L 1 KR 246/19

Land
Freistaat Sachsen
Sozialgericht
Sächsisches LSG
Sachgebiet
Krankenversicherung
1. Instanz
SG Leipzig (FSS)
Aktenzeichen
S 8 KR 241/17
Datum
25.06.2019
2. Instanz
Sächsisches LSG
Aktenzeichen
L 1 KR 246/19
Datum
18.05.2022
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 1 KR 29/22 R
Datum
16.05.2024
Kategorie
Urteil
Leitsätze

1. Die medizinische Notwendigkeit der Verlegung des versicherten Patienten ist weder beim aufnehmenden noch beim verlegenden Krankenhaus Voraussetzung des Vergütungsanspruchs.

2. Ein Krankenhaus der Maximalversorgung darf nach einer bei ihm durchgeführten Spezialbehandlung den versicherten Patienten zur Weiterbehandlung in ein wohnortnahes Krankenhaus einer niedrigeren Versorgungsstufe verlegen, ohne dadurch seinen Vergütungsanspruch ganz oder teilweise zu verlieren.

3. Ein Krankenhaus kann auch hinsichtlich einer Verlegung nur dann auf ein fiktives wirtschaftliches Alternativverhalten verwiesen werden, wenn die Kostenfolgen bereits bei der Behandlungsplanung vorhersehbar sind.

1. Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Leipzig vom 25. Juni 2019 wird zurückgewiesen.
2. Die Beklagte trägt die Kosten des Berufungsverfahrens.
3. Die Revision wird zugelassen.
4. Der Streitwert wird auch für das Berufungsverfahren auf 11.087,88 € festgesetzt.

T a t b e s t a n d

Die Beteiligten streiten über die Vergütung einer stationären Krankenhausbehandlung.

Die Klägerin ist Trägerin eines nach § 108 Nr. 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) als Hochschulklinik zugelassenen Krankenhauses. Sie behandelte den 1955 geborenen, bei der Beklagten versicherten Z.... (Versicherter) im Zeitraum vom 09.02.2016 bis 01.03.2016 vollstationär. Der Versicherte litt an Rückenschmerzen mit neurologischen Symptomen aufgrund einer Wirbelkörperfraktur als Folge einer malignen Tumorerkrankung mit multiplen Metastasen (C79.5: sekundäre bösartige Neubildung des Knochens und des Knochenmarks). Er hatte sich bereits zuvor – vom 04.02.2016 bis 09.02.2016 – in vollstationärer Behandlung befunden (Klinikum Y....). Im Hause der Klägerin erfolgte am 10.02.2016 die Operation der Wirbelsäule mit einer Stabilisierung durch einen Stabfixateur, einer Reduktion der Tumormasse und einer Befreiung des Wirbelkanals. Am 01.03.2016 verlegte die Klägerin den Versicherten in das heimatnahe X-Klinikum .... zur

Weiterbehandlung (Radiotherapie), die bis zum 23.03.2016 dauerte.

Für die stationäre Behandlung des Versicherten im Zeitraum vom 09.02.2016 bis 01.03.2016 stellte die Klägerin der Beklagten 23.003,45 € in Rechnung auf der Grundlage der Fallpauschale (Diagnosis Related Group 2016 <DRG>) I09A (Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule, mit sehr komplexer Osteosynthese und äußerst schweren CC oder mehrzeitiger komplexer Eingriff oder komplexer Eingriff mit Wirbelkörperersatz oder verschiedene komplexe Eingriffe an mehreren Segmenten). Die Beklagte beglich die Rechnung zunächst unter Vorbehalt.

Nach Einholung einer Stellungnahme ihres Sozialmedizinischen Dienstes gelangte die Beklagte zu der Einschätzung, dass die Verlegung des Versicherten in ein anderes Krankenhaus (X-Klinikum ....) nicht medizinisch notwendig gewesen sei. Die gesamte Behandlung – einschließlich der Bestrahlung – hätte im Haus der Klägerin stattfinden können, was zu geringeren Kosten geführt hätte. Mangels medizinischer Gründe für die Verlegung stelle sich die Behandlung als unwirtschaftlich dar. Unter Berufung auf einen öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch verrechnete die Beklagte sodann am 29.08.2016 einen Betrag von 11.087,88 € mit anderen – unstreitigen – Forderungen der Klägerin.

