

L 1 KR 108/12

Land
Hamburg
Sozialgericht
LSG Hamburg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
1
1. Instanz
SG Hamburg (HAM)
Aktenzeichen
S 25 KR 736/11
Datum
20.09.2012
2. Instanz
LSG Hamburg
Aktenzeichen
L 1 KR 108/12
Datum
19.12.2013
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Hamburg vom 20. September 2012 wird zurückgewiesen. Die Beklagte trägt die Kosten des Verfahrens. Der Streitwert wird auf EUR 41.653,44 festgesetzt. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist die Höhe der Vergütung für eine Krankenhausbehandlung.

Der bei der Beklagten versicherte H.A. wurde seit dem 15. Februar 2009 im Krankenhaus I. stationär behandelt und über einen Zeitraum von zwei Monaten wegen einer nekrotisierenden schweren Pankreatitis bei chronischem Alkoholabusus mehrfach operiert. Am 14. Juni 2009 wurde er nach schwallartiger Entleerung großer Mengen Blut über die angelegten Drainagen zur notfallmäßigen gefäßchirurgischen Versorgung in das Krankenhaus des Klägers verlegt. Nach intensivmedizinischer Akutversorgung erfolgten dort mehrere Operationen zur gefäßchirurgischen Blutstillung abdominaler Gefäße sowie weitere Maßnahmen. Der Versicherte wurde bis zum 25. Juni 2009 maschinell beatmet und anschließend tracheotomiert. Am 8. Juli 2009 wurde er in die intensivmedizinische Abteilung des Krankenhauses I. zurückverlegt.

Mit Rechnung vom 1. Oktober 2009 forderte der Kläger von der Beklagten Behandlungskosten in Höhe von EUR 73.783,88, wobei er die Diagnosebezogene Fallgruppe (Diagnosis Related Group – DRG) A09B (Beatmung)499 und (1000 Stunden mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung)3430/3220 Aufwandspunkte, ohne hochkomplexen Eingriff, Alter)15 Jahre, mit sehr komplexem Eingriff oder komplizierter Konstellation) zugrunde legte. Die Beklagte bezahlte die Rechnung zunächst, beauftragte aber am 8. Oktober 2009 den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Nord (MDK) mit der Prüfung, ob die gemeldeten Nebendiagnosen korrekt seien und aus welchen medizinischen Gründen die Verlegung am 8. Juli 2009 indiziert gewesen sei. Der MDK bestätigte in seinem Gutachten vom 24. März 2010 die kodierten Nebendiagnosen und die abgerechnete DRG. Weiter führte er aus, dass eine medizinische Begründung für die Verlegung nicht nachvollziehbar sei. Der Versicherte sei ins heimatnahe Krankenhaus zurückverlegt worden.

Die Beklagte teilte dem Kläger daraufhin mit, dass die Rückverlegung nicht medizinisch erforderlich gewesen und die dadurch veranlassten Mehrkosten in Höhe von EUR 40.949,55 zuzüglich der Transportkosten im Hinblick auf das Wirtschaftlichkeitsgebot daher nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung zu tragen seien. Am 1. Oktober 2010 rechnete die Beklagte einen Betrag von EUR 41.353,44 (errechnete Mehrkosten zuzüglich Transportkosten in Höhe von EUR 403,89) gegen die Vergütungsforderung in einem anderen Behandlungsfall auf. Die Zahlung einer Aufwandspauschale in Höhe von EUR 300 lehnte die Beklagte ab.

Mit ihrer am 7. Juli 2011 erhobenen Klage hat der Kläger den Differenzbetrag von EUR 41.353,44 nebst Zinsen sowie die Aufwandspauschale in Höhe von EUR 300 (insgesamt also EUR 41.653,44) geltend gemacht. Er hat vorgetragen, der Vergütungsanspruch des verlegenden Krankenhauses sei nicht von der medizinischen Erforderlichkeit der Verlegung abhängig. Das aufnehmende wie auch das verlegende Krankenhaus rechne nach den maßgeblichen Bestimmungen der Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2009 (Fallpauschalenvereinbarung – FPV 2009) jeweils eine eigene Fallpauschale ab, die bei Unterschreitung der mittleren Verweildauer durch Abschlüsse gemindert werde. Diese Abschlusssregelung diene als Instrument zur Gegensteuerung von rein fiskalischen Überlegungen bei Verlegungen. Dementsprechend habe das aufnehmende Krankenhaus im Falle einer Rückverlegung innerhalb von 30 Kalendertagen eine Fallzusammenführung vorzunehmen. Darüber hinaus gehende Kompensationen seien vom Gesetzgeber und in den Abrechnungsbestimmungen nicht vorgesehen. Insbesondere gebe es keine Regelungen, nach denen das verlegende Krankenhaus für angebliche Mehrkosten der Krankenkassen aufkommen müsse. Im Übrigen sei die Verlegung auch sachlich gerechtfertigt gewesen, denn sie sei nach Abschluss der gefäßchirurgischen Versorgung und Stabilisierung erfolgt, um das intensivmedizinische Bett im Universitätsklinikum

