

## B 1 KR 18/13 R

Land  
Bundesrepublik Deutschland  
Sozialgericht  
Bundessozialgericht  
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  
B 1 KR 18/13 R  
Datum  
14.10.2014  
Kategorie  
Urteil  
Leitsätze

Endet die Leistungszuständigkeit der Krankenkasse während einer Krankenhausbehandlung, die mit einer Fallpauschale vergütet wird, kann das Krankenhaus von ihr nur einen tagesbezogenen Anteil an der Fallpauschale beanspruchen.

Die Revision der Klägerin gegen das Urteil des Landessozialgerichts Hamburg vom 4. Juli 2013 wird zurückgewiesen. Die Klägerin trägt auch die Kosten des Revisionsverfahrens. Der Streitwert für das Revisionsverfahren wird auf 1661,78 Euro festgesetzt.

Gründe:

I

1

Die Beteiligten streiten über die Zahlung weiterer Krankenhausvergütung.

2

Der 1955 geborene W. N. (im Folgenden: Patient) war bis zum 28.2.2005 bei der beklagten Krankenkasse (KK) versichert, anschließend versicherungsfrei. Die A. Klinik B. der Klägerin behandelte ihn stationär wegen instabiler Angina pectoris (ICD-10: I20.0; 29.3. bis 8.4.2005) und berechnete 2376,49 Euro (2.5.2005), die die Beklagte nur in Höhe von 714,71 Euro beglich: Der nachgehende Leistungsanspruch des Patienten habe nur bis 31.3.2005 bestanden, für den anschließenden Krankenhausaufenthalt habe sie nicht aufzukommen. Die Klage auf Zahlung des Restbetrags (1661,78 Euro) nebst Zinsen ist in den Vorinstanzen erfolglos geblieben: Der Patient habe über den 31.3.2005 hinaus keinen Anspruch gegen die Beklagte auf Krankenhausbehandlung gehabt. Fallpauschalen seien keine untrennbare Abrechnungseinheit, sondern könnten auf die Zahl der tatsächlich mit der Pauschale abgerechneten Tage aufgeteilt werden. § 9 Fallpauschalenvereinbarung (FPV) 2005 betreffe die Abrechnung der Krankenhausbehandlung bei einem Kostenträgerwechsel, der nicht vorliege (Urteil des SG vom 19.4.2011; Urteil des LSG vom 4.7.2013).

3

Die Klägerin rügt mit ihrer Revision eine Verletzung der [§§ 19, 39, 109 Abs 4 SGB V](#), § 17b Abs 1 S 2 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG), §§ 7 S 1 Nr 1, 9 Abs 1 S 1 Nr 1 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) sowie § 9 FPV 2005. Das zum alten Recht ergangene BSG-Urteil ([BSGE 99, 102 = SozR 4-2500 § 19 Nr 4](#)) betreffe eine andere Fallgestaltung. § 9 FPV 2005 stelle bei einem Wechsel des Kostenträgers auf den Tag der Aufnahme im Krankenhaus ab. "Kostenträger" in diesem Sinne sei auch ein Selbstzahler.

4

Die Klägerin beantragt, die Urteile des Landessozialgerichts Hamburg vom 4. Juli 2013 und des Sozialgerichts Hamburg vom 19. April 2011 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihr 1661,78 Euro nebst 5% Zinsen seit dem 25. Mai 2007 zu zahlen.

5

Die Beklagte beantragt, die Revision zurückzuweisen.

6

Sie hält das Urteil des LSG für zutreffend.

II

7

Die zulässige Revision des klagenden Krankenhausträgers ist nicht begründet. Die beklagte KK hat keinen über 714,71 Euro hinausgehenden Betrag nebst Zinsen als Krankenhausvergütung zu zahlen.

8

Die von der Klägerin erhobene (echte) Leistungsklage ist im hier bestehenden Gleichordnungsverhältnis zulässig (vgl nur [BSGE 102, 172 = SozR 4-2500 § 109 Nr 13](#), RdNr 9 mwN). Von Amts wegen zu berücksichtigende Verfahrensmängel liegen nicht vor. Über eine Beiladung des Sozialhilfeträgers auf Grundlage des [§ 75 Abs 2 2. Alt SGG](#) (sog unechte notwendige Beiladung) war mangels ausdrücklicher Rüge im Revisionsverfahren (s zu dieser Voraussetzung nur Leitherer in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 11. Aufl 2014, § 75 RdNr 13 b mwN) nicht zu befinden.