Die Klägerin hat am 12.05.2017 beim Sozialgericht (SG) Leipzig Klage auf Zahlung von 11.087,88 € nebst Zinsen erhoben. Die Verrechnung sei zu Unrecht erfolgt. Der Beklagten stehe kein Erstattungsanspruch oder sonstiger (Schadensersatz-)Anspruch zu. Die maßgeblichen Abrechnungsvorschriften – hier in Gestalt der Fallpauschalenvereinbarung (FPV) 2016 – gäben eindeutig vor, wie im Falle der Verlegung eines Patienten in ein anderes Krankenhaus zu verfahren sei. Es erfolge keine Aufteilung der Fallpauschale zwischen den beteiligten Krankenhäusern, sondern jedes Krankenhaus rechne eine Fallpauschale ab, wobei ggf. Verlegungsabschläge in Ansatz zu bringen seien. Die medizinische Notwendigkeit der Verlegung sei hierfür nicht Voraussetzung. Erforderlich sei nur, dass die stationäre Behandlungsbedürftigkeit des Patienten über den gesamten Zeitraum hinweg bestanden habe, was vorliegend unstreitig der Fall gewesen sei. Die Vorgehensweise bei der Abrechnung im Falle der Verlegung eines Patienten sei gesetzlich vorgegeben und vom Normgeber auch ausdrücklich so gewollt. Sie führe dazu, dass Krankenhäuser der Maximalversorgung, die, wie die Klägerin, über ein spezifisches Leistungsangebot verfügten, Patienten, die dieses Leistungsangebot nicht mehr benötigten, in ein Krankenhaus mit niedrigerer Versorgungsstufe (zurück-)verlegen könnten, wodurch im Bereich der Maximalversorgung freie Kapazitäten geschaffen würden (arbeitsteiliges Vorgehen der Krankenhäuser).

Die Beklagte ist der Klage entgegengetreten. Für die Verlegung des Versicherten habe unstreitig keine medizinische Notwendigkeit bestanden. Da bei einer einheitlichen Behandlung im Hause der Klägerin insgesamt geringere Kosten entstanden wären, habe die Klägerin mit der Verlegung gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 SGB V verstoßen.

Mit Urteil vom 25.06.2019 hat das SG der Klage stattgegeben und die Beklagte zur Zahlung von 11.087,88 € nebst Zinsen hieraus in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 29.08.2016 verurteilt. Nach den Vorgaben der FPV 2016 (§ 1 Abs. 1 Satz 2) stehe im Falle der Verlegung jedem der beteiligten Krankenhäuser das Recht zur eigenständigen Abrechnung zu. Dies gelte auch dann, wenn, wie hier, das verlegende Krankenhaus zur Weiterbehandlung im Stande wäre. Eine § 60 (Abs. 2 Nr. 1) SGB V vergleichbare Regelung, wonach die Verlegung aus (zwingenden) medizinischen Gründen erforderlich sein müsse, sähen die einschlägigen Abrechnungsvorschriften gerade nicht vor. Diese zwischen den Beteiligten verbindlichen und – auch hinsichtlich des Wirtschaftlichkeitsgebots – abschließenden Regelungen sähen im Falle von Verlegungen lediglich den Ansatz von Verlegungsabschlägen vor und zwar unter den in § 3 FPV abschließend geregelten Voraussetzungen. Eine Fallkonstellation, in der die Verlegung ausschließlich zum Zwecke der "Rechnungsoptimierung" erfolgt sei, liege hier nicht vor, vielmehr sei plausibler Grund für die Verlegung des schwerkranken Versicherten die größere Wohnortnähe des aufnehmenden Krankenhauses gewesen. Im Übrigen verweise die Klägerin zutreffend auf das abgestufte Versorgungssystem im Krankenhauswesen, welches es – im Hinblick auf die beschränkte Bettenzahl eines Krankenhauses der Maximalversorgung – als sachgerecht erscheinen lasse, einen Patienten zur Weiterbehandlung in ein Krankenhaus der Regel- oder Schwerpunktversorgung zu verlegen, wenn die personelle und apparative Mindestausstattung eines Krankenhauses der Maximalversorgung nicht mehr benötigt werde.

