B 3 KR 15/11 R

Land
Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht
Bundessozialgericht
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
3
1. Instanz
SG Koblenz (RPF)
Aktenzeichen
S 3 KR 364/09
Datum
09.11.2010
2. Instanz
LSG Rheinland-Pfalz
Aktenzeichen
L 5 KR 248/10
Datum
04.08.2011
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 3 KR 15/11 R
Datum
12.07.2012
Kategorie
Urteil
Die Revision der Klägerin gegen das Urteil des Landessozialgerichts Rheinland-Pfalz vom 4. August 2011 wird zurückgewiesen. Die Klägerin trägt auch die Kosten des Revisionsverfahrens. Der Streitwert für das Revisionsverfahren wird auf 423,13 Euro festgesetzt.

Gründe:

I

1

Streitig ist ein Anspruch auf restliche Vergütung einer Krankenhausbehandlung in Höhe von 423,13 Euro nebst Zinsen, nachdem die beklagte Krankenkasse eine unstreitige Krankenhausrechnung über 1750,46 Euro um jenen Betrag wegen eines zur Aufrechnung gestellten Erstattungsanspruchs aus einem früheren Behandlungsfall gekürzt hatte.

2

Die klagende Gesellschaft betreibt ein zur Versorgung der Versicherten zugelassenes Krankenhaus (§ 108 SGB V), in dem die bei der Beklagten versicherte Patientin M. R. wegen einer Geschwulst an der Gebärmutter zunächst vom 1. bis zum 8.7.2008 sowie erneut vom 11. bis zum 14.7.2008 vollstationär behandelt worden ist. Für die erste Behandlung mit der Hauptdiagnose ICD D 25.9 (Leiomyom des Uterus, nicht näher bezeichnet) setzte die Klägerin nach dem auf Diagnosis Related Groups (DRGs; diagnosebezogene Fallgruppen) basierenden Fallpauschalen-Katalog der G-DRG-Version 2008 die DRG N 21 Z (Hysterektomie außer bei bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwere oder schwere Komplikationen oder Komorbiditäten (CC), ohne komplexen Eingriff) mit einer Vergütung von 3434,51 Euro (DRG-Preis 3374,93 Euro nebst diversen Zu- und Abschlägen nach dem KHEntgG sowie abzüglich 80 Euro Zuzahlung der Versicherten nach § 39 Abs 4 iVm § 61 S 2 SGB V) an (Rechnung vom 17.7.2008 über 3436,19 Euro, abzüglich 1,68 Euro für die Förderung der integrierten Versorgung). Die zweite Behandlung mit der Hauptdiagnose ICD T 81.0 (Blutung und Hämatom als Komplikation eines Eingriffs, anderenorts nicht klassifiziert) wurde auf der Basis der DRG X 62 Z (Vergiftungen/toxische Wirkungen von Drogen, Medikamenten und anderen Substanzen oder Folgen einer medizinischen Behandlung) mit 1557,01 Euro berechnet (Rechnung vom 23.7.2008 über 1597,75 Euro, abzüglich 40 Euro Zuzahlung der Versicherten und 0,74 Euro für die Förderung der integrierten Versorgung). Die Beklagte beglich zunächst beide Rechnungen, vertrat aber nach Einholung mehrerer Stellungnahmen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) vom 3. und 15.9. sowie 1.10.2008 die Auffassung, nach § 8 Abs 5 KHEntgG iVm § 2 Abs 3 der Fallpauschalenvereinbarung für das Jahr 2008 (FPV 2008) müssten beide Behandlungsfälle zu einem Fall zusammengeführt werden, weil die Zweitbehandlung der Beseitigung einer auf die Erstbehandlung zurückzuführenden typischen Komplikation gedient habe und die Wiederaufnahme noch vor Ablauf der oberen Grenzverweildauer (11 Tage) der DRG N 21 Z erfolgt sei. Bei der Fallzusammenführung hätte dem Krankenhaus nach der Hauptdiagnose ICD D 25.9 und der Nebendiagnose ICD T 81.0 auf der Basis der DRG N 04 Z (Hysterektomie außer bei bösartiger Neubildung, mit äußerst schweren oder schweren CC oder komplexem Eingriff) ein DRG-Preis von 4485,38 Euro und unter Berücksichtigung der diversen Zu- und Abschläge sowie der Zuzahlung der Versicherten von 80 Euro eine Vergütung von 4568,39 Euro zugestanden. Statt der Vergütung für die Zweitbehandlung von 1557,01 Euro hätte die Klägerin daher für die "Gesamtbehandlung" noch einen "Aufpreis" von 1133,88 Euro (4568,39 - 3434,51 = 1133,88) berechnen können, woraus sich ein Erstattungsanspruch der Beklagten von 423,13 Euro (1557,01 - 1133,88 = 423,13) errechne. Da die Klägerin die Rückzahlung dieses Differenzbetrages ablehnte, erklärte die Beklagte am 4.6.2009 die Aufrechnung gegen einen unstreitigen Vergütungsanspruch über 1750,46 Euro aus der Behandlung einer anderen Versicherten (M. K.), sodass am 19.6.2009 nur noch der Restbetrag von 1327,33 Euro überwiesen wurde.

