

S 9 KR 131/06

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
SG Duisburg (NRW)
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
9
1. Instanz
SG Duisburg (NRW)
Aktenzeichen
S 9 KR 131/06
Datum
29.08.2008
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-

Kategorie

Urteil

Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin 1734,74 EUR nebst 8 Prozentpunkten Zinsen über dem Basiszinssatz seit dem 11.08.2005 zu zahlen.

Die Beklagte trägt die Kosten des Verfahrens.

Tatbestand:

Streitig ist die Rückforderung nach Diagnosis Related Groups -DRG- berechneter Krankenhausbehandlungskosten.

Auf die Beteiligten findet der zwischen der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen und ua dem Landesverband, dem auch die Klägerin angehört, geschlossene so genannte Sicherstellungsvertrag nach [§ 112 Abs 2 Nr 1](#) des Sozialgesetzbuches Fünftes Buch -SGB V- vom 06.12.1996, gültig ab dem 01.01.1997, Anwendung. Dieser Vertrag wurde zunächst im April 2004 gekündigt; seit dem 13.04.2005 wird er auf Grund einer Vereinbarung zwischen der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen mit den Verbänden der Krankenkassen wieder angewandt, nachdem im Rahmen der jeweils laufenden Budgetvereinbarungen die Weitergeltung der darin getroffenen Abreden vereinbart worden ist.

Dem hiesigen Verfahren liegt folgender Sachverhalt zugrunde: Die bei der Klägerin versicherte im Jahre 1926 geborene Frau Ch. S. (im folgenden: Versicherte) wurde im November 2004 kurz hintereinander 2x in dem von der Beklagten betriebenen Krankenhaus, Abteilung für Kardiologie, vollstationär behandelt. Die Beklagte berechnete die erste Behandlung vom 05.11.2004 bis zum 15.11.2004 nach der DRG F 30 B (Kreislauferkrankung mit akutem Myocardinfarkt, ohne invasive kardiologische Diagnostik, ohne äußerst schwere oder schwere CC) mit 2674,16 EUR und die zweite Behandlung in der Zeit vom 22.11.2004 bis zum 24.11.2004 nach der DRG F 61 B (Kreislauferkrankungen mit akutem Myocardinfarkt, mit invasiver kardiologischer Diagnostik, ohne äußerst schwere oder schwere CC) mit 2465,62 EUR. Auf die jeweils unter dem 02.12.2004 erteilten Rechnungen wird Bezug genommen.

Die Klägerin bezahlte am 14.12.2004 - unter Vorbehalt - den Gesamtrechnungsbetrag in Höhe von 5139,38 EUR, beauftragte aber zugleich den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung -MDK- mit der Überprüfung der Abrechnungen und unterrichtete die Beklagte hierüber im Schreiben gleichen Datums. Als konkreter Prüfanlass/Auffälligkeit wird darin Fallsplitting angegeben. In seinem nach Aktenlage erstatteten Gutachten vom 06.07.2005 gelangte der Arzt Herr Sch. vom MDK Nordrhein nach Auswertung des Entlassungsberichts vom 04.01.2005 zu dem Ergebnis: Die beiden Krankenhausaufenthalte seien zusammenzuführen. Die Anerkennung von zwei separaten Behandlungsfällen mit jeweils eigener DRG würde an wesentlichen übergeordneten Punkten der gesetzlichen Vorschriften vorübergehen. Nach § 17b Abs 1 S 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes -KHG- bildeten die DRG-Entgelte sämtliche Krankenhausleistungen für einen Behandlungsfall ab. Weiterhin sei nach § 17c Abs 1 Nr 2 KHG vom Krankenhausträger durch geeignete Maßnahmen darauf hinzuwirken, dass eine vorzeitige Verlegung oder Entlassung aus wirtschaftlichen Gründen unterbleibe. Exakt letzteres sei jedoch im vorliegenden Fall geschehen. Aus medizinischer Sicht handele es sich eindeutig um einen einzigen Behandlungsfall, da die Abklärung im 1. Aufenthalt willkürlich unterbrochen und die Komplettierung der im 1. Aufenthalt eigentlich schon indizierten Diagnostik lediglich in einem 2. Aufenthalt durchgeführt worden sei. Durch die zwischenzeitliche Entlassung seien zwei virtuelle Fälle geschaffen worden. Aus der Fallpauschalenverordnung für das Jahr 2005 ergebe sich überdies, dass für die Abrechnung zweier DRG-Fallpauschalen der komplette Abschluss der ersten Behandlung, dh der Diagnostik und ggf Therapie der zur Erstaufnahme führenden Erkrankung erforderlich sei. Sei die Behandlung, wie in diesem Fall, noch nicht abgeschlossen, könne nur eine Beurlaubung, aber keine Entlassung im leistungsrechtlichen Sinne erfolgen. Der Gutachter des MDK vertrat die Auffassung, beide stationären Aufenthalte seien nach der DRG F 41 B zu beurteilen und als einheitlicher Fall zusammenzuführen. Die Klägerin hielt daraufhin nur noch geringere Gesamtkosten für gerechtfertigt und forderte im Schreiben vom 13.07.2005 zunächst einen Betrag in Höhe von 1872,93 EUR, zahlbar bis zum 10.08.2005, von der Beklagten zurück. Mit

