

L 11 KR 2860/14

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
11
1. Instanz
SG Konstanz (BWB)
Aktenzeichen
S 2 KR 3733/11
Datum
12.06.2014
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 11 KR 2860/14
Datum
21.07.2015
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Konstanz vom 12.06.2014 wird zurückgewiesen.

Die Beklagte trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens.

Der Streitwert für das Berufungsverfahren wird auf 999,07 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Vergütung von zwei stationären Krankenhausbehandlungen.

Die Klägerin betreibt ein Krankenhaus in Ü ... Sie behandelte den bei der Beklagten Versicherten A. H. (im folgenden Versicherter) vom 11.06.2007 bis 15.06.2007 (Montag bis Freitag) auf der internistischen Station wegen Abklärungsbedürftigkeit von Inappetenz, Völlegefühl und Aufstoßen. Beim Versicherten waren am 06.06.2007 mittels eines Abdomen-CT multiple Leberzysten festgestellt worden, die im Rahmen des stationären Aufenthalts sonographisch und im CT bestätigt werden konnten. In der Magenspiegelung konnte eine Verdrängung des Magens durch eine große Leberzyste gesehen werden, wodurch die klinische Symptomatik erklärt werden konnte. Mit Rechnung vom 23.08.2007 rechnete die Klägerin die DRG H63B (Erkrankungen der Leber außer bösartige Neubildung, Leberzirrhose und bestimmte nichtinfektiöse Hepatitiden, mehr als ein Belegungstag, mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren oder schweren CC, Alter > 0 Jahre) mit einem Rechnungsbetrag iHv 2.475,77 EUR (inklusive eines Abzugs für Eigenbeteiligung iHv 50 EUR) ab.

Vom 17.06.2007 bis 29.06.2007 befand sich der Versicherte erneut zur stationären Behandlung im Klinikum der Klägerin auf der orthopädischen Station zur vorab geplanten Implantation einer bikondylären Endoprothese in das linke Kniegelenk. Diesbezüglich berechnete die Klägerin die DRG I44B (Implantation einer bikondylären Endoprothese oder andere Endoprothesenimplantation/-revision am Kniegelenk, ohne äußerst schwere CC) und stellte der Beklagten am 31.07.2007 6.114,18 EUR (inklusive eines Abzugs für Eigenbeteiligung iHv 130 EUR) in Rechnung.

Die Beklagte veranlasste eine Prüfung der Behandlungsfälle durch den MDK. Dr. H. vom MDK führte in seinen Gutachten vom 17.10.2007 aus, dass die abgerechneten DRGs bestätigt werden könnten. Bei rein formaler Betrachtung könnten die Fälle nicht zusammengeführt werden. Inhaltlich handle es sich jedoch, bei rein medizinischer Betrachtung, um einen durchgehenden Fall, weil sich in den vorliegenden Unterlagen kein Beleg dafür finde, dass die Entlassung aus der stationären Behandlung am 15.06.2007 aus medizinischen Gründen erforderlich gewesen sei, zumal schon die geplante Aufnahme in das Krankenhaus zur Durchführung einer Knie-endoprothesenversorgung vorgesehen gewesen sei für den 17.06.2007.

Mit Schreiben vom 25.10.2007 teilte die Beklagte der Klägerin mit, dass es sich bei den Behandlungsfällen bei rein medizinischer Betrachtung um einen durchgehenden Fall handle und deshalb um eine Stornierung und Zusammenführung zu einem Behandlungsfall gebeten werde.

Auf den Widerspruch der Klägerin (Schreiben vom 02.11.2007) nahm Dr. H. erneut Stellung. Er führte aus, dass eine Zusammenführung der beiden Behandlungsfälle zu einem Behandlungsfall nicht erfolgen könne. Inhaltlich liege jedoch unter Berücksichtigung der Berichte mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit ein durchgehender Behandlungsfall vor, bei welchem vermutlich zunächst eine internistische Untersuchung zur Klärung der OP-Fähigkeit erfolgen sollte und anschließend die OP durchgeführt worden sei. Warum zur Diagnostik einer Inappetenz bei fehlender klinischer Akutsymptomatik eine stationäre Durchführung der Diagnostik erforderlich gewesen sei, erschließe sich

aus den vorliegenden Unterlagen nicht und lasse daher die Annahme einer präoperativen internistischen Abklärung aller klinischer Erfahrung nach wahrscheinlich erscheinen. Es spreche nichts dagegen, den Versicherten vom 15.06.2007 bis 17.06.2007 zu beurlauben.