3

Im Klageverfahren hat die Klägerin geltend gemacht, die Aufrechnung sei zu Unrecht erfolgt. Eine Fallzusammenführung sei nach der Änderung der entsprechenden Regelung in § 2 Abs 3 FPV 2008 nur noch möglich, wenn die Wiederaufnahme eines Patienten auf einer Komplikation beruhe, die in den Verantwortungsbereich des Krankenhauses falle. Dies scheide bei Komplikationen aus, die sich erst nach abgeschlossener Erstbehandlung des Patienten und dessen Entlassung aus dem Krankenhaus gezeigt hätten und auf einem unvermeidbaren, schicksalhaften Verlauf beruhten. Nur bei Komplikationen, die auf Fehlern bei der ärztlichen Behandlung oder der Pflege im Krankenhaus basierten und deshalb für das Krankenhaus vermeidbar seien, komme eine Fallzusammenführung in Betracht. Demgegenüber meint die Beklagte, eine Fallzusammenführung scheide nur aus, wenn die Komplikation auf einem unvernünftigen Verhalten ("mangelnde Compliance") des Patienten oder einer Behandlung durch einen anderen Arzt, zB den Hausarzt, beruhe. Zeige sich dagegen - wie hier - noch vor Ablauf der oberen Grenzverweildauer eine Komplikation, die typischerweise bei einer bestimmten Krankheit oder einem konkreten Eingriff auftrete und praktisch unvermeidbar sei, falle die Komplikation in den Verantwortungsbereich des Krankenhauses.

4

Das SG hat die Zahlungsklage abgewiesen (Urteil vom 9.11.2010) und das LSG die Berufung der Klägerin zurückgewiesen (Urteil vom 4.8.2011): Eine Fallzusammenführung wegen einer in den Verantwortungsbereich des Krankenhauses fallenden Komplikation sei nicht auf Fälle vorwerfbaren Handelns oder Unterlassens von Ärzten oder Pflegekräften des Krankenhauses beschränkt, sondern setze lediglich eine Ursache-Folge-Verknüpfung zwischen der vom Krankenhaus durchgeführten medizinischen oder pflegerischen Leistung und dem Eintritt einer zur Wiederaufnahme des Patienten führenden unerwünschten Folge der Behandlung ("Komplikation") voraus, die allerdings dann unterbrochen werde, wenn für die Komplikation ein nicht vom Krankenhaus gesetzter weiterer Umstand ausschlaggebend sei, zB ein den Anweisungen des Krankenhauses widersprechendes Verhalten des Patienten nach der Entlassung aus dem Krankenhaus, ein fehlerhaftes Behandlungsverhalten des ambulant weiterbehandelnden Arztes oder ein Verkehrsunfall. Da hier eine solche Ausnahmesituation nicht vorgelegen habe, weil mit dem Scheidenstumpfhämatom eine für die Erkrankung der Versicherten typische, unvermeidbare Komplikation aufgetreten sei, und die erneute stationäre Aufnahme der Versicherten am 11.7.2008 noch vor Ablauf der oberen Grenzverweildauer der DRG N 21 Z erfolgt sei, hätte die Klägerin beide Behandlungen abrechnungstechnisch zusammenführen müssen.

