

## L 2 KN 230/05 KR

Land  
Nordrhein-Westfalen  
Sozialgericht  
LSG Nordrhein-Westfalen  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung  
2  
1. Instanz  
SG Dortmund (NRW)  
Aktenzeichen  
S 24 (31) KN 4/03 KR  
Datum  
28.10.2005  
2. Instanz  
LSG Nordrhein-Westfalen  
Aktenzeichen  
L 2 KN 230/05 KR  
Datum  
06.12.2007  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
-  
Datum  
-  
Kategorie  
Urteil

Die Berufungen der Beklagten und der Beigeladenen gegen das Urteil des Sozialgerichts Dortmund vom 28.10.2005 werden zurückgewiesen. Die Beklagte und die Beigeladene tragen die Kosten des Berufungsverfahrens jeweils zur Hälfte. Die Revision wird nicht zugelassen. Der Streitwert wird für das Berufungsverfahren auf EUR 3.693,41 festgesetzt.

Tatbestand:

Streitig ist die Erstattung bereits gezahlter Krankenhausvergütung.

Die 1915 geborene, bei der Klägerin gegen Krankheit versicherte X C aus E zog sich am 12.1.1999 bei einem Sturz eine subtrochantäre Oberschenkelhalsfraktur rechts zu. Sie wurde anschließend bis zum 26.1.1999 in der Unfallklinik der Städtischen Kliniken E, einem von der Beigeladenen getragenen Krankenhaus, stationär behandelt. Am 20.1. erfolgten eine eingehende Besprechung mit den Angehörigen über das weitere Procedere sowie eine Rückfrage im von der Beklagten getragenen I-hospital E wegen einer weiteren stationären Betreuung dort. Am 23.1. wurde mit dem I-hospital verabredet, dass die Übernahme am 26.1. erfolgen solle. Am 25.1. erfolgte eine nochmalige Rücksprache mit den Angehörigen, diese wünschten eine Verlegung ins I-hospital. Am 26.1. erfolgte die "Verlegung der Patienten zur weiteren stationären Therapie ins I-hospital". Im an das I-hospital gerichteten Behandlungsbericht des Prof. Dr. M heißt es ua: "Wir verlegten Frau C. am 26.1.1999 zur weiteren krankengymnastischen Mobilisation in Ihre Klinik. Eine Vollbelastung des rechten Beins ist möglich. [ ...] Wir bedanken uns für die prompte Übernahme." Im I-hospital wurde die Versicherte vom 26.1. bis 22.2.1999 stationär behandelt. Das I-hospital berichtete an den Hausarzt, die blinde Patientin sei zur weiteren Mobilisation am 26.1.1999 in die weitere stationäre Therapie gekommen. Aufgrund einer starken Ängstlichkeit sei die Mobilisation nur eingeschränkt möglich gewesen. Eine weitere häusliche Krankengymnastik sei sicherlich sinnvoll (Behandlungsbericht Chefarzt PD Dr. W vom 28.3.1999).

Die Beigeladene rechnete die Fallpauschale (FP) 17.04 ab (Rechnung vom 17.2.1999), die Beklagte rechnete 27 Basispflegesätze und 27 Abteilungspflegesätze "Innere Medizin" ab (Rechnung vom 23.2.1999 über 12.189,96 DM ). Die Klägerin beglich beide Rechnungen. Nach einer inneren Revision im Frühjahr 2000 forderte sie von den an die Beklagte gezahlten 12.189,96 DM einen Teilbetrag von 7.223,68 DM zurück, weil durch das verlegende Krankenhaus die Fallpauschale 17.04 abgerechnet worden sei; da die Verlegung innerhalb der Grenzverweildauer (GVD) von 31 Tagen stattgefunden habe, und es sich hier um den Tatbestand einer auf Dauer angelegten Zusammenarbeit handele, habe innerhalb der GVD von 31 Tagen - hier also bis zum 11.02.1999 - daneben nicht mit Basis- bzw. Abteilungspflegesätzen abgerechnet werden dürfen (Schreiben vom 16.6.2000). Die Beklagte erwiderte, die Versicherte sei bei ihr wegen arterieller Hypertonie, Diabetes mellitus und Demenz aufgenommen und behandelt worden. Dabei handele es sich um Erkrankungen, die für die GVD keine Rolle spielten; es bestehe keine Kooperation mit dem verlegenden Krankenhaus (Schreiben vom 31.7.2000 und 28.9.2000). Die Klägerin ging von einer durchgehenden Behandlung und einer Kooperation der beiden Krankenhäuser aus und verrechnete im Jahre 2001 ihre Forderung mit - unstreitigen - Zahlungsansprüchen der Beklagten.

