

S 14 KR 4428/14

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
SG Karlsruhe (BWB)
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
14
1. Instanz
SG Karlsruhe (BWB)
Aktenzeichen
S 14 KR 4428/14
Datum
12.10.2016
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

1. Die Klage wird abgewiesen. 2. Die Klägerin trägt die Kosten des Verfahrens. 3. Der Streitwert wird auf 1.886,13 Euro festgesetzt.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Höhe der Vergütung dreier stationärer Krankenhausaufenthalte des Versicherten XXXX, insbesondere um eine Fallzusammenführung der Aufenthalte.

Bei der Klägerin handelt es sich um eine Trägerin mehrerer Kliniken im Landkreis Karlsruhe. Der bei der Beklagten gegen Krankheit versicherte XXXX, geb. am XXXX, wurde im Zeitraum 26.08.2013 bis 02.09.2013, vom 06.09.2013 bis 11.09.2013 sowie vom 01.10.2013 bis 11.10.2013 in einer zur Versorgung der Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung (XXX) zugelassenen Klinik der Klägerin stationär behandelt. Der erste Aufenthalt ab dem 26.08.2013 erfolgte mit zunehmender Belastungsdyspnoe. Dieser Aufenthalt wurde am 02.09.2013 durch eine Verlegung in ein anderes Krankenhaus zur Durchführung einer Koronarangiographie beendet. Am 06.09.2013 wurde der Versicherte aus dem anderen Krankenhaus nach erfolgter Stent-Implikation bei koronarer 3-Gefäßerkrankung und Zustand nach Bypass-OP wieder zurück in das Klinikum der Klägerin verlegt. Nachdem sich sein Allgemeinzustand stabilisierte, entließ ihn die Klägerin am 11.09.2013. Am 01.10.2013 wurde der Versicherte als Notfall mit kardialer Dekompensation bei hypertensiver Entgleisung wieder im Klinikum der Klägerin aufgenommen und dort erneut bis zum 11.10.2013 behandelt.

Die Klägerin führte die ersten beiden Aufenthalte im Rahmen einer Fallzusammenführung zusammen und rechnete ihre hierfür erbrachten Leistungen gegenüber der Beklagten einheitlich in Höhe von 2.990,74 Euro ab.

Den Aufenthalt vom 01.10.2013 bis 11.10.2013 rechnete die Klägerin in Höhe von 3.008,58 Euro als separater Behandlungsfall gegenüber der Beklagten ab.

Die Beklagte führte alle drei Aufenthalte als einen Fall zusammen und beglich am 04.06.2014 einen Rechnungsbetrag in Höhe von 4.113,19 Euro gegenüber der Klägerin.

Mit ihrer am 29.12.2014 zum Sozialgericht Karlsruhe erhobenen Klage begehrt die Klägerin die Zahlung weiterer 1.886,13 Euro von der Beklagten. Die Notwendigkeit der stationären Behandlung sowie die Verweildauer sei zwischen den Beteiligten unstreitig. Streit bestehe vielmehr hinsichtlich der Frage, ob alle drei Behandlungsfälle im Rahmen der Vergütungsberechnung zu einem Behandlungsfall zusammengeführt werden müssten. Dies sei nach Auffassung der Klägerin hinsichtlich des letzten Aufenthaltes des Versicherten nicht der Fall, da die Voraussetzungen einer Fallzusammenführung nicht vorlägen. Der Versicherte sei nicht innerhalb der oberen Grenzverweildauer des ersten Aufenthaltes aufgenommen worden. Die obere Grenzverweildauer betrage 18 Tage. Dabei seien die ersten beiden Behandlungsfälle zusammenzufassen. Auch sei die dritte Aufnahme des Versicherten nicht innerhalb von 30 Tagen nach der ersten Aufnahme bzw. nach einer Komplikation der ersten Aufnahme erfolgt. Der Anwendungsbereich des § 3 Abs. 3 FPV 2013 sei nicht eröffnet, da es sich nicht um eine Verlegung in diesem Sinne handle. Zudem seien auch bei einer kombinierten Fallzusammenführung gemäß § 3 Abs. 3 FPV 2013 die zeitlichen Kriterien des § 2 FPV 2013 zu beachten, welche unstreitig nicht erfüllt seien. Der dritte Aufenthalt sei daher getrennt von den zusammengefassten ersten beiden Klinikaufenthalten abzurechnen.