Mit Schreiben vom 13.07.2008 forderte die Beklagte die Klägerin auf, die Fälle zu stornieren und zu einem Behandlungsfall zusammenzuführen, da es sich um eine Wiederaufnahme handle und mit Schreiben vom 07.08.2008 machte sie eine Erstattung iHv 2.590,91 EUR gelten. Die Klägerin widersprach der Erstattung mit der Begründung, dass eine Beurlaubung nach § 13 des Landesvertrags gemäß [§ 112 Abs 2 Satz 1 Nr 1 SGB V](#) nicht zulässig gewesen sei. Die Beklagte errechnete einen fiktiven Rechnungsbetrag iHv 7.770,88 EUR unter der Annahme, dass vom 11.06.2007 bis 29.06.2007 ein einheitlicher Behandlungsfall vorgelegen habe und erklärte mit Schreiben vom 13.10.2011 die Verrechnung der Erstattungsforderung von verauslagten Vergütungsanteilen iHv 999,07 EUR gegen eine Forderung der Klägerin für die Behandlung eines anderen Versicherten.

Am 28.12.2011 hat die Klägerin Klage zum Sozialgericht Konstanz erhoben und den verrechneten Betrag nebst Zinsen von der Beklagten begehrt.

Das Sozialgericht hat ein Sachverständigengutachten nach Aktenlage von Dr. K. eingeholt. Der Gutachter hat ausgeführt, dass im vorliegenden Fall hinsichtlich der Behandlung des Versicherten nach den zum damaligen Zeitpunkt geltenden Bestimmungen keine Fallzusammenführung hätte erfolgen müssen.

Das Sozialgericht hat die Beklagte mit Urteil vom 12.06.2014 verurteilt, an die Klägerin einen Betrag von 999,07 EUR nebst Zinsen iHv 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 25.11.2011 zu bezahlen. Zur Begründung hat das Gericht ausgeführt, dass der Beklagten der von ihr eingewendete öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch nicht zustehe. Sie habe die Aufenthalte im Krankenhaus nicht ohne Rechtsgrund im geforderten Umfang vergütet. Eine Fallzusammenführung gemäß § 2 Abs 1 FPV 2007 sei nicht möglich gewesen, da bei Wiederaufnahme nicht dieselbe Basis-DRG anzunehmen gewesen sei. Auch seien die Aufenthalte nicht in dieselbe Hauptdiagnosegruppe einzuordnen gewesen. Es liege zudem keine Beurlaubung vor, da die erste stationäre Behandlung am 15.06.2007 abgeschlossen gewesen sei. Der Versicherte sei dann nicht mehr behandlungsbedürftig gewesen und habe entlassen werden können. Für einen Anspruch auf Krankenhausbehandlung gemäß [§ 39 SGB V](#) müsse durchgehend vollstationäre Behandlungsbedürftigkeit bestehen. Über die geregelten Sachverhalte hinaus könne eine Fallzusammenführung nicht erfolgen, auch wenn hier möglicherweise eine von der Klinik zumindest im Hinblick auf wirtschaftliche Gesichtspunkte absichtliche Entlassung wenige Tage vor der Operation erfolgt sei. Aus dem Wirtschaftlichkeitsgebot folge für die Krankenhäuser keine Fürsorgepflicht für die sparsame Mittelverwendung der Krankenkassen. Das Wirtschaftlichkeitsgebot verpflichtete ein Krankenhaus lediglich, innerhalb der gesetzlichen und vertraglichen Vorgaben wirtschaftlich zu handeln, nicht aber, darüber hinaus gegen eigene Interessen weitere Vorgaben aus Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkten aufzustellen. Der Anspruch sei auch nicht verjährt.

Gegen die der Beklagten am 23.06.2014 zugestellte Entscheidung hat diese am 08.07.2014 Berufung zum Landessozialgericht Baden-Württemberg eingelegt. Den tenorierten Betrag hat sie zwischenzeitlich an die Klägerin überwiesen.

Sie ist der Ansicht, dass die Klägerin das Wirtschaftlichkeitsgebot nicht beachtet habe und verweist auf die aktuelle Rechtsprechung des Bundessozialgerichts in den Verfahren [B 1 KR 62/12 R](#) und [B 1 KR 3/15 R](#).

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Konstanz vom 12.06.2014 aufzuheben und die Klägerin zur Erstattung iHv 999,07 EUR nebst 5 Prozentpunkten Zinsen über dem Basiszinssatz seit dem 26.06.2014 verurteilen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Die Beteiligten haben ihr Einverständnis mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung erklärt.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Prozessakten erster und zweiter Instanz, sowie die Verwaltungsakte der Beklagten verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die nach den [§§ 143, 144, 151 Abs 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) form- und fristgerecht eingelegte Berufung der Klägerin, über die der Senat mit dem Einverständnis der Beteiligten ohne mündliche Verhandlung entscheidet, ist statthaft und zulässig, in der Sache jedoch nicht begründet.

