B 1 KR 2/12 R

Land
Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht
Bundessozialgericht
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
1
1. Instanz
SG Landshut (FSB)
Aktenzeichen
S 1 KR 173/06
Datum
14.12.2007
2. Instanz
Bayerisches LSG
Aktenzeichen
L 5 KR 81/08
Datum
27.09.2011
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 1 KR 2/12 R
Datum
17.09.2013
Kategorie
Urteil
Leitsätze
1. Hat ein Krankenhaus für die vollstationäre Behandlung eines Versicherten Anspruch auf eine Fallpauschale, schließt dies die gesonderte Vergütung einer vorstationären Behandlung im selben Behandlungsfall aus.
2. Vor- und vollstationäre Behandlung betreffen denselben Behandlungsfall, wenn derselbe Versicherte aufgrund der derselben Erkrankung unter vergleichbaren Prämissen mit derselben Gesamtzielrichtung behandelt werden soll.
Die Revision der Klägerin gegen das Urteil des Bayerischen Landessozialgerichts vom 27. September 2011 wird zurückgewiesen. Die Klägerin trägt auch die Kosten des Revisionsverfahrens. Der Streitwert für das Revisionsverfahren wird auf 302,16 Euro festgesetzt.

Gründe:

I

1

Die Beteiligten streiten über die Vergütung von drei vorstationären Behandlungen.

2

Die Klägerin ist Trägerin des als Eigenbetrieb geführten Klinikums P ... Dieses ist als Plankrankenhaus in den Krankenhausplan des Freistaats Bayern aufgenommen. Vertragsarzt Dr. Sch. verordnete der bei der beklagten Krankenkasse (KK) versicherten, am 5.10.1974 geborenen KS "vorstationäre OP-Vorbereitung" zur Cholecystektomie (15.6.2005). Das Klinikum diagnostizierte am gleichen Tage sonographisch Gallensteine. Es vereinbarte eine Aufnahme zur laparoskopischen Cholecystektomie für den 22.6.2005, da die Versicherte erst die Versorgung ihrer zwei jüngeren Kinder organisieren musste. Das Klinikum behandelte dementsprechend die Versicherte vollstationär bis 27.6.2005. Die Beklagte beglich die hierfür nach diagnosebezogenen Fallgruppen (Diagnosis Related Groups - DRG) berechnete Fallpauschale (DRG H14A (Laparoskopische Cholezystektomie mit mäßig komplexer Diagnose) nebst Zuschlägen) in Höhe von insgesamt 2992,68 Euro, weigerte sich aber, 100,72 Euro für die am 15.6.2005 vorstationär erbrachten Leistungen zu zahlen (Rechnung vom 18.7.2005).

3

Vertragsarzt Dr. F. verordnete der bei der Beklagten versicherten ET zur "OP-Vorbereitung" Krankenhausbehandlung zwecks Cholecystektomie (29.9.2005). Die Versicherte erschien am gleichen Tag beim Klinikum. Sie war aufgrund vertragsärztlicher analgetischer und spasmolytischer Behandlung völlig beschwerdefrei. Das Klinikum sah deshalb lediglich eine elektive Indikation, diagnostizierte ua sonographisch einen Gallenstein und vereinbarte eine spätere Operation. Die Versicherte stellte sich mit einer weiteren vertragsärztlichen Verordnung (5.10.2005) nach Auftreten einer weiteren Gallenkolik im Klinikum vor (11.10.2005). Es behandelte die Versicherte vollstationär mittels laparoskopischer Cholecystektomie bis 17.10.2005. Die Beklagte bezahlte die hierfür berechnete Fallpauschale (DRG H14B (Laparoskopische Cholezystektomie ohne mäßig komplexe Diagnose) nebst Zuschlägen) in Höhe von insgesamt 2229,45 Euro, nicht aber weitere 100,72 Euro für am 29.9.2005 vorstationär erbrachte Leistungen (Rechnung vom 11.10.2005).

