

S 35 KR 1194/09

Land
Hamburg
Sozialgericht
SG Hamburg (HAM)
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
35
1. Instanz
SG Hamburg (HAM)
Aktenzeichen
S 35 KR 1194/09
Datum
18.11.2010
2. Instanz
LSG Hamburg
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Datum

-
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

Datum

-
Kategorie
Urteil

Die Beklagte wird verurteilt, aus der stationären Behandlung ihrer Versicherten R. vom 5.12. 2008 bis zum 7.12.2008 und vom 19.12.2008 bis zum 24.12.2008 weitere 2059,06 EUR nebst 5 % Zinsen seit dem 3.7.2009 zu zahlen. Die Beklagte trägt die Kosten des Verfahrens. Der Streitwert wird auf 2.059,06 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über eine Fallzusammenführung.

Bei der Patientin R., geboren am xxxxx 1938, die bei der Beklagten versichert ist, erfolgte im Röntgenzentrum H. am 24. November 2008 eine Vakuumsaugbiopsie rechts, bei der sich ein Carcinoma in situ der Mammillen zeigte. Sie wurde daher am 5. Dezember 2008 auf Grund der Verordnung mit der Diagnose "Intraduktales nichtinvasives Karzinom, DO5.1- G, Fam. Belastung Mamma- NPL, C 50.9 G" des behandelnden Arztes vom 1. Dezember 2008 Dr. M. bei der Klägerin zur Durchführung einer Lumpektomie (brusterhaltende Exzision) der Mamma aufgenommen. Zwar fand sich während der Operation am 5. Dezember 2008 kein Resttumor, aber auf Grund von Nachresektionen aus suspekten Bezirken der rechten Mamma wurde bei erneutem pathologischem Befund die sekundäre Mastektomie empfohlen. Die Versicherte wurde am 7. Dezember 2008 entlassen. Im Bericht der Histologie vom 9. Dezember 2008 wurde das Vorliegen eines erneuten ductalen Karzinoms bestätigt und nach Vorstellung des Falles in der onkologischen Konferenz am 11. Dezember 2008 die sekundäre Mastektomie empfohlen. Die Versicherte wurde daraufhin am 19. Dezember 2008 wiederum stationär aufgenommen und am 24. Dezember 2008 entlassen.

Die Klägerin brachte für den ersten Aufenthalt die DRG- Fallpauschalen J25Z, die zur Partion O gehört, zur Anwendung und stellte für den ersten Behandlungszeitraum am 17. Dezember 2008 2.019,19 EUR in Rechnung, die von der Beklagten auch zunächst beglichen wurden. Die zweite Behandlung richtete sich nach der DRG J 23Z (Partition O), die am 29. Dezember 2008 in Höhe von 4.020,56 EUR in Rechnung gestellt wurde und von der Beklagten zunächst gleichfalls auf dieser Grundlage erstattet wurde. Die Beklagte ließ die Rechnungen vom medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) am 27. April durch den Gutachter Dr. Z. überprüfen und rechnete 2.059,06 EUR mit den Behandlungskosten anderer Patienten auf, da Dr. Z. die Auffassung vertrat, die Behandlung sei bei der Entlassung am 7. Dezember 2008 noch nicht abgeschlossen gewesen, sodass beide Krankenhausaufenthalte als ein Behandlungsfall zu werten seien, für die die DRG- Pauschale J23Z zu Grunde zu legen sei. Die Wiederaufnahme oberhalb der oberen Grenzverweildauer entspräche einem unerlaubten Fallsplitting. Die Weiterbehandlung sei erfolgt, um das diagnosebezogene Behandlungsziel zu erreichen. Im weiteren Schriftwechsel machte die Klägerin geltend, die Patientin sei zu einem Zeitpunkt entlassen, als keine Behandlungsbedürftigkeit vorgelegen habe. Erst danach sei nach Vorliegen der Histologie der onkologischen Fallbesprechung die sekundäre Mastektomie empfohlen worden.

