

L 11 KR 2819/19

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Krankenversicherung

Abteilung

11

1. Instanz

SG Mannheim (BWB)

Aktenzeichen

S 4 KR 3808/17

Datum

30.01.2019

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 11 KR 2819/19

Datum

03.11.2020

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

Dem vom Krankenhausträger geltend gemachten Vergütungsanspruch für eine im Krankenhaus ambulant durchgeführte Portimplantation zur Vorbereitung einer

Chemotherapie kann nicht entgegengehalten werden, dass die Portimplantation als vorstationäre Behandlung hätte erbracht werden müssen (wirtschaftliches Alternativverhalten), wenn es an einer Verordnung von Krankenhausbehandlung fehlt.

Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Mannheim vom 30.01.2019 wird zurückgewiesen.

Die Beklagte trägt die Kosten des Verfahrens in beiden Rechtszügen.

Der Streitwert wird für beide Instanzen auf je 398,80 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten darüber, ob die Klägerin die einer stationär durchgeführten Chemotherapie vorangegangene Portimplantation als ambulante Operation abrechnen darf oder es sich um eine von einer gesonderten Vergütung ausgeschlossene vorstationäre Maßnahme handelt.

Die Klägerin ist Trägerin eines in den Krankenhausplan des Landes Baden-Württemberg aufgenommenen, zur Versorgung von Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassenen Krankenhauses (§ 108 Nr. 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch [SGB V]). Die Beklagte ist als Ersatzkasse eine Trägerin der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 168 SGB V).

Die bei der Beklagten versicherte, am 1988 geborene A. D. wurde am 13. und 14.05.2013 im Krankenhaus der Klägerin auf Grundlage eines von Dr. K. ausgestellten Überweisungsscheins an "UMM interdiz. TU-Zentrum" zur kurativen Mit- bzw. Weiterbehandlung vom 14.05.2013 vorstellig. Es wurde ein multifokales Sarkom im Bereich der rechten Hüfte bei Zustand nach TEP im Oktober 2012 festgestellt und die zügige Einleitung einer systemischen Chemotherapie für absolut erforderlich gehalten. Es wurde zugleich für den 17.05.2013 die Portanlage und eine anschließende stationäre Chemotherapie ab 22.05.2013 vereinbart. Die Portanlage erfolgte wie geplant ambulant am 17.05.2013. Vom 22.05.2013 bis zunächst 29.05.2013 wurde der erste Chemotherapieabschnitt im stationären Setting durchgeführt. Die weiteren drei Chemotherapieabschnitte erfolgten ebenfalls jeweils stationär bis März 2014. Eine Verordnung von Krankenhausbehandlung lag nicht vor.

Die Klägerin stellte der Beklagten für die ambulante Portimplantation am 17.05.2013 am 27.05.2014 einen Betrag iHv 398,80 EUR in Rechnung. Die Beklagte lehnte die Zahlung am 29.05.2014 mit der Begründung ab, dass die Portimplantation zur Vorbereitung der stationären Chemotherapie ab dem 22.05.2013 gedient habe und daher die Kosten mit den Kosten für den stationären Aufenthalt vom 22.05.2013 bis 29.05.2013 abgegolten seien. Die Beteiligten tauschten in der Folgezeit noch Schriftwechsel aus. Die Beklagte blieb bei ihrer Ansicht, die Portimplantation am 17.05.2013 habe nur der Vorbereitung einer einzigen stationären Chemotherapie gedient, die naturgemäß zeitlich unterbrochen stattgefunden habe. Nach Auffassung der Klägerin werden Portimplantationen vor einem stationären Aufenthalt gemäß der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) als ambulante Operation nach § 115b SGB V abgerechnet.

Nachdem sie die Beklagte mit Schreiben vom 07.06.2016, 21.06.2016 und 31.01.2017 erfolglos gemahnt hatte, hat die Klägerin am 18.12.2017 beim Sozialgericht Mannheim (SG) Klage auf Zahlung von 398,80 EUR nebst Zinsen in Höhe von 5% über dem jeweiligen Basiszinssatz seit 01.12.2014 erhoben. Die Klägerin hat sich auf den Standpunkt gestellt, nur die nachstationäre Portimplantation könne nicht ambulant abgerechnet werden. Die vorstationäre Portimplantation sei hingegen nicht von der Abrechnung des nachfolgenden

stationären Aufenthalts gedeckt. Das BSG gehe in seiner Entscheidung vom 19.04.2016 zum Az [B 1 KR 23/15 R](#) davon aus, dass der Vergütungsausschluss für die nachstationäre Behandlung nur insoweit auf ambulante Operationen anwendbar sei, als sich die beiden Regelungen überschneiden. Hier gehe es jedoch um eine vorstationäre Portimplantation.