einem anderen akut behandlungsbedürftigen Patienten zur Verfügung stellen zu können. Schließlich sei die Aufrechnung auch deshalb widerrechtlich erfolgt, weil nach dem geltenden Landesvertrag nur aufgerechnet werden dürfe, wenn es sich um eine unstrittig festgestellte Gegenforderung handele, was vorliegend nicht der Fall sei.

Das Sozialgericht hat die Beklagte mit Urteil vom 20. September 2012 verurteilt, dem Kläger EUR 41.653,44 nebst Zinsen zu zahlen. Es hat ausgeführt, die Beklagte habe nicht in Höhe dieses Betrages aufrechnen dürfen, weil es hierfür keine Rechtsgrundlage gebe. Die in der FPV 2009 geregelten Fälle, in denen bei einer Verlegung Abschlüsse vorzunehmen seien, lägen nicht vor. Auch die Regelungen des Sozialgesetzbuchs Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V), des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) oder des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) enthielten keine Berechtigung zur Rechnungskürzung. Wegen der entstandenen Mehrkosten könne der Beklagten allenfalls ein Schadensersatzanspruch zustehen, den sie aber aufgrund der zwischen den Beteiligten bestehenden vertraglichen Regelungen nicht im Wege der Aufrechnung geltend machen könne.

Die Beklagte hat gegen das ihr am 15. Oktober 2012 zugestellte Urteil am 22. Oktober 2012 Berufung eingelegt. Sie trägt vor, eine Aufrechnung sei zulässig, sofern der MDK im Rahmen seiner Begutachtung die Voraussetzung für eine Rückforderung festgestellt habe. Dies sei hier der Fall, da der MDK festgestellt habe, dass keine medizinische Begründung für die Verlegung erkennbar sei, sodass es sich um einen durchgehenden medizinischen Behandlungsfall gehandelt habe und nur eine DRG abrechenbar sei.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Hamburg vom 20. September 2012 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Der Kläger beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Er nimmt Bezug auf sein bisheriges Vorbringen und trägt ergänzend vor, eine Anspruchsgrundlage für die von der Beklagten behauptete Gegenforderung ergebe sich weder aus gesetzlichen noch aus vertraglichen Bestimmungen. Die Notwendigkeit einer stationären Krankenhausbehandlung sei unstrittig über den gesamten Zeitraum gegeben gewesen. Die medizinische Notwendigkeit der Verlegung selbst sei nicht Voraussetzung für den Vergütungsanspruch. Allein aus dem Wirtschaftlichkeitsgebot folge kein Recht der Beklagten auf die Kürzung der Vergütung. Darüber hinaus gebe es auch keine Rechtsgrundlage für die erfolgte Aufrechnung. Insbesondere dürfe ein etwaiger Schadensersatzanspruch nach den vertraglichen Regelungen nicht im Wege der Aufrechnung geltend gemacht werden, sodass das Sozialgericht dessen Voraussetzungen zu Recht nicht geprüft habe. Da die Prüfung des MDK nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages geführt hat, sehe dem Kläger auch die Aufwandspauschale in Höhe von EUR 300 zu.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts wird auf den Inhalt der Prozessakte und auf die Verwaltungsakte der Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die statthafte, form- und fristgerecht eingelegte und auch sonst zulässige Berufung (§§ 143, 151 Sozialgerichtsgesetz – SGG) ist nicht begründet. Das Sozialgericht hat die Beklagte zu Recht verurteilt, an den Kläger EUR 41.653,44 zu zahlen. Die Klage ist als echte Leistungsklage nach § 54 Abs. 5 SGG zulässig und auch begründet.

