

L 4 KR 476/17

Land
Freistaat Bayern
Sozialgericht
Bayerisches LSG
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
4
1. Instanz
SG Regensburg (FSB)
Aktenzeichen
S 14 KR 565/15
Datum
14.06.2017
2. Instanz
Bayerisches LSG
Aktenzeichen
L 4 KR 476/17
Datum
27.02.2019
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

1. Zur Frage, ob ein Fall der Wiederaufnahme vorlag bzw. eine Beurlaubung insbesondere aus wirtschaftlichen Gründen geboten gewesen wäre.

2. Zu den Voraussetzungen einer abrechnungstechnisch gebotenen Fallzusammenführung

I. Die Berufung gegen das Urteil des Sozialgerichts Regensburg vom 14. Juni 2017 wird zurückgewiesen.

II. Die Beklagte trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

IV. Der Streitwert wird auf 4.574,62 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Die Klägerin und Berufungsbeklagte begehrt die Zahlung einer Vergütung der Kosten aus einer stationären Behandlung in Höhe von 4.574,62 EUR und wendet sich hierbei gegen die Aufrechnung in dieser Höhe durch die Beklagte und Berufungsklägerin.

Der Versicherte C. (geb. 1927) befand sich vom 30.04. bis 04.05.2012 in stationärer Behandlung bei der Klägerin; es wurde am 02.05.2012 eine perkutane transluminale Angioplastie (PTA) mit Rekanalisation der Arteria femoralis superficialis rechts durchgeführt (DRG F54Z). Für den 02.07.2012 war die erneute stationäre Aufnahme wegen einer perkutanen transluminalen Angioplastie (nun am linken Bein/Fuß) geplant. Vom 14.05. bis 06.06.2012 musste wegen einer Vorfußphlegmone (bakterielle Entzündung des Bindegewebes) bzw. pAVK (periphere arterielle Verschlusskrankheit) mit Ulcus der Großzehenregion rechter Fuß eine erneute stationäre Behandlung erfolgen. Die Großzehe am rechten Fuß wurde am 29.05.2012 amputiert. Die Klägerin setzte die DRG J03A bei Hauptdiagnose L03.11 an und berechnete mit Rechnung vom 11.06.2012 Kosten der stationären Behandlung in Höhe von 5.497,76 EUR. Wegen aufgetretener starker Schmerzen beim Versicherten erfolgte jedoch die geplante, weitere stationäre Aufnahme statt am 02.07.2012 bereits am 13.06.2012 mit Behandlung bis 15.06.2012. Betroffen war nunmehr der linke Fuß (Diagnose: Ulcus bzw. eine Nekrose der linken Großzehe im Sinne einer pAVK IV bei beschriebenen Verschlüssen bzw. Einengungen der Ober- und Unterschenkelgefäße). Es wurde eine PTA von Oberschenkel- und Unterschenkelstrombahn vorgenommen. Die Klägerin stellte der Beklagten dafür 4.574,62 EUR nach der DRG F54Z (komplexe oder mehrfache Gefäßeingriffe ohne kompliz. Konstellation, ohne Revision, ohne kompliz. Diagnose, Alter) 2 J., ohne bestimmte beidseitige Gefäßeingriffe od. mäßig kompl. Gefäßeingriff mit kompliz. Diagnose, ohne auß. schw. CC, ohne Rotationsthrombektomie) mit Hauptdiagnose I70.23 in Rechnung. Die Beklagte leistete unter Vorbehalt.

Die Beklagte holte eine Stellungnahme des Sozialmedizinischen Dienstes (SMD) vom 08.10.2012 ein. Aus medizinischer Sicht sei nicht ersichtlich, weswegen eine Wiederaufnahme erst zu einem späteren Zeitpunkt erfolgen konnte. Die erforderliche Weiterbehandlung der Durchblutungsstörungen am linken Bein hätte zum ersten Entlassungszeitpunkt erfolgen können. Deshalb sei eine Fallzusammenführung mit der gemeinsamen DRG J03A zu erfolgen. Die Beklagte verrechnete daraufhin am 17.10.2012 den streitigen Betrag von 4.574,62 EUR mit einer unstreitigen Forderung. Der SMD hielt in einer Stellungnahme vom 12.06.2015 an der Ansicht fest, dass die notwendige Behandlung bereits im Rahmen des Aufenthaltes ab dem 14.05.2012 hätte erfolgen können und müssen.