4

Eine Coloskopie mit breitbasiger Polypektomie zeigte bei RH, die bei der Beklagten versichert ist, histologisch gesichert ein Adeno-Carzinom. Es erfolgte eine weitere Coloskopie wegen Nachblutungen (stationäre Behandlung vom 12. bis 18.1.2006). Vertragsarzt B. verordnete Krankenhausbehandlung wegen "Sigma-Adeno-Ca laut Histologie". Die Versicherte stellte sich nach Einnahme von Blutverdünnern beim Klinikum vor (25.1.2006). Es vereinbarte eine Aufnahme zum 31.1.2006, um das postoperative Nachblutungsrisiko nach Absetzung der Medikamentation zu verringern. Die Beklagte bezahlte für die vollstationäre Behandlung bis 10.2.2006 gemäß der hierfür berechneten Fallpauschale (DRG G18Z (Eingriffe an Dick- und Dünndarm) nebst Zuschlägen) insgesamt 7037,80 Euro, weigerte sich aber, weitere 100,72 Euro für vorstationär erbrachte Leistungen am 25.1.2006 zu zahlen (Rechnung vom 8.2.2006).

5

Das SG hat die auf Zahlung der drei Pauschalen gerichtete Klage abgewiesen (Urteil vom 14.12.2007). Das LSG hat die Berufung der Klägerin zurückgewiesen: Die vorstationäre Behandlung sei gesetzlich auf längstens drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor Beginn der stationären Behandlung begrenzt. Dieser Zeitraum sei hier zu Beginn der vollstationären Behandlung jeweils verstrichen gewesen. Abweichendes ergebe sich auch nicht aus der zwischen den Beteiligten abgeschlossenen und weiterhin geltenden Pflegesatzvereinbarung vom 13.11.2003. Zudem sei die Vergütung nach § 8 Abs 2 S 3 Gesetz über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen - Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) ausgeschlossen (Urteil vom 27.9.2011).

6

Mit ihrer Revision rügt die Klägerin die Verletzung von § 39 Abs 1, § 109 Abs 4, § 115a Abs 2 S 1 SGB V iVm § 8 Abs 2 S 3 Nr 3 KHEntgG sowie der Gemeinsamen Empfehlung über die Vergütung für vor- und nachstationäre Behandlung nach § 115a Abs 3 SGB V.

7

Die Klägerin beantragt, die Urteile des Bayerischen Landesozialgerichts vom 27. September 2011 und des Sozialgerichts Landshut vom 14. Dezember 2007 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihr 302,16 EUR nebst Zinsen hierauf in Höhe von 4 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit 3. Juli 2006 zu zahlen.

8

Die Beklagte beantragt, die Revision zurückzuweisen.

9

Sie hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend.

II

10

Die zulässige Revision der klagenden Krankenhausträgerin ist unbegründet (§ 170 Abs 1 S 1 SGG). Die Vorinstanzen haben zutreffend entschieden, dass die Klägerin keine Vergütungsansprüche für drei vorstationäre Krankenhausbehandlungen von Versicherten der beklagten KK hat.

11

1. Die von der Klägerin erhobene (echte) Leistungsklage iS des § 54 Abs 5 SGG ist im hier bestehenden Gleichordnungsverhältnis zulässig (vgl BSGE 90, 1 f = SozR 3-2500 § 112 Nr 3 S 20; BSGE 100, 164 = SozR 4-2500 § 39 Nr 12, RdNr 10 mwN; BSGE 102, 172 = SozR 4-2500 § 109 Nr 13, RdNr 9 mwN; BSGE 104, 15 = SozR 4-2500 § 109 Nr 17, RdNr 12). Die Klägerin verfolgt ihre gegen dieselbe Beklagte gerichteten parallelen Klagebegehren zulässigerweise im Wege der objektiven Klagehäufung (§ 56 SGG). Die Klage ist aber unbegründet. Die Klägerin kann keine Vergütung in Höhe von insgesamt 302,16 Euro für die Versicherten der Beklagten vorstationär erbrachten Leistungen beanspruchen.