Gegen das ihr am 08.08.2019 zugestellte Urteil des SG hat die Beklagte am 27.08.2019 Berufung eingelegt. Sie ist der Ansicht, die Kürzung des Rechnungsbetrags sei zu Recht erfolgt, weil die Klägerin mit der Verlegung des Versicherten gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 SGB V verstoßen habe, welches als dem Vergütungssystem übergeordneter Grundsatz stets zu beachten sei und welches dazu führe, dass lediglich Anspruch auf diejenige Vergütung bestehe, die bei einem fiktiven wirtschaftlichen Alternativverhalten angefallen wäre. Vorliegend wäre die Vergütung wesentlich geringer ausgefallen, wenn die Klägerin die gesamte Behandlung – also auch die Radiotherapie – durchgeführt hätte (25.248,68 € statt insgesamt 36.126,56 €). Auch in dem hier vorliegenden Fall der Verlegung könne das Wirtschaftlichkeitsgebot eine Einschränkung nur aus Gründen der medizinischen Erforderlichkeit und Notwendigkeit erfahren. Indes sei keine medizinische Notwendigkeit für eine Verlegung gegeben gewesen; vielmehr hätte die gesamte Behandlung im Krankenhaus der Klägerin durchgeführt werden können und müssen.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Leipzig vom 25. Juni 2019 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Die medizinische Notwendigkeit sei nicht Voraussetzung für eine Verlegung. Eine solche könne auch aus anderen, insbesondere humanitären, Gründen veranlasst sein (Verweis auf § 70 Abs. 2 SGB V). Vorliegend sei die Verlegung zur Weiterbehandlung in das heimatnahe X-Klinikum .... im Interesse des Versicherten erfolgt, weil dort bereits sämtliche Vortherapien stattgefunden hätten. Im Übrigen sei die Verlegung auch zweckmäßig gewesen. Die Klägerin als Krankenhaus der Maximalversorgung halte für die Versicherten ein spezifisches Leistungsangebot mit entsprechenden hochdifferenzierten medizinisch-technischen Einrichtungen bereit. Es sei zweckmäßig – und für die Krankenkassen auch wirtschaftlich – Patienten in ein Krankenhaus mit niedrigerer Versorgungsstufe zu verlegen, sobald diese das spezifische Leistungsangebot der Maximalversorgung nicht länger benötigten. Der Verweis der Beklagten auf ein fiktives wirtschaftliches Alternativverhalten könne bereits deswegen nicht verfangen, weil im Zeitpunkt der Verlegung noch gar nicht abzusehen sei, welche Vergütung für die gesamte Behandlung (in beiden Krankenhäusern) letztendlich anfalle. Dies stehe vielmehr erst dann fest, wenn auch das aufnehmende Krankenhaus seine Leistung abgerechnet habe. In Abhängigkeit davon, welche Fallpauschale das aufnehmende Krankenhaus abrechne, könne die (Gesamt-)Vergütung der Behandlung infolge der Verlegung durchaus auch niedriger ausfallen als ohne die Verlegung. Dies insbesondere in den (durchaus häufigen) Fällen, in denen das aufnehmende Krankenhaus der Regel- oder Schwerpunktversorgung eine deutlich geringer vergütete Fallpauschale zur Abrechnung bringe als der Maximalversorger.

Beigezogen waren die Verwaltungsvorgänge der Beklagten. Auf diese und auf die Gerichtsakte wird ergänzend Bezug genommen.

E n t s c h e i d u n g s g r ü n d e

Die Berufung der Beklagten hat keinen Erfolg. Sie ist unbegründet. Zu Recht hat das SG der – im hier bestehenden Gleichordnungsverhältnis zulässigerweise als (echte) Leistungsklage (§ 54 Abs. 5 Sozialgerichtsgesetz [SGG]) erhobenen – Klage stattgegeben und die Beklagte zur Zahlung von 11.087,88 € nebst Zinsen verurteilt. Der Klägerin stand für die vollstationäre Behandlung des Versicherten im Zeitraum vom 09.02.2016 bis 01.03.2016 ein Vergütungsanspruch in der streitigen Höhe von insgesamt 23.003,45 € zu. Die Beklagte konnte daher nicht wirksam mit einem Erstattungsanspruch gegenüber anderen – unstreitigen – Vergütungsansprüchen aufrechnen (vgl. dazu Bundessozialgericht [BSG], Urteil vom 26.05.2020 – B 1 KR 26/18 R – juris Rn. 11).

1. Rechtsgrundlage des streitigen Vergütungsanspruchs der Klägerin gegen die Beklagte für die stationäre Krankenhausbehandlung des Versicherten in der Zeit vom 09.02.2016 bis 01.03.2016 ist § 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V i.V.m. § 7 Satz 1 Nr. 1, § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG), § 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG), § 1 Fallpauschalenvereinbarung 2016 (FPV 2016) sowie Anlage 1 der FPV 2016 (Fallpauschalenkatalog 2016). Das Gesetz regelt in diesen Vorschriften die Höhe der Vergütung der zugelassenen Krankenhäuser bei stationärer Behandlung gesetzlich Krankenversicherter und setzt das Bestehen des Vergütungsanspruchs als Gegenleistung für die Erfüllung der Pflicht, erforderliche Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V zu gewähren (§ 109 Abs. 4 Satz 2 SGB V), dem Grunde nach als Selbstverständlichkeit voraus (siehe nur BSG, Urteil vom 19.03.2020 – B 1 KR 20/19 R – juris Rn. 11; vgl. auch Senatsurteil vom 25.09.2019 – L 1 KR 142/14 – juris Rn. 17).