Rechtsgrundlage des geltend gemachten (restlichen) Vergütungsanspruchs ist § 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V, § 17b Abs. 1 Satz 10 KHG und § 7 S. 1 Nr. 1, § 9 Abs. 1 Nr. 1 KHEntgG in Verbindung mit der FPV 2009 sowie dem am 1. Januar 2003 in Kraft getretenen Vertrag Allgemeine Bedingungen Krankenhausbehandlung vom 19. Dezember 2002 zwischen der Hamburgischen Krankenhausgesellschaft e.V. und u.a. der Beklagten (Vertrag nach § 112 SGB V). Nach der ständigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts entsteht die Zahlungsverpflichtung der Krankenkasse unabhängig von einer Kostenzusage unmittelbar mit der Inanspruchnahme einer Leistung durch den Versicherten, wenn die Versorgung in einem zugelassenen Krankenhaus durchgeführt wird und im Sinne von § 39 Abs. 1 S. 2 SGB V erforderlich ist (BSG, Urteil vom 18.09.2008 – B 3 KR 15/07 R – Juris). Nach § 7 S. 1 KHEntgG werden die allgemeinen Krankenhausleistungen gegenüber den Patienten oder ihren Kostenträgern mit verschiedenen, in den Nummern 1 bis 8 abschließend aufgezählten Entgelten abgerechnet. Hier geht es um die Abrechnung von Fallpauschalen nach dem auf Bundesebene vereinbarten Entgeltkatalog (§ 7 S. 1 Nr. 1 i.V.m. § 9 KHEntgG), der FPV 2009.

Die Beklagte war zu der erfolgten Aufrechnung in Höhe von EUR 41.353,44 nicht berechtigt, da ihr ein Erstattungsanspruch gegen den Kläger aus dem hier streitigen Behandlungsfall nicht zustand. Dem Kläger stand die abgerechnete Vergütung in Höhe von EUR 73.783,88 vielmehr in voller Höhe zu.

Die stationäre Krankenhausbehandlung des Versicherten H.A. war während des gesamten Zeitraums im Sinne des § 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V erforderlich, was zwischen den Beteiligten nicht streitig ist. Ebenso unstrittig zwischen den Beteiligten ist, dass die abgerechnete DRG A09B sowie die geltend gemachten Zusatzentgelte für die erfolgte Behandlung grundsätzlich zutreffend sind.

Die Beklagte kann dem Anspruch des Klägers auch nicht entgegenhalten, dass die Verlegung am 8. Juli 2009 in das Krankenhaus I. medizinisch nicht notwendig gewesen sei, denn für solche Einwände gibt es in den maßgeblichen Abrechnungsbestimmungen keine Rechtsgrundlage.

Gemäß § 1 Abs. 1 S. 2 FPV 2009 rechnet im Falle der Verlegung in ein anderes Krankenhaus jedes beteiligte Krankenhaus eine Fallpauschale ab. Diese wird gemäß § 1 Abs. 1 S. 3 HS 1 FPV 2009 nach Maßgabe des § 3 FPV 2009 um die dort geregelten Abschlüsse gemindert. § 3 FPV 2009 sieht grundsätzlich Abschlüsse sowohl für das verlegende (Abs. 1) als auch für das aufnehmende Krankenhaus (Abs. 2) vor. Diese Bestimmungen gelten allerdings nicht für Fallpauschalen, die im Fallpauschalen-Katalog als Verlegungs-Fallpauschalen gekennzeichnet sind; für diese sind beim verlegenden Krankenhaus die Regelungen des § 1 Abs. 3 FPV 2009 entsprechend anwendbar (§ 1 Abs. 1 S. 3 HS 2 und 3

FPV 2009). Verlegungs-Fallpauschalen sind von vornherein für zeitlich begrenzte Teilabschnitte eines Behandlungsfalles kalkuliert worden (so der Referentenentwurf zur FPV 2004 vom 02.09.2003, Einzelbegründung zu § 1 Abs. 1 S. 3: <http://www.dkgv.de/media/file/2532.122.pdf>).

Die hier anwendbare DRG A09B ist in der Spalte 12 des Fallpauschalen-Katalogs 2009 als Verlegungs-Fallpauschale gekennzeichnet, sodass keine Abschläge nach § 3 FPV 2009 in Abzug zu bringen sind. Gemäß § 1 Abs. 3 FPV 2009 wäre ein Abschlag aber dann vorzunehmen, wenn die Verweildauer des Versicherten die untere Grenzverweildauer unterschritten hätte. Dies ist indes nicht der Fall, denn der Fallpauschalen-Katalog 2009 sieht für die DRG A09B keine untere Grenzverweildauer vor.

