

L 10 KR 276/19

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
LSG Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
10
1. Instanz
SG Düsseldorf (NRW)
Aktenzeichen
S 27 KR 433/17
Datum
26.02.2019
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 10 KR 276/19
Datum
08.07.2020
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

Die Berufung gegen das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 26.02.2019 wird zurückgewiesen. Die Klägerin trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens. Der Streitwert wird auch für das Berufungsverfahren auf 4.054,34 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten sind die Vergütung einer stationären Behandlung sowie die Zahlung einer Aufwandspauschale streitig.

Die Klägerin ist Trägerin der Kliniken N1 in N2, wo der bei der Beklagten gesetzlich krankenversicherte N T (Versicherter) am 02.06.2014 aufgrund anhaltender Rückenschmerzen zur stationären Behandlung aufgenommen wurde. Diagnostiziert wurden unter anderem ein prävertebraler Abszess BWK 11 und 12 im Rahmen einer Tuberkulose sowie Lumbalgien im Thorakolumbalbereich. Der Versicherte erhielt neben diagnostischen Maßnahmen eine antibiotische Therapie und ihm wurde ein Korsett angepasst.

Die Kliniken N1 vereinbarten mit dem Versicherten am 20.06.2014, einem Freitag, eine vorzeitige Entlassung übers Wochenende und aufgrund eines -am 18.06.2014 mittels Computertomographie (CT) gesicherten- Abszessprogresses mit Wirbelkörperdestruktion eine erneute stationäre Aufnahme für Montag, den 23.06.2014 zur computertomographisch (ct) gesteuerten Abszessdrainageanlage am 24.06.2014, worüber der Versicherte bereits aufgeklärt war. Nach der Aufnahme am 23.06.2014 erfolgte die entsprechende Behandlung. Am 30.06.2014 wurde der Versicherte entlassen.

Die Klägerin forderte mit Rechnung vom 02.07.2014 für die Behandlung des Versicherten in der Zeit vom 02.06.2014 bis zum 20.06.2014 unter Abrechnung der Diagnosis Related Group 2014 (DRG) E76A (Tuberkulose, mehr als 14 Belegungstage) und abzüglich einer geleisteten Zuzahlung über 190,00 EUR insgesamt 3.564,34 EUR.

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) zeigte mit Schreiben vom 08.07.2014 die Prüfung der Abrechnung an und forderte näher bezeichnete Unterlagen an.

Mit Rechnung vom 02.08.2017 forderte die Klägerin für die Behandlung des Versicherten in der Zeit vom 23.06.2014 bis zum 30.06.2014 unter Abrechnung der DRG 901D (Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose ohne komplizierende Konstellation, ohne Strahlentherapie, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne andere Eingriffe an Kopf und Wirbelsäule, Alter) 0 Jahre, außer bei Para- / Tetraplegie) von der Beklagten 7.084,65 EUR.

Die Forderung in Höhe von 7.084,65 EUR erfüllte die Beklagte, die Forderung für die Behandlung während des ersten stationären Aufenthalts des Versicherten erfüllte die Beklagte dagegen nicht.

Der von der Beklagten mit einer Überprüfung der Abrechnungen beauftragte MDK gelangte im Gutachten vom 19.06.2015 zu dem Ergebnis, dass die getrennte Abrechnung der beiden Behandlungsfälle nicht korrekt sei. Aus medizinischer Sicht habe es sich im vorliegenden Fall eindeutig um einen einzigen Behandlungsfall gehandelt, da die Behandlung der zur ersten Aufnahme führenden Erkrankung zum Zeitpunkt der ersten "Entlassung" noch nicht abgeschlossen gewesen sei und die während des ersten Aufenthalts begonnene Behandlung während des zweiten Aufenthalts mit der weiteren notwendigen Therapie weitergeführt und abgeschlossen worden sei. Durch die zwischenzeitliche "Entlassung" des Versicherten seien dem Wirtschaftlichkeitsgebot widersprechend zwei virtuelle Fälle geschaffen geworden.