weiterem Schreiben vom 25.08.2005 mahnte sie den vorgenannten Betrag an. Im Schreiben vom 13.09.2005 lehnte die Beklagte die Rückzahlung ab. Hierzu führte sie aus: Zwar sei der Beurteilung zuzustimmen, dass es sich um medizinisch zusammenhängende Fälle handle; diese seien jedoch formalrechtlich nicht zusammenzuführen. Im ärztlichen Kommentar zur Fallpauschalenverordnung -KFPV- 2004 § 2 werde dazu ausgeführt, dass die Aufteilung einer Behandlung in zwei kürzere Aufenthalte durchaus im Interesse von Patient und Kostenträgern liege. Die Ansicht des MDK, Fälle auf Grund anderer als die in der KFPV festgelegten Sachverhalte zusammenzuführen, verstoße ausdrücklich gegen die Intension der Expertengruppe, die die gesetzliche Grundlage für die Abrechnung stationärer Leistungen entwickelt habe. Bis zu einer anders lautenden gesetzlichen Regelung sei daher jeglicher Fallzusammenführung außerhalb der Regelungen der KFPV ausdrücklich zu widersprechen.

Die Klägerin hat am 12.07.2006 Klage erhoben, mit der sie ihr Begehren auf Rückzahlung des sich aus einer Fallzusammenführung ergebenden Differenzbetrages weiterverfolgt. Sie trägt vor: Der Rückforderungsanspruch sei unter dem Gesichtspunkt eines öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruchs begründet, denn die Abrechnung der beiden Krankenhausaufenthalte beruhe hier auf einem unzulässigen Fallsplitting. Vorliegend seien für den ersten Krankenhausaufenthalt die DRG F 60 B für die Behandlung eines akuten Herzinfarktes ohne Intervention und für den zweiten Krankenhausaufenthalt die DRG F 41 B für die Durchführung einer Linksherzkatheteruntersuchung abgerechnet worden. Die Indikation zu dieser Untersuchung sei bereits während des ersten Aufenthaltes eindeutig gewesen, so dass die Unterbrechung des Behandlungsfalles nicht nachzuvollziehen sei. Insbesondere sei die Behandlung im ersten Aufenthalt noch nicht abgeschlossen gewesen. Dies ergebe sich aus den Eintragungen in der Krankenakte, denen zufolge die Anmeldung zur Koronarangiographie bereits am 08.11.2004 erfolgt sei. Insoweit habe es sich um eine geplante Wiederaufnahme gehandelt. Der Rückforderungsbetrag in Höhe von 1734,74 EUR ergebe sich aus der Differenz des bereits gezahlten Gesamtbetrages in Höhe von 5139,78 EUR und des für beide Aufenthalte tatsächlich geschuldeten Entgelts nach der DRG F 41 B in Höhe von insgesamt 3405,04 EUR. Der geltende gemachte Zinsanspruch in Höhe von 8% ergebe sich als Verzugschaden aus der entsprechenden Anwendung der Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches -BGB-, hier: [§§ 286 Abs 1 S 2, 288 Abs 1 S 1 und Abs 2 BGB](#). Da landesvertraglich nur die Modalitäten der Zahlungen der Krankenkassen an die Krankenhäuser geregelt seien, komme eine analoge Anwendung des Vertragsrechts nicht in Betracht. Insoweit gelten die bürgerlich-rechtlichen Vorschriften für die Rückforderungsansprüche der Krankenhäuser unmittelbar. Die Klägerin verweist zur Stützung ihrer Rechtsauffassung bezüglich Grund und Höhe der Verzinsung eines Rückforderungsanspruchs auf das Urteil des Sozialgerichts Duisburg vom 13.03.2006, Az: [S 7 KR 56/04](#).

Die Klägerin beantragt,

die Beklagte zur Verurteilung, an sie 1734,74 EUR nebst 8 Prozentpunkten Zinsen über dem Basiszinssatz seit dem 11.08.2005 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Die Beklagte hält die Rückforderung für unbegründet. Sie macht geltend: Die in § 2 KFPV 2004 geregelten Voraussetzungen für eine Zusammenfassung der Falldaten zu einem Fall und eine Neueinstufung in eine Fallpauschale seien hier nicht erfüllt, wovon offenbar auch der Gutachter des MDK ausgehe. Die Versicherte sei zunächst während des ersten Krankenhausaufenthaltes wegen eines akuten Herzinfarktes behandelt worden; während des zweiten Aufenthaltes sei sodann eine Koronarangiographie erfolgt. Entsprechend den zu verschlüsselnden Haupt- und Nebendiagnosen sowie Prozeduren sei der erste stationäre Krankenhausaufenthalt mit der DRG F 60 B und der zweite zutreffend mit der DRG F 41 B abgerechnet worden. Dem entsprechend liege weder eine Einstufung in dieselbe Basis-DRG iS von § 2 Abs 1 KFPV 2004 vor, noch eine Abrechnung der 1. Fallpauschale in der medizinischen Partition bzw anderen Partition und der anschließenden Fallpauschale in der operativen Partition iS von § 2 Abs 2 KFPV 2004. Schließlich liege auch keine Komplikation iS des § 2 Abs 3 KFPV 2004 vor. Nach dem Willen des Gesetzgebers sei aus anderen als den in § 2 KFPV 2004 genannten Gründen keine Fallzusammenführung vorzunehmen, wie sich aus der amtlichen Begründung zur Fallpauschalenverordnung entnehmen lasse. Vorliegend sei die Versicherte aus der stationären Krankenhausbehandlung zunächst entlassen worden, da die Koronarangiographie nicht unmittelbar im Anschluss an die Behandlung des Herzinfarktes durchgeführt werden konnte. Aus medizinischen Gründen müsse zwischen dem Auftreten eines manifesten Herzinfarktes und einer diagnostischen Koronarangiographie einige Zeit verstreichen, um das Herz zu stabilisieren. Die Durchführung einer diagnostischen Koronarangiographie innerhalb von 2 Wochen nach frischem Herzinfarkt sei kontraindiziert. Eine Fallzusammenführung habe daher nicht zu erfolgen. Im übrigen weise das Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung in seinen "Leitsätzen zur Anwendung der Wiederaufnahmeregelung nach § 2 KFPV 2004" darauf hin, dass eine Fallzusammenfassung nur in den in § 2 Abs 1 bis 3 KFPV 2004 aufgeführten Fällen zu erfolgen habe.