Die Klägerin hat deswegen am 30 Oktober 2009 Klage erhoben. Darin heißt es, eine medizinische Behandlungsbedürftigkeit liege nicht vor, wenn das Ergebnis einer Untersuchung abgewartet werde. Eine Beurlaubung sei nach dem Hamburger Landesvertrag nach [§ 112 SGB V](#) nicht zulässig. Die rechtliche Grundlage einer Fallzusammenführung nach der Fallpauschalenvereinbarung (FPV) sei nicht gegeben, da beide Fälle unterschiedliche DRG- Pauschalen beträfen. Eine Beurlaubung nach dem Hamburger Vertrag über die Allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung sei unzulässig.

Die Klägerin beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, aus der stationären Behandlung ihrer Versicherten R. vom 5.12.2008 bis zum 7.12. 2008 und vom 19.12.2008 bis zum 24.12.2008 weitere 2.059,06 EUR nebst 5 % Zinsen seit dem 3.7.2009 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie vertritt die Auffassung, die Behandlung sei am 7. Dezember 2008 noch nicht abgeschlossen gewesen. Die Versicherte sei nur beurlaubt worden, um das Therapieziel fortzusetzen. Vorliegend sei § 1 Abs. 7 FPV einschlägig, nach der eine Beurlaubung vorliege, wenn ein Patient mit Zustimmung des behandelnden Krankenhausarztes die Krankenhausbehandlung zeitlich befristet unterbräche, die stationäre Behandlung jedoch noch nicht abgeschlossen sei. Eine Auslegung des § 8 Abs. 3 des Hamburger Vertrages zu § 112 ergäbe, dass vorliegend eine Ausnahme zu der Regel des Verbots der Beurlaubung während einer somatischen Krankenhausbehandlung anzunehmen sei. Eine solche Ausnahme werde von § 1 Abs. 7 der FPV erfasst. Des Weiteren verweist die Beklagte auf ein Urteil des Sozialgerichts Leipzig vom 20. Februar 2009 (AZ [S 8 KR 92/07](#)).

Wegen der Einzelheiten des Sachverhalts wird auf den Inhalt der gerichtlichen Verfahrensakte und auf die beigezogene Verwaltungsakte der Beklagten verwiesen, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung am 18. November 2011 gewesen sind.

Entscheidungsgründe:

Die Klage ist als echte Leistungsklage statthaft und zulässig ([§ 54 Abs. 5](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG)), weil es sich um eine Zahlungsklage im Gleichordnungsverhältnis handelt. Es bedarf mithin weder eines Vorverfahrens noch der Einhaltung einer Klagefrist (wie hier: BSG, Urteil vom 17.05.2000, Az: [B 3 KR 33/99 R](#): juris).

Die Klage ist auch begründet. Die Beklagte hat gegen die spätere Vergütungsforderung der Klägerin zu Unrecht mit ihrem Rückforderungsbegehren aufgerechnet. Die Beklagte ist verpflichtet, die von der Klägerin geltend gemachten Kosten für die stationäre Behandlung der bei der Beklagten versicherten R. in Höhe von weiteren 2.059,06 EUR zuzüglich Zinsen zu übernehmen. Denn es wurden zwei als stationäre Behandlung abzurechnende Krankenhausleistungen erbracht. Eine Fallzusammenführung ist nicht gerechtfertigt.

Versicherte haben Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Die Krankenbehandlung umfasst u. a. die Krankenhausbehandlung ([§ 27 Abs. 1 Satz 1](#) und 2 Nr. 5 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V)). Gemäß [§ 39 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) wird die Krankenhausbehandlung vollstationär, teilstationär, vor- und nachstationär (§ 115 a) sowie ambulant (§ 115 b) erbracht. Nach Satz 2 der Vorschrift haben Versicherte Anspruch auf vollstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus (§ 108), wenn die Aufnahme nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann. Die Klägerin unstreitig ein zugelassenes Krankenhaus im Sinne des [§ 108 Nr. 1 SGB V](#) und damit im Rahmen ihres Versorgungsauftrages zur Krankenhausbehandlung (§ 39) der Versicherten verpflichtet.

