

S 1 KR 223/09

Land

Freistaat Bayern

Sozialgericht

SG Landshut (FSB)

Sachgebiet

Krankenversicherung

Abteilung

1

1. Instanz

SG Landshut (FSB)

Aktenzeichen

S 1 KR 223/09

Datum

26.05.2011

2. Instanz

Bayerisches LSG

Aktenzeichen

-

Datum

-

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

stationäre Behandlung,

einheitlicher Behandlungsfall,

Komplikation,

Verantwortungsbereich des Krankenhauses,

Anfechtung,

I. Die Beklagte wird verurteilt, an den Kläger 1.103,01 Euro zuzüglich Zinsen hieraus in Höhe von 4 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz ab 23.09.2009 zu zahlen.

II. Die Widerklage wird abgewiesen.

III. Die Kosten des Verfahrens einschließlich der Kosten der Widerklage trägt die Beklagte.

IV. Der Streitwert wird auf 1.103,01 Euro festgesetzt.

Tatbestand:

Streitig ist ein Anspruch des Klägers auf Zahlung von Euro 1.103,01 zuzüglich Zinsen aus der stationären Behandlung des beim Beklagten versicherten J. G. (Beigeladener).

Der Kläger ist Träger des Klinikums D. (kommunaler Eigenbetrieb).

Der Beigeladene befand sich vom 04.03.2009 bis 07.03.2009 im Klinikum D. in belegärztlicher stationärer Behandlung. Am 04.03.2009 wurde er an der Nase operiert. Der Kläger rechnete diesen Aufenthalt über die DRG-Fallpauschale D 38 Z mit Euro 1.339,84 ab (Rechnung vom 11.03.2009).

Der Beigeladene wurde dann wegen einer Nachblutung am 10.03.2009 notfallmäßig erneut aufgenommen und bis 15.03.2009 stationär behandelt. Das Klinikum rechnete den zweiten Aufenthalt über die DRG-Fallpauschale X 62 Z mit Euro 1.331,68 ab (Rechnung vom 18.03.2009).

Die Beklagte zahlte ursprünglich beide Rechnungen am 01.04. bzw. 09.04.2009. Sie vertrat dann jedoch die Auffassung, dass beide Behandlungsfälle zusammenzuführen seien und als einheitlicher Behandlungsfall über die DRG-Fallpauschale D 38 Z zuzüglich Zuschlag für zwei Berechnungstage wegen Überschreitung der oberen Grenzverweildauer abzurechnen seien. Der Kläger habe daher einen Betrag von Euro 1.103,01 zurückzuzahlen. Am 23.09.2009 erklärte die Beklagte dann mit dem behaupteten Rückzahlungsanspruch die Aufrechnung gegen den (unstreitigen) Zahlungsanspruch des Klägers aus der Behandlung des Patienten O ... Hierüber geht der Rechtsstreit. Der Kläger bestreitet den Rückzahlungsanspruch der beklagten Krankenkasse und macht mit der vorliegenden Klage den restlichen Rechnungsbetrag aus der Behandlung des Patienten O. geltend.

Zur Begründung wurde u.a. vorgetragen: Die von der Beklagten vorgenommene Aufrechnung sei unzulässig; die Forderungen stünden sich nicht aufrechnenbar gegenüber, denn der behauptete Rückzahlungsanspruch der Beklagten sei jedenfalls noch nicht zur Zahlung fällig. Dies ergebe sich aus § 15 der Pflegesatzvereinbarung für das Jahr 2008, die weiterhin Geltung besitze. Die Falldaten seien auch nicht

zusammenzufassen. Allein § 2 Abs.3 der Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2009 (Fallpauschalenvereinbarung 2009) könnte eine Fallzusammenführung begründen. Diese Vorschrift setze jedoch voraus, dass der Patient wegen einer in den Verantwortungsbereich des Krankenhauses fallenden Komplikation wieder aufgenommen wurde. An einer solchen Komplikation fehle es hier. Der MDK habe vielmehr festgestellt, dass der Patient am 07.03.2009 in gutem Allgemeinzustand und ohne Zeichen einer Nachblutung aus der stationären Behandlung entlassen worden war. Es sei nicht erkennbar, in welcher Weise das Krankenhaus für diese Nachblutung verantwortlich sein soll.