Im Juli 2002 machte die Beklagte darauf aufmerksam, dass die Klägerin nicht die im Landesvertrag vorgesehene Beanstandungsfrist gewahrt habe, und verlangte die Nachzahlung des verrechneten Betrages (Schreiben vom 31.7.2002). Die Klägerin zahlte den Betrag nicht, weil der streitige Anspruch jedenfalls materiell nicht bestehe (Schreiben vom 6.12.2002).

Die Beklagte hat am 10.1.2003 Zahlungsklage zum Sozialgericht (SG) Dortmund erhoben. Sie sei berechtigt gewesen, für den gesamten Zeitraum über Basis- und Abteilungspflegesätze abzurechnen. Die Klägerin habe zunächst gezahlt, dann jedoch einen Erstattungsanspruch geltend gemacht und diesen mit unstreitigen Gegenforderungen verrechnet. Tatsächlich liege keine auf Dauer angelegte Zusammenarbeit zwischen der Unfallchirurgie der Städtischen Kliniken E und der Geriatrie des I-hospitals vor. Das Gesetz verlange, dass sich eine solche auf

Dauer angelegte Zusammenarbeit bei Abrechnungen mit Fallpauschalen ergeben müsse. Insoweit hätten jedoch nur wenige Verlegungen stattgefunden, so dass von einer auf Dauer angelegten Zusammenarbeit nicht die Rede sein könne. Überdies habe die Klägerin das im Landesvertrag geregelte Aufrechnungsverbot nicht beachtet.

Die Klägerin hat den streitigen Betrag zurückgezahlt und insoweit Widerklage erhoben. Sie hat geltend gemacht, die Fallpauschale 17.04 sei zwischen beiden Krankenhäusern nach § 14 Abs 11 der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) aufzuteilen. Es sei jedenfalls von einer Zusammenarbeit aufgrund konkludenten Handelns auszugehen. Eine solche sei anzunehmen, wenn eine Anzahl von Patienten pro Jahr pro Fachgebiet von der einen in die andere Klinik verlegt wird. Nachdem sie die streitige Restzahlung wegen des landesvertraglich geregelten Aufrechnungsverbotes wieder angewiesen hatte, hat die Klägerin vorgetragen, dass die (ursprüngliche) Bezahlung ohne Rechtsgrund erfolgt sei. Sie hat eine Liste von insgesamt 23 Fällen vorgelegt, aus der sich ergeben soll, dass eine ganze Reihe von bei ihr versicherten Patienten von der Unfallklinik der Städtischen Kliniken in das I-hospital verlegt worden sind. Dabei sei zu berücksichtigen, dass der Belegungsanteil der Klägerin im I-hospital nur 16,3 % betrage. Es sei nicht entscheidend, ob es sich bei den Verlegungsfällen um solche handele, die nach Fallpauschalen abzurechnen seien.

Das SG hat Klage und Widerklage getrennt (Beschluss vom 9.3.2004) und, nachdem die Beteiligten das (ursprüngliche) Klageverfahren für erledigt erklärt hatten, den Rechtsstreit über die (Wider-) Klage fortgeführt und die Städtische Kliniken E gmbH notwendig zum Verfahren beigeladen (Beschluss vom 4.11.2004).

Die Klägerin hat beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, an sie 3.693,41 EUR nebst Zinsen in Höhe von 2 % über den Basiszinssatz der Europäischen Zentralbank seit dem 19.12.2003 zu zahlen.

Die Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Die Beigeladene hat vorgetragen, die jeweiligen Verlegungen erfolgten im Einzelfall nach individueller ärztlicher Prüfung, eine auf Dauer angelegte Zusammenarbeit mit dem Krankenhaus der Beklagten bestehe nicht, und sich dem Antrag der Beklagten angeschlossen.