Die Höhe des Vergütungsanspruchs bemisst sich im DRG-Vergütungssystem, in welches das Krankenhaus der Klägerin einbezogen ist, nach vertraglichen Fallpauschalen auf gesetzlicher Grundlage. Die Fallpauschalenvergütung für die stationäre Krankenhausbehandlung in zugelassenen Einrichtungen ergibt sich aus § 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V i.V.m. § 7 KHEntgG und § 17b KHG. Der Anspruch wird auf Bundesebene durch Normenverträge konkretisiert. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung gemeinsam vereinbaren nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft als "Vertragsparteien auf Bundesebene" mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG einen Fallpauschalen-Katalog einschließlich der Bewertungsrelationen sowie Regelungen zur Grenzverweildauer und der in Abhängigkeit von diesen zusätzlich zu zahlenden Entgelten oder vorzunehmenden Abschlägen. Ferner vereinbaren sie auf der Grundlage des § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 KHEntgG Abrechnungsbestimmungen in der FPV. Welche DRG-Position abzurechnen ist, ergibt sich gemäß § 1 Abs. 6 Satz 1 FPV 2016 rechtsverbindlich aus der Eingabe und Verarbeitung von Daten – insbesondere von Diagnosen und Prozeduren – in einem automatischen Datenverarbeitungssystem, das auf einem zertifizierten Programm basiert (näher dazu BSG, Urteil vom 08.11.2011 – B 1 KR 8/11 R – juris Rn. 19 ff.). Dabei greift das Programm auch auf Dateien zurück, die entweder als integrale Bestandteile des Programms mit vereinbart sind oder an anderer Stelle vereinbarte Regelungen wiedergeben, wie die Internationale Klassifikation der Krankheiten (ICD) oder der Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS). Ebenso gehört zu den einbezogenen Regelungskomplexen die von den Vertragspartnern auf Bundesebene getroffene Vereinbarung zu den Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) für das Jahr 2016.

Die Anwendung der DKR und der FPV-Abrechnungsbestimmungen einschließlich ICD und OPS ist nicht automatisiert und unterliegt grundsätzlich den allgemeinen Auslegungsmethoden der Rechtswissenschaft. Die Abrechnungsbestimmungen sind gleichwohl wegen ihrer Funktion im Gefüge der Ermittlung des Vergütungstatbestandes innerhalb eines vorgegebenen Vergütungssystems eng am Wortlaut orientiert und unterstützt durch systematische Erwägungen auszulegen. Denn eine Vergütungsregelung, die für die routinemäßige Abwicklung von zahlreichen Behandlungsfällen vorgesehen ist, kann ihren Zweck nur erfüllen, wenn sie allgemein streng nach ihrem Wortlaut sowie den dazu vereinbarten Anwendungsregeln gehandhabt wird und keinen Spielraum für weitere Bewertungen sowie Abwägungen belässt. Demgemäß sind Vergütungsregelungen stets eng nach ihrem Wortlaut und allenfalls ergänzend nach ihrem systematischen Zusammenhang auszulegen; Bewertungen und Bewertungsrelationen bleiben außer Betracht (BSG, Urteil vom 17.12.2019 – B 1 KR 19/19 R – juris Rn. 13; Urteil vom 30.07.2019 – B 1 KR 13/18 R – juris Rn. 13). Da das DRG-basierte Vergütungssystem gemäß § 17b Abs. 2 Satz 1 KHG vom Gesetzgeber als jährlich weiter zu entwickelndes und damit "lernendes" System angelegt ist, sind bei zutage tretenden Unrichtigkeiten oder Fehlsteuerungen in erster Linie die Vertragsparteien berufen, diese mit Wirkung für die Zukunft zu beseitigen (BSG, Urteil vom 08.09.2009 – B 1 KR 11/09 R – juris Rn. 18; Urteil vom 08.11.2011 – B 1 KR 8/11 R – juris Rn. 27; Urteil vom 17.11.2015 – B 1 KR 41/14 R – juris Rn. 13).