Mit der am 06.04.2017 beim Sozialgericht Düsseldorf (SG) erhobenen Klage hat die Klägerin die Forderung in Höhe von 3.754,34 EUR

(3.564,34 EUR zuzüglich nicht geleisteter Zuzahlung in Höhe von 190,00 EUR) und eine Aufwandspauschale in Höhe von 300,00 EUR nebst Zinsen geltend gemacht und im Wesentlichen vorgetragen, sie habe mit der Entlassung des Versicherten nicht gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot verstoßen, da der Termin für die erneute Punktion erst für den 24.06.2014 angestanden habe. Zudem entziehe sich die stationäre Behandlungsmaßnahme vom 23.06.2014 bis zum 30.06.2014 einer Fallzusammenführung nach § 2 Fallpauschalenvereinbarung (FPV) 2014. Die FPV stelle ein in sich geschlossenes Prüfungsregime zur Wahrung des Wirtschaftlichkeitsgebots dar. Für eine "daneben" unter Hinweis auf [§ 12](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) konstruierbare Fallzusammenführung sei kein Raum.

Das SG hat die Klage mit Urteil vom 26.02.2019 abgewiesen und zur Begründung im Wesentlichen ausgeführt, unter Berücksichtigung des Wirtschaftlichkeitsgebots seien die beiden Aufenthalte vorliegend wie ein Behandlungsfall zu vergüten, weil das klägerische Krankenhaus den Versicherten förmlich entlassen und dadurch zwei Behandlungsfälle geschaffen habe, anstatt den Versicherten zu beurlauben. Die entsprechende Vergütung habe die Beklagte bereits mit der Begleichung der Rechnung für den zweiten Aufenthalt erbracht. Dass eine Fallzusammenführung nach § 2 FPV nicht möglich sei, weil die DRG 901D im Fallpauschalenkatalog in Spalte 13 ("Ausnahme von Wiederaufnahmen") mit einem Kreuz markiert sei und damit von der Fallzusammenführung ausgenommen sei, stehe der Anwendbarkeit der vom Bundessozialgericht (BSG) entwickelten Grundsätze zum fiktiven wirtschaftlichen Alternativverhalten nicht entgegen. Auch ein Fall einer förmlichen Beurlaubung habe nicht vorgelegen. Aus der zum 01.01.2019 in Kraft getretenen Neuregelung in § 8 Abs 5 Satz 3 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) sei nicht zu folgern, dass die vom BSG entwickelten Kriterien zum fiktiven wirtschaftlichen Alternativverhalten für Behandlungsfälle vor dem 01.01.2019 nicht zur Anwendung gelangen dürften. Ein Anspruch auf Zahlung der Aufwandspauschale stehe der Klägerin nicht zu, da die Beklagte den Abrechnungsbetrag zu Recht gemindert habe. Mangels Hauptforderung habe die Klägerin auch keinen Anspruch auf die geltend gemachten Zinsen.

Gegen das ihr am 22.03.2019 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 03.04.2019 Berufung eingelegt und trägt ergänzend vor, über die erneute Punktion sowie das Einbringen der Pigtaildrainage habe erst am 23.06.2014 unter Berücksichtigung der aktuellen körperlichen Konstitution des Versicherten entschieden werden können. Damit hätten für den zweiten Aufenthalt die tatsächliche Ausführung und die konkrete Art und Weise der Durchführung der invasiven Maßnahmen gerade noch nicht festgestanden. § 8 Abs 5 Satz 3 KHEntgG komme Rückwirkung zu und schließe eine Fallzusammenführung aus. Zudem beruft sie sich auf das Urteil des Sächsischen Landessozialgerichts vom 13.02.2019, [L 1 KR 315/14](#).

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 26.02.2019 zu ändern und die Beklagte zu verurteilen, ihr 3.754,34 EUR nebst Zinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz aus 3.564,34 EUR seit dem 18.07.2014, aus weiteren 190,00 EUR in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 06.04.2017 sowie eine Aufwandspauschale iHv 300,00 EUR nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 06.04.2017 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichtsakte und der Verwaltungsakte der Beklagten sowie der Patientenakte der Kliniken N1 zu dem streitigen Behandlungsfall Bezug genommen, der Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung ist unbegründet.

