
S 8 KR 1521/19

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Freistaat Bayern
Sozialgericht	Sozialgericht Regensburg
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	-
Kategorie	-
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 8 KR 1521/19
Datum	10.11.2021

2. Instanz

Aktenzeichen	-
Datum	-

3. Instanz

Datum	-
-------	---

I. Die Beklagte wird verurteilt, an die KlÄgerin 1.169,86 Euro nebst Zinsen in HÄhe von 4 Prozentpunkten Äber dem jeweiligen Basiszinssatz hieraus seit 12.10.2019 zu bezahlen.

II. Von den Kosten des Verfahrens haben die KlÄgerin ä im Hinblick auf die TeilrÄcknahme ä 80 % und die Beklagte 20 % zu tragen.

T a t b e s t a n d :

Die Beteiligten streiten Äber die VergÄtung fÄr eine stationÄre Krankenhausbehandlung.

Die KlÄgerin, ein selbstÄndiges Kommunalunternehmen in Form einer Anstalt des Äffentlichen Rechts, betreibt das Klinikum A, ein nach [Ä 108 SGB V](#) zugelassenes Krankenhaus. Die bei der Beklagten versicherte E. wurde dort vom 23.04.2019 bis 24.04.2019 und vom 03.05.2019 bis 06.05.2019 stationÄr behandelt.

Im Rahmen des ersten Klinikaufenthalts erhielt die Versicherte den OP-Termin fÄr eine laparoskopische Adnektomie am 03.05.2019, die dann wÄhrend des zweiten

Aufenthalts durchgeführt wurde.

Die Klägerin stellte der Beklagten für den ersten Aufenthalt 1.189,86 Euro und für den zweiten Aufenthalt 6.667,25 Euro in Rechnung, insgesamt also 7.857,11 Euro. Die Beklagte beglich die Rechnungen und beauftragte den MDK mit einer Prüfung.

Der MDK erstellte am 01.08.2019 zwei Gutachten. Er kam zu dem Ergebnis, dass es sich bei dem zweiten Aufenthalt um keine Wiederaufnahme auf Grund einer Komplikation innerhalb der oberen Grenzverweildauer gehandelt habe. Es bestehe ein medizinischer Zusammenhang zwischen beiden Fällen.

Die Beklagte teilte der Klägerin am 06.08.2019 mit, sie schließe sich der Auffassung des MDK an. Der streitige Betrag belaufe sich auf 1.161,86 Euro; unstreitig blieben 6.695,25 Euro. Nachdem die Klägerin darauf nicht reagiert hatte, kündigte die Beklagte am 12.10.2019 zwei unstreitige Rechnungen im Wege der Aufrechnung um insgesamt 6.667,25 Euro.

Am 16.12.2019 hat die Klägerin beim Sozialgericht Regensburg (SG) Klage auf Zahlung von 5.457,39 Euro erhoben. Unabhängig von der Frage, ob im vorliegenden Fall ein medizinischer Zusammenhang bestehe oder nicht, sei eine Fallzusammenführung gemäß der Fallpauschalenvereinbarung 2019 ausgeschlossen. Dort sei in § 2 Abs.1 Satz 2 und § 2 Abs. 2 Satz 1 (gemeint wohl: Satz 2) FPV 2019 geregelt, dass eine Fallzusammenführung nicht vorgenommen werde, wenn einer der Krankenhausaufenthalte mit einer Fallpauschale abgerechnet worden sei, die bei Versorgung in einer Hauptabteilung in Spalte 13 oder bei belegärztlicher Versorgung in Spalte 15 des Fallpauschalen-Kataloges gekennzeichnet sei. Der erste Aufenthalt vom 23.04.2019 bis zum 24.04.2019 sei mit der Fallpauschale N60B (bakterielle Neubildung der weiblichen Geschlechtsorgane, ein Belegungstag oder Alter über 18 Jahre, ohne zuerst schwere CC) abgerechnet worden. Diese Fallpauschale sei im Fallpauschalenkatalog 2019 in Spalte 13 gekennzeichnet. Der zweite Aufenthalt vom 03.05.2019 bis zum 06.05.2019 sei mit der Fallpauschale N02C (Eingriffe an Uterus und Adnexen oder bestimmten Hernien und große operative Eingriffe an Vagina, Cervix und Vulva bei bakterieller Neubildung, ohne zuerst schwere CC, mit möglichem komplexem Eingriff) abgerechnet worden. Diese Fallpauschale sei nicht in Spalte 13 gekennzeichnet. Da mithin der erste Aufenthalt einer Fallpauschale unterfalle, welche in Spalte 13 gekennzeichnet sei, seien die beiden Fälle von einer Fallzusammenführung gemäß der Fallpauschalenvereinbarung 2019 ausgeschlossen. Dies bestätigt auch das Urteil des LSG Sachsen vom 13.02.2019 ([L 1 KR 315/14](#)).