2. Dies zugrunde legend besteht der Vergütungsanspruch der Klägerin in der geltend gemachten Höhe. Er ist nicht durch Aufrechnung entsprechend § 387 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) erloschen (zur entsprechenden Anwendung auf überzahlte Krankenhausvergütung siehe BSG, Urteil vom 19.12.2017 – B 1 KR 19/17 R – juris Rn. 8; Urteil vom 23.06.2015 – B 1 KR 26/14 R – juris Rn. 33; Urteil vom 16.12.2008 – B 1 KN 1/07 KR R – juris Rn. 8). Eine Aufrechnungslage bestand nicht, so dass die von der Beklagten erklärte Aufrechnung mit Vergütungsansprüchen aus der Behandlung anderer Versicherter (siehe hierzu BSG, Urteil vom 19.06.2018 – B 1 KR 39/17 R – juris Rn. 29; Urteil vom 23.06.2015 – B 1 KR 26/14 R – juris Rn. 32; Urteil vom 03.07.2012 – B 1 KR 16/11 R – juris Rn. 10) ins Leere ging. Denn der Beklagten steht aufgrund der Verlegung des Versicherten in das X-Klinikum .... am 01.03.2016 weder ein öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch (dazu a) noch ein sonstiger (Schadensersatz-)Anspruch (dazu b) in Höhe des streitgegenständlichen Teilbetrags von 11.087,88 € zu.

a) Die Abrechnung der stationären Krankenhausbehandlung des Versicherten in der Zeit vom 09.02.2016 bis 01.03.2016 durch die Beklagte stellt sich als zutreffend dar und vermag daher nicht, einen öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch zu begründen. Der von der Klägerin abgerechnete Vergütungsanspruch ist dem Grunde nach entstanden, weil die (voll-)stationäre Krankenhausbehandlung des Versicherten während seines gesamten Aufenthaltes in deren Krankenhaus – und darüber hinaus auch nach seiner Verlegung in das X-Klinikum .... – im Sinne von § 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V medizinisch erforderlich war. Hierüber besteht zwischen den Beteiligten kein Streit. Zwischen ihnen besteht nur darüber Streit, ob die Klägerin bei ihrer Abrechnung die infolge der Verlegung in ein anderes Krankenhaus entstandenen Behandlungskosten in Abzug hätte bringen müssen. Hierfür bieten indessen weder die Abrechnungsbestimmungen in der FPV noch das Wirtschaftlichkeitsgebot einen Anhalt.

Grundsätzlich ist es Sache der Vertragsparteien nach § 17b Abs. 2 Satz 1 KHG in den Regelungen der FPV das Wirtschaftlichkeitsgebot zu konkretisieren. Diese haben zum einen bestimmt, dass im Falle der Verlegung jedes der beteiligten Krankenhäuser eine Fallpauschale abrechnet (§ 1 Abs. 1 Satz 2 FPV 2016), die nach Maßgabe des § 3 FPV 2016 gemindert wird, sofern sie nicht im Fallpauschalen-Katalog als Verlegungs-Fallpauschale gekennzeichnet ist (§ 1 Abs. 2 Satz 3 FPV 2016). Zum anderen haben die Vertragsparteien bestimmt, dass eine Verlegung vorliegt, wenn zwischen der Entlassung aus einem Krankenhaus und der Aufnahme in einem anderen Krankenhaus nicht mehr als 24 Stunden vergangen sind (§ 1 Abs. 1 Satz 4 FPV 2016). Nach der von den Vertragsparteien in § 3 FPV 2016 getroffenen Regelung ist im Falle einer Verlegung in ein anderes Krankenhaus von dem verlegenden Krankenhaus ein Abschlag (nur) vorzunehmen, wenn die im Fallpauschalen-Katalog ausgewiesene mittlere Verweildauer unterschritten wird (§ 3 Abs. 1 Satz 1 FPV 2016) – was vorliegend nicht der Fall war.

Eine medizinische Notwendigkeit der Verlegung setzen die Abrechnungsbestimmungen nicht voraus (so bereits BSG, Urteil vom 16.12.2008 – B 1 KR 10/08 R – juris). Das BSG hat zuletzt zu der (wortgleichen) Regelung in der FPV 2013 entschieden, dass Voraussetzung für eine "Verlegung" nur ist, dass ein Versicherter innerhalb von 24 Stunden aus einem Krankenhaus entlassen und in ein anderes aufgenommen wird (BSG, Urteile vom 27.10.2020 – B 1 KR 12/20 R und B 1 KR 8/20 R – juris Rn. 15 bzw. 14). Zur Begründung hat das BSG auf seine ständige Rechtsprechung verwiesen, wonach Abrechnungsbestimmungen wegen ihrer Funktion im Gefüge der Ermittlung des Vergütungstatbestandes innerhalb eines vorgegebenen Vergütungssystems stets eng nach ihrem Wortlaut und allenfalls ergänzend nach ihrem systematischen Zusammenhang auszulegen seien und Bewertungen oder Bewertungsrelationen außer Betracht zu bleiben hätten, weil das DRG-basierte Vergütungssystem vom Gesetzgeber als jährlich weiter zu entwickelndes und damit "lernendes" System angelegt sei, so dass bei zutage tretenden Unrichtigkeiten oder Fehlsteuerungen in erster Linie die Vertragsparteien dazu berufen seien, diese mit Wirkung für die Zukunft zu beseitigen (BSG, Urteil vom 27.10.2020 – B 1 KR 12/20 R – juris Rn. 17 m.w.N.). Eine einschränkende, sich an Zweckmäßigkeitserwägungen orientierende Auslegung des § 1 Abs. 1 FPV komme vor diesem Hintergrund nicht in Betracht. Bestätigt werde dies im Übrigen durch einen systematischen Blick auf § 2 FPV, der für den dort geregelten Fall einer Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus die Fallzusammenführung von einem medizinischen Zusammenhang abhängig mache, der für die Verlegung gerade nicht gefordert werde. Ihn dennoch hineinzuinterpretieren, setze sich demnach über die Systematik hinweg (BSG, a.a.O., Rn. 22). Dem folgt der erkennende Senat.