Das SG hat die zulässige Klage (I) zur Recht abgewiesen, da sie unbegründet ist (II).

I. Die Klage ist in dem hier bestehenden Gleichordnungsverhältnis als (echte) Leistungsklage gemäß [§ 54 Abs 5](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) zulässig (ständige Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG), vgl zB BSG, Urteil vom 16.12.2008 - [B 1 KN 1/07 KR R](#) - juris, Rn 9 mwN).

II. Die Klägerin hat weder einen Anspruch auf Zahlung von 3.754,34 EUR (1) noch einer Aufwandspauschale in Höhe von 300,00 EUR (2) nebst Zinsen.

1. Die Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse entsteht - unabhängig von einer Kostenzusage - unmittelbar mit Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten kraft Gesetzes, wenn die Versorgung - wie hier - in einem zugelassenen Krankenhaus durchgeführt wird und iS von [§ 39 Abs 1 S 2 SGB V](#) erforderlich und wirtschaftlich ist (ständige Rechtsprechung des BSG, vgl Urteil vom 16.12.2008 - [B 1 KN 1/07 KR R](#) - juris, Rn 11). Rechtsgrundlage des Vergütungsanspruchs der Klägerin für die Behandlung des Versicherten ist [§ 109 Abs 4 Satz 3 SGB V](#) iVm § 7 Abs 1 Satz 1 Nr 1 KHEntgG und § 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG). Der Anspruch wird auf Bundesebene durch Normsetzungsverträge (Normenverträge, FPVen) konkretisiert. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung gemeinsam vereinbaren nach § 9 Abs 1 Satz 1 Nr 1 KHEntgG mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft als "Vertragsparteien auf Bundesebene" mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG einen Fallpauschalen-Katalog 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 FPVen auf der Grundlage des § 9 Abs 1 Satz 1 Nr 3 KHEntgG.

Der Versicherte bedurfte ab dem 02.06.2014 stationärer Krankenhausbehandlung. Die Beteiligten streiten auch zu Recht nicht darüber, dass die Klägerin die Höhe der Vergütung auf der Grundlage des tatsächlichen Geschehensablaufs zutreffend sachlich-rechnerisch berechnete (a). Der Klägerin steht für die Behandlung des Versicherten jedoch nur ein Anspruch auf die Vergütung zu, die bei fiktivem wirtschaftlichem

Alternativverhalten angefallen wäre, da das klägerische Krankenhaus den Versicherten nicht in wirtschaftlicher Weise behandelte. Ein Krankenhaus hat nämlich korrespondierend mit dem Behandlungsanspruch der Versicherten einen Vergütungsanspruch gegen die Krankenkasse nur für erforderliche, wirtschaftliche Krankenhausbehandlung. Behandelt ein Krankenhaus einen Versicherten unwirtschaftlich, hat es lediglich Anspruch auf die Vergütung, die bei fiktivem wirtschaftlichem Alternativverhalten anfiel (BSG, Urteil vom 19.11.2019 - [B 1 KR 6/19 R](#) -, juris, Rn 17ff., 26) (b). Die für das fiktive wirtschaftliche Alternativverhalten angefallene Vergütung hat die Beklagte erfüllt (c).

a) Die Klägerin berechnete die Vergütung auf der Grundlage des tatsächlichen Geschehensablaufs sachlich-rechnerisch zutreffend. Die sachlich-rechnerische Richtigkeit einer Krankenhausabrechnung ist unabhängig von hypothetischen Geschehensabläufen ausschließlich am tatsächlichen Behandlungsverlauf zu messen (ständige Rechtsprechung des BSG, vgl Urteil vom 26.03.2017 - [B 1 KR 29/16](#) -, juris, Rn 11). Danach kodierte die Klägerin zutreffend für den ersten Krankenhausaufenthalt die Vergütung nach DRG E76A und für den zweiten Aufenthalt die Fallpauschale DRG 901D. Denn - bei unterstellter Wirtschaftlichkeit - waren die Voraussetzungen einer abrechnungstechnisch gebotenen Fallzusammenführung, wovon auch die Beteiligten übereinstimmend ausgehen, weder wegen Einstufung in dieselbe Basis-DRG (§ 2 Abs 1 S 1 FPV 2014) noch wegen gleicher Hauptdiagnosegruppe (§ 2 Abs 2 S 1 FPV 2014) noch wegen Wiederaufnahme bei Komplikationen (§ 2 Abs 3 S 1 FPV 2014) erfüllt. Eine Beurlaubung lag ebenfalls nicht vor. Unabhängig von der Frage, ob die Klägerin den Versicherten hätte beurlauben müssen, ist für die sachlich-rechnerische Richtigkeit der Abrechnung entscheidend, dass die Klägerin dies jedenfalls nicht umsetzte (vgl BSG, aaO, Rn 18). Sie entließ den Versicherten tatsächlich formal aus der stationären Behandlung und beurlaubte ihn nicht förmlich.