Die Klägerin beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, ihr 1.886,13 Euro nebst Zinsen hieraus in Höhe von 5 %-Punkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem

26.05.2014 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Die ersten beiden Aufenthalte des Versicherten bei der Klägerin seien zusammenzulegen, was die Klägerin auch getan habe. Auch der dritte stationäre Aufenthalt des Versicherten sei jedoch mit dem bereits zusammengeführten Fall zusammenzuführen. Es handele sich hier um eine kombinierte Fallzusammenführung, da im vorliegenden Fall eine Rückverlegung bei gleichzeitiger Wiederaufnahme vorliege. Bei der Rückverlegung seien alle Fälle zusammen zu führen, welche innerhalb der Rückverlegungsfrist (30 Tage) lägen. Die Fristenberechnung beginne mit dem Verlegungstag des ersten Aufenthaltes, somit am 02.09.2013. Die Frist ende daher am erst am 01.10.2013. Die erneute Aufnahme des Versicherten in der Klinik der Klägerin sei innerhalb der 30 Tage-Frist erfolgt, so dass eine separate Vergütung nicht beansprucht werden könne.

Zur Ergänzung des Tatbestandes wird auf den Inhalt der Prozess- und der beigezogenen Patientenakte der Klägerin Bezug genommen, die Gegenstand der Entscheidungsfindung gewesen sind.

Entscheidungsgründe:

1. Die Klägerin hat mit der erhobenen echten Leistungsklage im Sinne des [§ 54 Abs. 5](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) die richtige Klageart gewählt; denn es handelt sich bei der auf Zahlung der Behandlungskosten eines Versicherten gerichteten Klage eines Krankenhausträgers gegen eine Krankenkasse um einen sogenannten Parteienstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt. Ein Vorverfahren war mithin nicht durchzuführen, die Einhaltung einer Klagefrist nicht geboten (z.B. BSG, Urteil vom 13. November 2013 - [B 3 KR 33/12 R](#) -, juris). Die Klägerin hat den Zahlungsanspruch auch konkret beziffert.

2. Die Klageforderung ist jedoch nicht begründet. Es hat eine Fallzusammenführung aller drei Behandlungsfälle zu einem Behandlungsfall zu erfolgen. Der von der Beklagten gezahlte Betrag ist somit korrekt.

Zwischen den Beteiligten ist unstreitig, dass die ersten beiden Aufenthalte des Versicherten zu einem Fall zusammen zu führen war und dass der von der Beklagten vergütete Betrag bei einer Fallzusammenführung aller drei Aufenthalte korrekt ist.

Anspruchsgrundlage des geltend gemachten Vergütungsanspruchs der Klägerin ist [§ 109 Abs. 4 Satz 3](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) in der Fassung vom 26.03.2007 i.V.m. § 7 Satz 1 Nr. 1 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG), § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG, jeweils in der Fassung vom 15.07.2013 i.V.m. der Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2013 vom 19.10.2012 (FPV 2013) sowie § 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) in der Fassung vom 15.7.2013.

Die Grundvoraussetzungen des geltend gemachten Anspruchs auf Krankenhausvergütung (auch für den dritten stationären Aufenthalt des Versicherten vom 01.10. bis zum 11.10.2013) sind erfüllt. Die Beklagte ist, was sie grundsätzlich auch nicht bestreitet, verpflichtet, die stationäre Krankenhausbehandlung ihres Versicherten in der Klinik der Klägerin zu vergüten. Die Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse entsteht - unabhängig von einer Kostenzusage - unmittelbar mit Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten kraft Gesetzes, wenn die Versorgung - wie hier - in einem zugelassenen Krankenhaus durchgeführt wird und im Sinne von [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) erforderlich ist (ständige Rechtsprechung; vgl. z.B. BSG, Urteil vom 28. November 2013 - [B 3 KR 33/12 R](#) -, juris m.w.N.). Diese Voraussetzungen, insbesondere die medizinische Notwendigkeit der dritten stationären Behandlung und auch die jeweilige Dauer der Belegungstage sind hier nicht streitig.

Maßgebend für die Höhe des Vergütungsanspruchs ist innerhalb des hier maßgeblichen DRG-Systems der Fallpauschalenkatalog. Danach hat die Klägerin zu Recht für die stationären Behandlungen des Versicherten die DRG DF62B in Ansatz gebracht. Dies wird von der Beklagten auch nicht angegriffen. Sie ist vielmehr der Auffassung, nach der FPV 2013 müsse der dritte Behandlungsfall mit den ersten beiden -bereits zusammengefassten- Behandlungsfällen zu einem Fall zusammengefasst werden. Dieser Auffassung schließt sich die Kammer an.