Das SG hat die Beklagte antragsgemäß verurteilt: Zwischen beiden Krankenhäusern liege jedenfalls eine konkludente Zusammenarbeit vor; diese müsse sich nicht allein aus Abrechnungsfällen über Fallpauschalen ergeben (Urteil vom 28.10.2005).

Dagegen haben die Beklagte und die Beigeladene Berufung eingelegt und ausgeführt: Es liege keine vereinbarte planmäßige und damit keine auf Dauer angelegte Zusammenarbeit vor. Aus der von der Klägerin vorgelegten Verlegungsliste ergebe sich, dass nur elf Verlegungen die Chirurgie betrafen, davon seien nur 3 mit Fallpauschalen abgerechnet worden. Dies genüge nicht für die Annahme einer auf Dauer angelegten Zusammenarbeit. Tatsächlich bedürfe eine Verlegung von dem einen in das andere Krankenhaus immer der Absprache im Einzelfall. Für eine auf Dauer angelegte Zusammenarbeit sei aber eine vertragliche Vereinbarung (schriftlich oder mündlich) erforderlich.

Die Beklagte und die Beigeladene beantragen,

das Urteil des Sozialgerichts Dortmund vom 28.10.2005 zu ändern und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufungen zurückweisen.

Für die Annahme einer auf Dauer angelegten Zusammenarbeit genüge eine faktische Zusammenarbeit, eine ausdrückliche Absprache sei nicht erforderlich. Die Zusammenarbeit müsse sich auch nicht auf Fälle beziehen, die mit einer Fallpauschale abgerechnet würden. Bei der hier nachgewiesenen Verlegungsquote spreche der Beweis des ersten Anscheins dafür, dass es sich hier um eine solche Zusammenarbeit handele. Die Beweisaufnahme habe dies bestätigt.

Der Senat hat den Sohn der Versicherten X1 C und den damals im Krankenhaus der Beigeladenen behandelnden Assistenzarzt und jetzigen Oberarzt Orthopäde und Unfallchirurg Dr. M als Zeugen vernommen. Wegen des Inhalts ihrer Aussagen wird auf die Sitzungsniederschrift vom 1.2.2007 Bezug genommen.

Wegen der Einzelheiten des Sach- und Streitstands nimmt der Senat auf den Inhalt der Gerichtsakten sowie der beigezogenen Akten der Beteiligten Bezug, die sämtlich Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind.

Entscheidungsgründe:

Die Berufungen sind unbegründet. Zu Recht hat das SG die Beklagte für verpflichtet gehalten, der Klägerin 3.693,41 EUR nebst Zinsen zu erstatten.

Bei einer auf Rückzahlung zu Unrecht geleisteter Behandlungskosten gerichteten Klage einer Krankenkasse gegen den Träger eines Krankenhauses handelt es sich - wie bei der Zahlungsklage des Trägers gegen die Krankenkasse - um einen Parteienstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt (ständige Rechtsprechung des BSG zur Zahlungsklage des Krankenhausträgers seit [BSGE 86, 166](#), 167f=[SozR 3-2500 § 112 Nr. 1](#); BSG [SozR 4-2500 § 109 Nr 1](#)). Ein solche Klage ist als allgemeine Leistungsklage statthaft ([§ 54 Abs 5 SGG](#)), so dass ein Vorverfahren nicht durchzuführen und die Einhaltung einer Klagefrist nicht geboten war.

Der geltend gemachte Anspruch ist als öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch begründet.