Der Zinsanspruch sei im übrigen weder dem Grunde noch der Höhe nach begründet. Allenfalls sei er in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz zu rechtfertigen, da er aus einer entsprechenden Anwendung der landesvertraglichen Regelungen folge und als Bereicherungsanspruch die Kehrseite des Leistungsanspruchs darstelle, sodass hier eine entsprechende Anwendung vorzunehmen sei. Der Rückgriff auf bürgerlich-rechtliche Verzugsregelungen sei in diesem Zusammenhang ausgeschlossen. Auf die in der Anlage beigefügten Krankenhausrechnungen vom 02.12.2004, die "Amtliche Begründung zum Referentenentwurf, angepasst an den Verordnungstext der Fallpauschalenverordnung 2004", die "Leitsätze zur Anwendung der Wiederaufnahmeregelung nach § 2 KFPV 2004 des Bundesministeriums für Gesundheit und soziale Sicherung" vom 16.09.2004 sowie die weiteren Unterlagen wird Bezug genommen. Die Beklagte bezieht sich zur Stützung ihrer Rechtsauffassung zur Verzinsung von Rückforderungsansprüchen auf das Urteil des Sozialgerichts Dortmund vom 28.10.2005, Az: [S 24 \(31\) KN 4/03 KR](#) sowie das Urteil des Landessozialgerichts -LSG- Rheinland-Pfalz vom 18.05.2006, Az L 5 KN 11/05 KR, denen zufolge eine Verzinsung von Rückforderungsansprüchen der Krankenkassen grundsätzlich ausgeschlossen sei.

Das Gericht hat über die Frage des Vorliegens der medizinischen Voraussetzungen für eine Fallzusammenführung von Amts wegen Beweis erhoben und hierzu ein internistisches-sozialmedizinisches Gutachten von den Internisten und Sozialmedizinerinnen Dr K. und Dr P. eingeholt. In ihrem Gutachten vom 28.03.2007 haben sie ua ausgeführt: Für beide stationären Krankenhausaufenthalte bestehe ein zusammenfassender Arztbericht der Medizinischen Klinik V der Klägerin vom 04.01.2005. Demzufolge sei bei der Versicherten am 05.11.2004 nach notfallmäßiger Aufnahme ein akuter Hinterwandinfarkt diagnostiziert und entsprechend behandelt worden. Im Rahmen einer am 23.11.2004 durchgeführten Echokardiographie habe sich bei extrem schlechten Schallbedingungen eine geringgradig ausgeprägte Wandbewegungsstörung der Hinterwand gezeigt. In der Patientenakte finde sich am 11.11.2004 der Eintrag, dass für den 22.11.2004 die

Anmeldung zu einer Herzkatheteruntersuchung erfolgt sei. Auch auf einem Anordnungsbogen vom 08.11.2004 befinde sich bereits der Eintrag "Coro-Anmeldung". Im Entlassungsbericht vom 04.01.2005 werde ausgeführt, dass bei der Versicherten nach Entlassung am 15.11.2004 und Wiederaufnahme am 22.11.2004 sodann am 23.11.2004 - wie geplant - eine Koronarangiographie durchgeführt worden sei, die eine koronare Eingefäßerkkrankung ergeben habe. Die Sachverständigen haben die Auffassung vertreten, aus gutachterlicher Sicht handele es sich bei den vorgenannten Aufenthalten eindeutig um einen Behandlungsfall. Die Indikation zur Linksherzkatheteruntersuchung sei bereits während des ersten stationären Aufenthaltes gegeben gewesen, wie die Dokumentation belege. Medizinische Gründe, die für eine Unterbrechung der stationären Behandlung sprächen, lägen nicht vor. Die Herzkatheteruntersuchung hätte bereits während des ersten stationären Aufenthaltes mit entsprechendem zeitlichen Abstand durchgeführt werden können. Medizinische Gründe für eine zwischenzeitliche Entlassung nach Hause existierten nicht; es habe sich vielmehr um eine geplante Wiederaufnahme gehandelt. Beide stationäre Aufenthalte seien zu einem stationären Aufenthalt zusammenzufassen und einmalig mit der DRG F 41 B abzurechnen. Diese DRG sei ohne Zuschlagstage zu zahlen, da die stationäre Behandlung innerhalb der vorgesehenen Grenzverweildauer (17 Tage) hätte abgeschlossen werden können. Die Gutachter verweisen auf ein Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit und soziale Sicherung vom 22.04.2005 zur "Einführung des DRG-Systems durch die Selbstverwaltungspartner nach § 17b KHG - Fallpauschalenverordnung 2005 -", worin die Zusammenführung im Falle der Wiederaufnahme in dem Sinne geregelt sei, dass nur eine Fallpauschale abgerechnet werden könne. Für den Fall, dass die stationäre Behandlung oder ein Behandlungsintervall unterbrochen werde, läge demzufolge keine Entlassung, sondern eine Beurlaubung vor, die nur zu der Abrechnung einer Fallpauschale führe.