Mit der Klage zum Sozialgericht Regensburg vom 18.11.2015 hat die Klägerin die Zahlung dieser 4.574,62 EUR samt Zinsen begehrt. Es sei keine Fallzusammenführung vorzunehmen.

Das Sozialgericht hat die Patientenakten beigezogen und den Chirurgen Prof. Dr. PD Dr. F. mit der Erstellung eines Sachverständigengutachtens beauftragt. Der Sachverständige hat in seinem Gutachten vom 20.09.2016 dargelegt, dass die zunächst abwartende Haltung der Klägerin unter kurzfristiger Kontrolle des operierten Bereiches nachvollziehbar und widerspruchsfrei sei. Es sei neben dem hohen Alter (87 Jahre) auch auf eine Demenz und Harninkontinenz beim Versicherten hinzuweisen. Eine möglichst geringe Belastung des Versicherten sei anzustreben gewesen, wobei eine Verschlechterung der Durchblutungsstörungen mit dem neuen Eingriff hinzunehmen gewesen sei. Insgesamt ist der Gutachter zu dem Ergebnis gelangt, dass die Kriterien für eine Fallzusammenführung nicht vorlägen.

Die Beklagte hat, gestützt auf eine Stellungnahme des SMD vom 07.11.2016, eingewandt, dass im Rahmen der stationären Unterbringung vom 14.05. bis 06.06.2012 die Probleme am rechten Bein im Vordergrund gestanden hätten, wobei der folgende stationäre Aufenthalt das linke Bein betroffen habe. Zeitgleich zum Aufenthalt ab 14.05.2012 hätten beide Behandlungen durchgeführt werden können; eine geplante Wiederaufnahme hätte daher vermieden werden können.

Nach Ansicht der Klägerin sei wegen des Gesamtzustandes des Patienten ein Eingriff an beiden Beinen beim ersten Aufenthalt nicht vertretbar gewesen.

Das Sozialgericht hat eine ergänzende Stellungnahme des Prof. Dr. PD Dr. F. vom 06.03.2017 eingeholt, der an seinem Gutachtensergebnis festgehalten hat. Entsprechendes gilt für eine weitere ergänzende Stellungnahme des Gutachters vom 24.04.2017 zu den Ausführungen des SMD vom 12.04.2017, nach der eine Indikation für ein abwartendes Verhalten nicht gegeben gewesen sei. Eine weitere Äußerung des SMD vom Juni 2017 ist erst nach dem Urteil des Sozialgerichts eingegangen. Bereits am 14.05.2012 habe eine beidseits fortgeschrittene AVK vorgelegen.

Das Sozialgericht hat mit Urteil ohne mündliche Verhandlung vom 14.06.2017 die Beklagte verurteilt, an die Klägerin 4.574,62 EUR nebst Zinsen hieraus in Höhe von 4 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit 24.10.2012 zu bezahlen. Das Sozialgericht ist dabei den Ausführungen des Prof. Dr. PD Dr. F. gefolgt. Der Beklagten sei zwar zuzugeben, dass das Wirtschaftlichkeitsgebot durch die höchstrichterliche Rechtsprechung im Abrechnungsstreit festgeschrieben sei; letztlich handele es sich hierbei jedoch nicht um den alleinigen Primat der Vergütungsrechtsprechung. Ein Krankenhaus, hier die Klägerin, sei daneben verpflichtet, auch die medizinischen Gesichtspunkte bei der Behandlung zu beachten. Die Einschätzungsprärogative ver helfe dem vorliegenden Fall zum Durchbruch zugunsten der Klägerin. Tatsächlich handele es sich um einen 87-jährigen Versicherten, der nicht nur unter Demenz leide, sondern auch unter einem Diabetes mellitus. Die Erkrankung sei nicht behandelbar gewesen, der Verlauf ungünstig. Notfallmäßiges Einschreiten bei Absenkung der Durchblutung unter das lebensnotwendige Maß sei zu befürchten gewesen. Eine abwartende Haltung sei beim Versuch der Erhaltung der Extremität durchaus begründet. Ein schnellkorrigierendes Eingreifen sei dabei aber erforderlich. Somit lasse sich hinterher - wie vom SMD dargetan - gleichsam vom grünen Tisch aus zwar dartun, dass theoretisch beide Eingriffe in einem Aufenthalt hätten gemacht werden können, jedoch sei der behandelnde Arzt vor Ort mit dem jeweiligen Patienten bei unterschiedlicher Lage gehalten, kurzfristig eine Entscheidung zu treffen. Hinzu komme der schlechte Allgemeinzustand des Patienten im hohen Alter, wonach eine Behandlung an beiden Extremitäten im ersten Aufenthalt viel zu risikoreich gewesen wäre. Dies verkenne der SMD. Eine ex post-Betrachtung sei zwar möglich, letztlich bei Abrechnungsstreitigkeiten auch üblich und erforderlich, jedoch existierten immer wieder Einzelsituationen - so wie hier - in denen schnell gehandelt werden müsse und auch durchaus abwartende Haltungen nachvollziehbar seien. Dem Patienten habe damit zu Recht die Rekonvaleszenz nach der Behandlung des rechten Fußes zugestanden, wenn dann erst Wochen später der linke Fuß behandelt werden sollte. Dies sei für die Kammer ein nachvollziehbares Vorgehen, das durch die Rechtsvorschriften gedeckt sei.

