

## L 1 KR 22/16

Land  
Freistaat Sachsen  
Sozialgericht  
Sächsisches LSG  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung  
1  
1. Instanz  
SG Leipzig (FSS)  
Aktenzeichen  
S 8 KR 582/13  
Datum  
27.10.2015  
2. Instanz  
Sächsisches LSG  
Aktenzeichen  
L 1 KR 22/16  
Datum  
18.12.2019  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen

-  
Datum

-  
Kategorie  
Urteil  
Leitsätze

Wird eine geplante Operation wegen unvorhergesehener und unvorhersehbarer Notfälle verschoben, stellt dies kein medizinisches Erfordernis i.S.d. [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) für die Verlängerung des Krankenhausaufenthalts eines Versicherten dar.

I. Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Leipzig vom 27. Oktober 2015 wird zurückgewiesen.

II. Die Klägerin trägt die Kosten des Berufungsverfahrens.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

IV. Der Streitwert wird für das Berufungsverfahren auf 1.439,57 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Kosten einer Krankenhausbehandlung, insbesondere über die Dauer der stationären Behandlung.

Der bei der Beklagten versicherte Z (\* ...1934) litt an terminaler Niereninsuffizienz, arterieller Hypertonie, Schlafapnoe-Syndrom, insulinpflichtigem Diabetes mellitus und Hyperurikämie. Ihm war ein Herzschrittmacher implantiert und er erhielt Falithromtherapie bei absoluter Arrhythmie. Wegen einer geplanten Shuntanlage zur Vorbereitung zur Dialyse stellte er sich am 16.02.2009 im nach [§ 108](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) zugelassenen Krankenhaus der Klägerin vor. An diesem Tag fanden Blutuntersuchungen, eine Lungenfunktionsdiagnostik und die EKG-Kontrolle sowie das ärztliche Aufklärungsgespräch statt. Am 17.02.2009 um 6.32 Uhr wurde er nüchtern im Krankenhaus der Klägerin aufgenommen, um 7.00 Uhr erfolgte einer Blutzuckerkontrolle, um 8.29 Uhr wurden noch drei Hämostaseologiewerte kontrolliert. In der Pflegedokumentation ist der für 17.02.2009 geplante Operationstag sowie "nüchtern" gestrichen und bei Bemerkungen handschriftlich "morgen Shunt-OP" sowie "VK" (Vollkost) eingetragen. Laut Pflegenachweis war der Versicherte in allen Bereichen selbständig. Hinweise auf Dehydrierung sind nicht vermerkt.

Laut Arztbrief vom 19.02.2009 habe die für 17.02.2009 geplante Operation wegen operativer Notfälle verschoben werden müssen. Die Operation (Cubitalisshunt links) erfolgte am 18.02.2009. Nach problemlosem postoperativem Verlauf wurde der Versicherte am 19.02.2009 entlassen. Unter dem 05.03.2009 stellte die Klägerin der Beklagten für den stationären Aufenthalt 2.949,64 EUR unter der DRG L09D (Erkrankungen der Harnorgane mit Anlegen eines Dialyseshunts) in Rechnung.

Die Prüfanzeige des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) vom 16.03.2009 wegen Überschreitung der unteren Grenzverweildauer ging am 18.03.2009 bei der Klägerin ein. Nach der MDK-Stellungnahme von Dr. med. C vom 14.05.2009 bestehe bei Multimorbidität des Patienten zwar eine medizinische Notwendigkeit für eine vollstationäre Leistungserbringung; die Operation hätte jedoch noch am Aufnahmetag, die Entlassung am Folgetag erfolgen können. Dies teilte die Beklagte der Klägerin mit Schreiben vom 25.05.2009 mit und erklärte sich bereit, den stationären Krankenhausaufenthalt mit der DRG L09D für einen Belegungstag zu vergüten. Am 04.08.2009 zahlte sie den sich daraus ergebenden Betrag von 1.510,07 EUR.

Mit Schreiben vom 21.12.2011 machte die Klägerin gegenüber der Beklagten die Übernahme der vollen Behandlungskosten für den Versicherten Z geltend.