Die Klägerin sieht sich durch das Ergebnis der Begutachtung in ihrer bisherigen Beurteilung vollumfänglich bestätigt.

Die Beklagte hält die Schlussfolgerungen der Sachverständigen nicht für zutreffend. So könne das Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit und soziale Sicherung vom 22.04.2005 hier nicht herangezogen werden, zumal es im Widerspruch zur Gesetzesbegründung zur KFPV 2004 stehe. Vorliegend sei die Behandlung des akuten Herzinfarktes mittels Lyse-Therapie mit der Entlassung abgeschlossen gewesen. Die Durchführung einer Koronarangiographie habe sich auf die Entscheidung über das weitere Vorgehen in der Behandlung der koronaren Herzerkrankung bezogen. Insoweit hätten aber zwei unterschiedliche Anlässe für die in sich abgeschlossenen Behandlungsfälle bestanden. Die Voraussetzungen einer Beurlaubung hätten ebenfalls nicht vorgelegen. Eine Fallzusammenführung sei von daher nicht gerechtfertigt.

In ihrer hierzu eingeholten ergänzenden Stellungnahme vom 05.06.2007 haben die Sachverständigen ua ausgeführt: Es obliege der Entscheidung des Krankenhausarztes, ob er eine Herzkatheteruntersuchung unmittelbar nach dem Herzinfarkt oder einige Tage später durchführe. Dies ändere nichts daran, dass es sich um einen Behandlungsfall handele. Bei einer Herzkatheteruntersuchung nach Herzinfarkt handele es sich um ein mit dem Aufnahmearlass (Herzinfarkt) unmittelbar verbundenes Geschehen und nicht um zwei unterschiedliche Anlässe bzw in sich abgeschlossene Behandlungsfälle. Es hätten keine medizinischen Gründe dagegen gesprochen, die Herzkatheteruntersuchung bereits während des ersten stationären Aufenthaltes durchzuführen, zumal die Versicherte beschwerdefrei gewesen sei. Es sei nicht nachvollziehbar, aus welchem Grunde die Beklagte die Versicherte zwischenzeitlich nach Hause entlassen habe. Dies entspreche keineswegs dem Standardvorgehen nach stattgehabtem Herzinfarkt mit Notwendigkeit einer Katheterabklärung.

Die Beklagte verweist demgegenüber auf eine Stellungnahme des Leitenden Oberarztes der Beklagten, Dr B., vom 06.07.2007, worin er ausführt: Die während des zweiten stationären Aufenthaltes durchgeführte Linksherzkatheterdiagnostik hätte allein eine prognostische Indikation gehabt. Deren Durchführung sei während des ersten stationären Aufenthaltes aus Sicht der behandelnden Ärzte unter Abwägung der verschiedenen Risiken nicht angezeigt gewesen und deshalb auf einen späteren Zeitpunkt angesetzt worden. Eine zwischenzeitliche Belassung der Versicherten in stationärer Behandlung sei nicht vertretbar gewesen.

In einer hierzu eingeholten weiteren ergänzenden Stellungnahme vom 31.08.2007 haben die gerichtlichen Sachverständigen darauf hingewiesen, dass es der ärztlichen Therapiefreiheit obliege, wann die Herzkatheterdiagnostik durchgeführt werde. Da sich die Gerinnungssituation nach einer Lyse-Therapie jedoch bereits nach kurzer Zeit wieder normalisiere, hätte die Linksherzkatheterdiagnostik nach 10 oder 15 Tagen innerhalb der üblichen Krankenhausverweildauer durchgeführt werden können. Hier liege vonseiten des Krankenhauses ein künstliches Fallsplitting vor.

Die Beklagte wendet sich weiterhin gegen die Fallzusammenführung und trägt vor: Wenn ein Patient wegen des gebesserten Zustandes keiner Krankenhausbehandlung mehr bedürfe und entlassen werde, aber weitere diagnostische Maßnahmen erforderlich seien, liege kein künstliches Fallsplitting vor. Diese Fallkonstellation falle nicht unter den Wortlaut der Abrechnungsbestimmungen nach § 2 KFPV 2004, so dass die Voraussetzungen für eine Fallzusammenführung hier nicht vorlägen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichtsakte, den der Verwaltungsakte der Klägerin und die beigezogenen Krankenakten, die sämtlich vorgelegen haben und ihrem wesentlichen Inhalt nach Gegenstand der mündlichen Verhandlung der Kammer gewesen sind, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Klage ist als allgemeine Leistungsklage nach [§ 54 Abs 5](#) des Sozialgerichtsgesetzes -SGG- unmittelbar zulässig, denn es geht auch bei einer auf Rückzahlung von Behandlungskosten für einen Versicherten gerichteten Klage einer Krankenkasse gegen ein Krankenhaus um einen so genannten Parteienstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt. Ein Vorverfahren war mithin nicht durchzuführen; die Einhaltung einer Klagefrist ist nicht geboten (vgl hierzu: Bundessozialgericht -BSG- in SozR 3-2500 [§ 39 SGB V](#) Nr 4; Urteil des BSG vom 13.05.2004, Az: [B 3 KR 18/03 R](#) mit weiteren Nachweisen).