12

2. Die Zahlungsverpflichtung einer KK für vor- und nachstationäre Krankenhausbehandlung entsteht nach näherer Maßgabe von § 115a Abs 3 SGB V zur Anspruchshöhe unabhängig von einer Kostenzusage unmittelbar mit Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten kraft Gesetzes, wenn die Versorgung - wie hier - in einem zugelassenen Krankenhaus erfolgt, den speziellen Anforderungen des § 115a Abs 1 und 2 SGB V genügt, erforderlich und abrechenbar (vgl § 8 Abs 2 S 3 KHEntgG) ist (stRspr zur vollstationären Krankenhausbehandlung mit Blick auf § 39 Abs 1 S 2 SGB V, vgl zB BSGE 102, 172 = SozR 4-2500 § 109 Nr 13, RdNr 11; BSGE 104, 15 = SozR 4-2500 § 109 Nr 17, RdNr 15; BSG SozR 4-2500 § 109 Nr 19 RdNr 11; BSG SozR 4-5565 § 14 Nr 10 RdNr 11; BSGE 109, 236 = SozR 4-5560 § 17b Nr 2, RdNr 13). Das entspricht den speziellen gesetzlichen Vorgaben in Verbindung mit den allgemeinen Grundsätzen für die Vergütung von Krankenhausbehandlung, die ergänzend auch für vor- und nachstationäre Behandlungen gelten (vgl näher BSG Urteile vom 17.9.2013 - B 1 KR 51/12 R und B 1 KR 21/12 R - zur Veröffentlichung vorgesehen in BSGE und SozR). Die vorstationäre Behandlung der Versicherten erfüllte diese Voraussetzungen nicht, denn sie war nicht gesondert abrechenbar.

13

Die Klägerin kann die von ihr erbrachten drei vorstationären Leistungen nicht gesondert abrechnen. Die vor- und nachstationäre Behandlung in Krankenhäusern, in denen das KHEntgG anwendbar ist (vgl § 1 Abs 1 und 2 KHEntgG), insbesondere in DRG-Krankenhäusern, wird für alle Benutzer einheitlich nach § 115a SGB V vergütet (§ 1 Abs 3 S 1 KHEntgG). § 8 Abs 2 S 3 KHEntgG schränkt allerdings die Möglichkeit einer

Abrechnung ein. Ua ist eine vorstationäre Behandlung neben der Fallpauschale nicht gesondert berechenbar (vgl § 8 Abs 2 S 3 Nr 4 Teils 2 KHEntgG idF des Art 15 Nr 4 Buchst b Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz - GMG) vom 14.11.2003, BGBl I 2190; seit 25.3.2009 § 8 Abs 2 S 3 Nr 3 KHEntgG, frühere Nr 3 aufgeh, frühere Nr 4 jetzt Nr 3 gemäß Art 2 Nr 8 Buchst a DBuchst cc und dd Gesetz zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 (Krankenhausfinanzierungsreformgesetz - KHRG) vom 17.3.2009, BGBl I 534). Dieser Ausschluss einer gesonderten Berechnung für eine vorstationäre Behandlung neben der Fallpauschale gilt stets, aber auch nur dann, wenn das Krankenhaus - hier die Klägerin - für eine voll- oder teilstationäre Behandlung eine Fallpauschale als Vergütung verlangen kann (dazu a) und sowohl die vor- als auch die voll- oder teilstationäre Behandlung übergreifend einen einzigen Behandlungsfall betrifft (dazu b). Der Ausschluss greift vorliegend ein, da die Klägerin für die vollstationäre Behandlung der Versicherten Fallpauschalen als Vergütung verlangen konnte und sich die vollstationäre an die vorstationäre Krankenhausbehandlung jeweils im Rahmen eines Behandlungsfalls anschloss (dazu c).