5

Mit der vom LSG zugelassenen Revision rügt die Klägerin die Verletzung materiellen Rechts (§ 8 Abs 5 KHEntgG iVm § 2 Abs 3 FPV 2008). Sie hält die Fallzusammenführung nach wie vor für rechtswidrig und beantragt,

die Urteile des LSG Rheinland-Pfalz vom 4.8.2011 und des SG Koblenz vom 9.11.2010 zu ändern und die Beklagte zu verurteilen, an sie 423,13 Euro nebst Zinsen in Höhe von zwei Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 20.6.2009 zu zahlen.

6

Die Beklagte verteidigt das angefochtene Urteil und beantragt, die Revision zurückzuweisen.

II

7

Die zulässige Revision der Klägerin ist unbegründet. Die Vorinstanzen haben zutreffend entschieden, dass der Beklagten aus der Begleichung der Kostenrechnungen für die stationäre Behandlung der Patientin M. R. wegen der Unterlassung der gebotenen Fallzusammenführung ein öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch in Höhe von 423,13 Euro zustand, mit dem sie wirksam gegen einen Vergütungsanspruch über 1750,46 Euro aus der späteren stationären Behandlung der Versicherten M. K. aufgerechnet hat, sodass dieser Vergütungsanspruch nur noch in Höhe von 1327,33 Euro Bestand hatte. Diesen Betrag hat die Beklagte an die Klägerin überwiesen.

8

1. Die auch im Revisionsverfahren von Amts wegen zu beachtenden Sachurteilsvoraussetzungen sind erfüllt. Eines Vorverfahrens iS von § 78 SGG bedurfte es nicht, weil die Klage zu Recht als allgemeine Leistungsklage (§ 54 Abs 5 SGG) erhoben worden ist. Da sich der Krankenhausträger und die Krankenkasse bei der Frage, wie die stationäre Behandlung eines gesetzlich gegen Krankheit Versicherten zu vergüten ist, im Gleichordnungsverhältnis gegenüberstehen, kommt eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht. Es war auch keine Klagefrist zu beachten (stRspr, vgl zB BSGE 90, 1 f = SozR 3-2500 § 112 Nr 3; BSGE 100, 164 = SozR 4-2500 § 39 Nr 12, RdNr 10; BSGE 102, 172 = SozR 4-2500 § 109 Nr 13, RdNr 9; BSGE 104, 15 = SozR 4-2500 § 109 Nr 17, RdNr 12).

9

2. Rechtsgrundlage des mit der Klage geltend gemachten weiteren Vergütungsanspruchs aus der in der Zeit vom 27. bis zum 30.5.2009 erfolgten stationären Behandlung der Versicherten M. K. , die das Krankenhaus mit einem - in der Höhe nicht streitigen - Betrag von 1750,46 Euro in Rechnung gestellt hat, ist § 109 Abs 4 S 3 SGB V (idF des Fallpauschalengesetzes (FPG) vom 23.4.2002, BGBl I 1412) iVm § 7 S 1 Nr 1 und § 9 Abs 1 S 1 Nr 1 KHEntgG (jeweils idF des 2. Fallpauschalenänderungsgesetzes vom 15.12.2004, BGBl I 3429) sowie § 17b KHG (idF der 9. Zuständigkeitsanpassungsverordnung vom 31.10.2006, BGBl I 2407) in Verbindung mit der Anlage 1 Teil a) des Fallpauschalen-Katalogs der G-DRG-Version 2009 sowie der zwischen der Krankenhausgesellschaft Rheinland-Pfalz eV und den Krankenkassen bzw ihren Verbänden geschlossene Vertrag nach § 112 Abs 2 Nr 1 SGB V über die Allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung (KBV-RP) und die Pflegesatzvereinbarung der Beteiligten für das Jahr 2009. Rechtsgrundlage des - von der Beklagten beglichenen - Vergütungsanspruchs aus den stationären Behandlungen der Versicherten M. R. von Mitte 2008 ist § 109 Abs 4 S 3 SGB V iVm § 7 S 1 Nr 1 und § 9 Abs 1 S 1 Nr 1 KHEntgG, § 17b KHG der KBV-RP und die Pflegesatzvereinbarung für das Jahr 2008. Die Frage der Fallzusammenführung richtet sich nach § 8 Abs 5 KHEntgG iVm § 2 Abs 3 der Fallpauschalenvereinbarung für das Jahr 2008 (FPV 2008).