Die Klage ist dem Grunde und der Höhe nach begründet. Der Klägerin steht der geltend gemachte Rückerstattungsanspruch in der geltend gemachten Höhe von 1734,74 EUR zu, denn hinsichtlich der hier streitbefangenen Krankenhausaufenthalte im November 2004 hat eine Fallzusammenführung zu erfolgen. Die Klageforderung ergibt sich aus dem Unterschiedsbetrag der von der Klägerin bereits erbrachten Zahlungen für die beiden Krankenhausaufenthalte und dem sich bei Zusammenfassung dieser Aufenthalte ergebenden Abrechnung nach der DRG F 41 B geschuldeten Entgelt. Die Rechtsgrundlage für den Rückzahlungsanspruch der Klägerin bildet ein öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch. Dieses aus den allgemeinen Grundsätzen des öffentlichen Rechts hergeleitete Rechtsinstitut setzt voraus, dass im

Rahmen eines öffentlichen Rechtsverhältnisses Leistungen ohne rechtlichen Grund erbracht oder sonstige rechtsgrundlose Vermögensverschiebungen vorgenommen worden sind. Ein öffentlich-rechtliches Rechtsverhältnis liegt hier vor, denn die Abrechnungsbeziehungen zwischen Krankenkasse und Krankenhaus sind öffentlich-rechtlich geprägt. Im Rahmen des öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruchs gelten ähnliche Grundsätze wie im Bürgerlichen Recht der ungerechtfertigten Bereicherung - §§ 812 ff BGB -, mit der der öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch zumindest insoweit vergleichbar ist, als beide Ansprüche als Ausdruck eines althergebrachten Rechtsgrundsatzes dem Ausgleich einer rechtsgrundlosen Vermögensverschiebung dienen. Diesbezüglich ist allgemein anerkannt, dass Leistungen zum Zwecke der Erfüllung einer Verbindlichkeit, die in Wirklichkeit nicht besteht, zurückgefordert werden können. Im vorliegenden Fall hat die Klägerin die ihr in Rechnung gestellten und bezahlten Kosten der stationären Aufenthalte ihrer Versicherten im Krankenhaus der Beklagten jedenfalls insoweit ohne Rechtsgrund geleistet als für diese Aufenthalte 2 DRG s abgerechnet worden sind. Was die Klageforderung angeht - ohne Rechtsgrund geleistet. Die Beklagte hat jedoch lediglich Anspruch auf das sich nach Fallzusammenführung nach der DRG F 41 B ergebende Entgelt, so dass die insoweit eingetretene Überzahlung auszugleichen ist. Im Rahmen des GKV-Gesundheitsreformgesetzes 2000 wurde die Einführung eines durchgängig leistungsorientierten und pauschalierten Entgeltsystems für die Vergütung von Krankenhausleistungen in § 17b KHG geregelt. In der Folgezeit haben die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Spitzenverbände der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung als zuständige Vertragspartner für die Einführung und Pflege des neuen Entgeltsystems vereinbart, die australischen DRG als Basis für die Entwicklung eines deutschen DRG-Systems zu verwenden. Nachdem in der Folgezeit keine Einigung hinsichtlich der weiteren Ausgestaltung des Systems erzielt werden konnte, gab das Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung in der KFPV die Abrechnungsbestimmungen für die DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelte sowie den Fallpauschalenkatalog vor. Jeder stationäre Behandlungsfall wird demnach einer DRG zugeordnet. DRG-Systeme sind Patientenklassifikationssysteme, die stationäre Behandlungsfälle unter ökonomischen und medizinischen Gesichtspunkten in Fallgruppen mit ähnlichem Erkrankungsspektrum einteilen. Die korrekte Kodierung von Diagnosen und Prozeduren ist Voraussetzung für die Zuordnung eines Datensatzes zu einer Fallpauschale. Das Gericht ist unter Berücksichtigung des Ergebnisses der im Klageverfahren von Amts wegen durchgeführten Begutachtung sowie der im Jahre 2004 geltenden Abrechnungsbestimmungen zu der Überzeugung gelangt, dass eine Zusammenführung der beiden stationären Krankenhausaufenthalte der Versicherten aus November 2004 zu einem Behandlungsfall zu erfolgen hat, so dass allein die DRG F 41 B abzurechnen ist. In diese Gruppe werden Patienten zugeteilt, die einen akuten Myocardinfarkt erlitten haben. Ein solcher wird als akut beschrieben, so lange er sich in einem Zeithorizont von maximal 28 Tagen nach Infarktgeschehen befindet. Die Fälle dieser Gruppe werden mit der Hauptdiagnose I 21.3 (akuter transmuraler Myocardinfarkt an nicht näher bezeichneter Lokalisation) verschlüsselt. Des Weiteren wird im Rahmen der Diagnostik eine Koronarangiographie durchgeführt, die mit dem OPS-Schlüssel I-275.2 zu verschlüsseln ist. Das Zuteilungskriterium der Basis-DRG F 41 sind somit die Hauptdiagnose und eine Prozedur. Die endgültige Zuteilung zur DRG F 41 A oder B erfolgt anhand der Bewertung der Nebendiagnosen durch die patientenbezogene klinische Komplexitätsstufe. Diese Bewertung hat bei der Versicherten zu einer Einstufung in die DRG F 41 B geführt, wobei dieser Code den zweithöchsten Ressourcenverbrauch kennzeichnet. Die von der Beklagte vorgenommene Abrechnung der DRG F 60 B für den ersten und der DRG F 