Die allgemeinen Krankenhausleistungen werden gemäß § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG gegenüber den Patienten oder den Kostenträgern gemäß Fallpauschalen nach dem auf Bundesebene vereinbarten Entgeltkatalog (§ 9) abgerechnet. Gemäß § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG vereinbaren der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Verband der Privaten Krankenversicherung gemeinsam mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft (Vertragsparteien auf Bundesebene) mit Wirkung für die Vertragsparteien insbesondere einen Fallpauschalen-Katalog nach § 17b Absatz 1 Satz 4 des KHG einschließlich der Bewertungsrelationen sowie Regelungen zu Verlegungsfällen und zur Grenzverweildauer und der in Abhängigkeit von diesen zusätzlich zu zahlenden Entgelte oder vorzunehmenden Abschläge (effektive Bewertungsrelationen).

Die Fallpauschalen werden jeweils von dem die Leistung erbringenden Krankenhaus nach dem am Tag der voll- oder teilstationären Aufnahme geltenden Fallpauschalen-Katalog und den dazu gehörenden Abrechnungsregeln abgerechnet (§ 1 Abs. 1 Satz 1 FPV 2013). 3. Die Vornahme von Zusammenfassungen der Falldaten zu einem Abrechnungsfall bei Wiederaufnahmen ist in § 2 FPV 2013 geregelt. Die Voraussetzungen zur Vornahme einer Zusammenfassung der Falldaten der hier streitigen (zusammengefassten) ersten beiden Aufenthalte mit dem dritten Aufenthalt gemäß § 2 Abs. 1, Abs. 2 und Abs. 3 FPV 2013 liegen nicht vor.

Alle drei Vorschriften knüpfen neben einer fachlichen Voraussetzung für eine Zusammenfassung auch an eine zeitliche Komponente an. Die hiernach jeweils zu erfüllende zeitliche Komponente nach § 2 FPV 2013 ist bezogen auf den vorliegend streitigen dritten Behandlungsfall nicht erfüllt.

So setzt § 2 Abs. 1 Nr. 1 FPV 2013 voraus, dass 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 Kranken-

hausaufenthalts, wiederaufgenommen wird. Gemäß § 2 Abs. 4 Satz 4 FPV 2013 ergibt sich die obere Grenzverweildauer für die Fallzusammenführung nach § 2 Abs. 1 Nr. 1 FPV 2013 aus dem Aufnahmedatum und der DRG-Eingruppierung des ersten Aufenthaltes in dem Krankenhaus. Die von § 2 Abs. 1 FPV 2013 vorausgesetzte Wiederaufnahme des Versicherten im Krankenhaus der Klägerin erfolgte nicht innerhalb der obere Grenzverweildauer von 18 Kalendertagen ab dem Aufnahmedatum des ersten Krankenhausaufenthalts am 26.08.2013. Die obere Grenzverweildauer beträgt im vorliegenden Fall aufgrund der DRG F62B (Herzinsuffizienz und Schock ohne äußerst schwere CC oder ohne Dialyse, ohne komplizierende Diagnose) 18 Tage (siehe Fallpauschalen-Katalog G-DRG-Version 2013, Seite 28). Die vorausgesetzte Frist endete damit mit Ablauf des 12.09.2013. Eine Wiederaufnahme des Versicherten in das Krankenhaus der Klägerin erfolgte hingegen erst am 01.10.2013.

Auch die von § 2 Abs. 2 Nr. 1 FPV 2013 vorausgesetzte Frist zur Wiederaufnahme des Patienten innerhalb von 30 Kalendertagen ab dem Aufnahmedatum des ersten unter diese Vorschrift fallenden Krankenhausaufenthaltes von 30 Kalendertagen ist vorliegend nicht erfüllt. Die Frist von 30 Kalendertagen endete angesichts der Aufnahme in das Krankenhaus der Klägerin am 26.08.2013 mit Ablauf des 24.09.2013. Eine Wiederaufnahme des Versicherten in das Krankenhaus der Klägerin erfolgte hingegen erst am 01.10.2013. § 2 Abs. 3 Satz 1 FPV 2013 setzt wiederum eine Wiederaufnahme innerhalb der oberen Grenzverweildauer, bemessen nach der Zahl der Kalendertage ab dem Aufnahmedatum des ersten unter diese Vorschrift zur Zusammenfassung fallenden Aufenthaltes, voraus, so dass auf die Ausführungen zu den hier nicht vorliegenden Voraussetzungen gemäß § 2 Abs. 1 Nr. 1 FPV 2013 verwiesen wird (s.o.).