Die Beklagte hat geltend gemacht, es sei eindeutig eine vorstationäre Behandlung, weil es sich um eine geplante Maßnahme zur Vorbereitung der folgenden stationären Behandlung gehandelt habe. Die stationäre Behandlung würde nicht teurer, wenn alle Maßnahmen während eines Aufenthalts durchgeführt worden wären. Damit sei die vorbereitende Leistung mit der Fallpauschale für die stationäre Behandlung abgegolten.

In der mündlichen Verhandlung hat die Klägerin die Klage zurückgenommen, soweit sie Zinsen vor dem 10.06.2016 gefordert hatte.

Am 30.01.2019 hat das SG die Beklagte zur Zahlung von 398,80 EUR nebst Zinsen ab dem 10.06.2016 verurteilt. Die ambulante Portimplantation sei zu Recht nach [§ 115b SGB V](#) als ambulante Operation durchgeführt und abgerechnet worden, sie sei auch als solche zu vergüten. Sie stelle keine vorstationäre Maßnahme nach [§ 115a SGB V](#) im Verhältnis zu der ab 22.05.2013 erfolgten Chemotherapie dar. Es handele sich nicht um eine Maßnahme zur Klärung der Erforderlichkeit einer vollstationären Behandlung. Sie diene auch nicht der Vorbereitung einer vollstationären Behandlung, denn sie diene nicht speziell der Durchführung der Chemotherapie, die vom 22.05.2013 bis 29.05.2013 erfolgt sei, sondern sie diene allgemein der Ermöglichung von Chemotherapien, bezüglich derer bei Implantation des Portes weder absehbar gewesen sei, ob sie überhaupt fortlaufend durchzuführen sein würden, noch wie lange die Erforderlichkeit von Chemotherapien bestehen würde. Tatsächlich seien dann bei der Versicherten auch weitere Chemotherapien erfolgt.

Mit Beschluss vom 20.08.2019 hat der Senat auf die Nichtzulassungsbeschwerde der Beklagten die Berufung zugelassen.

Die Beklagte beruft sich auf die Entscheidung des BSG vom 19.04.2016 zum Az [B 1 KR 23/15 R](#). Das BSG habe in dem Urteil zwar über den Fall einer Portlegung als nachstationäre Behandlung entschieden, doch gelte das Wirtschaftlichkeitsgebot und das Gebot von Doppelvergütungen auch für den Fall der vorstationären Behandlung. Das BSG sehe nicht nur die nachstationäre, sondern diese "ua" vom Anrechnungsverbot des § 8 Abs 2 S 3 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) betroffen. Mit "ua" könne nur der andere Fall des [§ 115a SGB V](#), also die vorstationäre Behandlung, gemeint sein. Sowohl die vorstationäre als auch die nachstationäre Behandlung seien in derselben Vorschrift geregelt, sodass es sich anbiete, den vom BSG herangezogenen Rechtsgedanken des Wirtschaftlichkeitsgebots auch hier anzuwenden. Dass der Eingriff innerhalb von fünf Tagen vor einer stationären Behandlung stattfindet, mache diesen zwar nicht zu einer vorstationären Behandlung. Im hiesigen Fall sei der implantierte Port gleich während der stationären Behandlung zur Chemotherapie genutzt worden und habe nicht erst nach Aufnahme zur Behandlung implantiert werden müssen. Es komme nicht darauf an, ob die nachfolgende Behandlung hinsichtlich ihrer Dauer und Anzahl der Chemotherapie-Intervalle absehbar gewesen sei oder ob der Port später zu einer weiteren ambulanten Chemotherapie genutzt werden. Die Vorschrift erfordere nicht, dass die Behandlung ausschließlich der Vorbereitung der vollstationären Behandlung dienen müsse.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Mannheim vom 30.10.2019 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Die Klägerin macht geltend, dass eine vor einem stationären Aufenthalt durchgeführte ambulante Portimplantation nicht automatisch eine vorstationäre Behandlung iSv [§ 115a Abs 1 Nr 1 SGB V](#) werde. Die durchgeführte Portimplantation habe nicht speziell der Durchführung der vom 22.05.2013 bis 29.05.2013 stattgehabten Chemotherapie gedient, sondern der gesamten nachfolgenden Chemotherapie. Die nachfolgende stationäre Behandlung sei zum Zeitpunkt der Portimplantation hinsichtlich ihrer Dauer bzw hinsichtlich der Anzahl der Intervalle auch nicht absehbar gewesen.