Entsprechend sei auch der Zinsanspruch begründet. Gegen das am 04.07.2017 zugestellte Urteil hat die Beklagte am 28.07.2017 Berufung zum Bayerischen Landessozialgericht eingelegt. Zur Begründung hat sie sich auf die Äußerungen des SMD (vor allem vom 08.10.2012) berufen. Es liege ein unzulässiges Fallsplitting durch die Klägerin vor, weil sich zum Entlassungszeitpunkt am 06.06.2012 bereits die Indikation zu weiteren Maßnahmen gestellt habe. Auch unter Berücksichtigung höchstrichterlicher Rechtsprechung (BSG, Urt. v. 28.03.2017, [B 1 KR 29/16 R](#)) hätte die Klägerin die Möglichkeit gehabt, den Patienten zwischen den beiden Aufenthalten zu beurlauben anstatt ihn zu entlassen. Die Beurlaubung setze - wie hier - im Übrigen eine bereits zum Zeitpunkt der Unterbrechung der Krankenhausbehandlung beabsichtigte Wiederaufnahme in das Krankenhaus voraus.

Die Klägerin hat auf das Gerichtsgutachten verwiesen. Danach sei die Aufteilung der Behandlung in zwei Aufenthalte aus medizinischen Gründen geschuldet gewesen. Etwas anderes ergebe sich auch nicht aus der Entscheidung des BSG vom 28.03.2017. Die Fallkonstellationen seien nicht vergleichbar. Dort sei eine Entlassung eines jungen Versicherten ohne medizinische Gründe und auf Wunsch des Patienten (zur Einholung einer ärztlichen Zweitmeinung) erfolgt. Hier sei die erneute stationäre Aufnahme wegen des linken Fußes erst am 02.07.2012 vorgesehen gewesen, damit sich der 87-jährige Versicherte zunächst von dem ersten Eingriff erholen konnte.

Auch eine Beurlaubung sei nicht in Betracht gekommen: Zwingende Voraussetzung hierfür sei, dass die stationäre Behandlung noch nicht abgeschlossen sei. Eine stationäre Behandlung sei abgeschlossen, wenn keine medizinische Notwendigkeit mehr für eine stationäre Behandlung vorliege. Die Behandlung des rechten Fußes sei hier abgeschlossen gewesen, nachdem eine transmetatarsale DI-Amputation durchgeführt worden sei. Der Eingriff am linken Fuß habe wegen des schlechten Allgemeinzustandes nicht unmittelbar erfolgen können. Daher sei die stationäre Behandlung (zunächst) abgeschlossen gewesen. Insbesondere liege keine vorzeitige "blutige" Entlassung im betriebswirtschaftlichen Eigeninteresse des Krankenhauses vor. Allein der Umstand, dass der zweite Eingriff am anderen Bein bereits zum Zeitpunkt der Entlassung geplant gewesen sei, führe nicht dazu, dass noch derselbe oder ein einheitlicher stationärer Behandlungsfall vorliege.