Die maßgeblichen Abrechnungsbestimmungen geben damit eindeutig vor, dass bei Verlegungen jedes Krankenhaus eine eigenständige Fallpauschale abzurechnen hat (Referentenentwurf zur FPV 2004, a.a.O., Einzelbegründung zu § 1 Abs. 1 S. 2; Tuschen/Trefz, Krankenhausentgeltgesetz, 2. Auflage 2010, S. 141 und 147; Dietz/Bofinger, Krankenhausfinanzierungsgesetz, Bundespflegesatzverordnung und Folgerecht, Stand 9/2013, § 17c KHG, Anm. 3). Dies wird von weiteren Voraussetzungen – insbesondere der Frage der medizinischen Notwendigkeit einer Verlegung – nicht abhängig gemacht (BSG, Urteil vom 16.12.2008 – [B 1 KR 10/08 R](#) – Juris zum Anspruch des aufnehmenden Krankenhauses). Eventuellen Anreizen für eine zu frühe Verlegung dieser Patienten soll nach der Konzeption der Abrechnungsbestimmungen allein durch die in § 3 FPV 2009 enthaltenen Abschlagsregelungen entgegen gewirkt werden (Referentenentwurf zur FPV 2004, a.a.O., Einzelbegründung zu § 3), die hier allein deshalb nicht anwendbar sind, weil es sich bei der zugrunde zu legenden DRG bereits um eine Verlegungs-Fallpauschale handelt.

Dies wird auch durch die Rechtsentwicklung verdeutlicht, denn der Ordnungsgeber ist mit der FPV bewusst nicht dem abweichenden und mit höherem bürokratischen Aufwand verbundenen System des § 14 Abs. 5 und 11 Bundespflegesatzverordnung gefolgt, wonach bei Verlegungen im Rahmen einer Zusammenarbeit von Krankenhäusern einheitliche Fallpauschalen berechnet wurden, die untereinander aufzuteilen waren (BSG, Urteil vom 16.12.2008, [a.a.O.](#); Tuschen/Trefz, a.a.O., S. 141).

Etwas anderes folgt auch nicht aus der in § 17c Abs. 1 Nr. 2 KHG enthaltenen Regelung, wonach der Krankenhausträger durch geeignete Maßnahmen darauf hinzuwirken hat, dass vorzeitige Entlassungen und Verlegungen aus wirtschaftlichen Gründen unterbleiben. Dabei kann dahin stehen, ob diese Vorschrift überhaupt eine geeignete Rechtsgrundlage dafür sein kann, einen nach den maßgeblichen Abrechnungsvorschriften gegebenen Vergütungsanspruch des Krankenhauses zu kürzen (dafür: LSG Thüringen, Urteil vom 31.01.2012 – [L 6 KR 497/07](#); dagegen: SG Hamburg, Urteil vom 19.02.2008 – [S 48 KR 605/05](#); beide Juris). Denn hier handelt es sich jedenfalls nicht um eine "vorzeitige" Verlegung. Gemäß § 4 Abs. 3 der Gemeinsamen Empfehlungen zum Prüfverfahren nach § 17c KHG liegt eine vorzeitige Entlassung oder Verlegung vor, wenn die stationäre Krankenhausbehandlung beendet wird, obwohl der Patient am Tag der Verlegung oder Entlassung nach Art und Schwere seiner individuellen Erkrankung noch die Mittel einer vollstationären Versorgung im Krankenhaus benötigt und aufgrund der Verlegung oder Entlassung nicht mehr erhält. Der Fall der vorzeitigen Verlegung betrifft somit die Verlegung in nachgeordnete Versorgungsformen – insbesondere Rehabilitationseinrichtungen – zu einem Zeitpunkt, in dem tatsächlich noch keine Rehabilitationsfähigkeit besteht (Dietz/Bofinger, a.a.O.). Hier ist der Versicherte aber in ein anderes Krankenhaus verlegt worden, in dem er ebenfalls eine vollstationäre Krankenhausversorgung erhalten hat.

Die Beklagte kann ihre Berechtigung auch nicht auf das allgemeine Wirtschaftlichkeitsgebot aus [§ 12 Abs. 1 SGB V](#) stützen. Dieses gilt als allgemeiner Grundsatz zwar auch für Leistungserbringer, es kann jedoch nicht dafür herangezogen werden, den Vergütungsanspruch eines Krankenhauses, der nach den maßgeblichen Abrechnungsbestimmungen eindeutig besteht, zu beschränken. Vielmehr ist das Fallpauschalensystem als "lernendes System" mit stetigen Anpassungsschritten eingeführt worden ([BT-Drs. 14/6893 S. 26](#)). Sofern sich also ergeben sollte, dass Krankenhäuser in erheblichem Umfang Verlegungen allein aus dem Grund vornehmen, ihre Erlöse zu steigern – wofür es im vorliegenden Fall im Übrigen keine Anhaltspunkte gibt – obläge es den Selbstverwaltungspartnern bzw. dem Gesetz- oder Ordnungsgeber, das DRG-System oder die Abrechnungsbestimmungen entsprechend anzupassen oder zu ändern. Es kann jedoch nicht zu einer Berechtigung der Krankenkassen oder Gerichte führen, eine nach den geltenden Abrechnungsbestimmungen ordnungsgemäß erstellte Abrechnung im Einzelfall zu kürzen.