9

Die Klägerin hat gegen die Beklagte Anspruch auf Krankenhausvergütung nur für die bis zum 31.3.2005 dauernde Behandlung des Patienten. Zugelassene Krankenhäuser haben gegen KKn Anspruch auf Krankenhausvergütung für die Behandlung eines Patienten nur solange, wie er bei der KK versichert oder zumindest ihr gegenüber leistungsberechtigt ist (dazu 1.). Die Beklagte schuldete ihm wegen der Beendigung seiner Mitgliedschaft bei ihr am 28.2.2005 nur die Behandlung bis 31.3.2005 und dementsprechend auch der Klägerin nur bis zu diesem Zeitpunkt Vergütung für die Behandlung (dazu 2.). Der von der Beklagten geleistete Zahlbetrag erfüllt vollständig den für die Behandlung bis 31.3.2005 entstandenen Vergütungsanspruch der Klägerin. Krankenhausleistungen, die mit Fallpauschalen abgerechnet werden, sind nicht als eine "untrennbare Behandlungseinheit" anzusehen, sondern als teilbare Leistungen. Die Aufteilung hat ausgehend von der gesamten Zahl der tatsächlich mit der Fallpauschale abgerechneten Tage in der Weise zu erfolgen, dass die Rechnungs- und Leistungsteile bis zum letzten Tag des nachgehenden Leistungsanspruchs mit einem entsprechenden Anteil in Ansatz zu bringen sind (dazu 3.).

10

1. Der Vergütungsanspruch von Krankenhäusern gegen KKn für Krankenhausbehandlung entsteht nur für Leistungen für Versicherte oder gegenüber der KK Leistungsberechtigte. Rechtsgrundlage des geltend gemachten Vergütungsanspruchs ist [§ 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 Fallpauschalenänderungsgesetz (2. FPÄndG) vom 15.12.2004, [BGBl I 3429](#)) und § 17b KHG (idF durch Art 1 Nr 4 Buchst c Doppelbuchst aa 2. FPÄndG aaO; vgl entsprechend 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 diagnoseorientierten Fallpauschalensystem für Krankenhäuser 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 vom 23.4.2002, [BGBl I 1412](#)) mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft als "Vertragsparteien auf Bundesebene" mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG (idF durch Art 2 Nr 8 2. FPÄndG vom 15.12.2004, [BGBl I 3429](#)) einen Fallpauschalen-Katalog. Ferner vereinbaren sie insoweit Abrechnungsbestimmungen nach § 9 Abs 1 S 1 Nr 3 KHEntgG (idF durch Art 5 FPG vom 23.4.2002, [BGBl I 1412](#)).

11

Der Vergütungsanspruch des Krankenhauses und dazu korrespondierend die Zahlungsverpflichtung einer KK entstehen - unabhängig von einer Kostenzusage - unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch "den Versicherten" kraft Gesetzes, wenn die Versorgung - wie hier - in einem zugelassenen Krankenhaus durchgeführt wird und iS von [§ 39 Abs 1 S 2 SGB V](#) erforderlich ist (stRspr, vgl zB [BSGE 102, 172 = SozR 4-2500 § 109 Nr 13](#), RdNr 11; [BSGE 102, 181 = SozR 4-2500 § 109 Nr 15](#), RdNr 15; [BSGE 109, 236 = SozR 4-5560 § 17b Nr 2](#), RdNr 13; [SozR 4-2500 § 109 Nr 27](#) RdNr 9; [SozR 4-7610 § 204 Nr 2](#), RdNr 8).

12

Der Begriff des "Versicherten" ist hierbei weit auszulegen. Er erfasst auch den nach seinem Status nicht mehr versicherten, aber nach [§ 19 Abs 2 SGB V](#) Leistungsberechtigten. Das folgt aus dem Regelungssystem sowie aus dem Zweck der Vergütung. Sie dient als Gegenleistung für die Erfüllung der Pflicht des zugelassenen Krankenhauses, Krankenhausbehandlung ([§ 39 SGB V](#)) "der Versicherten" im Rahmen des Versorgungsauftrags zu leisten. Die Leistung des Krankenhauses ist nämlich zur Erfüllung des Leistungsanspruchs des Versicherten bestimmt (vgl BSG Großer Senat [BSGE 99, 111 = SozR 4-2500 § 39 Nr 10](#), RdNr 10; BSG [SozR 4-2500 § 2 Nr 4](#) RdNr 11, auch für BSGE vorgesehen). Der Naturalleistungsanspruch der nicht mehr versicherten, aber nach [§ 19 Abs 2 SGB V](#) Leistungsberechtigten erstreckt sich auch auf erforderliche Krankenhausbehandlung. Das zugelassene Krankenhaus ist dementsprechend zur Behandlung dieser Personen verpflichtet, muss dann aber auch einen Vergütungsanspruch hierfür haben.