Schließlich liege auch kein Verstoß gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot vor. Es habe keine gleiche zweckmäßige und notwendige Behandlungsmöglichkeit gegeben, deren Kosten für den gleichen zu erwartenden Erfolg geringer seien (BSG, Urt. vom 10.03.2015, [B 1 KR 3/15 R](#)).

Der Senat hat eine ergänzende Stellungnahme des Prof. Dr. PD Dr. F. vom 09.11.2018 eingeholt. Dieser hat klargestellt, dass der Versicherte als schwerstkranker Mann den verstümmelnden Eingriff des rechten Beines mit zusätzlichem Absetzen des linken Beines ohne Möglichkeit der Heilung zum Zeitpunkt des Eingriffs rechts wahrscheinlich nicht überlebt hätte. Die Beklagte hat auch hierzu eine

Stellungnahme des SMD vom 11.12.2018 vorgelegt. Die vorliegende ärztliche Dokumentation gebe es nicht her, dass ein zweiter Termin notwendig gewesen sei. Das Gutachten sei spekulativ. Der Behandlungsfall hätte zusammengeführt werden müssen und sei abzubilden mit DRG F59A: Der erste Behandlungsfall allein wäre nach DRG F27B abzurechnen gewesen mit der Hauptdiagnose I70.24 und der Nebendiagnose aufgrund des Diabetes mellitus E11.74; dies sei bislang noch nicht berücksichtigt worden. Der Sachverständige berücksichtige die Anweisungen der Kodierregelwerke nicht ausreichend. Dieses Verfahren konnte im Güterichterverfahren nicht einer einvernehmlichen Lösung zugeführt werden (Mediationsvereinbarung vom 22.11.2017).

Der Senat hat die Beklagte um Mitteilung der Differenz bei der Vergütung nach DRG J03A und F59A angefragt. Nach Angaben der Beklagten in der mündlichen Verhandlung vom 27.02.2019 betrage der Unterschied 1.193,15 EUR zugunsten der Klägerin. Auf die Niederschrift der Sitzung wird ergänzend verwiesen.

Die Beklagte beantragt,
das Urteil des Sozialgerichts Regensburg vom 14.06.2017 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,
die Berufung zurückzuweisen.

Zur Ergänzung des Sachverhalts wird auf den Inhalt der beigezogenen Akte der Beklagten, der beigezogenen Patientenakte sowie die Klage- und Berufungsakte hingewiesen.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht (§§ 143, 151 Sozialgerichtsgesetz - SGG) eingelegte Berufung der Beklagten ist zulässig, jedoch unbegründet. Die Leistungsklage nach § 54 Abs. 5 SGG ist begründet. Die Beklagte kann gegen den von der Klägerin geltend gemachten Zahlungsanspruch nicht mit einem öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch aufrechnen (§ 387 BGB analog).

Die Vergütung für Krankenhausbehandlungen des Versicherten bemisst sich nach vertraglichen Fallpauschalen auf gesetzlicher Grundlage. Die Fallpauschalenvergütung für Krankenhausbehandlung Versicherter in zugelassenen Einrichtungen ergibt sich aus § 109 Abs. 4 S. 3 des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch (SGB V) i.V.m. § 7 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) und § 17 b KHG. Der Anspruch wird auf Bundesebene durch Normsetzungsverträge (Fallpauschalenvereinbarungen) konkretisiert. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung gemeinsam vereinbaren nach § 9 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 KHEntgG mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft als Vertragsparteien auf Bundesebene mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG einen Fallpauschalenkatalog einschließlich der Bewertungsrelationen sowie Regelungen zur Grenzverweildauer und der in Abhängigkeit von diesen zusätzlich zu zahlenden Entgelte oder vorzunehmenden Abschläge. Ferner vereinbaren sie insoweit Abrechnungsbestimmungen in den Fallpauschalenvereinbarungen auf der Grundlage des § 9 Abs. 1 S. 1 Nr. 3 KHEntgG.

