

S 12 KR 210/10

Land
Hessen
Sozialgericht
SG Kassel (HES)
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
12
1. Instanz
SG Kassel (HES)
Aktenzeichen
S 12 KR 210/10
Datum
16.11.2011
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 8 KR 64/15
Datum
26.01.2017
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Die Klage wird abgewiesen.

Die Klägerin hat einschließlich der Kosten der Beklagten insgesamt die Kosten des Verfahrens zu tragen.

Tatbestand:

Nachdem mit der am 11. Juni 2010 erhobenen Klage ursprünglich eine von der Klägerin als Krankenhausträgerin geltend gemachte Zahlung von 2.932,84 EUR im Streit war, ist die Klageforderung mit Eingang am 16. August 2010 auf 1.466,27 EUR reduziert und die Klage im Übrigen zurückgenommen worden und die Klägerin die vorgenannten 1.466,27 EUR über eine bereits erfolgte Zahlung von 7.208,56 EUR hinaus zuzüglich Zinsen aus Anlass einer vollstationären Krankenhausbehandlung des 1938 geborenen und zwischenzeitlich verstorbenen, im Behandlungszeitraum bei der Beklagten in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versicherten C. (C.) in der Hautklinik der Klägerin geltend macht, wobei dem wiederum vollstationäre Behandlungen mit einer – geplanten – Aufnahme zunächst von Montag, den 31. März 2009 bis Samstag, den 4. April 2009 und dann bei einer im Entlassungszeitpunkt geplanten Wiederaufnahme am Montag, den 6. April 2009 bis Samstag, den 25. April 2009 zugrunde liegen.

Die Krankenhauseinweisung am 31. März 2009 war schließlich erfolgt verschlüsselt unter der ICD10-Ziffer 43.5 (Bösartiges Melanom des Rumpfes) als Hauptdiagnose, wobei die Aufnahme gegenüber der Beklagten im Rahmen der Aufnahmeanzeige/des Antrags auf Kostenzusicherung als "Normalfall" angemeldet worden war mit einer voraussichtlichen Behandlungsdauer bis 10. April 2009. Kosten aus Anlass des Aufenthaltes bis 4. April 2009 wurden der Beklagten im Weiteren dann zunächst in Rechnung gestellt in Höhe von 3.199,03 EUR; dies auf der Grundlage der DRG-Fallpauschale J21Z, wobei als Entlassungsgrund von einer regulären Beendigung der Behandlung ausgegangen wurde. Gleichwohl war es dann bereits am 6. April 2009 zu der vorgenannten Wiederaufnahme bis 25. April 2009 gekommen, nunmehr mit der verschlüsselten Hauptdiagnose C77.3, wofür dann nochmals weitere 5.741,49 EUR in Rechnung gestellt worden sind, mithin insgesamt 8.940,22 EUR, die zumindest nach Aktenlage zunächst seitens der Beklagten auch noch insgesamt beglichen worden waren.

Gleichwohl schaltete die Beklagte zur Prüfung der Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung bzw. zur Prüfung der Schlüssigkeit der in Rechnung gestellten Kosten den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) ein, der zunächst zu der Auffassung gelangte, dass nicht nur der zweite Aufenthalt ab 6. April 2009, sondern auch bereits der Erstaufenthalt ab 31. März 2009 mit der Hauptdiagnose des zweiten Aufenthaltes nach der ICD10-Ziffer C77.3 zu verschlüsseln gewesen sei und es sich im Übrigen aber auch um eine ununterbrochene Behandlung gehandelt habe. Ersteres wurde anschließend seitens der Klägerin akzeptiert und die Erstrechnung vom 24. April 2009 über 3.199,03 EUR storniert. Gleichzeitig wurde insoweit für den Aufenthalt vom 31. März 2009 bis zum 4. April 2009 die nunmehr streitgegenständliche Rechnung vom 18. Dezember 2009 über 2.932,84 EUR neu ausgestellt. Insoweit ging die Klägerin entgegen dem MDK nach wie vor von jeweils getrennt abrechenbaren Krankenhauseinweisungen aus, wobei am 1. April 2009 die Exstirpation eines axillären Lymphknotens und am 3. April 2009 eine Nachexzision des Melanoms erfolgt waren sowie am 6. April 2009 eine radikale Lymphadenektomie axillär rechts, was der MDK als einheitlichen Behandlungsfall angesehen hatte und dieser Krankenhauseinweisung insoweit allein über das Wochenende von Samstag, dem 1. April 2009 bis Montag, den 9. April 2009 unterbrochen gewesen sei, die Wiederaufnahme am 6. April 2009 bei der Entlassung am 1. April 2009 konkret vorausgeplant gewesen sei und dann auch um 7.01 Uhr am 6. April 2009 stattgefunden habe sowie die nachfolgende Operation noch am selben Tag durchgeführt worden sei. Dies mit der Folge, dass nach Auffassung des MDK und der Beklagten die Behandlung am 4. April 2009 gerade noch nicht abgeschlossen war. C. habe das Krankenhaus nur vorübergehend verlassen und sei faktisch beurlaubt gewesen.