Am 02.01.2014 hat die Klägerin beim Sozialgericht Leipzig wegen des Differenzbetrags zur Rechnung vom 05.03.2009 Klage erhoben und

hat vorgetragen, nachdem die Operationsvorbereitung bereits prästationär durchgeführt worden sei, sei der Versicherte am Morgen des 17.02.2009 nüchtern aufgenommen worden und voll in das stationäre Setting und den Organisationsablauf des Krankenhauses eingegliedert gewesen. Die für den frühen Nachmittag geplante Operation sei jedoch auf Grund von drei chirurgischen Notfällen nicht möglich gewesen. Da es sich bei dem Versicherten nicht um einen Notfall gehandelt habe, habe er nicht spät nachts noch operiert werden müssen. Aufgrund der bestehenden terminalen Niereninsuffizienz habe die Gefahr bestanden, dass der Versicherte durch die operationsbedingte Flüssigkeits- und Nahrungskarenz dehydrierte, so dass er stationär zu überwachen gewesen sei.

Dem ist die Beklagte entgegen getreten, weil der Klägerin bereits durch die Prüfanzeige und die Verrechnung bekannt gewesen sei, dass die von ihr begehrte Abrechnung nicht akzeptiert werde. Es könne daher dahingestellt bleiben, ob die Auffassung der Klägerin zur Abrechnung zutrefte oder nicht. Mangels Widerspruchs sei nicht zu erwarten gewesen, dass die Klägerin nach Ablauf dieses langen Zeitraums noch eine Klage erheben werde. Mögliche Ansprüche seien schon deswegen nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) zur Verfahrensbeschleunigung nach [§ 275 Abs. 1c Satz 1 SGB V](#) ausgeschlossen. Die Vergütung eines Belegungstages, der ausschließlich nicht medizinischen Belangen geschuldet sei, sei nicht gerechtfertigt.

Das SG hat die Klage mit Urteil vom 27.10.2015 abgewiesen. Zwar sei die Klage als echte Leistungsklage statthaft. Sie sei indes unzulässig, weil es am erforderlichen Rechtsschutzbedürfnis fehle. Die einschlägige Vereinbarung zu den allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung nach [§ 112 Abs. 2 Nr. 1](#) und 2 SGB V sähen in § 14 des Vertrages ein Prüfverfahren vor, das hier nicht eingehalten worden sei. Die beklagte Krankenkasse habe der Klägerin nach Maßgabe von Abs. 4 das Ergebnis der Erstbegutachtung sowie die Gründe der Entscheidung nach Einholung einer Stellungnahme des MDK vom 14.05.2009 unverzüglich mit Schreiben vom 25.05.2009 mitgeteilt. Zu diesem Ergebnis der Erstbegutachtung hätte das Krankenhaus unverzüglich gemäß § 17 Abs. 4 Satz 2 des Vertrages Einwände vorbringen können. Daran fehle es hier. Das Prüfverfahren sei damit nicht eingehalten. Vorliegend habe keine Zweitbegutachtung durchgeführt werden können, weil das Krankenhaus erst mit Klageerhebung am 02.01.2014 - erstmals - Einwände gegen die Kürzung eines Belegungstages vorgebracht habe. Insoweit erweise sich der gerichtliche Rechtsschutz als nicht geboten, weil die Klägerin zur Wahrung ihrer Rechte zunächst den MDK im Rahmen einer Zweitbegutachtung hätte hören müssen; wenn im Rahmen eines Prüfverfahrens vertraglich die Möglichkeit bestehe, sein Recht außerprozessual durchzusetzen, fehle es an der Notwendigkeit für die Inanspruchnahme der Gerichte.

Gegen das am 17.12.2015 zugestellte Urteil hat die Klägerin am Montag, den 18.01.2016, beim Sächsischen Landessozialgericht (LSG) Berufung eingelegt, weil sie nicht verpflichtet gewesen sei, Einwände gegen die Erstbegutachtung durch den MDK zu erheben. Sie habe ihr Klagerecht nicht dadurch verwirkt, dass sie kein Widerspruchsverfahren i.S.v. § 14 Abs. 4 Satz 2 des Landesvertrages nach [§ 112 SGB V](#) durchgeführt habe. Das Urteil widerspreche der Rechtsprechung gerade dieser Kammer und der des Sächsischen LSG. Es sei nicht dem Verantwortungsbereich des Krankenhauses zuzurechnen, wenn Notfälle den festgelegten Operationsplan sprengten, so dass ursprünglich geplante Eingriffe verschoben werden müssten. Speziell der Versicherte Z habe aufgrund seiner gesundheitlichen Situation nicht mehr entlassen und am Folgetag wieder aufgenommen werden können.