Schließlich ist auch dem Vertrag nach [§ 112 SGB V](#) keine Rechtsgrundlage für die erfolgte Rechnungskürzung zu entnehmen.

Ob die Beklagte gegen den Kläger einen Schadensersatzanspruch wegen der durch die Verlegung entstandenen Mehrkosten geltend machen kann, hat das Sozialgericht zu Recht offen gelassen. Im Hinblick darauf, dass die Abrechnung im Einklang mit den maßgeblichen Bestimmungen steht und der Kläger einen plausiblen Grund für die Verlegung hatte (Verfügbarkeit des Bettes für einen anderen intensivmedizinisch behandlungsbedürftigen Patienten), ist dies allerdings bereits zweifelhaft. Jedenfalls aber könnte die Beklagte einen solchen Anspruch nicht im Wege der Aufrechnung gegen einen Vergütungsanspruch durchsetzen. Denn gemäß § 11 Abs. 5 S. 1 des Vertrages nach [§ 112 SGB V](#) ist eine Aufrechnung mit Forderungen oder Gegenforderungen aus anderen Abrechnungsfällen ausgeschlossen, es sei denn, es handelt sich um unbestrittene oder rechtskräftig festgestellte Gegenforderungen oder um die Fälle des § 6 Abs. 5 des Vertrages. Nach § 11 Abs. 5 Satz 2 des Vertrages nach [§ 112 SGB V](#) ist ausnahmsweise eine Verrechnung mit anderen Abrechnungsfällen auch dann möglich, wenn der MDK im Rahmen seiner Begutachtung die Voraussetzung für eine Rückforderung der Krankenkasse festgestellt hat. Vorliegend ist ein etwaiger Schadensersatzanspruch weder unbestritten noch rechtskräftig festgestellt worden (§ 11 Abs. 5 Satz 1 1. Alternative des Vertrages). Es handelt sich auch nicht um einen Fall des § 6 Abs. 5 des Vertrages (Zahlung aufgrund unzutreffender Angaben des Krankenhauses, Nichtmitgliedschaft des Patienten bei der Krankenkasse oder fehlender Sachleistungsanspruch) gemäß § 11 Abs. 5 Satz 1 2. Alternative des Vertrages. Schließlich hat der MDK auch nicht die Voraussetzungen für eine Rückforderung festgestellt, denn ein Anspruch auf Rückforderung der Vergütung liegt mangels unrichtiger Abrechnung gerade nicht vor. Ein Schadensersatzanspruch ist insoweit einem Rückforderungsanspruch nicht gleichzustellen und dessen Voraussetzungen können vom MDK nicht festgestellt werden, denn dieser beurteilt lediglich medizinische Fragen, nicht aber die übrigen Voraussetzungen eines Schadensersatzanspruchs.

Da die Prüfung durch den MDK nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrags geführt hat, steht dem Kläger auch die Aufwandspauschale in Höhe von EUR 300 zu ([§ 275 Abs. 1c S. 3 SGB V](#)).

Der Zinsanspruch ergibt sich aus § 12 i.V.m. § 14 des Vertrages nach [§ 112 SGB V](#).

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 197a SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 2](#) Verwaltungsgerichtsordnung.

Die Festsetzung des Streitwertes beruht auf [§ 52 Abs. 1](#) und 3, [§ 63 Abs. 2](#) Gerichtskostengesetz.

Die Revision war nicht zuzulassen, da die Voraussetzungen des [§ 160 Abs. 2 SGG](#) nicht vorliegen. Insbesondere hat die Rechtssache keine grundsätzliche Bedeutung ([§ 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG](#)), da die streitige Rechtsfrage, ob die Vergütung von der medizinischen Erforderlichkeit einer Verlegung abhängig ist, bereits durch das Urteil des BSG vom 16.12.2008 ([a.a.O.](#)) geklärt ist.

Rechtskraft

Aus

Login

HAM

Saved

2014-02-19