41 B für den zweiten stationären Krankenhausaufenthalt führt hingegen zu einem aus Sicht des Gerichts unzulässigen Fallsplitting, denn insoweit wird ein Behandlungsfall iS des § 17b Abs 1 S 3 KHG willkürlich in zwei Behandlungsfälle aufgespalten, ohne dass hierfür eine tragfähige medizinische Begründung ersichtlich ist. Diese Verfahrensweise widerspricht auch den gesetzlichen Regelungen in § 17c Abs 1 Nr 2 u 3 KHG, denen zufolge der Krankenträger durch geeignete Maßnahmen darauf hinzuwirken hat, dass eine vorzeitige Verlegung oder Entlassung aus wirtschaftlichen Gründen unterbleibt und die Abrechnung der nach § 17b KHG vergüteten Krankenhaufälle ordnungsgemäß erfolgt. An den vorgenannten gesetzlichen Maßstäben und den darin zum Ausdruck kommenden Willen des Gesetzgebers haben sich auch die untergesetzlichen Vorschriften der KFPV 2004 messen zu lassen. Das Gericht sieht sich durch das Ergebnis des im Klageverfahren eingeholten Gutachtens zunächst darin bestätigt, dass im Hinblick auf die Behandlung des akuten Herzinfarktes und die nachfolgende weitergehende Diagnostik von einem einheitlichen Behandlungsfall iS des § 17b Abs 1 S 3 KHG auszugehen ist. Insoweit haben die gehörten Sachverständigen aus Sicht der Kammer überzeugend dargelegt, dass es sich bei der Behandlung des akuten Herzinfarktes und der daraufhin erfolgenden Herzkatheterdiagnostik um ein unmittelbar verbundenes Geschehen handelt und nicht um zwei unterschiedliche Aufnahmeanlässe bzw zwei in sich abgeschlossene Behandlungsfälle. Dies entnimmt das Gericht auch bereits daraus, dass schon während des ersten stationären Aufenthaltes feststand, dass die Notwendigkeit einer weitergehenden Diagnostik gegeben war und diese sich nicht erst nach Entlassung und sodann aufgetretener Beschwerdesymptomatik als erforderlich gezeigt hat. Vorliegend ergibt sich, dass bereits am 08. bzw 11.11.2004 eine Anmeldung zur Herzkatheteruntersuchung erfolgt ist. Diese Diagnostik ist von dem vorangegangenen Herzinfarktgeschehen, das sie erst erforderlich gemacht hat, nicht zu trennen und vermag keinen neuen Behandlungsfall, der gesondert abzurechnen wäre, zu begründen. Auch die Beklagte hat die beiden Aufenthalte in einem unter dem 04.01.2005 gefertigten Entlassungsbericht zusammengefasst. Überdies hätte die Herzkatheterdiagnostik auch schon während des ersten stationären Aufenthaltes vorgenommen werden können. Medizinische Gründe iS besonderer Risiken standen der zeitnahen Diagnostik mittels Herzkatheteruntersuchung hier nicht entgegen, worauf die Sachverständigen hingewiesen haben. Dem Gericht ist zudem aus einer Anzahl von Verfahren hinlänglich bekannt, dass Herzkatheteruntersuchungen häufig eingesetzt werden, um einen Herzinfarkt zu diagnostizieren und dessen Ausmaß festzustellen. Die medizinische Notwendigkeit, eine solche Untersuchung erst in einem nachfolgenden zweiten stationären Aufenthalt vorzunehmen, ist von daher nicht ersichtlich. Wann die Durchführung einer Herzkatheteruntersuchung letztlich geboten erscheint, obliegt zwar der Therapiefreiheit des behandelnden Arztes. Wenn er sich aber dafür entscheidet, diese erst im Rahmen eines zweiten stationären Aufenthaltes mit etwas größerem zeitlichen Abstand durchzuführen, führt dies indessen nicht dazu, dass in einem Fall wie dem vorliegenden zwei voneinander getrennte Behandlungsfälle abzurechnen sind. Gleiches gilt für den Fall, dass organisatorische oder Patientenwünsche die Durchführung einer solchen Untersuchung im Rahmen eines stationären Aufenthaltes verzögern. Jedenfalls so lange eine solche Untersuchung im Rahmen der üblichen Verweildauer hätte durchgeführt werden können, scheidet die Abrechnung eines zweiten Behandlungsfalles aus. Soweit die Beklagte vorträgt, die Versicherte sei zwischenzeitlich nicht mehr krankenhausbearbeitungsbedürftig gewesen und deshalb entlassen worden, führt dies zu keinem anderen Ergebnis. Die Entlassung aus stationärer Behandlung wegen fehlender stationärer Krankenhausbearbeitungsbedürftigkeit trägt den Vorgaben des § 39 SGB V Rechnung, hat aber nicht zwangsläufig zur Folge, dass der jeweilige Behandlungsfall als abgeschlossen anzusehen ist, wenn noch eine für erforderlich gehaltene Diagnostik aussteht. Wenngleich auch die Voraussetzungen für die Annahme einer Beurlaubung nach Maßgabe der Vorschriften des einschlägigen Landesvertrages hier nicht vorliegen und die entsprechenden Regelungen in der KFPV 2005 hier noch nicht anwendbar sein dürften, so handelt es sich dennoch auch nach Maßgabe des im Jahre 2004 geltenden Rechts um einen Behandlungsfall, der eine abrechnungstechnische Aufspaltung in zwei Behandlungsfälle nicht zulässt. Der hier gegebene Behandlungsfall, der durch einen akuten Myocardinfarkt sowie eine im Rahmen eines daran anschließenden zweiten stationären Aufenthaltes nachfolgende invasive Diagnostik mittels Herzkatheteruntersuchung gekennzeichnet ist, wird zutreffend mit der DRG F 41 B abgebildet.