Im Unterschied zur ambulanten Behandlung ist der Patient bei stationärer Versorgung physisch und organisatorisch in das spezifische Versorgungssystem eines Krankenhauses eingegliedert (wie hier: Wagner, Soziale Krankenversicherung/Pflegeversicherung, § 39 Rdnr. 4 EL 33). Hierbei resultiert die grundsätzliche Zahlungsverpflichtung der Beklagten - unabhängig von einer etwaigen Kostenzusage - bereits aus dem Sachleistungsprinzip. Nach [§ 2 Abs. 2 SGB V](#) erhalten die Versicherten die Leistungen als Sach- und Dienstleistungen, soweit dieses oder das Neunte Buch nichts Abweichendes vorsehen. Nach Satz 3 der Bestimmung schließen die Krankenkassen über die Erbringung der Sach- und Dienstleistungen nach den Vorschriften des Vierten Kapitels Verträge mit den Leistungserbringern.

Der Behandlungspflicht der zugelassenen Krankenhäuser im Sinne des [§ 109 Abs. 4 Satz 2 SGB V](#) steht damit ein Vergütungsanspruch gegenüber, der auf der Grundlage der gesetzlichen Ermächtigung in §§ 17 b Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) durch ein durchgängiges leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem festgelegt wird. Mit der Krankenhausbehandlung durch einen zugelassenen Leistungserbringer wird somit der Sachleistungsanspruch des Versicherten realisiert (vgl. [§ 2 Abs. 2 SGB V](#)). Zugleich wird konkludent über dessen konkreten Leistungsanspruch entschieden. Eine - in Form einer stationären Behandlung zu vergütende - Sachleistung (Krankenhausleistung) im Sinne des § 17 b KHG hat die Klägerin unstreitig erbracht.

Die stationäre Aufnahme der Versicherten war zudem - ebenfalls unstreitig - medizinisch geboten gewesen.

Entgegen der Rechtsauffassung der Beklagten war vorliegend jedoch eine Fallzusammenführung nicht gerechtfertigt. Die auf der Grundlage des § 17 b Abs. 2 KHG zwischen den Vertragsparteien vereinbarte Fallpauschalenvereinbarung 2008 (FPV 2008) sieht in § 1 die Abrechnung von Fallpauschalen vor. Diese werden jeweils von dem die Leistung erbringenden Krankenhaus nach dem am Tag der Aufnahme geltenden Fallpauschalen-Katalog und den dazugehörenden Abrechnungsregeln abgerechnet (Satz 1 der Vorschrift).

Nach Auffassung des Gerichtes handelt es sich vorliegend nicht um eine Beurlaubung im Sinne des § 1 Abs. 7 FPV 2008. Danach liegt eine Beurlaubung vor, wenn ein Patient mit Zustimmung des behandelnden Krankenhausarztes die Krankenhausbehandlung zeitlich befristet unterbricht, die stationäre Behandlung jedoch noch nicht abgeschlossen ist (Satz 3 der Vorschrift) mit der Folge, dass bei einer Beurlaubung keine Wiederaufnahme im Sinne des § 2 FPV 2008 vorliegt (Satz 4 der Vorschrift).

Nach Ansicht der Kammer war die erste Behandlung am 9. Dezember 2008 zunächst abgeschlossen, denn zu diesem Zeitpunkt stand eine weitere medizinische Behandlungsnotwendigkeit nicht fest. Deshalb wurde die Patientin auch nicht beurlaubt, sondern entlassen und nach Kenntnis und Diskussion der Befunde wiederaufgenommen, so dass auf diesen Fall die Spezialvorschrift die § 2 FPV (2008) anzuwenden ist.