Die Klägerin beantragt, das Urteil des Sozialgerichts Leipzig vom 27.10.2015 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin 1.439,57 EUR nebst fünf Prozent Zinsen über dem Basiszinssatz seit dem 08.08.2009 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das Urteil des SG für zutreffend, weil die Auffassung des SG Sinn und Zweck des im Landesvertrag geregelten Prüfverfahrens entspreche. Die Klage sei jedenfalls unbegründet, weil der Klägerin kein weiterer Vergütungsanspruch zustehe. Unstreitig sei die für den 17.02.2009 geplante Operation allein aus organisatorischen Gründen verschoben und erst am 18.02.2009 durchgeführt worden. Die Klägerin selbst habe vorgetragen, dass für den weiteren Belegungstag ursprünglich keine medizinischen Erfordernisse vorgelegen hätten.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens wird auf die Gerichtsakten beider Rechtszüge, die Patientenakte und die Verwaltungsakte der Beklagten verwiesen. Sie sind Gegenstand der Beratung gewesen.

Entscheidungsgründe:

Der Senat kann gemäß [§ 153 Abs. 1](#) i.V.m. [§ 124 Abs. 2](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) ohne mündliche Verhandlung entscheiden, weil die Beteiligten hiermit einverstanden sind.

Die Berufung der Klägerin hat keinen Erfolg.

Im Ergebnis zu Recht hat das SG die Klage abgewiesen. Denn der von der Klägerin im Gleichordnungsverhältnis zulässigerweise mit der (echten) Leistungsklage (dazu BSG, Urteil vom 16.12.2008 - [B 1 KN 1/07 KR R](#) - juris Rn. 9; Urteil vom 26.09.2017 - [B 1 KR 9/17 R](#) - juris Rn. 7) verfolgte Vergütungsanspruch aus der Behandlung des Versicherten Ziembra in der Zeit vom 17.02.2009 bis 19.02.2009 in Höhe von weiteren 1.439,57 EUR bestand nicht, war von der Beklagten daher nicht geschuldet und kann von der Klägerin nicht beansprucht werden.

Rechtsgrundlage des Vergütungsanspruchs der Klägerin gegen die Beklagte für die Behandlung des Versicherten im Februar 2009 ist [§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) i.V.m. § 7 Satz 1 Nr. 1, § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG), § 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG), § 1 Fallpauschalenvereinbarung 2009 (FPV 2009) sowie Anlage 1 der FPV 2009 (Fallpauschalenkatalog 2009), jeweils in der im Behandlungszeitraum geltenden Fassung. Der Vergütungsanspruch für eine Krankenhausbehandlung und dazu korrespondierend die Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse entstehen unabhängig von einer Kostenzusage unmittelbar mit Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten kraft Gesetzes, wenn die Versorgung in einem zugelassenen Krankenhaus durchgeführt wird und im Sinne von [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) erforderlich und wirtschaftlich ist (siehe nur BSG, Urteil vom 19.06.2018 - [B 1 KR 39/17 R](#) - juris Rn. 8; Urteil vom 19.12.2017 - [B 1 KR 17/17 R](#) - juris Rn. 13; Urteil vom 25.10.2016 - [B 1 KR 6/16 R](#) - juris Rn. 26; Urteil vom 17.11.2015 - [B 1 KR 18/15 R](#) - juris Rn. 9; Urteil vom 27.11.2014 - [B 3 KR 1/13 R](#) - juris Rn. 9; Urteil vom 01.07.2014 - [B 1 KR 29/13 R](#) - juris Rn. 8; Urteil vom 22.11.2012 - [B 3 KR 1/12 R](#) - juris Rn. 10; Urteil vom 08.11.2011 - [B 1 KR 8/11 R](#) - juris Rn. 13; Urteil vom 16.12.2008 - [B 1 KN 1/07 KR R](#) - juris Rn.11). Die Höhe des Vergütungsanspruchs bemisst sich im DRG-Vergütungssystem, in das das Krankenhaus der Klägerin - wie auch die meisten Krankenhäuser (vgl. § 1 Abs. 1 und 2 KHEntgG) -

einbezogen ist, nach vertraglichen Fallpauschalen auf gesetzlicher Grundlage. Die Fallpauschalenvergütung für die stationäre Krankenhausbehandlung in zugelassenen Einrichtungen ergibt sich aus [§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) i.V.m. § 7 KHEntgG und § 17b KHG. Der Anspruch wird auf Bundesebene durch Normenverträge 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 auf der Grundlage des § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 KHEntgG Abrechnungsbestimmungen in der FPV.