4. Es hat jedoch eine sog. kombinierte Fallzusammenführung nach § 3 Abs. 3 Satz 2 FPV 2013 zu erfolgen.

§ 3 FPV 2013 regelt einerseits die Vornahme von Abschlägen bei Verlegung des Versicherten im Rahmen der Vergütungsabrechnung des verlegenden bzw. aufnehmenden Krankenhauses. § 3 Abs. 3 FPV 2013 sieht darüber hinaus folgendes vor: "Wird ein Patient oder eine Patientin aus einem Krankenhaus in weitere Krankenhäuser verlegt und von diesem innerhalb von 30 Kalendertagen ab dem Entlassungsdatum eines ersten Krankenhausaufenthaltes in dasselbe Krankenhaus zurückverlegt (Rückverlegung), hat das wieder-aufnehmende Krankenhaus die Falldaten des ersten Krankenhausaufenthaltes und aller weiteren, innerhalb dieser Frist in diesem Krankenhaus aufgenommenen Fälle zusammenzufassen und eine Neueinstufung nach den Vorgaben des § 2 Abs. 4 Sätze 1 bis 7 in eine Fallpauschale durchzuführen sowie Absatz 2 Satz 1 anzuwenden (§ 3 Abs. 3 Satz 1 FPV 2013). Kombinierte Fallzusammenführungen wegen Rückverlegung in Verbindung mit Wiederaufnahmen sind möglich (§ 3 Abs. 3 Satz 2 FPV 2013). Hierbei ist eine chronologische Prüfung vorzunehmen (§ 3 Abs. 3 Satz 3 FPV 2013). Prüffrist ist immer die des ersten Falles, der die Fallzusammenführung auslöst (§ 3 Abs. 3 Satz 4 FPV 2013).

Die Vertragsparteien haben zur kombinierten Fallzusammenführung "Hinweise zur Erläuterung der Regelung nach § 3 Abs. 3 Sätze 2 bis 4 FPV 2013" (im Folgenden: Hinweise) unter Benennung mehrerer Fallkonstellationen verfasst. Zwischen den Beteiligten ist unstreitig, dass der vorliegende Streitfall die "Fallkonstellation 1: Rückverlegung nach § 3 Abs. 3 Satz 1, dann Wiederaufnahme innerhalb der Prüffrist" betrifft. Die Hinweise enthalten hierzu folgende Erläuterungen: "Alle drei Aufenthalte werden zusammengefasst, da sowohl eine Rückverlegung im Sinne von § 3 Abs. 3 Satz 1 (1. und 2. Aufenthalt) als auch eine Wiederaufnahme (3. Aufenthalt) innerhalb der Prüffrist der Rückverlegung ("Prüffrist des ersten Falles, der die Fallzusammenführung auslöst") vorliegt. Weitere Voraussetzung für die Einbeziehung des 3. Aufenthaltes ist die Erfüllung des entsprechenden Kriteriums aus § 2 Abs. 1 (Basis-DRG), Abs. 2 (Partitionswechsel innerhalb der MDC) oder Abs. 3 (Komplikationen). Für eine Fallzusammenführung ist die DRG-Fallpauschale des 3. Aufenthaltes gegenüber der DRG-Fallpauschale, die sich aus der Zusammenfassung der beiden vorherigen Aufenthalte ergibt, zu prüfen."

Nach Auffassung des Gerichts ergibt sich aus § 3 Abs. 3 FPV 2013 i.V.m. den Hinweisen, dort Fallkonstellation 1, eine hier maßgebliche Prüffrist von 30 Kalendertagen ab dem Entlassungsdatum des ersten Aufenthaltes im Sinne des § 3 Abs. 3 Satz 1 FPV 2013. Die Frist begann damit am 02.09.2013 und endete mit Ablauf des 01.10.2013. Da der Versicherte am 01.10.2013 wiederaufgenommen wurde, hat eine kombinierte Fallzusammenführung im Sinne des § 3 Abs. 3 Satz 2 FPV 2013 zu erfolgen.