Beim öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch handelt es sich um ein übergesetzliches, eigenständiges, materiell-rechtliches Rechtsinstitut, das im Bereich des öffentlichen Rechts dazu dient, eine mit der Rechtslage nicht übereinstimmende Vermögenslage auszugleichen. Er ist im allgemeinen Verwaltungsrecht entwickelt worden und gilt gleichermaßen im Sozialrecht, wo er z.B. in [§§ 50, 102 ff](#) Zehntes Buch Sozialgesetzbuch, 42 Abs 2 Satz 2 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I), aber auch in [§ 118 Abs 4 Satz 1](#) Sechstes Buch Sozialgesetzbuch und [§ 96 Abs 4 Satz 1](#) Siebtes Buch Sozialgesetzbuch spezialgesetzliche Ausprägungen erfahren hat (vgl BSG USK 8447 und 8663; BSG SozR - 2500 § 85 Nr 3; [BSG 80, 1 ff](#) = [SozR 3 - 5545 § 19 Nr 2](#); [BSGE 82, 239 ff](#) = [SozR 3 - 2600 § 118 Nr 3](#); siehe auch bereits [BSGE 14, 59 ff](#) = SozR Nr 1 zu § 14 BVG; BSG SozR Nr 21 zu § 29 RVO und BSG SozR 2200 § 1301 Nr 9 = USK 78169). Dieser allgemeine öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch ist gegeben, wenn im Rahmen eines öffentlich-rechtlichen Rechtsverhältnisses Leistungen ohne rechtlichen Grund erbracht worden oder sonstige rechtsgrundlose Vermögensverschiebungen vorgenommen worden sind (BSG SozR 2200 § 368 f Nr 11; [BSGE 69, 158 ff](#) = [SozR 3 - 1300 § 113 Nr 1](#) mWN; BSG [SozR 3 - 2500 § 85 Nr 3](#)). Zwischen den Beteiligten besteht ein öffentlich-rechtliches Rechtsverhältnis. Es geht nämlich um die Erstattung von Leistungen, die die Beklagte auf der Grundlage von [§ 109](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) iVm mit dem damals maßgeblichen Vertrag nach [§ 112 Abs 2 Nr 1 SGB V](#) - Allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung - vom 6.12.1996 (im Folgenden: Vertrag), in Kraft getreten zum 1.1.1997 (§ 19 Abs 1 Vertrag) erbracht hat. Den öffentlich-rechtlichen Charakter dieses Leistungsverhältnisses hat der Gesetzgeber durch [§ 69 Satz 2 SGB V](#) idF des Artikel 1 Nr 26 GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 vom 20.12.1999 ([BGBl I, S 2626ff](#)) ausdrücklich klargestellt (vgl zu alledem Urteil des Senats vom 23. September 2004, Az [L 2 KR 13/04](#), und nachgehend BSG [SozR 4-1500 § 92 Nr 3](#)).

In Höhe des streitigen Betrags hat die Klägerin die Rechnung der Beklagten vom 23.2.1999 ohne Rechtsgrund bezahlt. Ein vertraglicher Zahlungsanspruch der Beklagten wegen für die Klägerin an die Versicherte erbrachter Leistungen besteht insoweit nicht. Die Beklagte durfte nach dem 1999 geltenden Recht für den hier streitigen Zeitraum vom 26.1. bis 11.2.1999 nicht mit tagesgleichen Abteilungs- oder Basispflegesätzen - abrechnen. Die im streitigen Zeitraum erbrachten Leistungen hat die Klägerin vielmehr bereits durch die an die Beigeladene gezahlte FP 17.04 (mit)vergütet. Die Beklagte muss sich als nachbehandelnder Krankenträger, der mit dem vorbehandelnden Krankenhaus zusammenarbeitet, mit diesem die FP teilen, so dass sie keine weitere Vergütung von der Beklagten verlangen kann. Die FP ist nach Maßgabe des § 14 Abs 11 Bundespflegesatzverordnung (BpflV) in der vom 1.1.1998 bis zum 31.12.1999 geltenden Fassung (eingefügt durch Art 1 Nr 9 Buchstabe h der Verordnung vom 9.12.1997, [BGBl I, 2874](#); im Folgenden: alte Fassung -aF-) zwischen der Beklagten und der Beigeladenen aufzuteilen.

§ 14 Abs 11 Sätze 1 und 2 BpflV aF lauten: "Werden die mit einer Fallpauschalen vergüteten Leistungen von mehreren Krankenhäusern im Rahmen einer auf Dauer angelegten Zusammenarbeit erbracht und der Patient verlegt, wird die Fallpauschale von dem Krankenhaus berechnet, das die für Fallpauschale maßgebende Behandlung erbracht hat; der Abschluss eines Vertrages ist nicht erforderlich. Die Grenzverweildauer gilt entsprechend für die Gesamtverweildauer des Patienten in beiden Krankenhäusern." Zu Recht ist das SG davon ausgegangen, dass die Voraussetzungen des § 14 Abs. 11 Satz 1 BpflV aF erfüllt sind. Die mit der FP 17.04 vergüteten Leistungen sind wegen der Verlegung der Versicherten von mehreren Krankenhäusern erbracht worden sind; dabei hat das Krankenhaus der Beigeladenen die Hauptleistung erbracht und deshalb zu Recht die dafür vorgesehene FP berechnet. Diese gemeinsame Leistungserbringung erfolgte auch im Rahmen einer auf Dauer angelegten Zusammenarbeit.