10

Nach § 109 Abs 4 S 3 SGB V entsteht die Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse unabhängig von einer Kostenzusage unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten, wenn die stationäre Versorgung in einem zugelassenen Krankenhaus (§ 108 SGB V) durchgeführt wird und iS des § 39 Abs 1 S 2 SGB V erforderlich ist. Der Behandlungspflicht zugelassener Krankenhäuser (§ 109 Abs 4 S 2 SGB V) steht ein Vergütungsanspruch gegenüber, der auf der Grundlage der gesetzlichen Ermächtigung in den §§ 16, 17 KHG in der Pflegesatzvereinbarung zwischen Krankenhausträger und Krankenkasse festgelegt wird (BSGE 86, 166, 168 = SozR 3-2500 § 112 Nr 1; BSGE 90, 1, 2 = SozR 3-2500 § 112 Nr 3). Hiernach hat die Klägerin für die Behandlung der Versicherten K. zu Recht eine Vergütung von 1750,46 Euro berechnet.

11

3. Rechtsgrundlage der von der Beklagten mit Schreiben vom 4.6.2009 geltend gemachten und durch die Überweisung von nur 1327,33 Euro am 19.6.2009 realisierten Aufrechnung ist ein öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch (BSGE 93, 137 = SozR 4-2500 § 137c Nr 2, RdNr 9 f; BSGE 69, 158, 160 = SozR 3-1300 § 113 Nr 1). Dadurch ist der Vergütungsanspruch der Klägerin über 1750,46 Euro in Höhe eines Teilbetrages von 423,13 Euro durch Aufrechnung gemäß § 69 S 2 und 3 SGB V (idF des FPG) iVm §§ 387, 389 BGB erloschen.

12

Der im öffentlichen Recht auch ohne ausdrückliche Normierung seit langem anerkannte öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch (vgl nur BSGE 16, 151, 156 = SozR Nr 1 zu § 28 BVG mwN zur älteren Rspr und Literatur), der aus allgemeinen Grundsätzen des Verwaltungsrechts, insbesondere aus dem Prinzip der Gesetzmäßigkeit der Verwaltung hergeleitet wird (BSGE 102, 10 = SozR 4-2500 § 264 Nr 2, RdNr 27), setzt voraus, dass im Rahmen eines öffentlichen Rechtsverhältnisses Leistungen ohne rechtlichen Grund erbracht oder sonstige rechtsgrundlose Vermögensverschiebungen vorgenommen worden sind (BSGE 16, 151, 156 = SozR Nr 1 zu § 28 BVG; BSGE 69, 158, 160 = SozR 3-1300 § 113 Nr 1; BSGE 93, 137 = SozR 4-2500 § 137c Nr 2, RdNr 8; BSG SozR 4-2500 § 264 Nr 3 RdNr 15). Seine Anspruchsvoraussetzungen und Rechtsfolgen entsprechen zwar, soweit sie nicht spezialgesetzlich geregelt sind, denen des zivilrechtlichen Bereicherungsanspruchs nach den §§ 812 ff BGB (vgl BSGE 102, 10 = SozR 4-2500 § 264 Nr 2, RdNr 27 mwN zu Rspr des BVerwG). Es scheidet aber ein Rückgriff auf die zivilrechtlichen Normen aus, soweit der vom öffentlichen Recht selbstständig entwickelte Erstattungsanspruch reicht (vgl BSGE 38, 46, 47 = SozR 2200 § 1409 Nr 1). Dies gilt namentlich für die Nichtanwendbarkeit der bereicherungsrechtlichen Vorschriften, denen öffentlich-rechtliche Wertungszusammenhänge entgegenstehen (vgl zB zur Nichtanwendbarkeit des § 818 Abs 3 BGB bei der Rückforderung von Berufsausbildungsbeihilfe wegen des Vorrangs von § 152 Abs 3 AFG aF BSGE 45, 38, 47 = SozR 4100 § 40 Nr 17 S 54, mwN; vgl auch BVerwGE 71, 85, 88; 112, 351, 353 f).

13

4. Die Beklagte hat die auf 3434,51 Euro und 1557,01 Euro bezifferten Kostenrechnungen der Klägerin vom 17.7. und 23.7.2008 für die beiden stationären Aufenthalte der Versicherten R. in Höhe eines Teilbetrages von 423,13 Euro ohne Rechtsgrund beglichen. Die Klägerin hätte nach § 8 Abs 5 KHEntgG iVm § 2 Abs 3 FPV 2008 beide Behandlungsfälle zu einem Fall mit einer Gesamtvergütung von 4568,39 Euro zusammenfassen müssen; daraus ergibt sich die Überzahlung von 423,13 Euro.