Das Recht des jeweiligen Krankenhauses zur eigenständigen Abrechnung im Fall der Verlegung eines Patienten zur Weiterbehandlung in ein anderes Krankenhaus – insbesondere in ein solches niedrigerer Versorgungsstufe – steht auch nicht im Widerspruch zum allgemeinen Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 SGB V. Denn das Gebot der Wirtschaftlichkeit wird bereits durch den in den Abrechnungsbestimmungen vorgesehenen Abschlag von der Fallpauschale normvertraglich abschließend konkretisiert (SG Wiesbaden, Urteil vom 14.08.2018 – S 18 KR

226/16 – juris Rn. 36 ff.). Es ist grundsätzlich Sache der Vertragsparteien nach § 17b Abs. 2 Satz 1 KHG in den Regelungen der FPV das Wirtschaftlichkeitsgebot zu konkretisieren. Ihnen kommt hierbei, wie jedem untergesetzlichen Normgeber, ein Gestaltungsspielraum zu, den die Gerichte zu respektieren haben (Senatsurteil vom 13.02.2019 – L 1 KR 315/14 – juris Rn. 29 m.w.N. zur st. Rspr. des BSG). Dabei sperrt sich das Wirtschaftlichkeitsgebot nicht gegen untergesetzliche Normgebung; vielmehr kann der Gestaltungsspielraum untergesetzlicher Normgebung auch normative Konkretisierungen des Wirtschaftlichkeitsgebots umfassen (BSG, Urteil vom 31.05.2006 – B 6 KA 13/05 R – juris Rn. 68). Wird von den Vertragsparteien nach § 17b Abs. 2 Satz 1 KHG in der FPV eine ausdrückliche, auf allgemeinen wirtschaftlichen und medizinischen Erwägungen beruhende Regelung für eine bestimmte Fallgestaltung (hier die Verlegung) getroffen, so kann sich die Krankenkasse im Rahmen der Auffälligkeitsprüfung nicht darauf berufen, dass die Anwendung dieser Regelung im konkreten Einzelfall gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot verstoße (Senatsurteil vom 13.02.2019 – L 1 KR 315/14 – juris Rn. 28, 31 [zur Fallzusammenführung]). Denn die diesbezüglichen (pauschalierenden) Regelungen der FPV konkretisieren das Wirtschaftlichkeitsgebot mit normativer Wirkung, so dass keine hiervon abweichenden Anforderungen aufgestellt werden können. Eine andere Sichtweise würde die gesetzlich vorgesehene und gewünschte Pauschalierung der Abrechnungsbestimmungen konterkarieren. Dass das in § 1 Abs. 1 Satz 2 FPV festgeschriebene Recht des einzelnen Krankenhauses zur gesonderten Abrechnung im Falle von Verlegungen dem Wirtschaftlichkeitsgebot nicht entgegensteht, sondern dieses gerade konkretisiert, zeigt im Übrigen die Begründung zu der Vorgängerregelung, die besagt: "Satz 2 gibt vor, dass bei Verlegungen jedes der beteiligten Krankenhäuser eigenständig eine Fallpauschale abrechnet, unabhängig davon, ob ein Patient oder eine Patientin nach Hause entlassen oder verlegt wird. Wird z.B. in einer Klinik eine Herzoperation durchgeführt, rechnet diese eine entsprechend hohe operative DRG ab. Nach Verlegung des Patienten oder der Patientin in ein weiterbehandelndes, oft wohnortnahes Krankenhaus rechnet dieses eigenständig eine weitere, nicht-operative Fallpauschale ab." (Begründung zum Referentenentwurf KFPV 2004, Einzelbegründung zu § 1 Abs. 1 Satz 2; vgl. auch BSG, Urteil vom 16.12.2008 – B 1 KR 10/08 R – juris Rn. 16). Dies trägt dem Umstand Rechnung, dass, worauf die Klägerin zutreffend hinweist, in Abhängigkeit davon, welche Fallpauschale das aufnehmende Krankenhaus letztlich abrechnet, die (Gesamt-)Vergütung der Behandlung infolge der Verlegung durchaus auch niedriger ausfallen kann als ohne die Verlegung. Dies insbesondere in den (häufigen) Fällen, in denen das aufnehmende, heimatnahe Krankenhaus der Regel- oder Schwerpunktversorgung eine deutlich geringer vergütete Fallpauschale zur Abrechnung bringt als der Maximalversorger für die dort durchgeführte Spezialbehandlung.