Die stationäre Krankenhausbehandlung der Versicherten vom 12.1.-22.2.1999 stellt eine einheitliche, iS des [§ 39 Abs 1 SGB V](#) erforderliche stationäre Krankenhausbehandlung wegen einer subtrochantärem Oberschenkelhalsfraktur dar. Dabei hat das Krankenhaus der Beigeladenen als Hauptleistung die (operative) Erstversorgung der Versicherten mit einem proximalen Femurnagel und die postoperative Nachbehandlung einschließlich einer ersten Mobilisierung übernommen. Bei der Oberschenkeloperation und ihrer Weiterbehandlung hat es sich um die Hauptleistung des Krankenhauses gehandelt (§ 14 Abs 4 Satz 1, Abs 5 Satz 1 Nr 2 BpflV). Die Hauptleistung des Krankenhauses bleibt bestimmend für die Abrechnung des gesamten Behandlungsfalls. Sie ändert sich selbst dadurch nicht, dass im Laufe der Behandlung zunächst im Hintergrund stehende Erkrankungen mit zunehmender Verweildauer und Abklingen der Folgen der Haupterkrankung in den Vordergrund treten (BSG [SozR 4-5565 § 14 Nr 9](#)). Einer Verlängerung des Krankenhausaufenthaltes durch bestehende Co-Morbiditäten oder aufgetretene Komplikationen wird allein dadurch Rechnung getragen, dass nach Ablauf der jeweiligen Grenzverweildauer tagesgleiche Pflegesätze abgerechnet werden dürfen (§ 14 Abs 7 BpflV). So liegt der Fall hier. Die Versicherte ist während der Mobilisierungsphase (relativ früh, noch vor der Hälfte der GVD!) in das Krankenhaus der Beklagten verlegt worden, da wegen der Multimorbidität die Mobilisierung erschwert war und durch das insoweit besser geschulte Fachpersonal der Abteilung für Innere Medizin/Geriatrie des Krankenhauses der Beklagten fortgeführt werden sollte. Dieser Behandlungsverlauf lässt sich mit der erforderlichen Sicherheit den beigezogenen Behandlungsunterlagen, aber auch der Aussage des Zeugen Dr. M entnehmen. Er wird - soweit ersichtlich - auch von den Beteiligten nicht (mehr) in Zweifel gezogen. Soweit die Beklagte zunächst eingewandt hatte, die Behandlung der Versicherten sei in ihrem Krankenhaus aufgrund anderer, internistischer Diagnosen erfolgt, ist dieser Einwand durch die Beweisaufnahme widerlegt. Selbst wenn sich im Verlaufe der Behandlung der Schwerpunkt verschoben haben sollte, weil die Nebendiagnosen maßgebliche Ursache für die Erschwerung der Mobilisation und damit für die Verlegung der Versicherten geworden sind, ist dies nach dem zuvor Gesagten für die Abrechnung des Behandlungsfalls ohne Belang (vgl BSG. aaO).

Die Aussage des Zeugen C bietet keine Veranlassung, der Überlegung näher zu treten, ab dem 26.1.1999 oder einem späteren Zeitpunkt sei stationäre Krankenhausbehandlung iS von [§§ 27 Abs 1 Satz 2 Nr 5, 39 Abs 1 SGB V](#) nicht mehr erforderlich gewesen, stattdessen sei in der Folge lediglich noch medizinische Rehabilitation iS von [§§ 27 Abs 1 Satz 2 Nr 6, 40 SGB V](#) geboten gewesen. Wenn in den Gesprächen zwischen Angehörigen der Versicherten und Bediensteten der Unfallklinik der Beigeladenen auch von "Rehabilitation" die Rede war, so steht nach den aktenkundigen ärztlichen Äußerungen doch außer Zweifel, dass damit die stationäre Weiterbehandlung iS der (weiteren) Mobilisierung gemeint gewesen ist. Zu Recht hat die Klägerin deshalb ihre generelle Vergütungspflicht für die von der Beklagten erbrachten Leistungen der Krankenhausbehandlung nicht in Zweifel gezogen.