14

a) § 8 Abs 5 KHEntgG (idF des 2. Fallpauschalenänderungsgesetzes) lautet seit dem 21.12.2004: "Werden Patientinnen oder Patienten, für die eine Fallpauschale abrechenbar ist, wegen einer Komplikation im Zusammenhang mit der durchgeführten Leistung innerhalb der oberen Grenzverweildauer wieder aufgenommen, hat das Krankenhaus eine Zusammenfassung der Falldaten zu einem Fall und eine Neueinstufung in eine Fallpauschale vorzunehmen. Näheres oder Abweichendes regeln die Vertragsparteien nach § 17b Abs 2 Satz 1 KHG oder eine Rechtsverordnung nach § 17b Abs 7 KHG." Diese Fassung der Vorschrift ist auf die Abrechnungen der im Juli 2008 erfolgten beiden Krankenhausaufenthalte der Versicherten R. anzuwenden. Aufgrund der Ermächtigung in § 8 Abs 5 S 2 KHEntgG haben die damaligen Spitzenverbände der Krankenkassen, der Verband der Privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft als Selbstverwaltungspartner nach § 17b Abs 2 KHG am 21.9.2007 die zum 1.1.2008 in Kraft getretene FPV 2008 vereinbart, um eine verbesserte Handhabung der Regelungen zur Fallzusammenführung bei Wiederaufnahme wegen Komplikationen zu erreichen.

15

§ 2 Abs 3 FPV 2008 lautet: "Werden 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 diese Vorschrift zur Zusammenfassung fallenden Aufenthalts, wieder aufgenommen, hat das Krankenhaus eine Zusammenfassung der Falldaten zu einem Fall und eine Neueinstufung in eine Fallpauschale vorzunehmen. Eine Zusammenfassung und Neueinstufung wird nicht vorgenommen bei unvermeidbaren Nebenwirkungen von Chemotherapien und Strahlentherapien im Rahmen onkologischer Behandlungen. Die Absätze 1 und 2 gehen den Vorgaben nach den Sätzen 1 und 2 vor. Die Sätze 1 und 2 ergänzen die Vorgaben nach § 8 Abs. 5 des Krankenhausentgeltgesetzes."

16

b) Zur Auslegung dieser Vorschriften ist die historische Entwicklung des Rechts zur Fallzusammenführung bedeutsam.

17

aa) Vor der Einführung des DRG-Systems sah bereits die Bundespflegesatzverordnung eine solche Regelung vor. Bis zum 31.12.2003 galt nach § 14 Abs 2 S 5 BPflV ein Sanktionsmechanismus, wonach tagesgleiche Pflegesätze für die Kalendertage innerhalb der

Grenzverweildauer der Fallpauschale (§ 11 BPflV) nicht berechnet werden durften, sofern ein Fallpauschalenpatient wegen Komplikationen in dasselbe Krankenhaus wieder aufgenommen wurde. Hintergrund dieser Regelung war nach der Gesetzesbegründung (BR-Drucks 381/94, S 35), dass insbesondere bei Fallpauschalenpatienten, die nach sehr kurzer Verweildauer entlassen werden, zusätzlich tagesgleiche Pflegesätze abgerechnet wurden, wenn die bereits mit der Fallpauschale bezahlte Verweildauer noch nicht abgelaufen ist. Dies sollte nach Möglichkeit verhindert werden.