Das Sozialgericht hat die Beklagte zu Recht verurteilt, den verrechneten Erstattungsbetrag zu zahlen. Die Klägerin erwarb zwei Ansprüche auf Vergütung für die stationäre Behandlung des Versicherten wegen gastrointestinaler Symptome (11.06.2007 bis 15.06.2007) und wegen Knie-TEP-Implantation (17.06.2007 bis 29.06.2007). Die mit der erhobenen Leistungsklage gem [§ 54 Abs 5 SGG](#) verfolgten Vergütungsansprüche der Klägerin aus einer späteren Krankenhausbehandlung betreffend einen anderen Versicherten der Beklagten sind unstreitig. Die Beklagte hat zu Unrecht 999,07 EUR im Wege der Verrechnung geltend gemacht. Ihr steht kein öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch zu.

Der öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch setzt unter anderem voraus, dass der Berechtigte im Rahmen eines öffentlichen Rechtsverhältnisses Leistungen ohne rechtlichen Grund erbracht hat (BSG 28.09.2010, [B 1 KR 4/10 R](#)). Die Beklagte hat aber die Aufenthalte des Versicherten im Krankenhaus der Klägerin nicht ohne Rechtsgrund im geforderten Umfang vergütet. Denn die Vergütungsansprüche der Klägerin standen ihr in der Höhe zu, in der sie in Rechnung gestellt worden und von der Beklagten auch ursprünlich bezahlt worden sind.

Rechtsgrundlage des Vergütungsanspruchs ist [§ 109 Abs 4 S 3 SGB V](#) iVm § 7 S 1 Nr 1 KHEntG in der Fassung vom 15.12.2004, der Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2007 (FPV 2007) sowie § 17b KHG in der Fassung vom 26.3.2007 und des am 01.01.2006 in Kraft getretenen Krankenhausbehandlungsvertrages nach [§ 112 Abs 2 Nr 1 SGB V](#) für das Land Baden-Württemberg.

Unstreitig rechnete die Klägerin - eine wirtschaftliche Behandlung unterstellt - die Fallpauschalen für beide stationären Aufenthalte mit DRG H63B und DRG I44B korrekt ab. Darauf hat nicht zuletzt der Gutachter Dr. K. hingewiesen. Dies wird aber auch von der Beklagten nicht bezweifelt.

Entgegen der Ansicht der Beklagten ergibt sich eine Reduzierung der Vergütungsansprüche weder aus einer gebotenen Fallzusammenführung oder den Regeln zur Beurlaubung, noch aus dem Wirtschaftlichkeitsgebot.

Die Voraussetzungen einer abrechnungstechnisch gebotenen Fallzusammenführung gem § 2 Abs 1 FPV 2007 (siehe auch BSG, 01.07.2014, B 1 KR 62/12R) sind nicht erfüllt, da bei tatsächlich zutreffender Betrachtung weder dieselbe Basis-DRG noch die gleiche Hauptdiagnosegruppe vorliegt und auch keine Wiederaufnahme wegen einer Komplikation im Zusammenhang mit der durchgeführten ersten Leistung erfolgt ist. Die zweite Aufnahme beruhte nicht auf einer Folge der medizinischen internistischen Behandlung sondern vielmehr zur Durchführung der Knie-OP. Auf das Fehlen der formalen Voraussetzungen zur Fallzusammenführung hat bereits der MDK hingewiesen. Auch wird dies von der Beklagten im Berufungsverfahren nicht mehr vorgebracht.

Es liegt auch keine Beurlaubung vor, die dazu führen würde, dass von einem einheitlichen Behandlungsfall auszugehen wäre. Von einer Beurlaubung ist gem § 1 Abs 7 S 3 FPV 2007 nur dann auszugehen, wenn ein Patient mit Zustimmung des behandelnden Krankenhausarztes die Krankenhausbehandlung zeitlich befristet unterbricht, die stationäre Behandlung jedoch noch nicht abgeschlossen ist. Nach den schlüssigen und überzeugenden Ausführungen des Gutachters Dr. K., die sich der Senat zu eigen macht, war jedoch die Abklärung der internistischen Gesundheitsstörungen am 15.06.2007 abgeschlossen. Dann kommt eine Unterbrechung nicht mehr in Betracht. Im Übrigen liegen die Voraussetzungen für eine Beurlaubung aus § 13 des Krankenhausbehandlungsvertrages nach [§ 112 Abs 2 Nr 1 SGB V](#) nicht vor, da die Entlassung am 15.06.2007 nicht zur Erledigung unaufschiebbarer persönlicher Angelegenheiten des Versicherten erfolgte, kein therapeutischer Grund vorlag bzw die Verweildauer zwei Monate nicht erreichte. Nach dieser Vereinbarung ist eine Beurlaubung zudem grundsätzlich nicht vorgesehen, mit Ausnahme der bereits genannten Gründe.