Die Leistungen wurden im vorliegenden Behandlungsfall von den beteiligten Krankenhäusern auch im Rahmen einer auf Dauer angelegten Zusammenarbeit erbracht. Nach Wortlaut, Entstehungsgeschichte, Systematik und Sinn und Zweck der Norm erfordert eine auf Dauer angelegte Zusammenarbeit keine Mindestzahl von Verlegungsfällen und auch keine schriftliche oder mündliche Vereinbarung oder Absprache, sondern nur ein (uU stillschweigendes) Zusammenwirken. Es genügt bereits, wenn sich bei objektiver Betrachtung Tatsachen feststellen lassen, die den Schluss zulassen, es handele sich nicht lediglich um eine gelegentliche, zufällige Verlegung im Einzelfall, zB die

(Zurück-)Verlegung in ein wohnortnahes Krankenhaus (vgl zu dieser Negativabgrenzung auch Tuschen/Quaas. Bundespflegesatzverordnung. Kommentar [ ...]. 5.Aufl. 2001. Erl. § 14 S 346f). Dieser Schluss ist hier nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme gerechtfertigt.

Bereits der Wortlaut der Vorschrift macht deutlich, dass es keiner Mindestanzahl von Verlegungen bedarf, sondern dass bereits bei der ersten Verlegung (ja vor dieser) eine auf Dauer angelegte Zusammenarbeit in Betracht kommt. Das folgt daraus, dass gerade nicht eine dauerhafte Zusammenarbeit, sondern nur eine (uU von vornherein, etwa bei vorheriger ausdrücklicher oder konkludenter Verabredung) auf Dauer angelegte Zusammenarbeit gefordert wird, um ggf. schon beim ersten Verlegungsfall von einer auf Dauer angelegten Zusammenarbeit sprechen zu können. Es genügt, wenn sich eine Zusammenarbeit zwischen 2 Kliniken abzeichnet, die 2. Klinik also mehrfach Patienten zur Weiterbehandlung übernimmt (Tuschen/Quaas. aaO. Erl § 14 S 346). Die Entstehungsgeschichte bestätigt diese Sichtweise. Abs 11 wurde zum 1.1.1998 in § 14 BpflV eingefügt und hat den zuvor in § 14 Abs 5 Satz 2 BpflV geregelten Fall aufgegriffen und näher geregelt (weshalb dort ab dem 1.1.1998 der Verweis auf Abs 11 eingefügt wurde). Im bis zum 31.12.1997 geltenden § 14 Abs 5 Satz 2 BpflV war nur von Zusammenarbeit die Rede. Die attributive Eingrenzung "auf Dauer angelegte" war klarstellend gemeint (vgl die amtliche Begründung; zitiert nach Tuschen/Quaas. aaO.; Dietz/Bofinger. Krankenhausfinanzierungsgesetz, Bundespflegesatzverordnung und Folgerecht. Kommentare. Stand Juni 2000. § 14 BpflV 3. S 261) und erforderlich, um überhaupt einen sinnvollen Anwendungsbereich zu schaffen, da jede Verlegung ein Mindestmaß an Zusammenarbeit erfordert, ansonsten also die Ausnahme zur Regel würde. Es sollten (weiter) nur Aufteilungen von Fallpauschalen in Einzelfällen ausgeschlossen werden, weil diese ein unverhältnismäßigen Aufwand verursachen würden (Tuschen/Quaas. aaO.). § 14 Abs 11 Satz 1 2. Halbsatz BpflV aF stellt klar, dass es keiner (vertraglichen) Abrede bedarf, was im Umkehrschluss bedeutet, dass für die Annahme der auf Dauer angelegten Zusammenarbeit ein faktische Zusammenwirken genügt (Tuschen/Quaas. aaO.; Dietz/Bofinger. aaO. S 262).