Zu Recht sind sich die Beteiligten darüber einig, dass auch aufgrund der Multimorbidität des Versicherten der Eingriff im Rahmen eines vollstationären Krankenhausaufenthalts durchzuführen war und dass die Klägerin ihrer Abrechnung die DRG-Fallpauschale L09D zugrunde legen durfte. Dies bedarf keiner weiteren Ermittlungen, weil insoweit zwischen den Beteiligten, die eine besondere professionelle Kompetenz aufweisen, weder Streit besteht noch Anhaltspunkte für eine fehlerhafte Berechnung vorliegen (vgl. BSG, Urteil vom 19.06.2018 - [B 1 KR 39/17 R](#) - juris Rn. 9; Urteil vom 21.04.2015 - [B 1 KR 9/15 R](#) - juris Rn. 29).

Die Klägerin durfte jedoch nicht zwei Belegungstage, sondern nur einen abrechnen. Denn die vollstationäre Behandlung des Versicherten war nur für einen, nicht aber für zwei Tage erforderlich.

Die Erforderlichkeit der Krankenhausbehandlung hängt davon ab, ob der Versicherte Anspruch auf vollstationäre Behandlung hatte. Ob dies der Fall ist, richtet sich allein nach medizinischen Erfordernissen (vgl. nur BSG, Beschluss vom 25.09.2007 - [GS 1/06](#) - juris). Entsprechendes gilt hinsichtlich der hier streitigen Frage nach der notwendigen Dauer der stationären Versorgung für einen Tag, ob also eine Operation des Versicherten bereits am Tag der Krankenhausaufnahme oder erst am Tag danach medizinisch möglich war (vgl. auch BSG, Urteil vom 16.05.2013 - [B 3 KR 32/12 R](#) - juris Rn. 24). Der Aufenthalt im Krankenhaus muss einem Behandlungszweck dienen und die Krankenkasse ist deshalb nicht leistungspflichtig, wenn der Patient keiner ärztlichen Behandlung (mehr) bedarf, sondern aus anderen Gründen, etwa wegen Hilflosigkeit, Pflegebedürftigkeit, zur Verwahrung oder zum Schutz der Öffentlichkeit, im Krankenhaus behalten oder dort untergebracht wird (BSG, Beschluss vom 25.09.2007 - [GS 1/06](#) - juris Rn. 16). Für andere Risiken haben die Krankenkassen nicht einzustehen. Medizinische Erfordernisse im Sinne dieser Rechtsprechung können nur Umstände sein, die in der Person des zu behandelnden Versicherten liegen (ebenso: LSG Saarland, Urteil vom 22.08.2012 - [L 2 KR 39/09](#) - juris Rn. 45; LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 30.04.2009 - [L 9 KR 34/05](#) - juris Rn. 21); es kommt also allein darauf an, ob dessen Gesundheitszustand eine stationäre Behandlung erforderte.

Soweit die Klägerin im Klageverfahren erstmals geltend gemacht hat, dass bei dem Versicherte aufgrund seiner Vorerkrankungen und wegen der Flüssigkeits- und Nahrungskarenz vor dem ursprünglich für den 17.02.2009 geplanten Eingriff die Gefahr der Dehydrierung bestanden habe, finden sich in der hier vorliegenden Patientendokumentation keinerlei Hinweise auf eine konkrete Gefahr dieser Art bei dem konkreten Versicherten. Genauso wie dieser im Krankenhaus Vollkost erhalten hatte, nachdem die Operation auf den nächsten Tag verschoben worden war, hätte er selbst zuhause Nahrung und Getränke zu sich nehmen können, um eine Dehydrierung zu vermeiden. Die Klägerin selbst hat noch in der Klageschrift mitgeteilt, dass es sich nicht um einen Eingriff gehandelt habe, der das Tätigwerden eines ärztlichen Bereitschaftsdienstes erfordert hätte. Offen geblieben ist, mit welcher medizinischen Begründung man den Versicherten nach erfolgter Vorbereitung auf den Eingriff nicht mehr wieder nach Hause habe schicken können. Allein der Hinweis auf seine Multimorbidität reicht hierfür nicht aus, da er nicht allein lebte und bereits am Tag zuvor nach der umfangreichen Diagnostik in die Häuslichkeit zurückgekehrt war.