Dies dann mit der weiteren Folge einer nach Auffassung des MDK und der Beklagten vorzunehmenden Fallzusammenführung unter der DRG R12B zuzüglich Zuschlägen für Grenzverweildauerüberschreitungen mit einem Zahlungsanspruch nach Auffassung der Beklagten danach allein in Höhe von 7.208,56 EUR, während die Klägerin nach wie vor von einem solchen in Höhe von insgesamt 8.674,83 EUR (2.932,84 EUR + 5.741,99 EUR) ausging und insoweit nach verschiedenen, seitens der Beklagten vorgenommenen Verrechnungen 1.466,27 EUR (8.674,83 EUR - 7.208,56 EUR) zur Zahlung offen blieben.

Die Klägerin hat sodann als Krankenhausträgerin am 11. Juni 2010 Klage vor dem Sozialgericht in Kassel erhoben, wobei sie im Zeitpunkt der Klageerhebung zunächst noch von einer offenen Forderung von 2.932,84 EUR ausgegangen ist, im Weiteren mit Eingang am 16. August 2010 dann jedoch allein noch die Zahlung der vorgenannten 1.466,27 EUR geltend gemacht hat. Insoweit lägen die Voraussetzungen einer Fallzusammenführung nach § 2 der hier anzuwendenden Fallpauschalenverordnung (FPV) nicht vor. Es existiere bereits keine rechtliche Grundlage für eine solche Zusammenführung. Anders als die Beklagte behaupte, sei eine Bewertung als "medizinisch einheitlicher Behandlungsfall" kein Kriterium für eine Fallzusammenführung. Vielmehr handele es sich um eine leistungsrechtliche Fragestellung. Die Zusammenführung scheitere insoweit daran, dass beide Fallpauschalen eine operative Partition ausweisen würden. Fallpauschalen- und Sonderentgeltkataloge seien streng nach ihrem Wortlaut anzuwenden. Dies deshalb, weil eine Vergütungsregelung, die für eine routinemäßige Abwicklung von zahlreichen Behandlungsfällen vorgesehen sei, ihren Zweck nur erfülle, wenn sie allgemein strikt nach ihrem Wortlaut sowie den dazu vereinbarten Anwendungsregeln gehandhabt würde. Letztlich sei damit zu unterscheiden zwischen einem medizinisch einheitlichen Behandlungsfall, wie beispielsweise bei chronischen Erkrankungen mit mehreren Krankenhausaufenthalten und einem leistungsrechtlichen Behandlungsfall. Sicher stünden beide Behandlungsabschnitte in einem medizinischen Zusammenhang. Dies ändere jedoch aus leistungsrechtlicher Sicht nichts an der Tatsache, dass gemäß den Abrechnungsregeln zwei eigenständige Behandlungsfälle vorlägen. Damit sei eine Fallpauschalen-Zusammenführung nach den Abrechnungsregelungen der FPV sogar ausdrücklich ausgeschlossen. Dies auch gemäß den ergänzenden Klarstellungen der Vertragsparteien nach § 17b Abs. 2 Satz 1 Krankenhausgesetz (KHG). Insoweit würden hier mehrere medizinisch sinnvolle Behandlungsabschnitte bei einer onkologischen Erkrankung vorliegen. Das hieße, dass auch die Regeln zur Beurlaubung nicht anzuwenden seien. Stattdessen seien die Behandlungen durch reguläre Entlassungen abzuschließen gewesen. Von einem durchgehenden Behandlungsfall könne danach keine Rede sein.