14

a) Die Klägerin konnte in allen drei Fällen jeweils Fallpauschalen für vollstationäre Krankenhausbehandlung abrechnen. Der Anspruch auf Vergütung für Krankenhausbehandlung Versicherter in zugelassenen Einrichtungen nach vertraglichen Fallpauschalen (DRG) auf gesetzlicher Grundlage ergibt sich aus § 109 Abs 4 S 3 SGB V (idF durch Art 1 Nr 3 Fallpauschalengesetz (FPG) vom 23.4.2002, BGBl I 1412) iVm § 7 KHEntgG (idF durch Art 2 Nr 5 Zweites Gesetz zur Änderung der Vorschriften zum diagnose-orientierten Fallpauschalensystem für Krankenhäuser - Zweites Fallpauschalenänderungsgesetz (2. FPÄndG) vom 15.12.2004, BGBl I 3429) und § 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz ((KHG), idF durch Art 1 Nr 4 2. FPÄndG; vgl entsprechend BSGE 109, 236 = SozR 4-5560 § 17b Nr 2, RdNr 15 f; BSG SozR 4-2500 § 109 Nr 14 RdNr 15). Der Anspruch wird auf Bundesebene durch Normsetzungsverträge (Normenverträge) konkretisiert. Nach § 1 Abs 1 KHEntgG (idF durch Art 2 Nr 1 Gesetz zur Änderung der Vorschriften zum diagnose-orientierten Fallpauschalensystem für Krankenhäuser (Fallpauschalenänderungsgesetz - FPÄndG) vom 17.7.2003, BGBl I 1461) werden die vollstationären und teilstationären Leistungen der Krankenhäuser nach diesem Gesetz und dem KHG vergütet. § 7 S 1 Nr 1 KHEntgG bestimmt: "Die allgemeinen Krankenhausleistungen werden gegenüber den Patienten oder ihren Kostenträgern mit folgenden Entgelten abgerechnet: 1. Fallpauschalen nach dem auf Bundesebene vereinbarten Entgeltkatalog (§ 9),." Mit diesen Entgelten werden alle für die Versorgung des Patienten erforderlichen allgemeinen Krankenhausleistungen vergütet (§ 7 S 2 KHEntgG). Die Spitzenverbände der KKn (ab 1.7.2008: Spitzenverband Bund der KKn) und der Verband der privaten Krankenversicherung gemeinsam vereinbaren nach § 9 Abs 1 S 1 Nr 1 KHEntgG (idF durch Art 5 FPG) mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft als "Vertragsparteien auf Bundesebene" in Fallpauschalenvereinbarungen (FPV) mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG (idF durch Art 2 Nr 8 2. FPÄndG) 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 nach § 9 Abs 1 S 1 Nr 3 KHEntgG (idF durch Art 5 FPG). Auf dieser Grundlage rechnete die Klägerin in allen drei Fällen für Versicherte der Beklagten ordnungsgemäß die einschlägigen Fallpauschalen ab.

15

b) Der Ausschluss einer gesonderten Berechnung einer vorstationären Behandlung setzt neben der Anspruchsberechtigung des Krankenhauses, für eine voll- oder teilstationäre Behandlung eine Fallpauschale als Vergütung zu verlangen, zusätzlich voraus, dass sowohl die vor- als auch die voll- oder teilstationäre Behandlung übergreifend einen einzigen Behandlungsfall im Sinne eines zusammenhängend behandelten Krankheitsfalles betrifft. Das folgt aus Regelungssystem (dazu bb), Regelungszweck (dazu cc) und Entwicklungsgeschichte des § 8 Abs 2 S 3 KHEntgG (dazu dd), während der Wortlaut (dazu aa) diese Auslegung zulässt. Vertragsrecht konkretisiert den hier maßgeblichen "Behandlungsfall" nicht näher (dazu ee).