In ihrer Klageerwidern vom 29.01.2010 trat die Beklagte dem klägerischen Begehren entgegen. Die Ausführungen des Klägers zur Aufrechnung seien unzutreffend. Die vorliegende vertragliche Regelung (Pflegesatzvereinbarung) schließe die gesetzliche Aufrechnungsmöglichkeit der §§ 387 ff BGB gerade nicht aus. Für die Aufrechnung genüge die Erkennbarkeit des Aufrechnungswillens. Es könne auch kein Zweifel daran bestehen, dass ein Fall des § 2 Abs.3 der Fallpauschalenvereinbarung (FPV) vorliegt. Dies bestätige auch der Medizinische Dienst der Krankenkasse in seinem Gutachten vom 25.06.2009.

Mit Schriftsatz vom 11.02.2010 führte der Klägerbevollmächtigte ferner u.a. aus: § 2 Abs.3 FPV setze voraus, dass der Patient wegen einer in den Verantwortungsbereich des Krankenhauses fallenden Komplikation (Hervorhebung im Original) wieder aufgenommen wurde. Es werde bestritten, dass es sich - bei der Nachblutung und eine Komplikation handelte und - dass die Nachblutung in den Verantwortungsbereich des Krankenhauses fällt. Die Beweislast hierfür trage nach der Rechtsprechung die beklagte Krankenkasse (Urteil des Bundessozialgerichts vom 30.06.2009, Az: B 1 KR 24/08 R). Einen Nachweis, dass der Patient G. wegen einer im Verantwortungsbereich des Krankenhauses fallenden Komplikation wieder aufgenommen werden musste, habe die Beklagte bislang nicht vorgetragen. Insbesondere habe der MDK lediglich festgestellt, dass ein medizinischer Zusammenhang mit dem ersten Aufenthalt erkennbar sei.

Nach Auffassung der Beklagten (Schriftsatz vom 19.04.2010) ergibt sich aus dem Urteil des Bundessozialgerichts vom 30.06.2009 (a.a.O.), dass im vorliegenden Fall der Kläger die Beweislast zu tragen hat. Da die Beklagte vertraglich zur Zahlung innerhalb einer kurzen Frist (3 Wochen nach Rechnungseingang) verpflichtet sei, leiste sie grundsätzlich unter dem Vorbehalt medizinischer Überprüfung der Forderung. Die Beklagte trage zwar zunächst die materielle Beweislast, durch die genannte Zahlungsverpflichtung werde dieser Grundsatz jedoch durchbrochen. Eine Fallzusammenführung der beiden stationären Aufenthalte sei aus folgenden Gründen vorzunehmen: 1. Die Wiederaufnahme am 10.März 2009 erfolgte innerhalb der oberen Grenzverweildauer der zuvor berechneten Fallpauschale D 38 Z. 2. Es lag eine Komplikation im medizinischen Sinne vor. 3. Es lagen keine Nebenwirkungen einer Chemo- oder Strahlentherapie vor. 4. Es existiert keine ergänzende Klarstellung der Selbstverwaltungspartner zum Begriff "Verantwortungsbereich", die weitere Ausnahmen von der Fallzusammenführung definieren könnte.

Die Beklagte hat das "Gutachten zur stationären Versorgung" des MDK Bayern vom 25.06.2009 vorgelegt. Darin heißt es unter Zusammenfassung/Begründung: "Am 23.06.2009 erfolgte eine Einzelfallbegutachtung in der Klinik. Als Begutachtungsgrundlage herangezogen wird die gesamte Krankenakte. Das Begutachtungsergebnis ist Resultat einer ausführlichen Erörterung der Sachverhalte mit den anwesenden Gesprächspartnern und erfolgte im Dissens (Hervorhebung im Original). Ein medizinischer Zusammenhang mit dem Erstaufenthalt ist erkennbar".