Die Beklagte ist der Klage entgegengetreten und hat ausgeführt, bei durchgängiger Behandlung hätten die Behandlungskosten 6.647,25 Euro betragen. Durch die Splittung des Aufenthaltes seien Mehrkosten in Höhe von 1.189,86 Euro entstanden. Die wirtschaftlichste Behandlungsform wäre gewesen, die Versicherte nicht zu entlassen, sondern allenfalls zu beurlauben (§ 1 Abs. 7 Satz 5 FPV 2019). Zu beachten seien in diesem Zusammenhang die Urteile des BSG

vom 28.03.2017 ([B 1 KR 29/16 R](#)) und vom 19.11.2019 ([B 1 KR 6/19 R](#)). Bei der Fallzusammenfassung gehe es nicht um die Problematik des Â§ 2 Abs. 1 Nr. 1 und 2 FPV, sondern um ein unwirtschaftliches Verhalten der Klinik.

Die KlÃ¤gerin hat auf [Â§ 8 Abs. 5 Satz 3 KHEntgG](#) hingewiesen. Dieser stehe einer fiktiven Beurlaubung entgegen. Â§ 1 Abs. 7 Satz 5 FPV regle nur die tatsÃ¤chliche Beurlaubung, die nicht vorliege.

Die Beklagte hat erwidert, [Â§ 8 Abs. 5 Satz 3 KHEntgG](#) stÃ¼tze den klÃ¤gerischen Anspruch nicht. Die Fallpauschalenvereinbarung in ihrer jeweils geltenden Fassung sei eine vertragliche Regelung im Sinne dieser Vorschrift. Â§ 1 Abs. 7 Satz 5 FPV regle den vertraglich bestimmten Fall der Beurlaubung. Die zitierte BSG-Rechtsprechung stelle klar, was unter einer Beurlaubung zu verstehen sei bzw. wann aus wirtschaftlichen GrÃ¼nden eine Beurlaubung statt einer Entlassung geboten sei.

In der mÃ¼ndlichen Verhandlung am 10.11.2021 hat das Gericht die Beteiligten darauf hingewiesen, dass die HÃ¶he der eingeklagten Forderung (5.457,39 Euro) nicht plausibel erscheine. Der KlÃ¤gerbevollmÃ¤chtigte hat daraufhin nach telefonischer RÃ¼cksprache mit seiner Mandantschaft die Klage im Umfang von 4.287,53 Euro zurÃ¼ckgenommen.

Die KlÃ¤gerin beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, an die KlÃ¤gerin 1.169,86 Euro nebst Zinsen in HÃ¶he von 4 %-Punkten Ã¼ber dem jeweiligen Basiszinssatz seit 12.10.2019 zu bezahlen.

Die Beklagte beantragt,

Â Â Â die Klage abzuweisen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts wird auf die Gerichtsakte, die beigezogene Patientenakte und die beigezogene Verwaltungsakte der Beklagten verwiesen.

E n t s c h e i d u n g s g r Ã¼ n d e :

Die Klage ist soweit sie nicht in der mÃ¼ndlichen Verhandlung zurÃ¼ckgenommen wurde als Leistungsklage ([Â§ 54 Abs. 5 SGG](#)) zulÃ¤ssig und begrÃ¼ndet.

Streitgegenstand ist noch ein Zahlungsanspruch in HÃ¶he von 1.169,86 Euro. Die Beklagte hatte ursprÃ¼nglich den streitigen Betrag auf 1.161,86 Euro beziffert und gleichwohl eine Aufrechnung in HÃ¶he von 6.667,25 Euro vorgenommen. Die KlÃ¤gerin hatte mit der Klage zunÃ¤chst eine Forderung in HÃ¶he von 5.457,39 Euro geltend gemacht. Auf einen gerichtlichen Hinweis in der mÃ¼ndlichen Verhandlung, dass dieser Betrag nicht plausibel erscheine, hat der BevollmÃ¤chtigte der KlÃ¤gerin telefonisch RÃ¼cksprache mit seiner

Mandantschaft genommen und anschließend die Klage im Umfang von 4.287,53 Euro zurückgenommen. In diesem Umfang habe die Beklagte bereits Zahlungen geleistet. Damit bleibt es bei einem streitigen Betrag in Höhe von 1.169,86 Euro, den die Beklagte noch nicht ausgeglichen hat.

Der Klägerin steht gegen die Beklagte ein Anspruch auf Zahlung von 1.169,86 Euro zu.

