

S 18 KR 226/16

Land

Hessen

Sozialgericht

SG Wiesbaden (HES)

Sachgebiet

Krankenversicherung

Abteilung

18

1. Instanz

SG Wiesbaden (HES)

Aktenzeichen

S 18 KR 226/16

Datum

14.08.2018

2. Instanz

Hessisches LSG

Aktenzeichen

L 8 KR 631/18

Datum

-

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Gerichtsbescheid

Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin 18.679,27 EUR nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz hieraus seit dem 30.04.2016 zu zahlen.

Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin 300,00 EUR nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz hieraus seit Rechtshängigkeit zu zahlen.

Die Beklagte hat die Kosten des Rechtsstreites zu tragen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Vergütung eines vollstationären Krankenhausaufenthaltes sowie über die Aufwandspauschale für die Überprüfung der Abrechnung.

Die Klägerin ist Trägerin der A. in A-Stadt. Der bei der Beklagten gesetzlich krankenversicherte C. (Patient) befand sich in der Zeit vom 03.09.2014 bis zum 20.10.2014 in der Klinik der Klägerin zur vollstationären Behandlung.

Der Patient wurde am 3.9.2015 aus der Geriatrie der Asklepios Paulinen Klinik Wiesbaden in die Klinik für Gefäßchirurgie der Klägerin übernommen. Es erfolgte ein infrarenaler Bauchaortenersatz mit Rohrprothese. In der Folge kam es zu einer Aspirationspneumonie, Pleuraleergüssen bds., mittelschwerem Lungenversagen, akutem Nierenversagen, sowie einem septischen Schock mit Bakteriämie.

Am 20.10.2014 erfolgte die Verlegung des Versicherten zum weiteren respiratorischen Weaning in das Kreiskrankenhaus Jugendheim – Zentrum für akute und postakute Intensivmedizin.

Mit Rechnung vom 13.11.2014 bezifferte die Klägerin die Behandlungskosten in Höhe von 77.633,05 EUR. Die Abrechnung erfolgte unter Zugrundelegung der Fallpauschale (Diagnosis Related Group) DRG A09B (Beatmung) 499 Stunden oder) 249 Stunden mit intensivmedizinische Komplexbehandlung) 2352/2208 Aufwandspunkte, mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma oder intensivmedizinische Komplexbehandlung) 3430/3220 Aufwandspunkte, mit sehr komplexem Eingriff oder komplizierte Konstellation).

Die Beklagte beglich die Rechnung zunächst in voller Höhe und beauftragte den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) mit der Überprüfung der Abrechnung. Mit Gutachten vom 18.3.2015 kam der MDK zu dem Ergebnis, dass die Abrechnung nicht zu beanstanden sei.

Die Klägerin stellte der Beklagten daraufhin am 23.3.2015 die Aufwandspauschale i. H. v. 300 EUR in Rechnung.

Nachdem der Versicherte am 19.1.2015 im Kreiskrankenhaus Jugendheim verstorben war, stellte das Kreiskrankenhaus der Beklagten die Behandlungskosten vom 20.10.2014 bis zum 19.1.2015 i. H. v. 150.580,74 EUR in Rechnung. Die Rechnung beruhte auf der DRG A06B (Beatmung) 499 Stunden oder) 249 Stunden mit intensivmedizinische Komplexbehandlung) 2352/2208 Aufwandspunkte, mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma oder intensivmedizinische Komplexbehandlung) 3430/3220 Aufwandspunkte, sehr komplexem Eingriff oder komplizierte Konstellation). Die Beklagte beauftragte daraufhin den MDK mit der Überprüfung der Abrechnung und stellte die zusätzliche Frage, ob die Verlegung aus der Klinik der Klägerin medizinisch notwendig war. Der MDK kam mit Gutachten vom 7.10.2015 zu dem Ergebnis, dass die Abrechnung des Kreiskrankenhauses sachgerecht sei. Das Weaningkonzept sei nachvollziehbar. Die Verlegung sei medizinisch nicht notwendig gewesen, eine Entwöhnung sei prinzipiell auch in der Klinik der Klägerin möglich gewesen. Im

vorangegangenen Falldialog vertrat der MDK-Gutachter die Auffassung, dass es sich hierbei um einen leistungsrechtlichen Aspekt und um Fragen zur strukturellen Ausdifferenzierung von Intensivstationen handele.