16

aa) Der Wortlaut des § 8 Abs 2 S 3 KHEntgG bestimmt nicht näher, in welchen Fällen die gesonderte Berechenbarkeit einer vorstationären Behandlung möglich und wann sie dagegen wegen einer Berechnung "neben der Fallpauschale" ausgeschlossen ist. Unproblematisch ist nach dem Wortlaut lediglich, dass die gesonderte Berechenbarkeit einer vorstationären Behandlung dann zulässig ist, wenn sich an sie keinerlei voll- oder teilstationäre Behandlung anschließt, das Krankenhaus sie also isoliert erbringt (vgl hierzu zB BSG Urteil vom 17.9.2013 - B 1 KR 21/12 R -, zur Veröffentlichung vorgesehen in BSGE und SozR). Der Ausschluss einer zusätzlichen Vergütung vorstationärer Behandlung neben der Fallpauschale (vgl § 8 Abs 2 S 3 Nr 4 Teils 2 KHEntgG) ist hingegen nicht eindeutig, weil der Wortlaut sich nicht dazu verhält, in welchem qualifizierten Verhältnis vorstationäre Behandlung einerseits und voll- oder teilstationäre Behandlung andererseits zueinander stehen müssen, um den Vergütungsausschluss zu rechtfertigen. Insoweit bedarf die Regelung ergänzender Konkretisierung.

17

bb) Das Regelungssystem verdeutlicht, dass Fallpauschalen generell für Behandlungsfälle im Sinne zusammenhängend behandelter Krankheitsfälle vorgesehen sind. So werden Fallpauschalen im Ansatz für die "Behandlungsfälle" berechnet, die in dem Fallpauschalen-Katalog nach § 9 Abs 1 S 1 Nr 1 KHEntgG bestimmt sind (vgl § 8 Abs 2 S 1 KHEntgG). Daneben bestimmt § 17b Abs 1 S 1 Halbs 1 KHG, dass für die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem einzuführen ist. Das Vergütungssystem hat Komplexitäten und Komorbiditäten abzubilden; sein Differenzierungsgrad soll praktikabel sein (§ 17b Abs 1 S 2 KHG). Mit den Entgelten nach Satz 1 werden die allgemeinen vollstationären und teilstationären Krankenhausleistungen für "einen Behandlungsfall" vergütet (§ 17b Abs 1 S 3 KHG). In diesem Regelungskontext ist der in § 8 Abs 2 S 3 Nr 4 Teils 2 KHEntgG angeordnete Ausschluss einer zusätzlichen Vergütung vorstationärer Behandlung neben der Fallpauschale des § 8 Abs 2 S 3 Nr 4 KHEntgG verortet. Die Fallpauschalen vergüten nach der gesetzlichen Regelungskonzeption nicht nur die allgemeinen vollstationären und teilstationären Krankenhausleistungen für einen Behandlungsfall. Sie beziehen in die Vergütung vielmehr ua auch die vorstationäre Behandlung in einem Behandlungsfall mit ein. Das entspricht dem Regelungsziel der Vergütung vorstationärer Behandlung, wonach die Vergütung pauschaliert wird und geeignet sein soll, eine Verminderung der stationären Kosten herbeizuführen (vgl § 115a Abs 3 S 2 SGB V). Lediglich dann, wenn keine Fallpauschale für den Behandlungsfall anfällt, ist vorstationäre Behandlung isoliert zu vergüten. Soweit dagegen in einem Behandlungsfall eine Fallpauschale anfällt, deckt sie auch die einzubeziehenden vorstationären Behandlungen mit ab.