Aus den Grundsätzen des fiktiven wirtschaftlichen Alternativerhaltens folgt nichts anderes. Abzurechnen ist nach der FPV das tatsächliche, nicht ein fiktives Geschehen (BSG, Urteil vom 28.03.2017 – B 1 KR 3/16 R – juris Rn. 12). Die sachlich-rechnerische Richtigkeit einer Krankenhausabrechnung ist demnach unabhängig von hypothetischen Geschehensabläufen ausschließlich am tatsächlichen Behandlungsverlauf zu messen. Eine Ausnahme hiervon kommt nur dann in Betracht, wenn das Krankenhaus von zwei gleichermaßen zweckmäßigen und notwendigen Behandlungsalternativen die unwirtschaftliche gewählt hat; in derartigen Fällen kann das Krankenhaus nur diejenige Vergütung beanspruchen, die bei fiktivem wirtschaftlichem Alternativverhalten angefallen wäre (BSG, Urteil vom 27.10.2020 – B 1 KR 9/20 R – juris Rn. 16; Urteil vom 19.11.2019 – B 1 KR 6/19 R – juris Rn. 17 ff.; Urteil vom 23.05.2017 – B 1 KR 24/16 R – juris Rn. 15). Praktische Bedeutung hat die Figur des fiktiven wirtschaftlichen Alternativverhaltens vor allem beim Fallsplitting erlangt (vgl. BSG, Urteil vom 01.07.2014 – B 1 KR 62/12 R – juris Rn. 26; Urteil vom 10.03.2015 – B 1 KR 3/15 R – juris Rn. 27 f.; Urteil vom 28.03.2017 – B 1 KR 29/16 R – juris Rn. 19 ff.; Urteil vom 19.11.2019 – B 1 KR 6/19 R – juris Rn. 26; Urteil vom 27.10.2020 – B 1 KR 9/20 R – juris Rn. 13 ff.). Diese Grundsätze bieten keine Handhabe dafür, jede nach Maßgabe der FPV sachlich-rechnerisch richtige Abrechnung von Krankenhausbehandlung nochmals einer auf § 12 Abs. 1 SGB V gestützten Vergleichsberechnung zugunsten der Krankenkassen zu unterziehen. Auf Verlegungen können diese Grundsätze – ungeachtet der abschließenden, an Wirtschaftlichkeitserwägungen orientierten Regelung in §§ 1, 3 FPV 2016 – schon deshalb keine Anwendung finden, weil dem verlegenden Krankenhaus der weitere Verlauf der Krankenhausbehandlung und deren Abrechnung durch das aufnehmende Krankenhaus im Zeitpunkt der Verlegung noch nicht bekannt sein kann und auch später nicht ohne Weiteres bekannt werden muss.