Es ist zwischen den Beteiligten zu Recht nicht streitig, dass die Klägerin aufgrund stationärer Behandlungen anderer Versicherter der Beklagten zunächst Anspruch auf die abgerechnete Vergütung in Höhe von 1.169,86 Euro hatte; eine nähere Prüfung durch die Kammer erbringt sich insoweit (vgl. BSG, Urteil vom 25.10.2016, [B 1 KR 9/16 R](#), Rn. 8 m.w.N.).

Die Beklagte hat diesen Vergütungsanspruch nicht durch wirksame Aufrechnung ([Â§ 69 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) i.V.m. [Â§ 387, 389 BGB](#)) mit einem öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch erfüllt. Ihr stand nämlich ein öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch in Höhe von 1.169,86 Euro im Hinblick auf die Behandlung der Versicherten E. nicht zu. Die Klägerin hatte der Beklagten diesen Betrag zu Recht in Rechnung gestellt. Insbesondere durfte die Klägerin zwei Behandlungsfälle abrechnen.

1.
Rechtsgrundlage des von der Klägerin wegen der stationären Behandlung des Versicherten geltend gemachten Vergütungsanspruchs ist [Â§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) i.V.m. [Â§ 7 KHEntgG](#) und [Â§ 17b KHG](#). Das Gesetz regelt in diesen Vorschriften die Höhe der Vergütung der zugelassenen Krankenhäuser bei stationärer Behandlung gesetzlich Krankensversicherter und setzt das Bestehen des Vergütungsanspruchs als Gegenleistung für die Erfüllung der Pflicht, erforderliche Krankenhausbehandlung nach [Â§ 39 SGB V](#) zu gewähren ([Â§ 109 Abs. 4 Satz 2 SGB V](#)), dem Grunde nach als Selbstverständlichkeit voraus (BSG, Urteil vom 27.10.2020, [B 1 KR 9/20 R](#), Rn. 9 m.w.N.).

Die Voraussetzungen des Vergütungsanspruchs der Klägerin liegen vor. Die Zahlungsverpflichtung der Krankenkasse entsteht unabhängig von einer Kostenzusage unmittelbar mit Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten kraft Gesetzes, wenn die Versorgung â wie hier â in einem zugelassenen Krankenhaus durchgeführt wird und i.S. von [Â§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) erforderlich und wirtschaftlich ist (BSG, a.a.O., Rn. 10).

Die stationäre Behandlung der Versicherten war während beider Behandlungsepisoden (23.-24.04.2019 und 03.-06.05.2019) medizinisch erforderlich. Hiervon ist die Kammer überzeugt, weil der MDK in einem der Gutachten vom 01.08.2019 die Notwendigkeit stationärer Behandlung auch hinsichtlich des ersten Klinikaufenthalts ausdrücklich bestätigt hat. Die Frage ist zwischen den Beteiligten auch nicht streitig. Zwar hat die Beklagte in ihrem Schreiben vom 22.04.2021 hinsichtlich des ersten Klinikaufenthaltes Zweifel an der Notwendigkeit einer stationären Behandlung bekundet. Sie hat daran jedoch in der

mündlichen Verhandlung nicht festgehalten und ausgeführt, die Notwendigkeit einer stationären Behandlung vom 23.-24.04.2019 habe man wegen der notfallmäßigen Aufnahme nicht streitig gestellt.

2.
Die Klägerin berechnete die Vergütung auf Grundlage des tatsächlichen Geschehensablaufs sachlich-rechnerisch zutreffend. Die Krankenhausvergütung bemisst sich nach Fallpauschalen auf gesetzlicher Grundlage. Die Klägerin rechnete die einschlägigen Fallpauschalen nach der FPV 2019 korrekt ab. Danach waren bei unterstellter Wirtschaftlichkeit insbesondere die Voraussetzungen einer abrechnungstechnisch gebotenen Fallzusammenfassung nicht erfüllt.

a) Es liegt keine Einstufung in dieselbe Basis-DRG vor (§ 2 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 FPV 2019). Vielmehr wurde der erste Klinikaufenthalt mit der Basis-DRG N60 abgerechnet; der zweite Klinikaufenthalt mit der Basis-DRG N02.

b) Eine Fallzusammenfassung wegen Eingruppierung der zweiten Fallpauschale in die operative Partition (§ 2 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 FPV 2019) kommt nicht in Betracht, weil der erste Klinikaufenthalt der Versicherten mit der Fallpauschale N60B (bistartige Neubildung der weiblichen Geschlechtsorgane, ein Belegungstag oder Alter über 18 Jahre, ohne zuerst schwere CC) abgerechnet wurde. Diese Fallpauschale ist im Fallpauschalenkatalog 2019 in Spalte 13 gekennzeichnet. Damit wird eine entsprechende Zusammenfassung und Neueinstufung nicht vorgenommen (§ 2 Abs. 2 Satz 2 FPV 2019).

c) Eine in den Verantwortungsbereich des Krankenhauses fallende Komplikation (§ 2 Abs. 3 Satz 1 FPV 2019) lag nicht vor.