Welche DRG-Position abzurechnen ist, ergibt sich rechtsverbindlich aus der Eingabe und Verarbeitung von Daten in einem automatischen Datenverarbeitungssystem, das auf einem zertifizierten Programm basiert. Die Anwendung der zwischen den Vertragspartnern auf Bundesebene beschlossenen Deutschen Kodierrichtlinien (DKR - hier Version 2012) und der Fallpauschalenabrechnungsbestimmungen einschließlich der OPS erfolgt eng am Wortlaut orientiert und unterstützt durch systematische Erwägungen; Bewertungen und Bewertungsrelationen bleiben außer Betracht. Nur dann kann eine Vergütungsregelung, die für die routinemäßige Abwicklung von zahlreichen Behandlungsfällen vorgesehen ist, ihren Zweck erfüllen. Da das DRG-basierte Vergütungssystem vom Gesetzgeber als jährlich weiter zu entwickelndes und damit lernendes System angelegt ist, sind bei zu Tage tretenden Unrichtigkeiten oder Fehlsteuerungen in erster Linie die Vertragsparteien berufen, diese mit Wirkung für die Zukunft zu beseitigen (st. Rspr. des BSG, vgl. Urteil vom 17.11.2015, [B 1 KR 41/14 R](#)). Nach Ansicht des BSG handelt es sich bei der konkreten Auslegung der DKR und Abrechnungsbestimmungen um eine rechtliche Prüfung (BSG, [B 1 KR 97/15 B](#) - juris Rn. 8).

Streitig ist hier inhaltlich vor allem die Frage, ob ein Fall der Wiederaufnahme vorlag bzw. eine Beurlaubung insbesondere aus wirtschaftlichen Gründen geboten gewesen wäre (§ 2 Abs. 1, 2 Fallpauschalenvereinbarungen - FPV 2012) oder die Voraussetzungen einer abrechnungstechnisch gebotenen Fallzusammenführung (§ 2 Abs. 3 FPV 2012) vorliegen mit der Folge, dass eine Neueinstufung in eine neue Fallpauschale geboten wäre (§ 2 Abs. 4 FPV 2012), d.h. nicht nach DRG F54Z (komplexe oder mehrfache Gefäßeingriffe ohne kompliz. Konstellation, ohne Revision, ohne kompliz. Diagnose, Alter) 2 J., ohne bestimmte beidseitige Gefäßeingriffe od. mäßig kompl. Gefäßeingriff m. kompliz. Diagnose, ohne auß. schw. CC, ohne Rotationsthrombektomie), sondern zweimal nach DRG J03A (Eingriff an der Haut der unteren Extremität bei Ulkus oder Infektion / Entzündung mit äußerst schwerem CC) bzw. wie nun im Berufungsverfahren vorgebracht nach DRG F59A (komplexe Gefäßeingriffe ohne komplizierende Konstellation, ohne Revision, ohne kompliz. Diagnose, Alter) 2 J., ohne bestimmte beidseitige Gefäßeingriffe, mit auß. schweren CC oder mäßig kompl. Gefäßeingriff mit auß. schweren CC oder Rotationsthrombektomie) abzurechnen wäre.

a) Beurlaubung

Die Beklagte bezieht sich unter Bezugnahme auf das Urteil des BSG vom 28.03.2017 (BSG, a.a.O.) im Berufungsverfahren auf die Notwendigkeit einer Beurlaubung. In dem Fall des BSG wollte der Patient das Krankenhaus verlassen, um eine ärztliche Zweitmeinung einzuholen. Es liegt bereits keine unmittelbare Vergleichbarkeit mit dem hier zu entscheidenden Fall vor, da zumindest nach Darlegung des Krankenhauses vorliegend die Behandlung abgeschlossen war.

Es liegt kein einheitlicher Behandlungsfall mit einer Beurlaubung vor. Nach § 1 Abs. 7 S. 5 FPV 2012 liegt eine Beurlaubung vor, wenn ein Patient mit Zustimmung des behandelnden Krankenhausarztes die Krankenhausbelegung zeitlich befristet unterbricht, die stationäre Behandlung jedoch noch nicht abgeschlossen ist. Bei Fortsetzung der Krankenhausbehandlung nach einer Beurlaubung liegt keine Wiederaufnahme im Sinne von § 2 FPV 2012 vor. Vollständige Tage der Beurlaubung sind gesondert in der Rechnung auszuweisen und zählen nicht zur Verweildauer (§ 1 Abs. 7 S. 4 FPV 2012). Insgesamt bewirkt die Beurlaubung, dass für die DRG-Abrechnung nur von einem Behandlungsfall im Rechtssinne auszugehen ist. Die Gesetzesregelung in § 8 Abs. 2 S. 1 KHEntgG verweist hierzu auf den Fallpauschalen-