Einer Fallzusammenführung stehen vorliegend auch nicht die in § 2 KFPV 2004 getroffenen Regelungen zur Wiederaufnahme in dasselbe

Krankenhaus entgegen. Zwar liegen die in § 2 Abs 1 - 3 KFPV 2004 im einzelnen geregelten Tatbestände, die eine Fallzusammenführung zur Folge haben, hier zumindest dem ausdrücklichen Wortlaut nach nicht vor. Denn die Versicherte ist nicht, wie in § 2 Abs 1 KFPV 2004 vorgesehen, innerhalb der oberen Grenzverweildauer, bemessen nach der Zahl der Kalendertage ab dem Aufnahmedatum des ersten unter diese Vorschrift zur Zusammenfassung fallenden Krankenhausaufenthalts, wieder aufgenommen worden und für die Wiederaufnahme ist auch keine Einstufung in dieselbe Basis-DRG vorgenommen worden, § 2 Abs 1 S 1 Nrn 1 u 2 KFPV 2004. Die Voraussetzungen für eine Zusammenfassung der Falldaten zu einem Fall und eine Neueinstufung in eine Fallpauschale nach § 2 Abs 2 S 1 Nrn 1 u 2 KFPV 2004 liegen ebenfalls ihrem Wortlaut nach nicht vor. Diese sind dann gegeben, wenn ein Patient oder eine Patientin innerhalb von 30 Tagen ab dem Aufnahmedatum des ersten unter diese Vorschrift zur Zusammenfassung fallenden Krankenhausaufenthalts wieder aufgenommen wird und innerhalb der gleichen Hauptdiagnosegruppe die zuvor abrechenbare Fallpauschale in die "medizinische Partition" oder die "andere Partition" und die anschließende Fallpauschale in die "operative Partition" einzugruppieren ist. Insoweit ist keine Wiederaufnahme in die gleiche Hauptdiagnosegruppe bei Fallgestaltungen, bei denen ein Fallsplitting von Diagnostik und nachfolgender Operation unterstellt werden kann, erfolgt. Es hat auch keine Wiederaufnahme wegen einer Komplikation in Zusammenhang mit der zuvor durchgeführten Behandlung vorgelegen. Es hat sich vielmehr bei dem zweiten stationären Aufenthalt um eine von vornherein geplante Wiederaufnahme zur weiteren abschließenden diagnostischen Abklärung und den daraus zu ziehenden therapeutischen Konsequenzen gehandelt. Dieser Fall ist der in § 2 Abs 2 S 1 Nr 2 KFPV 2004 geregelten Variante von seiner Interessenlage her durchaus vergleichbar. Anders als in dem dort beschriebenen Regelfall ist die Diagnostik hier allerdings auf Grund des Infarktgeschehens, das zunächst behandlungsbedürftig war, nicht vor der eigentlichen kausalen Behandlung, sondern erst danach zur weiteren Abklärung der Erkrankung erfolgt. Damit liegt eine Umkehrung des geregelten Sachverhaltes insoweit vor, als hier die Krankenbehandlung lediglich vorgezogen wurde, während die invasive Diagnostik nachgeschaltet ist. Dies kann bei der Abrechnung nicht dazu führen, dass allein auf Grund der zeitlichen Abfolge von Diagnostik und Behandlung zwei Behandlungsfälle entstehen. Das Gericht hält die in der KFPV 2004 ausdrücklich geregelten Fälle nur für eine beispielhafte Aufzählung, die nicht abschließend ist und die einer Gleichbehandlung gleichgelagerter Sachverhalte nicht entgegensteht. Dies entnimmt das Gericht aus den Ausführungen in der Amtlichen Begründung des Bundesministeriums für Gesundheit und soziale Sicherheit zum Referentenentwurf der KFPV 2004 zu Sinn und Zweck der Regelungen sowie der mit der Einführung der DRG verfolgten Zielsetzungen. Demzufolge sollen die Zusammenführungsregeln insbesondere verhindern, die Fallzahlen dadurch zu erhöhen, dass bisher in einem Krankenhausaufenthalt durchgeführte Behandlungen auf mehrere Aufenthalte aufgeteilt werden. Beispielhaft ist die Aufteilung in einen Aufenthalt für die Diagnostik und einen späteren Aufenthalt für eine elektive Operation genannt. Um solche Fehlentwicklungen zu vermeiden, sind die Regelungen für eine Zusammenlegung von zwei oder mehreren Aufenthalten zu einem Gesamtfall geschaffen worden. Dieser Zielsetzung ist auch vorliegend durch die Fallzusammenführung Geltung zu verschaffen, zumal es sich nicht um eine Behandlung im Rahmen einer sinnvollen Behandlungskette auf Grund eines Behandlungsschemas handelt, sondern um einen in zwei stationäre Aufenthalte aufgliederten Behandlungsfall. Bei dieser Sachlage ist eine Fallzusammenführung auch unabhängig vom Wortlaut der KFPV 2004 orientiert am Gesetzeszweck vorzunehmen. Soweit das Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherheit demgegenüber in den "Leitsätzen zur Anwendung der Wiederaufnahmeregelung nach § 2 KFPV 2004" die Auffassung vertreten hat, dass nach § 2 Abs 4 KFPV 2004 nur die Aufenthalte, die die in § 2 Abs 1 - 3 KFPV 2004 erfüllen, zusammenzufassen sind, vermag das Gericht dieser Auslegung aus den oben dargelegten Gründen nicht zu folgen. Insoweit ist das untergesetzliche Ordnungsrecht an den gesetzlichen Vorgaben in den §§ 17b Abs 3 S 1 und 17c Abs 1 Nr 2 KHG zu messen. In einem Fall wie dem vorliegenden führte die Trennung von therapeutischer Akutbehandlung und nachfolgender weiterführender Diagnostik aus Sicht des Gericht zu einer vom Gesetzgeber nicht gewollten Trennung eines einheitlichen medizinischen Behandlungsfalles. Der entgegenstehenden Rechtsauffassung des Bundesministeriums für Gesundheit und soziale Sicherheit kommt zudem für die Entscheidung des Einzelfalles kein rechtsverbindlicher Charakter zu.

