ist hier – wie von der Klägerin dargelegt und vom MDK in seinem Gutachten vom 2.03.2010 ebenfalls ohne weitere Begründung ignoriert – unstrittig der Fall (vgl. auch Anlage K 4, Bl. 14 und 15 d. Akte). Dies gilt auch für eine Fallzusammenführung nach [§ 2 Abs. 2 FPV](#). Anders als die Beklagte meint, handelte es sich im vorliegenden Fall nicht um eine Beurlaubung im Sinne des [§ 1 Abs. 7 FPV](#). Eine Beurlaubung liegt vor, wenn der Patient mit Zustimmung des behandelnden Arztes die Behandlung zeitlich befristet unterbricht, die stationäre Behandlung jedoch nicht abgeschlossen ist. Schon aus der Formulierung der Vorschrift folgt, dass die Initiative zur Beurlaubung regelmäßig vom Patienten selbst ausgeht. Nach der Vorschrift ist es selbst, der die Behandlung aktiv unterbricht. Der behandelnde Arzt stimmt dem Begehren nach einer Unterbrechung der Behandlung im Regelfall lediglich zu, initiiert diese aber nicht. Dies war im vorliegenden Fall anders, wie auch der MDK in seinem Gutachten vom 2.03.2010 festgestellt hat. Der MDK hat nämlich erkannt, dass der Patient selbst nicht entlassen werden wollte, sondern angesichts der Ankündigung der baldigen Entlassung sogar mit Angst reagierte. Die Ärzte haben den ersten Krankenhausaufenthalt – da das Vorhandensein eines Karzinoms noch nicht feststand – wegen der fehlenden weiteren Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit i. S. d. [§ 39 SGB V](#) beendet. Dieser Krankenhausaufenthalt war nach der vom MDK unbestrittenen Angabe des klagenden Krankenhauses auch lediglich durch die notfallmäßige Behandlung der Hustenattacken des Patienten veranlasst und erfolgte nicht zur weiteren Diagnostik. Dieser wurde lediglich aus Anlass der Aufnahme des Patienten durchgeführt, war aber nicht der Grund der Aufnahme. Der Patient war von seinem behandelnden Arzt dazu in ein anderes Krankenhaus überwiesen worden.

Dieser Beurteilung steht auch nicht die von der Beklagten in der mündlichen Verhandlung angeführte Entscheidung des Bundessozialgerichts vom 28.03.2017 – [B 1 KR 29/16 R](#) entgegen. Die Beklagte hatte ausgeführt, dass nach der neueren Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zum sog. wirtschaftlichen Alternativverhalten – selbst wenn eine Fallzusammenführung nach der FPV nicht vorzunehmen wäre – dennoch nur die Vergütung für einen Behandlungsfall vom Krankenhaus gefordert werden könne. Soweit das Bundessozialgericht in dieser Entscheidung ausführt, dass nach der FPV das tatsächliche, nicht ein fiktives Geschehen abzurechnen sei (vgl. BSG, a.a.O., Rn. 11 bei juris), kann die Kammer dieser Feststellung nur zustimmen. Es stellt sich bei dieser Prüfung nicht die Frage eines "wirtschaftlichen Alternativverhaltens" (vgl. BSG SozR 4-2500 [§ 109 Nr 52 LS 1](#) und RdNr 14 f, dort zu [§ 3 Abs 3 FPV 2009](#); vgl. auch BSG Urteil vom 10.3.2015 – [B 1 KR 3/15 R](#) – juris RdNr 20 = USK 2015-6; BSG, a.a.O., BSGE (vorgesehen), SozR 4 (vorgesehen), Rn. 11 bei juris). Es ist aber dann, wenn das tatsächliche Geschehen keine Fallzusammenführung rechtfertigt, diese auch nicht auf Grund des Wirtschaftlichkeitsgebotes des [§ 12 SGB V](#) vorzunehmen. Denn entweder entsprechen die Vorschriften der Fallpauschalenvereinbarung dem Wirtschaftlichkeitsgebot des [§ 12 SGB V](#) oder sie verstoßen dagegen. Das Bundessozialgericht hat die Wirksamkeit der Fallpauschalenvereinbarung in der o. g. Entscheidung unangetastet gelassen. Die Kammer geht vielmehr davon aus, dass der Gesetzgeber in Kenntnis des Wirtschaftlichkeitsgebotes die konkrete Ausgestaltung der Krankenhausabrechnung den Selbstverwaltungspartnern überlassen hat. Der Anspruch [des Krankenhauses auf Vergütung der Behandlung] wird auf Bundesebene durch Normsetzungsverträge (Normenverträge, Fallpauschalenvereinbarungen) konkretisiert. Der Spitzenverband Bund der KKn und der Verband der privaten Krankenversicherung gemeinsam vereinbaren nach [§ 9 Abs 1 S 1 Nr 1 KHEntG](#) (idF durch Art 2 Nr 9 Buchst a KHRG vom 17.3.2009, [BGBl I 534](#)) mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft als "Vertragsparteien auf Bundesebene" mit Wirkung für die Vertragsparteien nach [§ 11 KHEntG](#) (idF durch Art 2 Nr 11 KHRG) einen Fallpauschalen-Katalog einschließlich der Bewertungsrelationen sowie Regelungen zur Grenzverweildauer und der in Abhängigkeit von diesen zusätzlich zu zahlenden Entgelte oder vorzunehmenden Abschläge. Ferner vereinbaren sie insoweit Abrechnungsbestimmungen in den FPV auf der Grundlage des [§ 9 Abs 1 S 1 Nr 3 KHEntG](#) (idF durch Art 19 Nr 3

Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz - GKV-WSG) vom 26.3.2007, [BGBl. I 378](#)) BSG, Urteil vom 28. März 2017 – [B 1 KR 29/16 R](#) –, BSGE (vorgesehen), SozR 4 (vorgesehen), Rn. 10 bei juris). Auch das Bundessozialgericht konnte in seiner Entscheidung nicht feststellen, dass diese Vorschriften der FPV dem Wirtschaftlichkeitsgebot widersprechen und lies ihre Gültigkeit unangetastet. Damit sind sie gerade Ausdruck dessen, wie Krankenhausbehandlungen unter Geltung des Wirtschaftlichkeitsgebotes abzurechnen sind und daher auf den vorliegenden Fall anzuwenden.

Soweit das Bundessozialgericht in der o. g. Entscheidung (vgl. Rn. 21 ff. bei juris) (und in der Parallelentscheidung BSG, Urt. v. 28.03.2017, [B 1 KR 26/16 R](#)) dann noch feststellte, dass in jenem Verfahren das klagende Krankenhaus den Patienten hätte beurlauben müssen anstatt ihn zu entlassen und in diesem Zusammenhang die Vorschriften des rheinland-pfälzischen Krankenhausbehandlungsvertrag nach [§ 112 SGB V](#) für nichtig erklärte, weil sie die Möglichkeit der Beurlaubung unzulässig einschränken würden (vgl. Rn. 25 f. bei juris), folgt daraus für den hiesigen Fall nicht, dass auch hier eine Beurlaubung vorzunehmen gewesen wäre, denn die Fälle sind schon nicht vergleichbar. In jenem Fall folgte die Beendigung des ersten Krankenhausaufenthaltes auf Wunsch des Patienten zur Einholung einer Zweitmeinung nach bereits erfolgter Stellung der Diagnose eines Krebsleidens und damit letztlich auf Wunsch des Patienten. Darüber hinaus war die Wiederaufnahme des Patienten zur Behandlung des diagnostizierten Krebsleidens bei Entlassung aus dem ersten Krankenhausaufenthalt bereits geplant (vgl. nur. Rn. 28 bei juris) und dies in den Therapieplan aufgenommen. Der hier zu beurteilende Fall liegt jedoch gänzlich anders, denn selbst der MDK gelangte in seinem Gutachten vom 13.08.2009 zu dem Ergebnis, dass der Patient schon einen Tag eher hätte entlassen werden müssen, da die Krankenhausbehandlung ab diesem Zeitpunkt nicht mehr medizinisch notwendig gewesen sei. Darüber hinaus war die Wiederaufnahme des Patienten ausweislich des Entlassungsberichtes vom 20.02.2009 (Bl. 2 d. Krankenakte) auch nicht bereits definitiv vorgesehen. Dies deckt sich auch mit der Tatsache, dass der Patient nicht zur Diagnostik in das Klinikum der Klägerin aufgenommen worden war, sondern lediglich zur notfallmäßigen Behandlung und die von seinem behandelnden Arzt unter Verdacht eines Bronchialkarzinoms festgestellte Raumforderung eigentlich in einem anderen Krankenhaus hätte untersucht werden sollen. Auch angesichts des vom Gericht gefundenen Widerspruchs innerhalb der Ausführungen des MDK bzgl. des ersten Aufenthaltes, in denen der MDK ohne nähere Begründung zu dem Ergebnis kommt, dass der Aufenthalt über den 19.02. hinaus nicht medizinisch begründet sei und eine Kürzung um 1 Tag vorschlägt, bezüglich des zweiten Behandlungsfalles dann aber meint, eine Entlassung und Wiederaufnahme des Patienten habe sich – auch angesichts der Angst des Patienten – verboten, kann das Gericht nicht feststellen, dass die Klägerin den Krankenhausaufenthalt in unzulässiger Weise und einzig allein zur Erzielung eines höheren Entgeltes in zwei Behandlungen aufgeteilt hätte. Nur dies wäre nach Auffassung der Kammer aber ein unzulässiges Fallsplitting.