Am 23.09.2010 erhob die Beklagte hilfsweise für den Fall, dass das Gericht der klägerischen Auffassung zur Zulässigkeit der Aufrechnung folgen sollte,

Widerklage mit dem Antrag, die Klägerin zu verurteilen, an die Beklagte einen Betrag in Höhe von Euro 1.103,01 zu zahlen.

Das Gericht hat den HNO-Arzt Dr. med. F. zum gerichtlichen Sachverständigen ernannt und mit der Erstellung eines Gutachtens nach Aktenlage beauftragt. In seinem schriftlichen Gutachten vom 28.02.2011 führte der gerichtliche Sachverständige zusammenfassend aus: "Wir halten die erlittene Nachblutung nicht als eine aufgetretene Komplikation, die in den Verantwortungsbereich des Krankenhauses fällt. Es handelt sich um ein schicksalhafteres Ereignis, dessen Ursache nicht ermittelt werden konnte. Anhaltspunkte für eine mögliche Nachblutung lagen zum Entlassungszeitpunkt nicht vor und wären auch nicht zu erwarten gewesen".

Der Prozessbevollmächtigte des Klägers stellte den Antrag, die Beklagte wird verurteilt, an den Kläger Euro 1.103,01 zuzüglich Zinsen hieraus in Höhe von 4 % über dem jeweiligen Basiszinssatz ab 23.09.2009 zu zahlen, ferner die Widerklage abzuweisen.

Die Beklagte stellte den Antrag, die Klage abzuweisen, hilfsweise stellte sie im Rahmen der Widerklage den Antrag, den Kläger zu verurteilen, an die Beklagte einen Betrag in Höhe von Euro 1.103,01 zu zahlen, zur Zahlung fällig binnen drei Wochen nach Rechtskraft des Urteils.

Wegen weiterer Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird im Übrigen auf den wesentlichen Inhalt der beigezogenen Beklagtenakte, auf die im Klageverfahren zwischen den Beteiligten gewechselten Schriftsätze, auf das Gutachten des gerichtlichen Sachverständigen Dr. F. sowie auf die Niederschrift über die mündliche Verhandlung Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Klage ist zulässig, sie ist auch begründet. Die beklagte Krankenkasse schuldet dem Kläger aus der Behandlung des Beigeladenen noch einen Betrag in Höhe von Euro 1.103,01. Eine Aufrechnung mit den Kosten des stationären Aufenthaltes des Versicherten H. O. kommt, ungeachtet deren rechtlicher Zulässigkeit, daher nicht in Betracht. Auch der hilfsweise erhobene Widerklage musste deshalb der Erfolg versagt bleiben.

1. Rechtsgrundlage des hier geltend gemachten Vergütungsanspruches (restlicher Zahlungsanspruch des Klägers aus der Behandlung des Patienten O. in Höhe von Euro 1.103,01) ist nach der ständigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts § 109 Abs.4 Satz 3 SGB V i.V.m. der getroffenen Pflegesatzvereinbarung. Der versicherte O. wurde im Klinikum D. stationär behandelt; der Aufenthalt war medizinisch notwendig; die Abrechnung im Einzelnen ist unstreitig in richtiger Höhe erfolgt.

2. Die (teilweise) Zahlungsverweigerung der beklagten Krankenkasse war nicht berechtigt. Diese kann aus der Behandlung des Versicherten J. G. (Beigeladener) keine Gegenansprüche herleiten. Nach Auffassung der Kammer wurden die stationären Aufenthalte des Beigeladenen vom 04.03.2009 bis 07.03.2009 sowie vom 10.03.2009 bis 15.03.2009 vom Klinikum D. korrekt abgerechnet. Eine Fallzusammenführung nach § 2 Abs.3 der Fallpauschalenvereinbarung 2009 hatte nicht zu erfolgen.