Die Klage ist nach alledem unter dem Gesichtspunkt eines öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruchs in Höhe von 1734,74 EUR begründet. Gleiches gilt für den geltend gemachten Zinsanspruch in Höhe von 8 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz ab dem 11.08.2005. Der öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch ist dem zivilrechtlichen Bereicherungsanspruch lediglich in seinen tatbestandlichen Voraussetzungen vergleichbar, so dass die für die Abwicklung eines solchen Anspruchs aufgestellten Voraussetzungen nach dem BGB nicht zwangsläufig auch auf die weiteren Rechtsfolgen eines öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruchs zu übertragen sind. Wenngleich der Anspruch auf Herausgabe einer ungerechtfertigten Bereicherung nach [§ 812 Abs 1 BGB](#) zwar grundsätzlich nicht verzinslich ist, so gilt dies nach Auffassung des Gerichts nicht auch uneingeschränkt für die Nebenforderungen im Rahmen eines öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruchs. In einem solchen Sachverhalt ist vielmehr auf die allgemeinen Verzugsvorschriften des BGB in entsprechender Anwendung nach Maßgabe der in [§ 69 S 3](#) u 4 SGB V und [§ 61 S 2 SGB X](#) getroffenen ergänzenden Verweisungen Rückgriff zu nehmen. Das Gericht geht davon aus, dass für den hier gegebenen Fall des Verzuges mit einer berechtigten Rückforderung auf der Grundlage eines öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruchs der Anspruch auf Verzugszinsen nicht ausgeschlossen ist. Auf die Zinsregelung in § 15 Abs 1 des Landesvertrages kann hier nicht zurückgegriffen werden, da dieser ausschließlich die Vergütung der von den Krankenhäusern erbrachten Leistungen gegenüber den Krankenkassen regelt, jedoch keinerlei Regelungen zu Rückforderungsansprüchen im Falle einer ohne Rechtsgrund erbrachten Leistung enthält. Es besteht auch keine Veranlassung, die ausdrücklich für die Abrechnung von Vergütungsforderungen formulierten Regelungen entsprechend auf die Rückabwicklung anzuwenden, zumal die Vertragspartner diese in der Praxis nicht selten auftretende Fallkonstellation offenbar nicht regeln wollten. Es erscheint daher gerechtfertigt, sowohl hinsichtlich der Anspruchsgrundlage für den öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch als auch hinsichtlich der Nebenforderungen auf die im BGB getroffenen Regelungen Rückgriff zu nehmen, soweit diese mit der öffentlich-rechtlichen Natur der Leistungsbeziehungen der Beteiligten vereinbar sind. (Vgl hierzu: Urteil des Sozialgerichts Duisburg vom 27.06.2008, Az: [S 9 KR 185/07](#), nicht rechtskräftig) Liegt - wie hier - ein Zahlungsverzug eines Krankenhauses mit einer berechtigten Rückforderung vor, folgt daraus die Pflicht zum Ersatz des entstehenden Verzugschadens in analoger Anwendung der [§§ 286, 288 Abs 1 S 1 Abs 2 BGB](#) in der geltend gemachten Höhe. Die Beklagte war mit der Zahlung des Rückforderungsbetrages gemäß [§ 286 BGB](#) spätestens seit dem 11.08.2005 in Verzug. Gemäß [§ 288 Abs 2 BGB](#) beträgt der Verzugszinssatz bei Rechtsgeschäften, an den ein Verbraucher nicht beteiligt ist, für Entgeltforderungen 8 Prozentpunkte über dem Basiszinssatz. Da weder die klagende Krankenkasse noch das beklagte Krankenhaus Verbraucher iS des [§ 13 BGB](#) sind, unabhängig von der Frage, ob die Krankenkasse als Körperschaft des öffentlichen Rechts und das gemeinnützige Krankenhaus dem Unternehmerbegriff unterfallen oder nicht, fällt der in [§ 288 Abs 2 BGB](#) geregelte Zinssatz für den Rückzahlungsanspruch an.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) iVm [§ 154 Abs 1](#) der Verwaltungsgerichtsordnung -VwGO-.

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved
2011-07-26