Mit Schreiben vom 2.2.2016 forderte die Beklagte die Klägerin auf, die durch die Verlegung entstandenen Zusatzkosten i. H. v. 18.679,27 EUR zu erstatten. Die Klägerin erwiderte mit Schreiben vom 15.2.2016, dass die Ansicht der Beklagten nicht nachvollziehbar sei. Der Patient sei in eine Weaning-Spezialabteilung verlegt worden, eine Therapiemethode, die in den Kliniken der Klägerin in dieser Form nicht angeboten werde. Des Weiteren sei der Betrag auch in der Höhe nicht nachvollziehbar. Mit Schreiben vom 25.4.2016 erläuterte die Beklagte die Forderungshöhe. Sie argumentierte, dass bei einer Fortsetzung der Behandlung in der Klinik der Klägerin Behandlungskosten in Höhe von lediglich 209.534,52 EUR (DRG A06B) angefallen wären. Demgegenüber hätten sich bei der Addition der Kosten der Klägerin i.H.v. 77.633,05 EUR sowie den Kosten des Kreiskrankenhauses i.H.v. 150.580,74 EUR Gesamtkosten i.H.v. 228.213,79 EUR ergeben. Die Differenz i.H.v. 18.679,27 EUR macht die Beklagte nunmehr gegenüber der Klägerin geltend.

Am 30.4.2016 hat die Beklagte den Differenzbetrag in Höhe von 18.679,27 EUR mit anderen Forderungen der Klägerin verrechnet.

Die Klägerin hat am 19.7.2016 Klage erhoben.
Die Klägerin beantragt,

1. Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin 18.679,27 EUR nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz hieraus seit dem 30.04.2016 zu zahlen.
2. Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin 300,00 EUR nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz hieraus seit Rechtshängigkeit zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,
die Klage abzuweisen.

Wegen des weiteren Sach- und Streitstandes wird auf die Gerichtsakte, die Patientenakte der Klägerin und die Verwaltungsakte der Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Gemäß [§ 105 Abs. 1 SGG](#) kann das Gericht nach Anhörung der Beteiligten ohne mündliche Verhandlung durch Gerichtsbescheid entscheiden, weil die Sache keine besonderen Schwierigkeiten tatsächlicher oder rechtlicher Art aufweist und der Sachverhalt geklärt ist.

Die Klage ist als Leistungsklage nach [§ 54 Abs. 5 SGG](#) zulässig, denn bei einer auf Zahlung der Behandlungskosten eines Patienten gerichteten Klage (I.) sowie bei einer auf Zahlung einer Aufwandspauschale nach der Prüfung einer Krankenhausbehandlung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen gerichteten Klage (II.) eines Krankenhausträgers gegen eine Krankenkasse handelt es sich um einen sogenannten Parteienstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt ([BSGE 90, 1](#) ff.). Es ist demnach weder ein Vorverfahren durchzuführen noch eine Klagefrist zu beachten.

Die Klage ist begründet.

I.

Der Klägerin steht der für die vollstationäre Behandlung des bei der Beklagten gesetzlich krankenversicherten C. (Patient) vom 03.09.2014 bis 20.10.2014 gemäß Rechnung vom 13.11.2014 ein Vergütungsanspruch in Höhe von 77.633,05 EUR zu.

Die Beklagte hatte weder aufgrund der Behandlung noch aufgrund der Verlegung des Patienten in das Kreiskrankenhaus Groß-Umstadt gegenüber der Klägerin einen öffentlich-rechtlichen Erstattungs- oder sonstigen (Schadensersatz-) Anspruch in Höhe des streitgegenständlichen Teilbetrages von 18.679,27 EUR, den sie mit weiteren unstreitigen Forderungen der Klägerin nach [§ 69 Abs. 1 S. 3 SGB V](#) i. V. m. [§§ 387 ff. BGB](#) aufrechnen konnte (vgl. zur Aufrechnung eines öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruches BSG, Urteil vom 19.9.2013 – [B 3 KR 30/12 R](#)).