Bei den Vergütungsregeln handelt es sich um ein "lernendes System". Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (Urteil vom 21.02.2002, Az: B 3 KR 30/1 R: juris), der das hiesige Gericht folgt, sind Fallpauschalen und Sonderentgelte allgemein streng nach ihrem Wortlaut hin auszulegen, allenfalls ergänzend nach dem systematischen Zusammenhang. Hintergrund hierfür ist, dass eine Vergütungsregelung, die für eine routinemäßige Abwicklung zahlreicher Behandlungsfälle vorgesehen ist, ihren Zweck nur erfüllen kann, wenn sie strikt nach ihrem Wortlaut sowie den dazu vereinbarten Anwendungsregelungen gehandhabt wird. Sie darf deshalb keinen Spielraum für weitere Bewertungen und Abwägungen lassen. Falls es bei wortgetreuer Auslegung zu Ungereimtheiten in der Praxis kommt,

bleibt es insoweit Aufgabe der Vertragspartner, Fallpauschalen- bzw. Sonderentgeltkataloge sowie Abrechnungsbestimmungen weiter zu entwickeln (BSG, Urteil vom 12.05.2005, Az.: [B 3 KR 18/04 R](#): juris).

Eine wortgetreue Auslegung des Begriffes Beurlaubung ergibt, dass eine Beurlaubung die Kenntnis der Rückkehr zwingend voraussetzt. Demgemäß gibt § 8 des Vertrages über die Allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung zu [§ 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V](#) vor, dass eine Beurlaubung bei Vorliegen bestimmter Voraussetzungen zulässig ist, die allesamt auf die Vereinbarkeit des Urlaubs mit der im Grunde vorliegenden Behandlungsbedürftigkeit abzielen. Zulässig ist eine Beurlaubung danach nur bei zwingenden persönlichen oder aus therapeutischen Gründen (Abs. 1 der Vorschrift). Diese liegen nach Abs. 2 der Norm nur vor, wenn die Beurlaubung aus wichtigen familiären oder sonstigen wichtigen persönlichen Gründen unumgänglich ist. Diese Voraussetzungen lagen bei der Versicherten erkennbar nicht vor. Auch der Abs. 3 der Vorschrift, wonach eine Beurlaubung mit einer somatischen Krankenhausbehandlung nicht vereinbar ist, zeigt, dass von der Beurlaubung nur in äußerst begrenzten Ausnahmefällen Gebrauch gemacht werden soll.

Anders als in dem vom SG Leipzig entschiedenen Fall (Urteil vom 20. Februar 2009 - [S 8 KR 92/07](#)-), in dem bereits in der Erst-Verordnung beide Behandlungen aufgeführt worden sind und die erste Behandlung medizinisch zwingend für die Durchführung der zweiten Behandlung war, stand vorliegend die Rückkehr der Patientin zum Zeitpunkt der Entlassung nicht fest; sie wurde deshalb nicht beurlaubt, sondern entlassen.

Die Beklagte darf unerwünschte Ergebnisse nach der Rechtsprechung des BSG (BSG a.a.O.) nicht über eine Ausweitung des Begriffes Beurlaubung beseitigen und die spezielle Vorschrift über die Wiederaufnahme nach § 2 FPV 2008 damit umgehen. Die Kodierichtlinien sind nunmehr für die Fälle, in denen nach einem ersten Eingriff die Histologie noch aussteht und die Patienten wiederaufgenommen werden, durch die gemäß § 17b Abs. 2 KHG zuständigen Beteiligten entsprechend weiterentwickelt worden, wie dies die Klägerin berichtete, ohne dass dies protokolliert wurde.

Nach § 2 Abs. 1 FPV 2007 hat das Krankenhaus eine Zusammenfassung der Falldaten zu einem Fall und eine Neueinstufung in eine Fallpauschale vorzunehmen, wenn

1. ein Patient oder eine Patientin innerhalb der oberen Grenzverweildauer, bemessen nach der Zahl der Kalendertage ab dem Aufnahmedatum des ersten unter diese Vorschrift zur Zusammenfassung fallenden Krankenhausaufenthalts, wieder aufgenommen wird und
2. für die Wiederaufnahme eine Einstufung in dieselbe Basis-DRG vorgenommen wird.