Auch das Wirtschaftlichkeitsgebot steht ihm hier streitgegenständlichen Einzelfall der von der Klägerin abgerechneten Vergütung nicht entgegen, denn es liegt zur Überzeugung des Senats kein Verstoß gegen das Wirtschaftlichkeitsgebotes vor.

Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts, der sich der Senat anschließt, hat ein Krankenhausträger lediglich Anspruch auf die Vergütung, die bei fiktivem wirtschaftlichen Alternativverhalten angefallen wäre, wenn er Versicherte in nichtwirtschaftlicher Weise behandelt. Ein Krankenhaus hat nämlich stets, auch bei der Vergütung der Krankenhausbehandlung durch Fallpauschalen, einen Vergütungsanspruch gegen einen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung nur für eine erforderliche, wirtschaftliche Krankenhausbehandlung (BSG 01.07.2014, [B 1 KR 62/12 R](#) mwN; BSG 10.03.2015, [B 1 KR 3/15 R](#); Noftz in Hauck/Noftz, SGB, [§ 39 SGB V](#), Rn. 158). Der Nachweis der Wirtschaftlichkeit erfordert, dass bei Existenz verschiedener gleich zweckmäßiger und notwendiger Behandlungsmöglichkeiten die Kosten für den gleichen zu erwartenden Erfolg geringer oder zumindest nicht höher sind. Deshalb muss ein Krankenhausträger nach diesen Grundsätzen bei Behandlung der Versicherten prüfen, ob verschiedene gleich zweckmäßige und notwendige Behandlungsmöglichkeiten bestehen.

Der hier zu entscheidende Sachverhalt weicht jedoch von den Sachverhalten ab, die Grundlage für die Entscheidungen des Bundessozialgerichts vom 01.07.2014 und 10.03.2015 (BSG aaO) waren. Im Verfahren [B 1 KR 62/12 R](#) wurde bindend festgestellt, dass eine Versicherte bereits bei Beginn der ersten stationären Behandlung (akuter Herzinfarkt) die weitere stationäre Behandlung (Linksherzkatheteruntersuchung und Koronarangiographie) bedurfte. Es handelte sich demnach um dieselbe Gesundheitsstörung, die mehrerer Behandlungen bedurfte. Im Verfahren [B 1 KR 3/15 R](#) handelte es sich um eine Krebserkrankung, die in zwei stationären Aufenthalten hintereinander behandelt worden ist. In beiden Fällen gab es erhebliche Anhaltspunkte dafür, dass bei Beginn der ersten stationären Behandlung bereits alternativ so hätte geplant werden können, dass nur eine einheitliche Behandlung stattfinden hätte müssen. Im vorliegenden Fall jedoch fanden die stationären Behandlungen jeweils für völlig voneinander unabhängige Gesundheitsstörungen statt. Die erste Behandlung vom 11.06.2007 bis 15.06.2007 diente der Abklärung von konkret bestehenden internistischen Beschwerden. Die zweite Behandlung vom 17.06.2007 bis 29.06.2007 war bereits länger geplant und hatte die Knie-OP zum Inhalt.

Dass der erste stationäre Aufenthalt ausschließlich zur Abklärung der OP-Fähigkeit diene, ist nicht belegt. Zwar hat der MDK die Vermutung geäußert, dass der erste Aufenthalt nur der internistischen Abklärung der Operationsfähigkeit diene; auf bloße Vermutungen kann sich der Senat jedoch nicht stützen. Die Beklagte hat auch nie bestritten, dass eine stationäre internistische Behandlung tatsächlich erforderlich war. Zwar zwingt das Wirtschaftlichkeitsgebot Krankenhäuser bereits bei der Behandlungsplanung dazu, die Möglichkeit wirtschaftlichen Alternativverhaltens zu prüfen und gegebenenfalls zu nutzen (BSG aaO), jedoch kann dies nach Auffassung des Senats nur gelten, wenn Behandlungen für zusammenhängende Gesundheitsstörungen oder ausschließlich für Voruntersuchungen erforderlich sind. So liegt der Fall hier nicht.

Auch das Argument des MDK, es lasse sich kein Beleg dafür lasse, dass die Entlassung aus der stationären Behandlung am 15.06.2007 aus medizinischen Gründen erforderlich gewesen sei, vermag nicht zu überzeugen. Eine solche "Umkehrung der Erforderlichkeit" ist nicht zulässig. Denn vielmehr erfordert im Regelfall der Abschluss einer Behandlung die Entlassung aus dem Krankenhaus.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) iVm [§ 154 Abs 2 VwGO](#).

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor ([§ 160 Nr 1 und 2 SGG](#)).

Die Festsetzung des Streitwerts beruht auf [§ 197a Abs 1 S 1 SGG](#) iVm [§§ 63 Abs 2 S 1](#), [52 Abs. 1](#) und 3, [47 GKG](#).
Rechtskraft

Aus
Login
BWB
Saved
2015-07-29