Katalog nach § 9 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 KHEntgG. Die Abrechnungsbestimmungen in § 1 Abs. 7 FPV 2012 setzen die Gesetzeskonzeption auf der Grundlage des § 9 Abs. 1 S. 1 Nr. 3 KHEntgG gesetzeskonform um (BSG vom 28.03.2017, [a.a.O.](#), juris Rn. 17). Unstreitig wurde vorliegend jedoch der Versicherte am 06.06.2012 aus der stationären Behandlung zur ambulanten Weiterbehandlung entlassen. Dies ergibt sich ohne Zweifel aus dem stationären Arztbrief der Klägerin vom 06.06.2012 an den Arzt Dr. W ... Eine förmliche Beurlaubung ist nicht erfolgt.

b) Wirtschaftlichkeitsgebot

Es liegt aber auch kein Verstoß gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot vor. Dies wäre dann gegeben, wenn ein Krankenhaus einen Patienten entlässt anstatt ihn zu beurlauben. Das Wirtschaftlichkeitsgebot gilt für alle Leistungsbereiche des SGB V. Danach müssen die Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten ([§ 12 Abs. 1 S. 1 SGB V](#)). Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen. Ein Krankenhaus hat stets, auch bei der Vergütung der Krankenhausbehandlung durch Fallpauschalen, einen Vergütungsanspruch gegen einen Träger der GKV nur für eine erforderliche, wirtschaftliche Krankenhausbehandlung. Das Wirtschaftlichkeitsgebot zwingt auch Krankenhäuser bei der Behandlungsplanung, die Möglichkeit wirtschaftlichen Alternativverhaltens zu prüfen und ggf. zu nutzen. Wählt das Krankenhaus einen unwirtschaftlichen Behandlungsweg, kann es allenfalls die Vergütung beanspruchen, die bei fiktivem wirtschaftlichem Alternativverhalten angefallen wäre. Der Nachweis der Wirtschaftlichkeit erfordert, dass bei Existenz verschiedener gleich zweckmäßiger und notwendiger Behandlungsmöglichkeiten die Kosten für den gleichen zu erwartenden Erfolg geringer oder zumindest nicht höher sind. Soweit die Behandlung kostengünstiger durch einen stationären Aufenthalt statt durch zwei stationäre Behandlungsepisoden tatsächlich möglich ist und medizinische Gründe nicht entgegenstehen, hat das Krankenhaus seine Behandlungsplanung zwingend daran auszurichten (vgl. BSG, Urt. vom 28.03.2017, [a.a.O.](#)).

Vorliegend war die Behandlung am 06.06.2012 jedoch abgeschlossen. Diese betraf zum einen das rechte Bein, während die folgende stationäre Behandlung das linke Bein betraf. Das linke Bein war zu diesem Zeitpunkt noch gar nicht behandelt worden. Hierfür war ein gesonderter Termin am 02.07.2012 vorgesehen.

Zum anderen war die Behandlung des rechten Beins vom 14.05. bis 06.06.2012 erforderlich, da eine Vorfußphlegmone aufgetreten war. Bereits vom 30.04. bis 04.05.2012 wurde das rechte Bein mit einer PTA mit Rekanalisation der Arteria femoralis superficialis rechts behandelt - diese Behandlung ist vergleichbar mit der ab 13.06.2012, nicht jedoch mit der Behandlung des Auftretens der Phlegmone ab 14.05.2012. Hier stellte sich der Versicherte ausweislich der Patientenakte mit einer starken Rötung am Vorfuß mit Überwärmung bei diagnostizierter Vorfußphlegmone im Bereich des rechten Fußes vor. Am linken Bein wurde ein "stabiler Befund mit einer trockenen Ulceration an der Großzehe" beschrieben (Anamnese gem. stationärem Arztbrief vom 06.06.2012). Der Diabetiker mellitus war entgleist, weshalb gleichzeitig auch eine internistische Behandlung erforderlich wurde. Die Großzehe am rechten Fuß musste amputiert werden. Demgegenüber erfolgte am 13.06.2012 ein ähnlicher Eingriff wie am 02.05.2012, nämlich die Behandlung der Verschlusskrankheit an der unteren Extremität mittels PTA. Die Aufenthaltsdauer im Krankenhaus betrug nur wenige Tage (13.06. bis 15.06.2012).