Hiergegen ließe sich auch nicht einwenden, dass die entsprechenden Vorschriften der FPV und des H. Landesvertrages (dort § 8) nichtig wären, da sie nicht die Möglichkeit der Beurlaubung des Patienten gleichsam "gegen oder ohne seinen Willen" ermöglichen, denn – wie gezeigt – hat der Gesetzgeber die Konkretisierung derjenigen Fälle, die eine Beurlaubung ermöglichen sollen oder die zu einem Behandlungsfall zusammenzufassen sind, bewusst und in Kenntnis des Wirtschaftlichkeitsgebotes zur eigenen vertraglichen Gestaltung überlassen. Allein weil die dem Wirtschaftlichkeitsgebot entsprechenden Vorschriften der FPV (oder des H. Landesvertrages) zur Fallzusammenführung im jeweils zu beurteilenden Fall eine Fallzusammenführung nicht ermöglichen, ist in der Abrechnungspraxis eines Krankenhauses ein Fallsplitting noch nicht zu erkennen. Allein fest steht in diesen Fällen nur, dass die jeweiligen vertraglichen Vorschriften die Fallzusammenführung nicht ermöglichen. Um dem Krankenhaus ein unzulässiges Fallsplitting vorzuwerfen braucht es aber mehr, nämlich etwa die bewusste Hinauszögerung der Wiederaufnahme. Zwar hat nach § 17c Abs. 1 Nr. 2 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) der Krankenhausträger dafür Sorge zu tragen, dass eine Vorzeitige Verlegung oder Entlassung aus wirtschaftlichen Gründen unterbleibt, hieraus folgt aber nicht die vom BSG aufgestellte Anforderung an die Krankenhausträger stets die für die Krankenkasse günstigste Abrechnungsmöglichkeit zu wählen und notfalls immer eine Beurlaubung vorzunehmen um diese günstigste Abrechnungsmöglichkeit zu realisieren. Dies ist – jedenfalls im Zusammenhang der Krankenhausabrechnung – fehlgeleitetes Verständnis des Wirtschaftlichkeitsgebotes. Der Gesetzgeber hat sich bei Einführung eines fallpauschalenbasierten Abrechnungssystems bewusst auf den unabdingbar notwendigen Kern an Regelungen zurückgezogen. Dieser ordnungspolitische Rahmen ist im Wesentlichen das Krankenhausentgeltgesetz, das aber den Vertragsparteien bewusst Freiräume zur eigenverantwortlichen Gestaltung lässt (vgl. Entwurf eines Gesetzes zur Einführung eines diagnose-orientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser (Fallpauschalengesetz – FPG) v. 11.09.2001, [BT-Drucks. 14/6893, S. 27](#)). Der Gesetzgeber hat ein differenziertes Instrumentarium zur Steuerung der Krankenhausabrechnung bei Beachtung der zwei Grundziele des Gesetzentwurfes (eine am medizinischen Bedarf orientierte Entwicklung der Gesamtausgaben für voll- und teilstationäre Leistungen auf der einen Seite und die Finanzierbarkeit der gesetzlichen Krankenversicherung bei begrenzten finanziellen Ressourcen und dem Erfordernis der Beitragsstabilität auf der anderen Seite) mit dem Krankenhausentgeltgesetz zur Verfügung gestellt (vgl. ebenfalls [BT-Drucks. 14/6893, S. 27](#)). Teil dieses differenzierten Instrumentariums ist § 8 Abs. 5 S. 1 KHEntG, der die Fallzusammenführung bei Komplikationen vorgibt. Unmittelbar in der darauffolgenden Vorschrift des § 8 Abs. 5 S. 2 KHEntG bestimmt der Gesetzgeber jedoch, dass die Vertragsparteien Näheres oder Abweichendes bestimmen können. An dieser Vorschrift wird deutlich, dass der Gesetzgeber die Frage der Zusammenführung von Falldaten den Selbstverwaltungspartnern überlassen wollte und dabei sogar in Kauf genommen hat, dass sie eine von der gesetzgeberischen Konzeption abweichende Vereinbarung treffen. Soweit dieses jeweils vereinbarte Abrechnungssystem Unzulänglichkeiten aufweisen sollte, die tatsächlich gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot verstießen, wäre es ebenfalls an den Selbstverwaltungspartnern, namentlich den Kassenverbänden, dem entgegen zu wirken, da das fallpauschalenbasierte Abrechnungssystem als lernendes und jährlich fortzuentwickelndes System ausgestaltet ist (§ 17b Abs. 2 KHG). Korrekturen daran vorzunehmen ist jedenfalls nicht Aufgabe der Gerichte. Unter Beachtung einer derart weitgehenden vertraglichen Gestaltungsfreiheit der Vertragsparteien war im vorliegenden Fall eine über die Vertragsvereinbarungen hinausgehende Fallzusammenführung nicht vorzunehmen. Für die Annahme eines unzulässigen Fallsplittings fehlt es an den tatsächlichen Anhaltspunkten.