Entgegen der Auffassung der Klägerin ergibt sich aus § 3 Abs. 3 Satz 4 FPV 2013 i.V.m. den Hinweisen zwingend die Anwendung der 30-tägigen Prüffrist gemäß § 3 Abs. 3 Satz 1 FPV. Prüffrist ist immer die des ersten Falles, der die Fallzusammenführung auslöst (§ 3 Abs. 3 Satz 4 FPV). Der erste die Fallzusammenführung auslösende Fall ist die Rückverlegung des Versicherten in das Krankenhaus der Klägerin am 06.09.2013. Aufgrund dieser Rückverlegung war der erste stationäre Aufenthalt (26.08.2013 bis 02.09.2013) und der zweite stationäre Aufenthalt (06.09.2013 bis 11.09.2013) gemäß § 3 Abs. 3 Satz 1 FPV 2013 zu einem Abrechnungsfall zusammen zu fassen. Gemäß § 3 Abs. 1 Satz 1 FPV stellt die maßgebliche Prüffrist bei einer Rückverlegung 30 Kalendertage ab dem Entlassungsdatum des ersten Krankenhausaufenthaltes dar. Eine andere Prüffrist kommt vorliegend aufgrund des nach Auffassung des Gerichts eindeutigen Wortlautes der Vorschrift nicht in Betracht. Vergütungsregelungen sind grundsätzlich streng nach ihrem Wortlaut auszulegen; nur so sind sie für die routinemäßige Anwendung in zahlreichen Behandlungsfällen handhabbar (vgl. BSG, Urteil vom 12. Juli 2012 – [B 3 KR 18/11 R](#) –, [BSGE 111, 200-211](#), SozR 4-5562 § 8 Nr. 4, SozR 4-2500 § 109 Nr. 26, Rn. 24). Da das DRG-basierte Vergütungssystem vom Gesetzgeber als jährlich weiterzuentwickelndes (§ 17b Abs. 2 S. 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 (BSG, Urteil vom 12. Juli 2012 – [B 3 KR 18/11 R](#) –, [BSGE 111, 200-211](#), SozR 4-5562 § 8 Nr. 4, SozR 4-2500 § 109 Nr. 26 Rn. 24 m.w.N.).

Auch die klarstellenden Hinweise zu Fallkonstellation 1 stützen die Auffassung des Gerichts. Dort wird ebenfalls auf die "Prüffrist der Rückverlegung" Bezug genommen und diesbezüglich ausdrücklich auf den Wortlaut des § 3 Abs. 3 Satz 4 FPV 2013 verwiesen. Die ebenfalls im Rahmen des Hinweises zu Fallkonstellation 1 für die Einbeziehung des 3. Aufenthaltes in Bezug genommenen Kriterien des § 2 Abs. 1, Abs. 2 oder Abs. 3 FPV 2013 sind wortlautgemäß ausdrücklich auf die dort genannten fachlichen Kriterien (Basis-DRG, Partitionswechsel innerhalb der MDC, Komplikationen) und gerade nicht auf die zeitlichen Kriterien bezogen. Es erfolgte im Falle des Versicherten eine Einstufung in dieselbe Basis-DRG gemäß § 2 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 FPV 2013, so dass die im Rahmen des Hinweises geforderte Erfüllung des entsprechenden Kriteriums aus § 2 Abs. 1 (Basis-DRG), Abs. 2 (Partitionswechsel innerhalb der MDC) oder Abs. 3 (Komplikationen) im vorliegenden Fall ebenfalls erfüllt ist. Sowohl der ersten beiden Aufenthalte, als auch der dritte Aufenthalt (Wiederaufnahme) wurde - zwischen den Beteiligten unstreitig - zu Recht mit der DRG F62B abgerechnet.

Die Beklagte hatte der Klägerin daher für alle drei Behandlungsfälle des Versicherten lediglich den bereits vergüteten Betrag in Höhe von 4.113,19 zu zahlen. Denn die Klägerin hat zu Unrecht den dritten stationären Aufenthalt des Versicherten separat abgerechnet und von der

Beklagten einen Mehrbetrag in Höhe von 1.886,13 Euro gefordert. Dement-sprechend hat die Beklagte der Klägerin auch keine Zinsen gemäß § 19 Abs. 1 und 3 des Vertrags nach [§ 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V](#) zu zahlen.

Die Klage war vollumfänglich abzuweisen.

5. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs.1 SGG](#) i.V.m. § 154 Abs. 1 Verwaltungs-gerichtsordnung (VwGO). Die Klägerin hat die Kosten zu tragen, da sie in vollem Um-fang unterlegen ist.

6. Die endgültige Festsetzung des Streitwerts folgt aus [§ 197a Abs. 1 SGG](#) i.V.m. [§ 52 Abs. 1, Abs. 3](#) Gerichtskostengesetz (GKG).
Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2016-11-16