Auch Sinn und Zweck der Vorschrift bestätigen, dass die Aufteilung der FP der Regelfall sein soll, und nur singuläre Verlegungen in Einzelfällen davon ausgeschlossen sein sollen. Die Vorschrift wurde eingeführt, um zu verhindern, dass die zwingend vorgegebene Abrechnung von Fallpauschalen durch Verlegungen zwischen Krankenhäusern unterlaufen wird (Tuschen/Quaas. aaO. Erl. § 14 S 346). Mit der Vorschrift wurde also das Ziel verfolgt, ein Unterlaufen der Fallpauschalen und damit des neuen Entgeltsystems zu verhindern (Tuschen/Quaas. aaO. Erl. § 14 S 347). Das ergibt sich auch daraus, dass der Abschluss eines Vertrages nicht erforderlich ist. Denn wäre - wie die Beklagte meint - ein Vertrag erforderlich, könnte allein durch den Nichtabschluss von Verträgen die (ausschließliche) Abrechnung über Fallpauschalen innerhalb der GVD vermieden werden (vgl Tuschen/Quaas. aaO.). Der Ordnungsgeber hat die Wirtschaftlichkeit des Systems hier vor die wirtschaftlichen Interessen der beteiligten Krankenhausträger gestellt und war sich darüber im Klaren, dass es objektiver, vom Willen der Beteiligten unabhängiger Kriterien bedurfte, um den Regelfall der Aufteilung der FP von dem Ausnahmefall der getrennten Abrechnungen abzugrenzen.

Für die Annahme einer auf Dauer angelegten Zusammenarbeit genügt danach bereits, dass sich eine Arbeitsteilung zwischen 2 Kliniken abzeichnet (Tuschen/Quaas. aaO. S 346). Dies ist der Fall, wenn bei geeigneten Behandlungsfällen eine Verlegung in der Regel erfolgt (Tuschen/Quaas. aaO. S 347), bzw nach "einer gewissen Zeit" (ohne nähere Erläuterung: Dietz/Bofinger. aaO S 262). Einer Mindestzahl pro Zeiteinheit (zB pro Jahr) bedarf es nicht. Nach den aufgezeigten Kriterien erfolgte die Verlegung der Versicherten in das Krankenhaus der Beklagten im Rahmen einer auf Dauer angelegten faktischen Zusammenarbeit.

Dies folgt zunächst daraus, dass es sich vorliegend um eine typisches arbeitsteiliges Zusammenwirken bei der Behandlung von alten Menschen nach chirurgischer Intervention handelt, bei dem die auf den operativen Eingriff spezialisierte erstbehandelnde Klinik die Behandlung an entsprechend besser geschultes Personal der geriatrischen Klinik übergibt. Auf diese Weise wird der Versicherte optimal behandelt, gleichzeitig werden die Kapazitäten der jeweiligen Kliniken optimal ausgelastet. Nach dem Beweisergebnis steht fest, dass es sich nicht um eine singuläre Verlegung handelte. Dies folgt aus der Aussage des Zeugen Dr. M, der darauf hingewiesen hat, dass das I-hospital damals in E die einzige entsprechende Klinik in unmittelbarer Nähe gewesen sei und dass man in der Vergangenheit gute Erfahrungen mit dieser Klinik gemacht hatte. Daraus lässt sich herleiten, dass solche Verlegungen bereits in der Vergangenheit erfolgt waren und in geeigneten Fällen auch in Zukunft erfolgen würden. Dieses Ergebnis wird bestätigt durch die von der Beklagten für das Jahr 1999 nachgewiesenen 23 (!) Verlegungsfälle (bei einem Belegungsanteil der Klägerin von 16,3%). Dabei kann offen bleiben, ob sich die geforderte Zusammenarbeit auf Abrechnungen über Fallpauschalen beziehen muss oder - was näher liegt - diese Abrechnungsfälle in eine allgemeine Zusammenarbeit zwischen den Kliniken eingebettet sind. Denn selbst wenn man sich auf die von der Beklagten zugestandenen 3 Behandlungsfälle, die über eine FP abgerechnet wurden, beschränkte, genügte dies nach dem zuvor Gesagten für die Annahme einer auf Dauer angelegten Zusammenarbeit.