18

bb) Für das DRG-System hat der Gesetzgeber die Fallzusammenführung wegen Komplikationen in § 8 Abs 5 KHEntgG geregelt. In seiner Ursprungsfassung sah der Satz 1 dieser Vorschrift vor: "Wird ein Patient wegen Komplikationen wieder in dasselbe Krankenhaus aufgenommen, für den zuvor eine Fallpauschale berechnet wurde, darf für die Kalendertage innerhalb der Grenzverweildauer dieser Fallpauschale die Fallpauschale nicht erneut berechnet werden." Die Fassung durch das Fallpauschalenänderungsgesetz vom 17.7.2003 (BGBl I 1461), in Kraft ab 22.7.2003, lautete: "Wird ein Patient, für den zuvor eine Fallpauschale berechnet wurde, im Zeitraum von der Entlassung bis zur Grenzverweildauer der abgerechneten Fallpauschale wegen einer Komplikation im Zusammenhang mit der durchgeführten Leistung wieder in dasselbe Krankenhaus aufgenommen, darf eine Fallpauschale nicht erneut berechnet werden." Seit dem 21.12.2004 gilt die bereits zitierte Fassung des 2. Fallpauschalenänderungsgesetzes. Dabei ist der Begriff der Komplikation stets unverändert geblieben. Er umfasst negative Folgen einer medizinischen Behandlung wie zB Nachblutungen, Hämatome, Thrombosen, Infektionen und auch deren unerwünschte Nebenwirkungen (van der Ploeg, NZS 2011, 808, 809).

19

c) Mit der Umstellung auf das DRG-System wurde also zunächst vorgesehen, dass für die Kalendertage innerhalb der Grenzverweildauer einer abgerechneten Fallpauschale diese Fallpauschale nicht erneut berechnet werden durfte, sofern ein Patient wegen Komplikationen wieder in dasselbe Krankenhaus aufgenommen wurde. Bei Anwendung dieser Regelung ist es im Jahr 2003 zu erheblichen Problemen gekommen, da die Norm von Krankenhaus- und Kostenträgerseite unterschiedlich ausgelegt wurde. Zum 22.7.2003 wurde die Vorschrift insoweit geändert, als nunmehr ausdrücklich nur auf "Komplikationen im Zusammenhang mit der durchgeführten Leistung" abgestellt wurde, um den Anwendungsbereich der Regelung zur Fallzusammenführung einzugrenzen. Dies wurde durch die zum 21.12.2004 in Kraft getretene neue Fassung der Vorschrift bekräftigt. Dennoch bestanden in der Folgezeit zwischen den Leistungserbringern und der Kostenträgerseite weiterhin erhebliche Auslegungsunterschiede. Diese Differenzen sollten über den Weg der vertraglichen Abweichungsmöglichkeit nach § 8 Abs 5 S 2 KHEntgG endgültig durch die FPV für das Jahr 2008 beseitigt werden, indem in § 2 Abs 3 FPV 2008 nicht mehr nur, wie bis dahin, auf "Komplikationen im Zusammenhang mit der durchgeführten Leistung" abgestellt wurde, sondern zusätzlich gefordert wurde, dass die zur Wiederaufnahme führende Komplikation "in den Verantwortungsbereich des Krankenhauses" fallen muss.

20

d) Daraus ergeben sich folgende Konsequenzen: In den Verantwortungsbereich des Krankenhauses fallen unstreitig alle Komplikationen, die auf irgendwie geartete Fehler und Mängel bei der ärztlichen Behandlung oder bei der Pflege im Krankenhaus zurückzuführen sind. Nicht in den Verantwortungsbereich des Krankenhauses fallen unstreitig alle Komplikationen, die zwar auch im Zusammenhang mit der durchgeführten Leistung des Krankenhauses stehen, aber maßgeblich erst durch ein hinzukommendes weisungswidriges oder sonstwie unvernünftiges Verhalten des Versicherten nach seiner Entlassung aus dem Krankenhaus, durch ein Behandlungsverhalten des ambulant weiterbehandelnden Arztes, zB des Hausarztes, oder durch ein sonstiges, nicht vom Krankenhaus zu beeinflussendes Ereignis wie zB einen Verkehrsunfall hervorgerufen worden sind. Streitig geblieben ist trotz der Neufassung der FPV zum 1.1.2008, ob all jene Komplikationen, die bei bestimmten Krankheiten bzw Eingriffen typischerweise oder auch nur in Ausnahmefällen auftreten und nicht (bzw nicht beweisbar) auf ein irgendwie geartetes fehlerhaftes Verhalten der Krankenhausärzte oder des Pflegepersonals zurückzuführen sind, also unvermeidbar erscheinen und einem schicksalhaften Verlauf entsprechen, in den Verantwortungsbereich des Krankenhauses fallen - so die Ansicht der Krankenkassen - oder dem Verantwortungsbereich der Kostenpflichtigen, also der Krankenkassen und der Versicherten zuzurechnen sind - so die Auffassung der Krankenhausträger. Diese Streitfrage ist zugunsten der Krankenkassen und der Versicherten zu entscheiden, weil sowohl nach dem Wortlaut als auch nach Sinn und Zweck der Vergütungsregelungen für stationäre Behandlungen diese unvermeidbaren Komplikationen in den Verantwortungsbereich des Krankenhauses fallen, sofern sie vor Ablauf der oberen Grenzverweildauer zur Wiederaufnahme des Versicherten führen.