3. Gem. § 8 Abs.5 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) hat das Krankenhaus eine Zusammenfassung der Falldaten zu einem Fall und eine Neueinstufung in eine Fallpauschale vorzunehmen, wenn Patienten, für die eine Fallpauschale abrechenbar ist, wegen einer Komplikation im Zusammenhang mit der durchgeführten Leistung innerhalb der oberen Grenzverweildauer wieder aufgenommen werden. Näheres oder Abweichendes regeln die Vertragsparteien nach § 17 b Abs.2 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes oder eine Rechtsverordnung nach § 17 b Abs.7 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes. Gestützt auf diese gesetzliche Grundlage wurde zwischen den Verbänden der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft die Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser (Fallpauschalenvereinbarung) geschlossen. Vorliegend ist die Fallpauschalenvereinbarung 2009 anzuwenden. § 2 Abs.3 dieser Vereinbarung lautet: Werden Patienten oder Patientinnen, für die eine Fallpauschale abrechenbar ist, wegen einer in den Verantwortungsbereich des Krankenhauses fallenden Komplikation im Zusammenhang mit der durchgeführten Leistung innerhalb der oberen Grenzverweildauer, bemessen nach der Zahl der Kalendertage ab dem Aufnahmedatum des 1., unter diese Vorschrift in der Zusammenfassung fallenden Aufenthalts wiederaufgenommen, hat das Krankenhaus eine Zusammenfassung der Falldaten zu einem Fall und eine Neueinstufung in eine Fallpauschale vorzunehmen".

4. Nach den Feststellungen des gerichtlichen Sachverständigen Dr. F., denen die Kammer folgt, ist zwar davon auszugehen, dass die notfallmäßige Wiederaufnahme des Patienten G. am 10.03.2009 eine Komplikation im Zusammenhang mit der am 04.03.2009 durchgeführten umfangreichen Nasenoperation darstellt. Es lässt sich jedoch nicht der Nachweis erbringen, dass diese Komplikation in den Verantwortungsbereich des Krankenhauses fällt. Wie der gerichtliche Sachverständige ausführte, wurde die Operation *legi artis* nach der üblichen und anerkannten Operationsmethode durchgeführt. Der Operateur hat sich an die Richtlinien der operativen Methode hinsichtlich der Wahl des Zuganges, der Schnittführung und der anatomischen Landmarken gehalten. Hinweise für eine stärkere Blutung bzw. Missbildung ergaben sich nicht. Am 07.03.2009 wurde der Patient mit trockenen Wundverhältnissen ohne Hinweis für eine mögliche Nachblutung entlassen. Aus welchen Gründen es letztlich dennoch zur Nachblutung am dritten Tag nach der Entlassung aus dem Krankenhaus kam, lässt sich medizinisch nicht mehr aufklären. Letztlich handelt es sich um ein schicksalhaftes Ereignis, dessen Ursache nicht ermittelt werden kann.

5. Wenn die anspruchsbegründenden Umstände nicht aufgeklärt werden können, hat sich das Gericht grundsätzlich die Frage zu stellen, wer die Folgen der Unerweislichkeit dieser Tatsachen zu tragen hat.