13

2. Der Patient war ab 1.3.2005 nicht mehr versichertes Mitglied der Beklagten und hatte nachgehenden Leistungsschutz nur bis 31.3.2005. Die auf Grund des ALG-II-Bezugs begründete Mitgliedschaft ([§ 5 Abs 1 Nr 2a SGB V](#) idF durch Art 5 Nr 1 Buchst b Viertes Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt vom 24.12.2003, [BGBl I 2954](#) mWv 1.1.2005) des Patienten endete nach den unangegriffenen, den Senat bindenden Feststellungen des LSG ([§ 163 SGG](#)) am 28.2.2005. Durch die Sonderregelung in [§ 19 Abs 2 SGB V](#) (idF durch Art 1 Gesetz zur Strukturreform im Gesundheitswesen (Gesundheitsreformgesetz - GRG) vom 20.12.1988, [BGBl I S 2477](#) mWv 1.1.1989), die ehemals Versicherungspflichtigen für längstens einen Monat nach dem Ende der Mitgliedschaft einen nachgehenden Anspruch auf Leistungen gegen die frühere KK zubilligt, konnte der Patient Leistungen längstens bis 31.3.2005 beanspruchen und musste die Beklagte dementsprechend bis zum Ablauf dieses Tages erbrachte Leistungen vergüten. Der nachgehende Anspruch ist subsidiär; er wird durch eine neue Mitgliedschaft bei einer anderen KK verdrängt (stRspr, vgl [BSGE 89, 254, 255 f](#) = [SozR 3-2500 § 19 Nr 5](#) S 23 f mwN; BSG SozR 4-2500 § 192 Nr 6 RdNr 22 mwN; vgl auch Padé juris-PRSozR 20/2014 Anm 3). Eine solche existierte nach den den Senat bindenden Feststellungen des LSG ([§ 163 SGG](#)) nicht. Die Auffangversicherung nach [§ 5 Abs 1 Nr 13 SGB V](#) ist erst mWv 1.4.2007 in Kraft getreten (eingefügt durch Art 1 Nr 2 Buchst a Doppelbuchst cc Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz - GKV-WSG) vom 26.3.2007, [BGBl I 378](#)).

14

3. Der Klägerin entstand gegen die Beklagte für die Behandlung des Patienten vom 29. bis 31.3.2005 lediglich ein tagesanteiliger Vergütungsanspruch zu (dazu a), den die Beklagte zutreffend berechnete (dazu b).

15

a) Es entspricht allgemeinen Grundsätzen des Rechts der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), die Vergütung für eine mehrtägige Krankenhausbehandlung eines nur zeitweise Versicherten oder nach [§ 19 Abs 2 SGB V](#) Leistungsberechtigten hieran anknüpfend tagesbezogen zu bemessen. Nach der ständigen Rechtsprechung des erkennenden Senats (vgl [BSGE 89, 86, 87](#) = [SozR 3-2500 § 19 Nr 4](#) S 18; BSG [SozR 3-2500 § 19 Nr 3](#) S 12 ff) hängt die Leistungspflicht der KK für eine konkrete Behandlungsmaßnahme nicht von der Mitgliedschaft im Zeitpunkt des Versicherungsfalles, sondern von der Mitgliedschaft im Zeitpunkt der tatsächlichen Leistungserbringung ab. Nach [§ 19 Abs 1 SGB V](#) erlischt der Anspruch auf Leistungen mit dem Ende der Mitgliedschaft, soweit keine abweichenden Bestimmungen entgegenstehen. Die Regelung der nachgehenden Leistungsansprüche ([§ 19 Abs 2 SGB V](#)) schiebt diese Rechtsfolge um längstens einen Monat nach dem Ende der Mitgliedschaft hinaus.