2. Die Klägerin hat gegen die Beklagte auch einen Anspruch auf Zahlung einer Aufwandspauschale gem. [§ 276 Abs. 1c S. 3 SGB V](#). Dabei kann das Gericht offen lassen, ob der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zu folgen ist, wonach zwischen einer sog. Auffälligkeitsprüfung und einer Prüfung sachlich-rechnerischer Richtigkeit zu folgen ist, da jedenfalls hier eine Auffälligkeitsprüfung im Sinne dieser Rechtsprechung vorliegt. Die Auffälligkeitsprüfung betrifft regelmäßig Fälle, in denen die KK Zweifel daran haben kann, dass das Krankenhaus seine Leistung unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes ([§ 12 Abs. 1 SGB V](#)) erbracht hat (vgl. zur Befugnis der KKn, die Wirtschaftlichkeit der Krankenhausbehandlung zu überprüfen, zB [BSGE 104, 15 = SozR 4-2500 § 109 Nr 17](#); BSG Urteil vom selben Tage – [B 1 KR 62/12 R](#) – für BSGE und SozR vorgesehen). Sie begründet in den Fällen, in denen es zu keiner Abrechnungsminderung kommt, einen Anspruch des Krankenhauses auf Zahlung einer Aufwandspauschale (vgl. [§ 275 Abs. 1c S. 3 SGB V](#)) (BSG, Urteil vom 01. Juli 2014 – [B 1 KR 29/13 R](#) –, [BSGE 116, 165-172](#), SozR 4-2500 § 301 Nr 4, Rn. 22). So liegt der Fall hier.

3. Der Zinsanspruch ergibt sich aus § 14 des Hamburgischen Versorgungsvertrages nach [§ 112 SGB V](#).

III. Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 197a SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 1](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).

Rechtskraft

Aus

Login

HAM

Saved

2017-09-13