b) Die Klägerin verstieß gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot, indem sie den Versicherten entließ, statt ihn zu beurlauben. Sie kann nach den Grundsätzen des fiktiven wirtschaftlichen Alternativverhaltens nur die Vergütung beanspruchen, die angefallen wäre, wenn sie den Versicherten in wirtschaftlicher Weise behandelt hätte.

Das Wirtschaftlichkeitsgebot gilt für alle Leistungsbereiche des SGB V. Es gilt uneingeschränkt auch im Leistungserbringungsrecht. Ein Krankenhaus hat stets, auch bei Vergütung der Krankenhausbehandlung durch Fallpauschalen, einen Vergütungsanspruch gegen den Träger der gesetzlichen Krankenversicherung nur für die erforderliche, wirtschaftliche Krankenhausbehandlung. Das Wirtschaftlichkeitsgebot zwingt auch Krankenhäuser bei der Behandlungsplanung, die Möglichkeit wirtschaftlichen Alternativverhaltens zu prüfen und ggf zu nutzen (BSG, Urteil vom 28.03.2017 - [B 1 KR 29/16 R](#) - juris, Rn 21; Urteil vom 19.11.2019 - [B 1 KR 6/19 R](#) - juris, Rn 17 ff.). 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 (BSG, Urteil vom 07.05.2013 - [B 1 KR 12/12 R](#) -, juris, Rn 16 mwN).

Das klägerische Krankenhaus musste nach diesen Grundsätzen bei Behandlung des Versicherten prüfen, ob verschiedene gleich zweckmäßige und notwendige Behandlungsmöglichkeiten bestanden. In Betracht kam hier die Beurlaubung des Versicherten nach § 1 Abs 7 Satz 5 FPV 2014 bis zur Fortsetzung der Therapie am 23.06.2014. Dass die Therapie fortzusetzen war, ist entgegen dem Vorbringen der Klägerin durch die Krankenhausberichte vom 20.06.2014 und 30.06.2014 und den Befundbericht der Klinik für Radiologie des klägerischen Krankenhauses vom 20.06.2014 erwiesen, wonach ein am 18.06.2014 diagnostizierter Abszessprogress mit Wirbelkörperdestruktion vorlag und deshalb die ct-gesteuerte Punktion für den 24.06.2014 und die Anlage einer Drainage bereits vereinbart waren. Auch wurde der Versicherte vor der Entlassung am 20.06.2014 über die geplante ct-gesteuerte Abszessdrainageanlage aufgeklärt, weshalb das Klagevorbringen, über die erneute Punktion sowie das Einbringen der Pigtaildrainage habe erst am 23.06.2014 unter Berücksichtigung der aktuellen körperlichen Konstitution des Versicherten entschieden werden können, nicht nachvollzogen werden kann.