16

Soweit der erkennende Senat in der Vergangenheit für Krankenhausbehandlung eine Durchbrechung dieses Grundsatzes für das 1996 geltende Recht angenommen hat, weil es sich um eine "untrennbare Behandlungseinheit" handele (vgl [BSGE 89, 86, 88 ff](#) = [SozR 3-2500 § 19 Nr 4](#) S 19 f), hat er diese Rechtsprechung anlässlich des Streits über die Kostentragung für eine Krankenhausbehandlung in den Jahren 2000/2001 ausdrücklich aufgegeben und eine tagesbezogene Aufteilung von Fallpauschalen für rechtmäßig errichtet ([BSGE 99, 102](#) = [SozR 4-2500 § 19 Nr 4](#), RdNr 14 ff). Der erkennende Senat hält auch für nach dem KHEntG mit Fallpauschalen (DRGs) abzurechnende Krankenhausleistungen daran fest, dass sie nicht als eine "untrennbare Behandlungseinheit" anzusehen sind, sondern als teilbare Leistungen.

17

Krankenhausleistungen, die nach dem KHEntG mit Fallpauschalen abgerechnet werden, sind unverändert nicht im dargelegten Sinne als eine "untrennbare Behandlungseinheit" anzusehen, sondern als teilbare Leistungen. Die Aufteilung hat ausgehend von der gesamten Zahl der tatsächlich mit der Fallpauschale abgerechneten Tage in der Weise zu erfolgen, dass die Rechnungs- und Leistungsteile bis zum letzten Tag der bisherigen Mitgliedschaft von denjenigen ab dem ersten Tag der neuen Mitgliedschaft zu trennen und mit einem entsprechenden Anteil gesondert in Ansatz zu bringen sind ([BSGE 99, 102](#) = [SozR 4-2500 § 19 Nr 4](#), RdNr 14).

18

Zwar bilden auch die nach Maßgabe des KHG und des KHEntG getroffenen vertraglich vereinbarten Fallpauschalen (dazu 1.) für das Krankenhaus Abrechnungseinheiten. Die Vereinbarung von Fallpauschalen zwingt aber unverändert nicht dazu, sie im Rechtssinne für die Frage der Leistungszuständigkeit als untrennbare Einheit anzusehen. Vielmehr ist die Leistungszuständigkeit in Abhängigkeit von der tatsächlich für die Fallpauschale in Anspruch genommene Zahl der Krankenhaustage - pro rata temporis - aufzuteilen. Dies ermöglicht eine gerechte, klare, verwaltungspraktikable und leicht handhabbare Lastenverteilung ([BSGE 99, 102](#) = [SozR 4-2500 § 19 Nr 4](#), RdNr 15). Der erkennende Senat leitet diese Rechtsfolge aus der Regelung des [§ 19 SGB V](#) im Zusammenspiel mit dem aufgezeigten Regelungssystem der Krankenhausvergütung ab. Untergesetzliches Recht oder Vertragsrecht kann dieses zwingende Gesetzesrecht nicht abändern.

19

Die FPV 2005 kann dementsprechend nicht eine Vergütung zu Lasten der KK regeln, obwohl mangels Mitgliedschaft des Patienten ein Vergütungsanspruch gegen die KK ausgeschlossen ist. Eine solche Regelung würde gegen höherrangiges Recht verstoßen. Ein in der FPV 2005 geregelter Abrechnungsmodus zwingt nicht dazu, eine rechnerische Gesamtleistung, die sich auf die Zeit nach Beendigung der Mitgliedschaft und des nachgehenden Leistungsanspruchs erstreckt, auch hinsichtlich der Leistungszuständigkeit als Einheit zu behandeln. Vielmehr ist es rechtlich und tatsächlich - verwaltungspraktikabel - möglich, die Gesamtleistung einer mit einer Fallpauschale abzurechnenden Krankenhausbehandlung rechnerisch der Dauer der tatsächlich mit der Fallpauschale abgegoltenen Tage zuzuordnen und danach die Belastung zu berechnen, die aus der Leistungszuständigkeit des betroffenen Trägers für die damit erfassten Tage resultiert ([BSGE 99, 102](#) = [SozR 4-2500 § 19 Nr 4](#), RdNr 23).