Der öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch leitet sich aus allgemeinen Grundsätzen des Verwaltungsrechts, insbesondere der Gesetzmäßigkeit der Verwaltung her. Er setzt voraus, dass im Rahmen eines öffentlichen Rechtsverhältnisses Leistungen ohne rechtlichen Grund erbracht oder sonstige rechtsgrundlose Vermögensverschiebungen vorgenommen worden sind. Seine Anspruchsvoraussetzungen und Rechtsfolgen entsprechen zwar, soweit sie nicht spezialgesetzlich geregelt sind, denen des zivilrechtlichen Bereicherungsanspruchs. Es scheidet aber ein Rückgriff auf die zivilrechtlichen Normen aus, soweit der vom öffentlichen Recht selbstständig entwickelte Erstattungsanspruch reicht. Dies gilt namentlich für die Nichtanwendung der bereicherungsrechtlichen Vorschriften, denen öffentlich-rechtliche Wirkungszusammenhänge entgegenstehen (BSG, Urteil vom 08.11.2011 – Az.: [B 1 KR 8/11 R](#) m. w. N.).

Ein öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch der Krankenkasse gegenüber dem Krankenhaus liegt unter diesen Voraussetzungen vor, wenn die Krankenkasse eine Forderung des Krankenhauses ohne Rechtsgrund erfüllt hat.

Die Beklagte behauptet nicht, dass die Zahlung der Rechnung der Klägerin vom 13.11.2014 in Höhe von 77.633,05 EUR über die Behandlung des Patienten vom 03.09.2014 bis 20.10.2014 ohne Rechtsgrund erfolgt sei. Die Rechnung war ausweislich des Gutachtens des MDK vom 18.03.2015 auch nicht zu beanstanden.

Die Beklagte behauptet einen aufrechnungsfähigen (Schadensersatz-) Anspruch, der ihr durch die Entscheidung der Klägerin, den Versicherten am 20.10.2014 in das Kreiskrankenhaus Groß-Umstadt zu verlegen, entstanden sei. Die Verlegung habe gegen das Gebot der Wirtschaftlichkeit verstoßen.

Das Gebot der Wirtschaftlichkeit wird durch den Gesetzgeber in den [§§ 2, 12, 39 SGB V](#), im Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG), dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG) und durch die Verträge über die allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung gemäß [§ 112 SGB V](#) sowie die Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser (FPV) konkretisiert.

Die Gesetze beinhalten weder eine Verbotsnorm, die gesetzliche Grundlage für einen (Schadensersatz-) Anspruch bei Verletzung des Gebotes der Wirtschaftlichkeit im Sinne der [§§ 2, 12 SGB V](#) sein könnte, noch kann der normvertraglichen Fallpauschalenvereinbarung der Beteiligten eine Haupt- oder Nebenpflicht entnommen werden, die einen vertraglichen Schadensersatzanspruch begründen könnte.

Nach [§ 2 Abs. 1 S. 1 SGB V](#) stellen die Krankenkassen den Versicherten die im Dritten Kapitel genannten Leistungen unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots (§ 12) zur Verfügung. Nach [§ 39 Abs. 1 S. 2 SGB V](#) haben Versicherte Anspruch auf vollstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus ([§ 108 SGB V](#)), wenn die Aufnahme nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist.