Die Aussage des Zeugen C deutet ebenfalls auf eine in diesem Sinn auf Dauer angelegte Zusammenarbeit. Danach wurde von der Beigeladenen die Verlegung der Versicherten in das I-hospital gezielt angestrebt und eine Alternative nicht erwogen. Der Zeuge hatte den Eindruck, als sei diese Verlegung von der Unfallklinik gewünscht, obwohl das I-hospital vom Wohnort der Versicherten weiter entfernt lag als die Klinik der Beigeladenen. Aus den Behandlungsunterlagen ergibt sich, dass bereits ab dem 20.1. gezielte Übernahmegespräche ausschließlich mit dem I-hospital erfolgten. Ein derart klarer, unmissverständlicher Verlegungswunsch legt mindestens nahe, dass man im Krankenhaus der Beigeladenen sicher war, dass in der aufnehmenden Klinik eine optimale Versorgung gewährleistet ist und eine gleichwertige Alternative nicht zur Verfügung steht. Dieses gezielte Vorgehen wiederum legt nahe, dass es sich nicht um einen singulären Verlegungsfall handelte.

Zwingende Rechtsfolge ist für die restlichen Tage der GVP (§ 14 Abs 11 Satz 2 BpflV aF), dass Beigeladene und Beklagte untereinander ein Aufteilung der Fallpauschale vereinbaren, § 14 Abs 11 Satz 3 BpflV aF (vgl dazu den Hinweis in Tuschen/Quaas. aaO.S 348ff). Gelingt ihnen das nicht, hat die Beigeladenen nach § 14 Abs 11 Satz 4 BpflV aF zu verfahren.

Die Beklagte kann gegen dieses Ergebnis nicht einwenden, die Klägerin habe durch die erfolgte Zahlung einen bestehenden Anspruch konkludent anerkannt und sei deshalb nach Treu und Glauben mit einem Erstattungsanspruch ausgeschlossen. Die Klägerin hat mit der Beanstandung der sachlichen Richtigkeit der Rechnung vom 23.2.1999 ein ihr vertraglich ausdrücklich zugestehendes Recht geltend macht. Mit ihrer vertragsgerechten Zahlung (§ 15 Abs 1 Vertrag) nach Rechnungslegung (§ 14 Vertrag) hatte sich die Klägerin nicht der Möglichkeit begeben, die Rechnung im Nachhinein zu beanstanden. Diese Beanstandungsmöglichkeit ist im Vertrag als Korrelat zur zeitnahen Zahlungspflicht ausdrücklich vorgesehen (§ 15 Abs 4 Vertrag).

Zu Recht hat das SG den Zinsanspruch aus (entsprechender Anwendung von) § 15 Abs 1 Vertrag bejaht. Ob es sich gleichzeitig um Prozesszinsen handelt, kann unentschieden bleiben (vgl dazu BSG Urteil vom 19.9.2007, Az [B 1 KR 39/06 R](#) einerseits und BSG [SozR 4-7610 § 291 Nr 3](#); [BSGE 92, 223](#), 231 = [SozR 4-2500 § 39 Nr 1](#); [BSGE 95, 141](#), 153ff = [SozR 4-2500 § 83 Nr 2](#) anderseits).

Die Kostenregelung beruht auf [§§ 197a Satz 1 3. Halbsatz SGG](#), [154 Abs 2](#), [159 Satz 1](#) Verwaltungsgerichtsordnung.

Anlass, die Revision zuzulassen besteht nicht, [§ 160 Abs 2 SGG](#). Die Streitsache hat schon deshalb keine grundsätzliche Bedeutung mehr, weil § 14 Abs 11 Satz 3 BPfIV aF zum 1.1.2004 außer Kraft getreten ist.

Die Streitwertfestsetzung beruht auf [§§ 197a Abs 1 Satz 1](#) 1. Halbsatz SGG, [63 Abs 2 Satz 1](#) iVm, [52 Abs 3](#), [71 Abs 1 Satz 2](#), [72 Nr 1](#) 2. Halbsatz Gerichtskostengesetz (GKG) in der seit dem 1.7.2004 geltenden Fassung, Art 8 des Gesetzes zur Modernisierung des Kostenrechts (Kostenrechtsmodernisierungsgesetz - KostRMoG vom 5.5.2004, BGBl I S 717ff). Bei der Festsetzung des Streitwerts bleiben geltend gemachte Zinsansprüche außer Betracht, [§ 43 Abs 1 GKG](#).

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2008-02-18