Hinsichtlich des weiteren Sach- und Streitstandes wird auf die Gerichtsakten erster und zweiter Instanz, auf die Akten des Verfahrens über die Nichtzulassungsbeschwerde (L 11 KR 952/19 NZB) sowie die Verwaltungsakte der Beklagten und die Patientenakte der Klägerin Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Der Senat konnte in Abwesenheit der Beklagten verhandeln und entscheiden, da sie in der Terminmitteilung auf diese Möglichkeit hingewiesen worden ist. Erscheint ein Beteiligter trotz ordnungsgemäßer Terminmitteilung nicht zur Verhandlung, kann das Gericht nach Lage der Akten ([§ 126 Sozialgerichtsgesetz - SGG](#)) oder aufgrund "einseitiger" mündlicher Verhandlung entscheiden (BSG 26.05.2014, [B 12 KR 67/13 B](#); BSG 07.07.2011, [B 14 AS 35/11 B](#); 19.03.1992, [12 RK 62/91](#), [SozR 3-1500 § 110 Nr 3](#)).

Die von der Beklagten eingelegte Nichtzulassungsbeschwerde gegen das Urteil des Sozialgerichts Mannheim vom 30.01.2019 wurde als Berufung fortgeführt, nachdem der Senat diese mit Beschluss vom 20.08.2019 zugelassen hatte (vgl [§ 145 Abs 5 Satz 1 SGG](#)). Die auch im Übrigen zulässige Berufung ist jedoch nicht begründet. Das SG hat die Beklagte zu Recht verurteilt, der Klägerin 398,80 EUR zu zahlen.

Die Klägerin hat mit der erhobenen (echten) Leistungsklage nach [§ 54 Abs 5 SGG](#) die richtige Klageart gewählt (dazu nur BSG 14.10.2014, [B 1 KR 26/13 R](#), SozR 4-2500 § 301 Nr 3; BSG 19.03.2020, [B 1 KR 20/19 R](#), juris Rn 9). Es handelt sich um einen sog Parteienstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt, kein Vorverfahren durchzuführen und eine Klagefrist nicht zu beachten ist (BSG 20.04.2016, [B 3 KR 18/15 R](#), SozR 4-2500 § 132a Nr 9, Rn 13).

Der Klägerin steht der geltend gemachte Vergütungsanspruch für die Behandlung der Versicherten iHv 398,80 EUR zu.

Rechtsgrundlage des geltend gemachten Vergütungsanspruchs für die ambulante Operation ist [§ 109 Abs 4 Satz 3 SGB V](#) (in der ab dem 01.07.2008 geltenden Fassung des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes vom 26.03.2007, [BGBl I 2007, 378](#)) iVm § 1 Abs 3 Satz 2 KHEntG (in der ab dem 25.03.2009 geltenden Fassung des Krankenhausfinanzierungsreform-gesetzes vom 17.03.2009, [BGBl I 2009, 534](#)), [§ 115b Abs 2 Satz 4 SGB V](#) (in der ab dem 01.01.2012 geltenden Fassung des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes vom 22.12.2011, [BGBl I 2011, 2983](#)) und § 7 Abs 1 Satz 1 des Vertrages nach [§ 115b Abs 1 SGB V](#) - Ambulantes Operieren und stationersetzende Eingriffe im Krankenhaus (AOP-Vertrag; in der ab dem 01.06.2012 geltenden Fassung).