18

cc) Die Einbeziehung der vorstationären Behandlung in die Fallpauschale der vollstationären Behandlung kommt aus Sachgründen nicht schon immer dann in Betracht, wenn eine voll- oder teilstationäre Behandlung der vorstationären zeitlich folgt. Vielmehr handelt es sich nach Sinn und Zweck der Regelungen des § 8 KHEntgG und des § 115a SGB V nur dann um den gleichen vor- und sodann voll- oder teilstationären Behandlungsfall, wenn ein die Behandlung prägender sachlicher Zusammenhang zwischen den Behandlungsepisoden besteht. So liegt es, wenn derselbe Versicherte aufgrund derselben Erkrankung unter vergleichbaren Prämissen anlässlich der vor- und späteren voll- oder teilstationären Behandlung mit derselben Gesamtzielrichtung behandelt werden soll.

19

dd) Auch die Entwicklungsgeschichte des § 8 Abs 2 S 3 KHEntgG bestätigt die Auslegung, dass der Abrechnungsausschluss für eine vorstationäre Behandlung neben der Fallpauschale eingreift, wenn die vor- und voll- oder teilstationäre Behandlung übergreifend einen einzigen Behandlungsfall im Sinne eines zusammenhängend behandelten Krankheitsfalles betrifft. Nach der Gesetzesbegründung zu § 8 Abs 2 KHEntgG wird in einem DRG-Vergütungssystem grundsätzlich eine Fallpauschale je Krankenhausaufenthalt gezahlt. Allerdings ist für verschiedene Besonderheiten des Einzelfalls die zusätzliche Abrechnung ergänzender Vergütungsbestandteile möglich. Absatz 2 führt diese Abrechnungsmöglichkeiten auf. Sie entsprechen weitgehend den bisherigen Abrechnungsmöglichkeiten (vgl Entwurf der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN eines Gesetzes zur Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser - FPG, BT-Drucks 14/6893 S 44 Zu Art 5, Zu § 8, Zu Absatz 2).

20

Die "bisherigen" Abrechnungsmöglichkeiten waren nicht nur dadurch geprägt, dass sie unter Budgetbedingungen stattfanden (vgl zunächst § 4 Abs 5; § 5 Abs 1 S 2 und 3; § 6 Abs 4 BPflV, alle eingefügt durch Art 12 Abs 1 Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung - Gesundheitsstrukturgesetz - GSG - vom 21.12.1992, BGBl I 2266 mWv 1.1.1993 und hierzu Hencke in Peters, Handbuch der Krankenversicherung Teil II, SGB V, Bd 3, § 115a RdNrn 8 ff). Wesentlich war auch, dass vorstationäre Behandlung seit Beginn der schrittweisen Einführung von Fallpauschalen nicht zusätzlich zur Fallpauschale abrechenbar war. Schon § 14 Abs 4 S 4 BPflV 1995 (aufgrund von § 16 Satz 1 KHG erlassene Bundespflegesatzverordnung vom 26.9.1994, BGBl I 2750) stellte klar, dass eine vor- und nachstationäre Behandlung nach § 115a SGB V neben der Fallpauschale nicht gesondert berechenbar ist, um Doppelzahlungen zu vermeiden. Die Fallpauschale deckte bereits die gesamte Behandlung "des Krankheitsfalles" unabhängig von der Verweildauer ab. Verkürzungen der Verweildauer kamen dem Krankenhaus generell über eine Verringerung der Kosten nach Maßgabe der Budgetregelungen zugute. Dies galt auch für Verweildauerverkürzungen aufgrund vor- oder nachstationärer Behandlung (vgl auch Begründung der Bundesregierung der Verordnung zur Neuordnung des Pflegesatzrechts, BR-Drucks 381/94, S 35 Zu § 14 Zu Absatz 4). Seit 1996 ist nicht eine vor-, wohl aber eine nachstationäre Behandlung gesondert berechenbar, soweit die Summe aus den stationären Belegungstagen und den vor- und nachstationären Behandlungstagen die Grenzverweildauer übersteigt (vgl näher § 14 Abs 4 S 4 BPflV idF durch Art 1 Nr 5 Buchst b DBuchst bb zweite Verordnung zur Änderung der BflV vom 18.12.1995, BGBl I 2003 mWv 1.1.1996).