Der § 1 Abs. 1 des Hessischen Vertrag über die allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung gemäß [§ 112 Abs. 2 S. 1 Nr. 1 SGB V](#) regelt die allgemeinen Bedingungen, zu denen das zugelassene Krankenhaus seine Leistungen im Sinne von [§ 39 SGB V](#) gegenüber der Krankenkasse und ihren Versicherungen erbringt. Wird bei der Erstuntersuchung oder im Verlauf der Behandlung festgestellt, dass es medizinisch notwendig oder medizinisch zweckmäßig ist, die Behandlung in einem anderen Krankenhaus durch- oder fortzuführen, ist nach § 7 Abs. 2 des Vertrages die Verlegung in eines der nächsterreichbaren geeigneten und nach [§ 108 SGB V](#) zugelassenen Krankenhäusern unter Beachtung des Wahlrechtes Patient es unverzüglich zu veranlassen.

Gemäß [§ 108 SGB V](#) dürfen die Krankenkassen Krankenhausbehandlung nur durch Krankenhäuser (zugelassene Krankenhäuser) erbringen lassen, die nach den landesrechtlichen Vorschriften als Hochschulklinik anerkannt, in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen worden sind, oder einen Versorgungsvertrag mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen abgeschlossen haben. Gemäß § 8 Abs. 1 Satz 1 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG) sind Entgelte für allgemeine Krankenhausleistungen für alle Benutzer des Krankenhauses einheitlich zu berechnen. Die Entgelte dürfen nach § 8 Abs. 1 Satz 3 KHEntG nur im Rahmen des Versorgungsauftrages berechnet werden. Der Versorgungsauftrag des Krankenhauses ergibt sich nach § 8 Abs. 1 Satz 4 Nr. 1 KHEntG bei einem Plankrankenhaus aus den Festlegungen des Krankenhausplans in Verbindung mit den Bescheiden zu seiner Durchführung.

Die Klägerin und die Kreiskliniken Darmstadt-Dieburg haben nach den Feststellungsbescheiden des Hessischen Ministeriums für Soziales und Integration einen korrespondierenden Versorgungsauftrag.

Demnach ist die Verlegung von Patienten im 5. Buch des Sozialgesetzbuches, im Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG), dem Krankenhausentgeltgesetz und der Fallpauschalenvereinbarung der Vertragspartner auch im Hinblick auf das Gebot der Wirtschaftlichkeit abschließend geregelt. Die Verlegung eines Patienten zur Weiterbehandlung in ein anderes Krankenhaus ist nach diesen Regelwerken nicht ausgeschlossen. Jedes Krankenhaus hat das Recht zu einer eigenständigen Abrechnung.

Das Gebot der Wirtschaftlichkeit wird allein durch einen Abschlag von der Fallpauschale konkretisiert. Nach § 1 Abs. 1 S. 2 Fallpauschalenvereinbarung (FPV) rechnet auch im Falle der Verlegung in ein anderes Krankenhaus jedes beteiligte Krankenhaus eine Fallpauschale ab. Diese wird gemäß § 1 Abs. 1 S. 3, 1. Halbs. FPV nach Maßgabe des § 3 FPV gemindert. Die Minderung der Fallpauschale nach § 3 FPV findet nach § 1 Abs. 1 S. 3, 2. Halbs. FPV nicht auf Fallpauschalen Anwendung, die im Fallpauschalen-Katalog als Verlegungs-Fallpauschalen gekennzeichnet sind; für diese Verlegungsfälle sind nach § 1 Abs. 1 Satz 3, 3 Halbs. FPV beim verlegenden Krankenhaus die Regelungen des § 1 Abs. 3 FPV entsprechend anwendbar. Danach ist für die bis zur unteren Grenzverweildauer nicht erbrachten Belegungstage einschließlich des im Fallpauschalenkatalog ausgewiesenen ersten Tages mit Abschlag ein Abschlag von der Fallpauschale vorzunehmen.

Bei der streitgegenständlichen DRG A09C handelt es sich um eine so genannte Verlegungspauschale.

Der Sinn und Zweck der Regelung über den Verlegungsabschlag besteht nach der Rechtsprechung des Hessischen Landessozialgerichts darin, fehlsteuernde Anreize, die zu einer zu frühen Verlegung des Patienten führen könnten, weitgehend auszuschließen und strategischen Überlegungen mit ausschließlich ökonomisch motiviertem Hintergrund entgegenzutreten (Hessisches Landessozialgericht, Urteil vom 28.06.2012 - [L 1 KR 347/10](#) m. w. N.).