20

Die Abrechnungsregelungen der FPV 2005 haben lediglich insoweit Bedeutung, als sie eine Rechtsgrundlage für den aufzuteilenden Gesamtbetrag bieten und vereinfachte kooperative Verfahren ohne Drittwirkung ermöglichen (vgl dazu auch Krasney, SGB 2008, 727). Dort ist bestimmt, dass die Fallpauschalen jeweils von dem die Leistung erbringenden Krankenhaus nach dem am Tag der Aufnahme geltenden Fallpauschalen-Katalog und den dazu gehörenden Abrechnungsregeln abgerechnet werden (§ 1 Abs 1 FPV 2005). Die Regelung eines Zuständigkeitswechsels des Kostenträgers (§ 9 FPV 2005) betrifft in diesem Sinne lediglich eine vereinfachende Abrechnungsmodalität ohne Regelungsgehalt für die Schuldnerschaft: Tritt bei Fallpauschalenpatienten während der stationären Behandlung ein Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers ein, wird nach § 9 FPV 2005 der gesamte Krankenhausaufenthalt mit dem Kostenträger abgerechnet, der am Tag der Aufnahme leistungspflichtig ist. Tritt hingegen während der mittels tagesbezogener Entgelte vergüteten Behandlung ein Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers ein, sind die Kosten der einzelnen Belegungstage mit dem Kostenträger abzurechnen, der am Tag der Leistungserbringung leistungspflichtig ist.

21

Die Regelung des § 9 FPV 2005 bewirkt lediglich eine Vereinfachung der Abrechnung bei Fallpauschalenpatienten. Nicht das behandelnde Krankenhaus muss die gesamte Vergütung tageweise aufteilen, sondern den Kostenträger trifft diese technische Aufgabe, der am Tag der Aufnahme leistungspflichtig ist. Der Regelung kann nicht entnommen werden, dass der Klägerin trotz fehlender Leistungszuständigkeit der Beklagten ein Vergütungsanspruch für den gesamten Krankenhausaufenthalt zusteht. Die Bestimmung zeigt vielmehr, dass es sich bei den Fallpauschalen um einen bloßen Abrechnungsmodus handelt, der der numerischen Aufteilung - bei einem Wechsel des Kostenträgers etwa wegen eines Kassenwechsels - zugänglich ist ([BSGE 99, 102](#) = [SozR 4-2500 § 19 Nr 4](#), RdNr 23).

22

Im Übrigen bezieht sich § 9 FPV 2005 ersichtlich nicht auf Fallgestaltungen, in denen die Zuständigkeit der Kasse wegen Beendigung der Versicherungspflicht entfällt. Der Versicherte ist nicht "Kostenträger" iS von § 9 FPV 2005. Denn die FPV 2005 regelt nicht die Abrechnung gegenüber dem Patienten, sondern - wie § 17b KHG zeigt - das unter den KKn sowie dem Verband der privaten Krankenversicherung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft geltende Vergütungssystem. Dementsprechend sind die KKn, der Verband der privaten Krankenversicherung und die Deutschen Krankenhausgesellschaft, nicht aber die Versicherten Vertragsparteien des Vergütungssystems. Soweit daher von einem "Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers" in § 9 FPV 2005 die Rede ist, können nur die Vertragsparteien der FPV 2005 betroffen sein. Ein Zuständigkeitswechsel liegt nicht in der Beendigung der Versicherungspflicht, wenn in der Folgezeit die Zuständigkeit einer anderen Kasse nicht gegeben ist.

23

b) Der von der Beklagten geleistete Zahlbetrag entspricht rechnerisch auch der Höhe nach dem Anspruch für die Behandlung vom 29. bis 31.3.2005. Die Klägerin berechnete nach den unangegriffenen, den Senat bindenden Feststellungen des LSG ([§ 163 SGG](#)) rechtmäßig aufgrund der DRG V60A (Alkoholintoxikation und -entzug, mehr als ein Belegungstag oder Alter ) 17 Jahre, mit äußerst schweren oder schweren CC) 2373,97 Euro nebst Zuschlag Qualitätssicherung (1,22 Euro), DRG-Zuschlag (0,85 Euro) und GBA-Zuschlag (0,45 Euro). Die Beklagte zahlte hierauf zu Recht lediglich 714,71 Euro (2373,97 Euro dividiert durch 10 Tage (vgl § 1 Abs 7 FPV 2005) multipliziert mit 3 Tagen, zuzüglich 2,52 Euro Zuschläge).

24

4. Da die Klägerin keinen über 714,71 Euro hinausgehenden Vergütungsanspruch gegen die Beklagte hat, steht ihr auch unter keinem denkbaren Gesichtspunkt ein Zinsanspruch zu.

25

5. Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Abs 1 Teils 3 SGG iVm [§ 154 Abs 2 VwGO](#). Die Streitwertfestsetzung folgt aus § 197a Abs 1 Teils 1 SGG iVm [§§ 63 Abs 2](#), [52 Abs 1](#) und 3, [§ 47 Abs 1 GKG](#).

Rechtskraft

Aus

Login

BRD

Saved

2015-03-06