Die Klägerin beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, der Klägerin aus Anlass der vollstationären Krankenhausbehandlung des Versicherten C. in der Hautklinik der Klägerin vom 31. März 2009 bis 4. April 2009 auf der Grundlage der Rechnung vom 18. Dezember 2009 weitere 1.466,27 EUR zuzüglich Zinsen hieraus in Höhe von 5%-Punkten über dem Basiszinssatz der Europäischen Zentralbank seit dem 21. Januar 2010 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Die Beklagte hält an ihrer ablehnenden Haltung fest. Wie der einzelne Behandlungsfall zu einer DRG zugewiesen werde, richte sich nach unterschiedlichen Gesichtspunkten. Im Vordergrund stünden die Hauptdiagnose sowie ggf. durchgeführte Prozeduren. Sofern Nebendiagnosen vorhanden seien, könnten diese Auswirkung auf die Schweregrad-Einstufung haben. Die eindeutige Zuordnung eines Behandlungsfalles zu der dafür vorgesehenen DRG-Fallpauschale erfolge computerunterstützt mit einem eigens entwickelten und festgeschriebenen Algorithmus (Grouper). Die Zuordnung richte sich zunächst nach der Codierung der Haupt- und ggf. der Nebendiagnose auf der Grundlage der jeweiligen Diagnosen nach ICD10 bzw. der Prozeduren nach OPS 301. Es handele sich um ein diagnosebezogenes pauschales Vergütungssystem. Entgegen dem Vortrag der Klägerin sei die vom 31. März 2009 bis zum 4. April 2009 durchgeführte Krankenhausbehandlung nicht gesondert abzurechnen. Der pauschale Verweis darauf, dass eine Fallzusammenführung laut FPV ausgeschlossen sei, gehe fehl. Bei den Behandlungen vom 31. März 2009 bis 4. April 2009 und vom 6. April 2009 bis 25. April 2009 handele es sich um einen einheitlichen, durchgehenden Behandlungsfall. Die Abläufe der jeweiligen Aufenthalte zeigten, dass die am 31. März 2009 begonnene Behandlung dadurch, dass der Versicherte die Klinik von Samstag, den 4. April 2009 bis Montag, den 6. April 2009 verlassen gehabt habe, lediglich unterbrochen gewesen sei. Bei gleichlautender Hauptdiagnose habe die Klägerin ausweislich der übermittelten Abrechnungsdaten am 1. April 2009 den OPS-Code 5-401.1.11 rechts beim Versicherten durchgeführt. Nachdem der Versicherte sich am Montag, den 6. April 2009 morgens um 7.01 Uhr wieder bei der Klägerin eingefunden gehabt habe, sei noch am selben Tag der OPS-Code 5-404.0 durchgeführt worden. Die am 1. April 2009 sowie am 6. April 2009 insoweit erfolgten Operationen des Lymphgewebes zeigten, dass die Behandlung der Hauptdiagnose C77.3 noch nicht abgeschlossen gewesen sei, als der Versicherte die Klinik am 4. April 2009 vorübergehend verlassen gehabt habe. Insofern sei hier faktisch von einer Beurlaubung im Sinne des § 1 Abs. 7 Satz 4 FPV auszugehen gewesen. Bestätigt sehe sich die Beklagte dabei durch den im Klageverfahren vorgelegten Krankenhausentlassungsbericht, der das Vorliegen eines durchgehenden Behandlungsfalles belege. Dieser mache die am 4. April 2009 lediglich erfolgte Unterbrechung mehr als deutlich und belege, dass es sich bei der erneuten Aufnahme am 6. April 2009 gerade nicht um eine gesondert abrechenbare Wiederaufnahme gehandelt habe. Gleiches gelte nach Beiziehung der vollständigen Krankengeschichte durch das Gericht und deren Auswertung durch den MDK. Insoweit sei das weitere Procedere ab 6. April 2009 nämlich bereits am 4. April 2009 vorausgeplant gewesen, habe also festgestanden, wobei die vorbereitenden Maßnahmen in Form einer entsprechenden Aufklärung des Versicherten für den operativen Eingriff des zweiten Aufenthaltes auch bereits im Rahmen des ersten Aufenthaltes erfolgt seien. Aus der Klinikdokumentation gehe eindeutig hervor, dass der Versicherte mit Zustimmung des behandelnden Arztes die Krankenhausbehandlung lediglich zeitlich befristet unterbrochen habe und die stationäre Behandlung am 4. April 2009 gerade noch nicht abgeschlossen gewesen sei. Dies mit der Folge, dass es sich mit dem MDK bei der Entlassung des Versicherten am 4. April 2009 mit vorausgeplanter Wiederaufnahme am 6. April 2009 im Ergebnis inhaltlich um eine Wochenendbeurlaubung im Sinne einer befristeten Unterbrechung des vollstationären Krankenhausaufenthaltes gehandelt habe. Letztlich unbeachtlich blieben dann insoweit auch die Ausführungen der Klägerin zu den Klarstellungen der Vertragsparteien nach § 17b Abs. 2 Satz 1 KHG zur FPV. Die in Bezug genommenen Klarstellungen beträfen nämlich allein Fälle onkologischer Behandlungszyklen. Hierzu zählten beispielsweise Behandlungen mit Chemotherapie- oder Bestrahlungstherapiezyklen. Diese seien jedoch mit der vorliegend streitigen Behandlung zur Diagnosesicherung und anschließendem chirurgischen Eingriff nicht gleichzusetzen.