21

ee) Vertragliche Regelungen, die den einheitlichen vor- und vollstationären "Behandlungsfall" näher zu definieren, liegen nicht vor. § 2 FPV 2005 vom 16.9.2004 und § 2 FPV 2006 vom 13.9.2005 sind insoweit nicht anwendbar, da sie die Abgrenzung von vollstationären zu vorstationären Leistungen nicht regeln.

22

ff) Der Einwand der Klägerin, eine Überschreitung der Zeitgrenzen des § 115a Abs 2 S 1 SGB V lasse den Abrechnungsausschluss entfallen, greift dagegen nicht durch. Wie dargelegt ist rechtlich vielmehr entscheidend, dass jeweils sowohl die vor- als auch die voll- oder teilstationäre Behandlung übergreifend einen einzigen Behandlungsfall im Sinne eines zusammenhängend behandelten Krankheitsfalles betrifft. Demgegenüber ist es für den Abrechnungsausschluss nach § 8 Abs 2 S 3 KHEntgG ohne Belang, dass die Behandlung innerhalb oder außerhalb der Zeitgrenzen des § 115a Abs 2 S 1 SGB V erfolgt. § 115a Abs 2 S 1 SGB V - ggf nebst ergänzendem Vertragsrecht - bezweckt lediglich, den zulässigen zeitlichen Zusammenhang zu konkretisieren, der zwischen der vorstationären und der (intendierten) vollstationären Versorgung gewahrt sein muss (vgl Entwurf eines GSG der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und FDP, BT-Drucks 12/3608, S 71 und S 102, zu Art 1 Nr 63 (§ 115a)). Der erkennende Senat muss bei dieser Rechtslage nicht darüber entscheiden, ob - wie das LSG meint - ein Vergütungsanspruch stets ausgeschlossen ist, wenn vorstationäre Leistungen in einem Behandlungsfall die in § 115a Abs 2 S 1 SGB V normierten zeitlichen Grenzen überschreiten.

23

c) Die Klägerin erfüllte in allen drei Fällen die dargelegten Voraussetzungen eines Ausschlusses der gesonderten Abrechnung der vorstationären Leistungen. Sie konnte für die vollstationäre Behandlung der Versicherten jeweils Fallpauschalen als Vergütung verlangen (vgl oben, a). Die vorstationäre und die vollstationäre Krankenhausbehandlung erfolgten auch jeweils im Rahmen eines Behandlungsfalls. Stets sollte jeweils dieselbe Versicherte aufgrund der während der vor- und vollstationären Behandlung bestehenden selben Krankheit mit derselben Gesamtzielrichtung stationär behandelt werden. Der sachliche Behandlungszusammenhang zwischen der jeweiligen vor- und vollstationären Behandlung löste sich nicht dadurch, dass die Behandlung das nach § 115a Abs 2 S 1 SGB V zulässige Zeitintervall überschritt. Es waren bei der Versicherten KS Gründe der Familienorganisation, bei der Versicherten ET Gründe der Beschwerdefreiheit aufgrund vorangegangener vertragsärztlicher analgetischer und spasmolytischer Behandlung und bei der Versicherten RH Gründe der Verringerung des postoperativen Nachblutungsrisikos durch Wahrung eines ausreichenden Zeitabstands zur Absetzung der blutverdünnenden Medikamentation, die eine Verschiebung des nachfolgenden Aufnahmetermins zur vollstationären Behandlung bedingten.

24

3. Die Kostenentscheidung folgt aus § 197a Abs 1 S 1 Teils 3 SGG iVm § 154 Abs 1 und 2 VwGO, diejenige über den Streitwert aus § 197a Abs 1 S 1 Teils 1 SGG iVm § 63 Abs 2, § 52 Abs 1 und 3 sowie § 47 Abs 1 GKG.
Rechtskraft
Aus
Login
BRD
Saved
2014-02-28