Dies ist im vorliegenden Fall die Beklagte. Insoweit gilt der Grundsatz, dass jeder im Rahmen des anzuwendenden Rechts die Beweislast für die Tatsachen trägt, die den vom ihm geltend gemachten Anspruch begründen. Etwas anderes ergibt sich auch nicht aus dem Urteil des Bundessozialgerichts vom 30.06.2009, [B 1 KR 24/08 R](#). In der genannten Entscheidung wird zwar eine Umkehrung der Beweislast für den Fall angenommen, dass die Zahlung des Vergütungsanspruchs durch die Krankenkasse unter einen die Beweislast wahrenen Vorbehalt der medizinischen Nachprüfung erfolgt. Ein Vorbehalt dieser Art lässt die Schuldtilgung in der Schwebe und steht einer Erfüllung im Sinne von [§ 362 BGB](#) entgegen (Urteil vom 30.06.2009, [a.a.O.](#)). Diese Entscheidung lässt sich jedoch auf den vorliegenden Fall nicht übertragen. Vorliegend geht es nicht um die Beweislast (bzw. deren Umkehr) für die Erforderlichkeit der Krankenhausbehandlung, sondern explizit um die Frage, ob die Voraussetzungen des § 2 Abs.3 der Fallpauschalenvereinbarung erfüllt sind. Insoweit gilt die allgemeine Beweislastregelung. Nachdem die Beklagte den (unbestrittenen) Vergütungsanspruch aus der Behandlung des versicherten O. durch Aufrechnung zum Erlöschen bringen möchte, hat sie die Voraussetzungen für die Gegenforderung und ihre Fälligkeit zu beweisen. Diesen Beweis konnte sie nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme nicht erbringen. Das von der Beklagten ins Feld geführte "Gutachten zur stationären Versorgung" des MDK Bayern stellt nur lapidar fest, ein "medizinischer Zusammenhang mit dem Erstaufenthalt (sei) erkennbar". Eine Aussage, ob es sich um eine Komplikation, die in den Verantwortungsbereich des Krankenhauses fällt, ist darin nicht enthalten.

6. Nach Auffassung der Kammer hatten die Vertragspartner der Fallpauschalenvereinbarung eine Risikoverteilung bezüglich der Kosten eines evtl. notwendigen weiteren stationären Aufenthaltes vornehmen. Den Vertragspartnern war dabei bekannt, dass ein zweiter Krankenhausaufenthalt in zeitlicher Nähe zu einer stationären Behandlung viele Gründe haben kann und eine zweifelsfreie medizinische Klärung des Zusammenhangs mit dem ersten Aufenthalt häufig nicht möglich sein dürfte. Ziel der Vereinbarung war es offenbar, die Vergütung in den Fällen zu begrenzen, in denen die Ursache für die Neuaufnahme bereits beim ersten Krankenhausaufenthalt gesetzt wurde, sei es durch unsachgemäße Behandlung im weitesten Sinn oder durch eine zu frühe Entlassung. Ein Verschulden des Krankenhauses bzw. eine Verletzung der ärztlichen Sorgfaltspflicht sollte - schon im Hinblick auf Beweisschwierigkeiten - nicht notwendige Voraussetzung einer Zusammenlegung sein. Diese Vereinbarung kann aber nur zum Tragen kommen, wenn wenigstens feststeht, dass die Ursache für die Wiederaufnahme bereits beim ersten Krankenhausaufenthalt gesetzt wurde. Diese Feststellung lässt sich vorliegend nicht treffen.

7. Die beklagte Krankenkasse ist daher zur Bezahlung der restlichen Vergütung in Höhe von Euro 1.103,01 aus der Behandlung des Versicherten O. verpflichtet. Der Zinsanspruch ergibt sich aus der Pflegesatzvereinbarung. Danach sind die Rechnungsbeträge ab Fälligkeit ohne weitere Mahnung in Höhe von 4 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz zu verzinsen.

8. Die Kostenentscheidung ergibt sich aus [§ 197 a SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs.1 VwGO](#), die Streitwertfestsetzung beruht auf [§ 63 Abs.2](#) i.V.m. [§ 52 Abs.3 GKG](#).

9. Die Widerklage konnte aus den genannten Gründen keinen Erfolg haben. Die Kosten der Widerklage sind von der Beklagten zu tragen.

-
Rechtskraft
Aus
Login
FSB
Saved

2011-07-14