Dass die Klägerin wegen mehrerer unvorhergesehener und wohl auch unvorhersehbarer Notfälle die Operation nicht - wie geplant - am Aufnahmetag durchführen konnte, sondern sie auf den Folgetag verschieben musste, ist demgegenüber kein Grund, der seine Ursache in der gesundheitlichen Situation des Versicherten hatte (LSG Hamburg, Urteil vom 26.03.2015 - [L 1 KR 42/13](#) - juris Rn. 17). Selbst wenn die Krankenhäuser weder verpflichtet noch in der Lage sind, für derartige Situationen organisatorische Vorkehrungen zu treffen, führt dies nicht dazu, diese organisatorischen Risiken ohne entsprechende gesetzliche Grundlage der gesetzlichen Krankenversicherung aufzuerlegen. Denn die leistungrechtlichen Vorschriften des SGB V machen den Sachleistungsanspruch des Versicherten und damit den Vergütungsanspruch des Krankenhauses allein von der medizinischen Erforderlichkeit einer Behandlungsmaßnahme abhängig. Für die Berücksichtigung anderer Umstände ist damit kein Raum, soweit dies nicht ausnahmsweise durch Einzelvorschriften des Leistungsrechts angeordnet ist (BSG, Urteil vom 25.09.2007 - [GS 1/06](#) - juris Rn. 20), was hier nicht der Fall ist.

Behandelt ein Krankenhaus einen Versicherten bei erforderlicher Krankenhausbehandlung in unwirtschaftlichem Umfang, hat es allenfalls Anspruch auf die Vergütung, die bei fiktivem wirtschaftlichen Alternativverhalten anfiel (st.Rspr., vgl. z.B. BSG, Urteil vom 10.3.2015 - [B 1 KR 2/15 R](#) - juris Rn. 14 m.w.N.). Nach der Rechtsprechung des BSG sind in Fällen, in denen die Verweildauer teilweise nicht erforderlich ist, die nicht erforderlichen Tage der Krankenhausbehandlung bei der Vergütung nicht zu berücksichtigen. Weil es insoweit in der FPV 2009 an einer ausdrücklichen Regelung fehlt, ging die Beklagte zu Recht nach den Rechtsgedanken von § 17b KHG, § 2 Abs. 2, § 7 Satz 1, § 8 Abs. 1 und § 9 KHEntgG sowie dem daran anknüpfenden Regelungssystem der FPV 2009 davon aus, dass nicht erforderliche Tage wie Tage ohne Krankenhausbehandlung anzusehen sind (vgl. insgesamt grundlegend BSG, Urteil vom 30.06.2009 - [B 1 KR 24/08 R](#) - juris Rn. 26 m.w.N.). Auch besteht kein Zwang zur Abrechnung von Unwirtschaftlichem: Das Krankenhaus, das eine das tatsächliche Geschehen zutreffend abbildende, sachlich-rechnerisch richtige Abrechnung erstellt, aber erkennt, dass es den in Rechnung gestellten Betrag wegen Verstoßes gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot ([§ 12 Abs. 1 SGB V](#)) mindern muss, hat eine dies in geeigneter Weise verdeutlichende gekürzte Abrechnung vorzunehmen. Mit der Abrechnung muss die Krankenkasse vollständig und zutreffend von der Kürzung Kenntnis erhalten, notfalls im Wege einer "manuell" korrigierten Abrechnung (vgl. BSG, Urteil vom 17.11.2015 - [B 1 KR 13/15 R](#) - juris Rn. 16).

Bei dieser Sachlage kommt es nicht darauf an, ob - wie das SG meinte - der Klägerin das Rechtschutzbedürfnis für eine Inanspruchnahme der Sozialgerichte deshalb fehlte, weil das damalige landesvertraglich geregelte Prüfverfahren nicht in allen Schritten eingehalten war. Denn die Berufung bleibt aus den genannten Gründen erfolglos.

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

Die Revision ist nicht zuzulassen, da Zulassungsgründe im Sinne des [§ 160 Abs. 2 SGG](#) nicht vorliegen.

Die Entscheidung über den Streitwert folgt aus [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i.V.m. [§ 47 Abs. 1](#) und 2, [§ 52 Abs. 1](#) und 3 Gerichtskostengesetz.

-----  
Rechtskraft  
Aus  
Login  
FSS  
Saved  
2020-05-20