Nach [§ 109 Abs 4 Satz 1 SGB V](#) wird das Krankenhaus mit einem Versorgungsvertrag nach [§ 109 Abs 1 SGB V](#) für die Dauer des Vertrages zur Krankenhausbehandlung der Versicherten zugelassen. Krankenhausbehandlung wird ua ambulant ([§ 115b SGB V](#)) erbracht ([§ 39 Abs 1 Satz 1 SGB V](#)). Die Krankenkassen sind verpflichtet, unter Beachtung der Vorschriften des SGB V mit dem Krankenhausträger Pflegesatzverhandlungen nach Maßgabe des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, des KHEntG und der Bundespflegesatzverordnung zu führen ([§ 109 Abs 4 Satz 3 SGB V](#)). Die ambulante Durchführung von Operationen und sonstiger stationersetzender Eingriffe wird für die gesetzlich versicherten Patienten nach [§ 115b SGB V](#) vergütet (§ 1 Abs 3 Satz 2 KHEntG). Gemäß [§ 115b Abs 1 Satz 1 Nr 1](#) und 2 SGB V vereinbaren der S. Bund der Krankenkassen, die D. Krankenhausgesellschaft oder die B.-Verbände der Krankenhausträger gemeinsam und die Kassenärztlichen B.-Vereinigungen einen Katalog ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationersetzender Eingriffe und einheitliche Vergütungen für Krankenhäuser und Vertragsärzte. Die Leistungen werden unmittelbar von den Krankenkassen vergütet ([§ 115b Abs 2 Satz 4 SGB V](#)). Die im Katalog nach § 3 AOP-Vertrag aufgeführten ambulant durchführbaren Operationen und stationersetzenden Eingriffe und die nach den §§ 4, 5 und 6 AOP-Vertrag erbrachten Leistungen des Krankenhauses und der Vertragsärzte werden auf der Grundlage des EBM, seiner Abrechnungsbestimmungen und ggf des Bewertungsmaßstabs für kassenärztliche Leistungen und der Ersatzkassen-Gebührenordnung nach einem festen Punktwert außerhalb der budgetierten und pauschalierten Gesamtvergütungen vergütet (vgl § 7 Abs 1 Satz 1 AOP-Vertrag).

Die durchgeführte Portimplantation ist in Abschnitt 1 Anlage 1 zum AOP-Vertrag unter 5-399.5 OPS (andere Operationen an Blutgefäßen: Implantation und Wechsel von venösen Katheter-verweilsystemen (zB zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie) gelistet und zählt damit zu den ambulant durchführbaren Operationen nach § 3 AOP-Vertrag. Sie ist eingeordnet in die Kategorie 1, bei onkologischen Patienten 2. Nach der Präambel des AOP-Vertrages können mit 1 gekennzeichnete Leistungen in der Regel ambulant erbracht werden. Bei mit 2 gekennzeichneten Leistungen ist sowohl eine ambulante als auch eine stationäre Durchführung möglich. Die Portlegung konnte damit ambulant durchgeführt werden. Dies ist zwischen den Beteiligten unstreitig.

Der Vergütungsanspruch der Klägerin ist auch nicht aufgrund des Wirtschaftlichkeitsgebots ausgeschlossen, da die gesetzlich vorgesehenen Voraussetzungen für die hier in Betracht kommende wirtschaftlichere Verhaltensweise nicht vorliegen.

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. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen (vgl [§ 12 Abs 1 Satz 2 SGB V](#) sowie [§ 2 Abs 1 Satz 1](#), [§ 4 Abs 3](#), [§ 70 Abs 1 SGB V](#)). Das Wirtschaftlichkeitsgebot gilt uneingeschränkt auch im Leistungserbringungsrecht. Ein Krankenhaus hat stets, auch bei der Vergütung der Krankenhausbehandlung durch Fallpauschalen, einen Vergütungsanspruch gegen einen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung nur für eine erforderliche, wirtschaftliche Krankenhausbehandlung. Das Wirtschaftlichkeitsgebot zwingt auch Krankenhäuser bei der Behandlungsplanung, die Möglichkeit wirtschaftlichen Alternativverhaltens zu prüfen. Wählt das Krankenhaus einen unwirtschaftlichen Behandlungsweg, kann es allenfalls die Vergütung beanspruchen, die bei fiktivem wirtschaftlichem Alternativverhalten angefallen wäre (BSG 28.03.2017, [B 1 KR 29/16 R](#), SozR 4-2500 § 109 Nr 61 Rn 21 = juris Rn 21).