Vorliegend ist eine unterschiedliche Einstufung der Basis-DRG für die zweite Behandlung erfolgt: Für die erste Behandlung brachte die Klägerin die Basis-DRG J25Z zur Anwendung, die zweite Behandlung richtete sich nach der Basis-DRG J 23Z.

Nach Abs. 2 der vorgenannten Vorschrift ist eine Zusammenfassung der Falldaten zu einem Fall und eine Neueinstufung in eine Fallpauschale auch dann vorzunehmen, wenn

1. ein Patient oder eine Patientin innerhalb von 30 Kalendertagen ab dem Aufnahmedatum des ersten unter diese Vorschrift zur Zusammenfassung fallenden Krankenhausaufenthalts wieder aufgenommen wird und 2. innerhalb der gleichen Hauptdiagnosegruppe (MDC) die zuvor abrechenbare Fallpauschale in die "medizinische Partition" oder die "andere Partition" und die anschließende Fallpauschale in die "operative Partition" einzugruppieren ist.

Vorliegend waren für beide Aufenthalte die operativen Partitionen einschlägig.

Werden Patienten oder Patientinnen, für die eine Fallpauschale abrechenbar ist, wegen einer Komplikation im Zusammenhang mit der durchgeführten Leistung innerhalb der oberen Grenzverweildauer, bemessen nach der Zahl der Kalendertage ab dem Aufnahmedatum des ersten unter diese Vorschrift zur Zusammenfassung fallenden Aufenthalts, wieder aufgenommen, hat das Krankenhaus eine Zusammenfassung der Falldaten zu einem Fall und eine Neueinstufung in eine Fallpauschale vorzunehmen, § 2 Abs. 3 FPV 2007.

Vorliegend erfolgte der zweite Aufenthalt der Versicherten nicht auf Grund einer Komplikation.

Die Klägerin kann auch Zinsen in Höhe von 5 % über dem Basiszinssatz verlangen; denn nach der zwischen den Beteiligten vereinbarten allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung vom 19. Dezember 2002 ist nach § 14 ein Zinsanspruch in Höhe von 5 %-Punkten ohne Anbindung an den Basiszinssatz zu zahlen, wenn die Zahlung nicht innerhalb der Zahlungsfristen erfolgt. Einer Mahnung bedarf es für diese Fälle nicht.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197 a](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG).

Gehört in einem Rechtszug weder der Kläger noch der Beklagte zu den in [§ 183](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) genannten Personen, werden Kosten nach den Vorschriften des Gerichtskostengesetzes (GKG) erhoben; die §§ 184 bis 195 finden keine Anwendung; die [§§ 154 bis 162](#) der Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO) sind entsprechend anzuwenden ([§ 197 a Abs. 1 Satz 1 SGG](#)). Nach [§ 183 Satz 1 SGG](#) ist das Verfahren vor den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit für Versicherte, Leistungsempfänger, einschließlich Hinterbliebenenleistungsempfänger, Behinderte oder deren Sonderrechtsnachfolgern nach [§ 56](#) des Ersten Buches Sozialgesetzbuch (SGB I) kostenfrei, soweit sie in dieser jeweiligen Eigenschaft als Kläger oder Beklagte beteiligt sind.

Dies ist hier nicht der Fall, weil die Klägerin nicht als Versicherte oder Leistungsempfängerin, sondern als Leistungserbringerin gegen die Beklagte vorgegangen ist. Gemäß [§ 197 a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) ist eine Kostenerhebung nach den Vorschriften des GKG geboten, ohne dass die [§§ 184 bis 195 SGG](#) Anwendung finden. Nach der entsprechend anzuwendenden Bestimmung des [§ 154 Abs. 1 VwGO](#) trägt der unterliegende Teil die Kosten des Verfahrens. Da die Beklagte im Rechtsstreit unterlegen ist, hat sie auch die Kosten des Verfahrens zu tragen.

Rechtskraft

Aus

Login
HAM
Saved
2017-04-27