Nicht streitgegenständlich ist hierbei ein eventueller Fallzusammenhang zwischen der stationären Behandlung vom 30.04. bis 04.05.2012 und der Behandlung vom 13.06. bis 15.06.2012. Im Übrigen lagen nach Anforderung dem SMD auch hierzu die Unterlagen vom Krankenhaus vor; es erfolgte insoweit offensichtlich keine Beanstandung.

Auch der gerichtliche Sachverständige Prof. Dr. PD Dr. F. hat in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 20.09.2016 festgestellt, dass die Behandlung am 06.06.2012 "in sich geschlossen" (Seite 4) war. Ein Verstoß gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot wegen gebotener Beurlaubung liegt damit nicht vor.

Im Übrigen ergibt sich auch aus der Darstellung des Sachverständigen Prof. Dr. PD Dr. F., dass eine abwartende Haltung bei der Entlassung am 06.06.2012 medizinisch beim Versuch der Erhaltung der Extremität durchaus begründet war. Im Fall des Patienten kommt nämlich hinzu, dass dieser in fortgeschrittenem Alter und multimorbid war bei lokalen Befunden. Es lag vor allem eine Erkrankung des gesamten Gefäßsystems mit Verhärtung, Verkalkung und Engstellen der Schlagadern am ganzen Körper vor (fortgeschrittene periphere arterielle Verschlusskrankheit vom Becken- und Beintyp im Stadium IV nach Fontaine). Insgesamt kommt der Gutachter zu dem Ergebnis, dass eine zunächst abwartende Haltung unter kurzfristiger Kontrolle des erkrankten bzw. evtl. operierten Bereichs insbesondere bei schweren Allgemeinerkrankungen einschließlich einer essentiellen Hypertonie, Demenz und Harninkontinenz den Regeln der ärztlichen Kunst entsprach. Klinisch ist deutlich nachzuvollziehen, dass die eingeschlagene Strategie von einzelnen Minimaleingriffen nach den Regeln der ärztlichen Kunst durchaus begründbar ist. Es lagen damit medizinische Gründe dafür vor, am 06.06.2012 zunächst eine Entlassung des Patienten vorzunehmen.

Der Senat hält das Gutachten des Prof. Dr. PD Dr. F. mit den ergänzenden Stellungnahmen für schlüssig und überzeugend. Es handelt sich um einen erfahrenen Chirurgen und Sachverständigen. Ihm lag u.a. die Patientenakte einschließlich dem OP- und Entlassungsbericht zur Beurteilung vor. Er stützt seine Einschätzung auf medizinische Gründe - und nicht auf eine Einschätzungsprärogative der behandelnden Ärzte (BSG v. 25.10.2016, [B 1 KR 6/16 R](#)). Es wurde zur Bewertung der medizinischen Fragen vom Senat herangezogen.

c) Voraussetzungen einer abrechnungstechnisch gebotenen Fallzusammenführung

Auch die Voraussetzungen einer abrechnungstechnisch gebotenen Fallzusammenführung liegen nach Überzeugung des Senats nicht vor. Es ist den Krankenhäusern verwehrt, vorzeitige ("blutige") Entlassungen im Eigeninteresse vorzunehmen, um z.B. durch ein planvolles, medizinisch überflüssiges Fallsplitting Zusatzeinnahmen zu erzielen. Die Frage, ob ein oder mehrere abzurechnende Behandlungsfälle vorliegen, ist allein danach zu beurteilen, ob die Behandlung durch das Krankenhaus (zunächst) abgeschlossen wurde. Eine erneute Aufnahme, und sei es auch wegen derselben Erkrankung, rechtfertigt deshalb nicht retrospektiv die Annahme, dass nur ein Behandlungsfall vorlag (vgl. BSG, Urt. v. 10.03.2015, [B 1 KR 3/15 R](#)).

Wie oben dargelegt, liegt aber keine sog. "blutige" Entlassung vor, sondern die komplikationsbedingte Behandlung des rechten Fußes war abgeschlossen.

Es liegt auch kein sonstiger Fall einer abrechnungstechnisch gebotenen Fallzusammenführung vor. Nach § 2 Abs. 1 FPV 2012 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 Krankenhausaufenthaltes, wieder aufgenommen wird und
2. für die Wiederaufnahme eine Einstufung in die gleiche Basis-DRG vorgenommen wird.