b) Der von der Beklagten mit Schreiben vom 23.08.2016 erhobene öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch lässt sich auch nicht in einen Schadensersatzanspruch nach § 69 Abs. 1 Satz 3 SGB V i.V.m. § 280 Abs. 1 BGB (siehe hierzu BSG, Urteil vom 12.11.2013 – B 1 KR 22/12 R – juris Rn. 9 ff.) umdeuten. Denn insoweit fehlt es bereits an der für einen Schadensersatzanspruch erforderlichen Pflichtverletzung der Klägerin. Da ein Verstoß gegen Abrechnungsvorschriften, wie dargelegt, nicht vorliegt, könnte eine solche mit Verweis auf einen Verstoß gegen das allgemeine Wirtschaftlichkeitsgebot nur dann anzunehmen sein, wenn bei Existenz verschiedener gleich zweckmäßiger und notwendiger Behandlungsmöglichkeiten eine Behandlung gewählt wird, die für den gleichen zu erwartenden Erfolg höhere Kosten verursacht (so BSG, Urteil vom 01.07.2014 – B 1 KR 62/12 R – juris Rn. 24). Erfasst hiervon sind Fälle unwirtschaftlicher Gestaltung erforderlicher Krankenhausbehandlung (BSG, Urteil vom 10.03.2015 – B 1 KR 3/15 R – juris Rn. 27). Vom Krankenhaus wird insoweit verlangt, bereits bei der Behandlungsplanung, Möglichkeiten des wirtschaftlichen Alternativverhaltens zu prüfen und ggf. zu nutzen (BSG, a.a.O., Rn. 28). Dass eine Verlegung nicht zwingend dazu führt, eine in diesem Sinne unwirtschaftliche Behandlung zu begründen, zeigt sich indes bereits darin, dass eine Verlegung nicht regelhaft zu einer Kostenmehrbelastung für die Krankenkasse führt. Folge der Verlegung kann vielmehr auch sein, dass insgesamt (bei der Zusammenrechnung der jeweiligen Vergütungsforderung der beteiligten Krankenhäuser) die Vergütung geringer ausfällt als ohne die Verlegung. Dies insbesondere bei Abrechnung einer niedrig bewerteten Fallpauschale durch das aufnehmende Krankenhaus. Ob die Gesamtvergütung sich infolge der Verlegung erhöht oder vermindert, ist im Zeitpunkt der Verlegung regelmäßig nicht vorhersehbar. Insbesondere hat das verlegende Krankenhaus keinen Einfluss darauf, welche Abrechnung das aufnehmende Krankenhaus letztendlich nach Abschluss der Behandlung vornehmen wird. Ob die Verlegung im Einzelfall zu einer Kostensteigerung – oder einer Kostenminderung – geführt hat, ist erst im Nachhinein feststellbar. Von einer "Auswahl eines unwirtschaftlichen Behandlungswegs" (so BSG, Urteil vom 10.03.2015 – B 1 KR 3/15 R – juris Rn. 22) kann daher im Falle der Verlegung keine Rede sein.

Die Verlegung des Versicherten stellt sich auch nicht als unzweckmäßig ("Verlegungstourismus" – so BSG, Urteil vom 16.12.2008 – B 1 KR 10/08 R – juris Rn. 21) dar (so wohl in dem von der Klägerin zitierten Fall des SG Duisburg, Urteil vom 14.02.2020 – S 44 KR 379/17 – juris; bestätigt durch Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 19.01.2022 – L 10 KR 142/20 – juris). Vorliegend erfolgte die Verlegung in das heimatnahe Klinikum in W.... auf Wunsch des Versicherten, weil dort bereits sämtliche Vorbehandlungen (des Tumorleidens)

stattgefunden hatten. Eine ausschließlich durch eigene ökonomische Interessen des verlegenden Krankenhauses begründete und damit willkürliche Verlegung liegt somit nicht vor. Zudem stellt sich die Verlegung auch aus den von der Klägerin und vom SG dargelegten weiteren Gründen als zweckmäßig dar. So hat bereits SG zutreffend ausgeführt, dass es im Hinblick auf das abgestufte Versorgungssystem im Krankenhauswesen (vgl. § 4 Abs. 2 Sächsisches Krankenhausgesetz) und die beschränkte Bettenzahl eines Krankenhauses der Maximalversorgung auch – und gerade – im Hinblick auf das Wirtschaftlichkeitsgebot sachgerecht ist, wenn der Maximalversorger (im Freistaat Sachsen insgesamt drei Krankenhäuser an den Standorten Dresden, Leipzig und Chemnitz) nach Abschluss der nur von ihm – aufgrund seiner besonderen personellen und apparativen Ausstattung – zu leistenden (Spezial-)Behandlung den Patienten, sobald die spezielle Behandlungsmethodik nicht mehr benötigt wird, zur Weiterbehandlung in ein Krankenhaus der Regel- oder Schwerpunktversorgung verlegt. Dieses (arbeitsteilige) Verhalten der Krankenhäuser führt dazu, dass die besondere personelle und apparative Ausstattung nicht flächendeckend von jedem einzelnen Krankenhaus vorgehalten werden muss, sondern konzentriert wird, wodurch dem Wirtschaftlichkeitsgedanken gerade entsprochen wird. Dem folgt der erkennende Senat.

3. Die Kostenentscheidung folgt aus § 197a Abs. 1 Satz 1 SGG i.V.m. § 154 Abs. 2 Verwaltungsgerichtsordnung.

4. Der Senat hat die Revision wegen grundsätzlicher Bedeutung (§ 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG) zugelassen.

5. Die Streitwertfestsetzung beruht auf § 197a Abs. 1 Satz 1 SGG i.V.m. § 47 Abs. 1, § 52 Abs. 1 und 3 Gerichtskostengesetz.

Rechtskraft
Aus
Saved
2022-11-09