Wegen der weiteren Einzelheiten, insbesondere wegen des jeweiligen weiteren Vorbringens der Beteiligten wird Bezug genommen auf den Inhalt der Gerichtsakte insgesamt; ebenso wird Bezug genommen auf die beigezogenen Verwaltungsvorgänge der Beklagten und die weiter beigezogene Krankengeschichte der hier streitigen stationären Krankenhausaufenthalte, deren jeweils wesentlicher, den vorliegenden Rechtsstreit betreffender Inhalt gleichfalls Gegenstand der mündlichen Verhandlung war.

Entscheidungsgründe:

Die im Leistungserbringungsrecht als Leistungsklage allgemein zulässige Klage ist nicht begründet. Die seitens der Beklagten erfolgten Aufrechnungen sind nicht zu beanstanden. Der Klägerin stehen aus Anlass der vollstationären Behandlung des Versicherten C. in ihrer Hautklinik in den Zeiträumen vom 31. März 2009 bis 4. April 2009 und vom 6. April 2009 bis 25. April 2009 keine weiteren als die im Zeitpunkt der Klageerhebung abgerechneten Kosten in Höhe von 7.208,56 EUR zu. Die Beklagte hat die Zahlung der verbliebenen streitigen 1.466,27 EUR im Ergebnis zu Recht abgelehnt. Auch zur Überzeugung der Kammer hat es sich nach Auswertung der vorgelegten Unterlagen und den die Kammer überzeugenden schlüssigen Ausführungen des MDK bei beiden Aufenthalten vorliegend um einen einheitlichen, untrennbar zusammenhängenden Behandlungsfall gehandelt, ohne dass die Behandlung am 4. April 2009 als solche abgeschlossen gewesen wäre. Ob dies eine Fallpauschalen-Zusammenführung streng nach dem Wortlaut des § 2 FPV beinhaltet, sei dahingestellt; ebenfalls ob hier eine nach dem Krankenhausvertrag klassische Beurlaubung vorgelegen hat. Jedenfalls ist mit der Beklagten in der hier konkret vorliegenden Fallkonstellation am 6. April 2009 keine vom Erstaufenthalt unabhängige, eigenständige Wiederaufnahme des C. erfolgt, sondern unstreitig die zuvor am 31. März 2009 bereits in Gang gesetzte Behandlung als solche nach einer Wochenendunterbrechung lediglich fortgesetzt worden. Hierauf ist mit der Beklagten für deren Abrechnung allein abzustellen, wobei dahingestellt bleiben kann, ob die Wochenendbeurlaubung eine Beurlaubung im klassischen Sinn beinhaltet hat, mit einem Entgegenkommen des Krankenhauses allein auf Wunsch des Versicherten zustande gekommen ist, ihr organisatorische Gründe zugrunde lagen oder, was die Beklagte sinngemäß unterstellt, vermeintlich abrechnungstaktische Gründe; abzustellen bleibt stattdessen allein auf den engen zeitlichen Zusammenhang, die unmittelbare zeitliche Vorausplanung des zweiten Aufenthaltes bereits und noch während des Erstaufenthaltes und der mit dem Erstaufenthalt zwingend vorgegebene Ablauf der weiteren Behandlung, ohne dass hier auf der Grundlage des zeitlichen Ablaufs unabhängig voneinander bestehende, getrennt abrechenbare Behandlungsschritte vorliegen würden, wobei gerade der enge zeitliche Zusammenhang und die Vorbereitung des zweiten Aufenthaltes noch während des ersten Aufenthaltes sowie die noch unmittelbar am 6. April 2009 erfolgte weitere Operation dann aber auch die "Entlassung/Beurlaubung" des C. am 4. April 2009 allein wegen des Wochenendes deutlich machen dürften. Weder aus dem Vorbringen der Klägerin noch aus der beigezogenen Krankengeschichte lassen sich jedenfalls andere Gründe ableiten. In einer solchen Fallgestaltung von getrennt abrechenbaren, eigenständigen Krankenhausbehandlungsfällen auszugehen, würde mit den Ausführungen der Beklagten in der mündlichen Verhandlung auch nach Auffassung der Kammer Abrechnungsmanipulationen Tür und Tor öffnen.

Nach alledem macht sich die Kammer die o.a. vorgerichtlichen Ausführungen der Beklagten und deren weitere Ausführungen im Klageverfahren hierzu zu Eigen, nimmt vollinhaltlich auf diese Ausführungen Bezug und sieht danach analog [§ 136 Abs. 3 SGG](#) von einer weiteren ausführlicheren Darstellung der Entscheidungsgründe ab.

Die Klage war somit abzuweisen.

Die Kostenentscheidung folgt [§ 197a Abs. 1 Satz 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) i. V. m. [§ 154 Abs. 1](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).

Der gesonderten Entscheidung über eine Zulassung der Berufung bedurfte es nicht, nachdem der Wert des Beschwerdegegenstandes 750,00 EUR übersteigt.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2018-01-18