Kann die Portimplantation als vorstationäre Behandlung iSv [§ 115a Abs 1 Satz 1 Nr 1 SGB V](#) erbracht werden, ist dies grundsätzlich wirtschaftlicher als die Abrechnung als ambulante Operation, da eine gesonderte Abrechnung zusätzlich zur der für den stationären Aufenthalt zu zahlenden Fallpauschale nicht in Betracht kommt. § 8 Abs 2 Satz 3 KHEntG gibt vor, welche Entgelte zusätzlich zu einer Fallpauschale für eine stationäre Behandlung berechnet werden können. Nach § 8 Abs 2 Satz 3 Nr 3 KHEntG darf zusätzlich zu einer Fallpauschale eine nachstationäre Behandlung nach [§ 115a SGB V](#) berechnet werden, soweit die Summe aus den stationären Belegungstagen und den vor- und nachstationären Behandlungstagen die Grenzverweildauer der Fallpauschale übersteigt; eine vorstationäre Behandlung ist neben der Fallpauschale nicht gesondert berechenbar.

Die Voraussetzungen für eine vorstationäre Leistung liegen jedoch nicht vor. Nach [§ 115a Abs 1 Satz 1 Nr 1 SGB V](#) kann das Krankenhaus bei Verordnung von Krankenhausbehandlung Versicherte in medizinisch geeigneten Fällen ohne Unterkunft und Verpflegung behandeln, um die Erforderlichkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung zu klären oder vollstationäre Behandlung vorzubereiten. Es kann dahinstehen, ob die Klägerin mit der Implantation des Ports die vollstationäre Krankenhausbehandlung zur Durchführung der Chemotherapie vorbereitet hat. Der Anwendungsbereich von [§ 115a Abs 1 Satz 1 Nr 1 SGB V](#) ist bereits deshalb ausgeschlossen, weil die erforderliche Verordnung von Krankenhausbehandlung nicht vorliegt.

Die von [§ 115a Abs 1 SGB V](#) geforderte "Verordnung von Krankenhausbehandlung" setzt nach der Rechtsprechung des BSG (BSG 14.10.2014, [B 1 KR 28/13 R](#), SozR 4-2500 § 115a Nr 5, Rn 10 mwN; BSG 17.11.2015, [B 1 KR 30/14 R](#), juris Rn 16) eine begründete Verordnung eines Vertragsarztes oder eines sonstigen an der vertragsärztlichen Versorgung Teilnehmenden voraus. Die vertragsärztliche Versorgung umfasst ausdrücklich ua auch die Verordnung von Krankenhausbehandlung ([§ 73 Abs 2 S 1 Nr 7 Fall 6 SGB V](#)). Die Begrenzung auf im dargelegten Sinne vertragsärztliche Verordnungen von Krankenhausbehandlung sichert die vertragsärztliche Pflicht, Krankenhausbehandlung nur zu verordnen, wenn eine ambulante Versorgung der Versicherten zur Erzielung des Heil- oder Linderungserfolgs nicht ausreicht ([§ 73 Abs 4 Satz 1 SGB V](#)). Im gleichen Sinne wirkt die damit ebenfalls abgesicherte vertragsärztliche Pflicht, die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung bei der Verordnung zu begründen ([§ 73 Abs 4 Satz 2 SGB V](#)). Eine Verordnung von Krankenhausbehandlung lag jedoch nicht vor. Sie ließ sich weder der Patientenakte der Klägerin entnehmen, noch wurde eine solche auf Hinweis des Senats zu den Akten gereicht.

Da das von der Beklagten angeführte wirtschaftlichere Verhalten mangels Erfüllung der gesetzlich vorgesehenen Voraussetzungen nicht zulässig ist, kann die Klägerin hierauf nicht verwiesen werden. Da die Verordnung von einem Vertragsarzt oder einem sonstigen an der

vertrags-ärztlichen Versorgung Teilnehmenden zu erstellen ist, konnte die Klägerin diese auch nicht selbst ausstellen und die Voraussetzungen für das Alternativverhalten schaffen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs 1 SGG](#) iVm [§ 154 Abs 1](#) und 2 Verwaltungsgerichtsordnung, da weder Klägerin noch Beklagte zu den in [§ 183 SGG](#) genannten Personen gehören.

Die Festsetzung des Streitwertes beruht auf [§ 197a Abs 1 Satz 1 Hs 1 SGG](#) iVm [§ 63](#), [§ 52 Abs 1](#), 3, [§ 47](#) Gerichtskostengesetz.

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor ([§ 160 Abs 2 Nr 1, 2 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2020-12-18