Wird das Gebot der Wirtschaftlichkeit in Verlegungsfällen durch die Zulassungsbegrenzung bei der Krankenhausplanung i. S. d. [§ 108 SGB V](#) und im Weiteren abstrakt-generell in der Fallpauschalenvereinbarung normvertraglich konkretisiert, ist diese Regelung abschließend. Von einer abschließenden Regelung ist auch deswegen auszugehen, weil das DRG-basierte Vergütungssystem gem. § 17b Abs. 2 Satz KHG als jährlich weiter zu entwickelndes System angelegt ist. Bei auftretenden Fehlentwicklungen oder Unbilligkeiten ist es daher zuvörderst die Aufgabe der Vertragsparteien, diese mit Wirkung für die Zukunft durch vertragliche (Neu)Regelungen oder Klarstellungen zu beseitigen (Hessisches Landessozialgericht a.a.O.).

Dementsprechend bleibt auch keine Regelungslücke, die im Wege richterlicher Rechtsfortbildung Raum für einen (Schadensersatz-) Anspruch bietet.

Der streitgegenständliche Zinsanspruch der Klägerin folgt aus § 10 Abs. 5 des Landesvertrages über die allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung gemäß [§ 112 Abs. 2 S. 1 Nr. 1 SGB V](#) in Verbindung mit [§ 288 BGB](#).

II.

Der Klägerin steht die geltend gemachte Aufwandspauschale i. H. v. 300,00 EUR nach der Überprüfung der Rechnung der Klägerin vom 13.11.2014 durch den medizinischen Dienst der Krankenkasse zu.

Rechtsgrundlage der geltend gemachten Aufwandspauschale ist [§ 275 Abs. 1 c, S. 3 SGB V](#). Nach [§ 275 Abs. 1 SGB V](#) sind die Krankenkassen in den gesetzlich bestimmten Fällen verpflichtet, eine gutachtliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der

Krankenversicherung (MDK) einzuholen. Gemäß [§ 275 Abs. 1 c](#), S. 1 SGB V ist die Prüfung bei einer Krankenhausbehandlung zeitnah durchzuführen. Falls die Prüfung nicht zu einer Minderung des Rechnungsbetrages führt, hat die Krankenkasse dem Krankenhaus gemäß [§ 275 Abs. 1 c](#), S. 3 SGB V eine Aufwandspauschale in Höhe von 300 Euro zu zahlen.

Voraussetzung für einen Anspruch auf die Aufwandspauschale ist zum einen, dass eine Prüfung der Krankenkasse im Sinne des [§ 275 SGB V](#) stattgefunden hat und zum anderen, dass dem Krankenhaus durch die Prüfung ein zusätzlicher Aufwand entstanden ist (BSG, Urteil vom 22.06.2010 – [B 1 KR 1/10 R](#)). Beide Voraussetzungen sind vorliegend erfüllt.

Weitere Anspruchsvoraussetzung für eine Aufwandspauschale ist, dass die Prüfung nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages geführt hat. Der MDK hat die Abrechnung in seiner Stellungnahme vom 12.03.2015 nicht beanstandet und die Beklagte hat die Rechnung der Klägerin über die Behandlungskosten in Höhe von 77.633,05 EUR vollständig bezahlt.

Der Zinsanspruch ab Rechtshängigkeit der Klage ergibt sich aus [§ 69 Abs. 1 S. 3 SGB V](#) i.V.m. [§§ 291, 288 Abs. 1 S. 2 BGB](#) (vgl. BSG, Urteil vom 23.06.2015 – [B 1 KR 24/14 R](#) – Rdnr. 14 u. 16). Gemäß [§ 94 SGG](#) ist die Streitsache mit der Erhebung der Klage am 19.07.2016 rechtshängig geworden.

III.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) i. V. m. [§ 154 Abs. 1 VwGO](#).

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2018-10-25