Die Klägerin kodierte den (zweiten) Aufenthalt ab 14.05.2012 mit der Hauptdiagnose L03.11. Nach im Berufungsverfahren vorgebrachter Ansicht des SMD wäre gemäß dem Hauptressourcenverbrauch zutreffend zu kodieren gewesen I70.24 und der Diabetes mellitus mit der Nebendiagnose E11.74, so dass sich ergäbe: DRG F27B (Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, ohne Gefäßeingriff, ohne bestimmte Amputation, mit äußerst schweren CC oder komplexer Arthrodese des Fußes oder komplexem Haut- oder bestimmtem Gefäßeingriff). Der SMD weist darauf hin, dass die Wiederaufnahme des Versicherten wegen weiterbestehender und zunehmender Beschwerden in Folge der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit im Sinne einer Komplikation noch innerhalb der Oberen Gesamtverweildauer (OGVD) von 33 Tagen liege, so dass weiterhin DRG F27B Geltung habe.

Nicht zutreffend ist hierbei jedoch die Annahme, dass für die Wiederaufnahme eine Einstufung in die gleiche Basis-DRG vorzunehmen gewesen wäre, da sich der zweite und dritte Eingriff wie dargelegt wesentlich unterscheiden. Die Einstufung des zweiten Eingriffs unter den DRG J03A (Eingriffe an der Haut der unteren Extremität bei Ulkus oder Infektion/Entzündung mit äußerst schweren CC) ist zutreffend und entspricht auch der Einschätzung des SMD vom 08.10.2012. Demgegenüber ist die PTA gemäß der ersten und dritten stationären Behandlung, die wie oben dargestellt vergleichbar sind, mit der DRG F54Z zutreffend abgebildet: Sie umfasst komplexe oder mehrfache Gefäßeingriffe ohne komplizierte Konstellationen, ohne Revision und ohne kompl. Diagnose, ohne bestimmte beidseitige Gefäßeingriffe oder mäßig komplizierte Gefäßeingriffe mit kompliz. Diagnose, ohne äußerst schwere CC und ohne Rotationsthrombektomie. Die Hauptdiagnose lautete jeweils I70.23 (Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration). So hat auch die Beklagte die Abrechnung der ersten stationären Behandlung vom 30.04. bis 04.05.2012 mit DRG F54Z nicht beanstandet.

Nach § 2 Abs. 3 FPV 2012 hat das Krankenhaus eine Zusammenfassung der Falldaten zu einem Fall und eine Neueinstufung in eine Fallpauschale vorzunehmen, wenn Patienten oder Patientinnen, für die eine Fallpauschale abrechenbar ist, wegen einer in den Verantwortungsbereich des Krankenhauses fallenden Komplikation im Zusammenhang mit der durchgeführten Leistung innerhalb der oberen Grenzverweildauer, bemessen nach der Zahl der Kalendertage ab dem Aufnahmedatum des ersten unter dieser Vorschrift zur Zusammenfassung fallenden Aufenthaltes, wieder aufgenommen werden. Der dritte Aufenthalt erfolgte aber offensichtlich nicht wegen einer in den Verantwortungsbereich des Krankenhauses fallenden Komplikation.

Der insoweit unstreitige Zinsanspruch ergibt sich aus den Regelungen der nach § 18 Abs. 2 KHG geschlossenen Pflegesatzvereinbarung (BSG v. 30.06.2009, [B 1 KR 24/08 R](#); v. 16.12.2008, [B 1 KN 3/08 KR R](#)). Danach sind die Rechnungsbeträge ab dem Fälligkeitstag ohne weitere Mahnung in Höhe von 4 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz zu verzinsen.

Die Berufung war somit zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 197 a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 2](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).

Gründe für die Zulassung der Revision nach [§ 160 Abs. 2 SGG](#) liegen nicht vor.

Die Festsetzung des Streitwerts beruht auf [§ 197 a Abs. 1](#) i.V.m. [§ 52 Abs. 1](#) und 3 Gerichtskostengesetz (GKG). Der Streitwert ist bezifferbar im Sinne des [§ 52 Abs. 3 S. 1 GKG](#) und mit 4.574,62 EUR festzusetzen.

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2019-03-29