21

5. a) Vergütungsregelungen sind grundsätzlich streng nach ihrem Wortlaut auszulegen; nur so sind sie für die routinemäßige Anwendung in zahlreichen Behandlungsfällen handhabbar (vgl allgemein zur Funktion von Vergütungsregelungen: BSG SozR 3-5565 § 14 Nr 2; BSG SozR 3-5565 § 15 Nr 1; BSG SozR 4-2500 § 109 Nr 11, RdNr 18). Da das DRG-basierte Vergütungssystem vom Gesetzgeber als jährlich weiterzuentwickelndes (§ 17b Abs 2 S 1 KHG) und damit "lernendes" System angelegt ist, sind bei zutage tretenden Unrichtigkeiten, Unbilligkeiten oder Fehlsteuerungen in erster Linie die Vertragsparteien berufen, diese Mängel mit Wirkung für die Zukunft zu beseitigen (BSGE 107, 140 = SozR 4-2500 § 109 Nr 21, RdNr 18 mwN). Der Begriff "Verantwortungsbereich" knüpft an die Begriffe "Verantwortung" und "verantworten" an. Im hier maßgeblichen Zusammenhang der rechtlichen (also nicht der politischen, moralischen, sozialen oder religiösen) Verantwortung bedeutet der Begriff die (gesetzliche oder vertragliche) Verpflichtung, für "etwas Geschehenes" einzustehen (vgl Duden, Deutsches Universal-Wörterbuch, 5. Aufl 2003, Stichworte "Verantwortung" und "verantworten"), und zwar unabhängig davon, ob das "Geschehene" auf einem vorwerfbaren Verhalten des Verantwortungsträgers beruht oder für ihn unvermeidbar ist. Beide Alternativen fallen in die "Risikosphäre" des Verantwortungsträgers und damit in seinen Verantwortungsbereich (ebenso van der Ploeg, NZS 2011, 808, 809). Die von der Klägerin vertretene Rechtsauffassung liefe dagegen auf eine Gleichsetzung der Begriffe Verantwortung und Schuld hinaus. Dies kann nicht gemeint sein, weil das Vorliegen von Schuld voraussetzt, dass der Verantwortungsträger oder die für ihn handelnde Person vorsätzlich oder fahrlässig gegen Rechtsnormen, vertragliche Verpflichtungen oder - hier von besonderem Interesse - gegen medizinische oder pflegerische Standards bzw Leitlinien verstoßen hat. Darum geht es vorliegend aber nicht, sondern vielmehr um die Frage, ob jemanden die Verantwortung für eine negative Folge auch dann treffen kann, wenn zwar korrekt gehandelt worden ist, daraus aber gleichwohl eine negative Folge erwachsen ist. Deshalb schließt sich der Senat der Rechtsauffassung der Beklagten an.