Aus der Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems kann keine Abkehr des Gesetzgebers vom Wirtschaftlichkeitsgebot für Krankenhäuser hergeleitet werden. Die Regelung sieht keine Sonderrolle für Krankenhäuser als Leistungserbringer vor. Im Gegenteil ist es Krankenhäusern etwa verwehrt, vorzeitige ("blutige") Entlassungen im betriebswirtschaftlichen Eigeninteresse vorzunehmen (§ 17c Abs 1 Nr 2 KHG; vgl BSG, Urteil vom 30.06.2009 - [B 1 KR 24/08 R](#) -, juris, Rn 23), um zB durch ein planvolles, medizinisch überflüssiges Fallsplitting Zusatzeinnahmen zu erzielen. Das Verhalten der Klägerin, den Versicherten "vorzeitig zu entlassen", wie in dem Arztbrief bezüglich des streitgegenständlichen ersten Krankenhausaufenthalts ausdrücklich angegeben wird, obwohl die weitere erforderliche Behandlung des Versicherten bereits feststand, die erneute Aufnahme nach dem Wochenende für den 23.6.2014 bereits vereinbart und die erforderliche Behandlungsmaßnahme bereits für den 24.06.2014 terminiert war, bedeutet letztlich ein medizinisch überflüssiges Fallsplitting zur Erzielung von Zusatzeinnahmen, obwohl angesichts der dargelegten zeitlich befristeten Unterbrechung einer noch nicht abgeschlossenen stationären Behandlung die Voraussetzungen einer Beurlaubung gemäß § 1 Abs 7 S 5 FPV 2014 erfüllt waren.

Dass der Fallpauschalen-Katalog für die DRG 901D, mit der der zweite Aufenthalt des Versicherten abzurechnen wäre, eine Zusammenfassung von Fällen bei Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus nach § 2 Abs 1 S 2 und Abs 2 S 2 der FPV 2014 ausschließt, ist hier rechtlich unerheblich, da diese Regelungen schon nach ihrem Wortlaut das Vorliegen der Voraussetzungen gemäß § 2 Abs 1 S 1 FPV 2014 bzw. § 2 Abs 2 S 1 FPV 2014 voraussetzen, die hier jedoch, wie dargelegt, gerade nicht gegeben sind. Entgegen dem klägerischen Vorbringen wird ihre Rechtsauffassung auch nicht durch das Urteil des Sächsischen Landessozialgerichts vom 13.02.2019 ([L 1 KR 315/14](#)) gestützt. Denn diesem Urteil lagen stationäre Aufenthalte zu Grunde, in denen die Voraussetzungen gemäß § 2 Abs 2 S 1 FPV erfüllt waren, so dass der Anwendungsbereich von § 2 Abs 2 S 2 FPV eröffnet war, was hier jedoch gerade nicht der Fall ist.

Die Einfügung des Satzes 3 in § 8 Abs 5 KHEntgG zum 01.01.2019 mit dem Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz - PpSG) ([BGBl 2018, 2394](#)), wonach in anderen als den vertraglich oder gesetzlich bestimmten Fällen eine Fallzusammenführung insbesondere aus Gründen des Wirtschaftlichkeitsgebots nicht zulässig ist, entfaltet keine Rückwirkung (BSG, Urteil vom 19.11.2019, - [B 1 KR 6/19 R](#) -, juris, Rn 23).

c) Wäre der Versicherte beurlaubt worden, wäre die Gesamtbehandlung, ohne dass die Tage der Beurlaubung zur Verweildauer zu zählen sind (vgl § 1 Abs 7 Satz 4 FPV 2014) mit der DRG 901D zu vergüten gewesen. Die Klägerin kann mithin keine höhere Vergütung als die bereits geleisteten 7.084,65 EUR beanspruchen; die Beklagte hat sich rechtzeitig auf die fehlende Erforderlich- bzw. Wirtschaftlichkeit zweier Aufenthalte berufen.

2. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Zahlung der Aufwandspauschale nach [§ 275 Abs 1c Satz 3 SGB V](#), weil die Beklagte zu Recht den Abrechnungsbetrag gemindert hat.

Mangels Hauptforderung bestehen die Zinsforderungen als Nebenforderungen nicht.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 197a Abs 1 Satz 1 Teilsatz 3 SGG](#) iVm [§ 154 Abs 2](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).

Gründe, die Revision zuzulassen liegen nicht vor, [§ 160 Abs 2 SGG](#).

Die Festsetzung des Streitwerts beruht auf [§ 197a Abs 1 Satz 1 Teilsatz 1 SGG](#) iVm [§§ 63 Abs 2, 52 Abs 1](#) und 3 sowie [§ 47 Abs 1](#) Gerichtskostengesetz (GKG).

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2020-09-16