22

b) Bestätigt wird diese am Wortlaut orientierte Auslegung des § 2 Abs 3 FPV 2008 durch den Sinn und Zweck der Regelung. Ziel der Fallzusammenführung ist es, im Hinblick auf mögliche Komplikationen zu frühe Entlassungen der Patienten zu vermeiden, zumindest keinen finanziellen Anreiz in diese Richtung zu geben. Da mit der Fallpauschale die Behandlung eines Patienten bis zur festgelegten oberen Grenzverweildauer vergütet wird, muss das Krankenhaus auch bei der Wiederaufnahme eines Patienten wegen einer Komplikation in diesem Zeitraum seine Leistungen grundsätzlich ohne Abrechnung eines zweiten Behandlungsfalls erbringen, kann dann aber die Gesamtleistung durch die Fallzusammenführung regelmäßig nach einer anderen, höher vergüteten DRG abrechnen. Das Krankenhaus trägt somit das Risiko von innerhalb der oberen Grenzverweildauer auftretenden Komplikationen (vgl die Begründung zu § 8 Abs 5 S 1 KHEntgG, BT-Drucks 15/994, S 22), soweit sie nicht auf das Verhalten des Versicherten oder Dritter zurückzuführen sind. Stellt sich folglich ein konkreter stationärer Behandlungsbedarf als spezifische Folge einer Erkrankung bzw deren Behandlung dar, auf die sich der Behandlungsauftrag des Krankenhauses bereits während des vorangegangenen Krankenhausaufenthalts erstreckt hat, und erfolgt wegen dieser Komplikation noch innerhalb der oberen Grenzverweildauer die Wiederaufnahme des Versicherten, so bleibt das Krankenhaus aufgrund desselben Behandlungsauftrags auch für die weitere Krankenhausbehandlung verantwortlich und hat Anspruch auf eine einheitliche Vergütung. Wenn die nach Beginn der Behandlung eingetretenen Komplikationen bis zum Ablauf der oberen Grenzverweildauer auftreten und Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit begründen, kann es keinen Unterschied machen, ob der Patient sich ununterbrochen in der Klinik aufgehalten hat oder ob das Krankenhaus ihn zwischenzeitlich entlassen hatte. Denn mit dem Eintritt der Komplikation verwirklicht sich gerade das spezifische Gesundheitsrisiko des Behandlungsfalles, das zu bekämpfen das Krankenhaus gegen Zahlung der Fallpauschale beauftragt worden ist.

23

Trifft dies schon auf Fälle unvorhersehbarer, atypischer Komplikationen zu, so muss es für absehbare, behandlungstypische Nebenwirkungen erst recht gelten. Nur wenn die erneute Einweisung in dasselbe Krankenhaus auf Umständen beruht, die mit der früheren Behandlung in keinerlei Zusammenhang im Sinne direkter oder gemeinsamer Ursächlichkeit stehen, handelt es sich um einen neuen Behandlungsfall, der zur Abrechnung einer weiteren Fallpauschale berechtigt.

24

c) Das Krankenhaus wird durch die Anwendung dieser Regelung nicht ungerechtfertigt aus Gründen benachteiligt, die außerhalb seiner Verantwortung liegen. Die Verantwortung des Krankenhauses wird durch den Auftrag zur Behandlung der Erkrankung bestimmt, welche die Veranlassung für den (ersten) Krankenhausaufenthalt gegeben oder auf die sich die Behandlung sonst erstreckt hat. Auf ein Verschulden hinsichtlich der erneuten Behandlungsbedürftigkeit kommt es dabei nicht an. Ungerechtfertigt wäre es vielmehr, einen zusammenhängenden Krankheits- und Behandlungsfall innerhalb der oberen Grenzverweildauer in zwei Behandlungsfälle aufzuspalten und dem Krankenhaus so einen Anreiz zu bieten, durch die - mehr oder weniger zufällige oder sogar willkürliche - zwischenzeitliche Entlassung des Patienten eine weitere Fallpauschale geltend zu machen, obwohl der ursprüngliche Behandlungsfall im Ganzen betrachtet noch nicht abgeschlossen war.

25

d) Die grundsätzliche Zuordnung der unvermeidbaren Komplikationen zum Verantwortungsbereich der Krankenhäuser wird bestätigt durch die ebenfalls zum 1.1.2008 in die FPV aufgenommene Regelung des § 2 Abs 3 S 2, wonach eine Fallzusammenführung und Neueinstufung nicht vorgenommen wird bei unvermeidbaren Nebenwirkungen von Chemotherapien und Strahlentherapien im Rahmen onkologischer Behandlungen. Diese Zusatzregelung wäre überflüssig, wenn unvermeidbare Komplikationen, zu denen nach den Internationalen Klassifikationen der Krankheiten (ICD 10, vgl dort Nr Y 57.9) auch typische Nebenwirkungen von Arzneimitteltherapien und deren Folgen gehören können (van der Ploeg, NZS 2011, 808), ohnehin nicht in den Verantwortungsbereich des Krankenhauses fallen würden.

26

6. Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Abs 1 S 1 SGG iVm § 154 Abs 2 VwGO.

27

7. Die Streitwertfestsetzung richtet sich nach § 197a Abs 1 S 1 SGG iVm § 63 Abs 2, § 52 Abs 3 und § 47 Abs 1 S 1, Abs 2 S 1 GKG.
Rechtskraft
Aus
Login
BRD
Saved
2012-09-13