3.
Die Klägerin behandelte die Versicherte auch wirtschaftlich. Insbesondere kann sich die Beklagte nicht auf ein fiktives wirtschaftliches Alternativverhalten der Klägerin in Form einer Beurlaubung der Versicherten berufen. Die Rechtsprechung des BSG im Urteil vom 27.10.2020, [B 1 KR 9/20 R](#), Rn. 13 ff. zu einer Behandlung im Jahr 2012 kann nicht auf den vorliegenden Fall übertragen werden.

Dies ergibt sich aus [§ 8 Abs. 5 Satz 3 KHEntgG](#), der mit Art. 9 Nr. 6 Buchstabe c des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes (vom 11.12.2018, [BGBl I 2394](#)) eingefügt wurde und am 01.01.2019 in Kraft getreten ist. Danach ist in anderen als den vertraglich oder gesetzlich bestimmten Fällen eine Fallzusammenfassung insbesondere aus Gründen des Wirtschaftlichkeitsgebots nicht zulässig. In der Gesetzesbegründung ([BT-Drucks. 19/5593, S. 125](#) zu Nr. 6 Buchstabe c) heißt es hierzu:

Die Ergänzung von § 8 Absatz 5 stellt klar, dass die von den Vertragsparteien auf Bundesebene in der Fallpauschalenvereinbarung (FPV) getroffenen Abrechnungsbestimmungen zur Fallzusammenfassung als abschließende Konkretisierung der Zulässigkeit einer Fallzusammenfassung aus Gründen des Wirtschaftlichkeitsgebots zu verstehen sind. Eine von den Regelungen der FPV abweichende oder darüber hinausgehende Argumentation zur Notwendigkeit

einer Fallzusammenfassung, die sich auf das Wirtschaftlichkeitsgebot stützt, ist damit nicht zulässig.â

[Â§ 8 Abs. 5 Satz 3 KHEntgG](#) richtet sich demnach primär an die Krankenkassen. Diesen ist verwehrt, sich bei der Prüfung von Krankenhausabrechnungen auf das Erfordernis einer Fallzusammenfassung â also einer einheitlichen Abrechnung mehrerer zeitlich getrennter Klinikaufenthalte â zu berufen, wenn eine solche nicht gesetzlich oder vertraglich bestimmt ist. Die Berufung auf das Wirtschaftlichkeitsgebot genügt insoweit nicht.

Gesetzlich oder vertraglich bestimmt ist eine Fallzusammenfassung, wenn Voraussetzungen festgelegt sind, bei deren Vorliegen entweder unmittelbar kraft Gesetzes bzw. Vertrags nur ein einziger Abrechnungsfall vorliegt oder das Krankenhaus verpflichtet ist, eine Fallzusammenfassung vorzunehmen.

Nicht ausreichend ist dagegen, wenn eine Fallzusammenfassung lediglich zulässig ist. Daher ist in Â§ 1 Abs. 7 Satz 5 und 6 FPV 2019 keine Fallzusammenfassung bestimmt. Dort heißt es:

âEine Beurlaubung liegt vor, wenn ein Patient mit Zustimmung des behandelnden Krankenhausarztes die Krankenhausbehandlung zeitlich befristet unterbricht, die stationäre Behandlung jedoch noch nicht abgeschlossen ist. Bei Fortsetzung der Krankenhausbehandlung nach einer Beurlaubung liegt keine Wiederaufnahme im Sinne von Â§ 2 vor.â

Dabei handelt es sich um eine Definition der Beurlaubung und die Festlegung einer Rechtsfolge. Die Bestimmung enthält jedoch weder Voraussetzungen, unter denen unabhängig vom Willen und Verhalten des Krankenhauses eine Beurlaubung vorliegt, noch ein Gebot, unter bestimmten Umständen eine Beurlaubung vorzunehmen. Ob ein Patient beurlaubt oder entlassen wird, entscheidet im Einzelfall das Krankenhaus unter Mitwirkung des Patienten. Besonders deutlich wird das Fehlen einer Rechtspflicht zur Beurlaubung, wenn man Â§ 2 Abs. 1 Satz 1 FPV 2019 zum Vergleich heranzieht, wo es heißt: âDas Krankenhaus hat â; vorzunehmen, wenn â!â.

Dieses Verständnis entspricht auch der Rechtsprechung des BSG im Urteil vom 27.10.2020 ([B 1 KR 9/20 R](#), Rn. 13 ff.). Hier hat das BSG weder aus dem Vorliegen der Voraussetzungen (a.a.O., Rn. 19) das tatsächliche Vorliegen einer Beurlaubung abgeleitet, noch der FPV eine Pflicht zur Beurlaubung entnommen. Das BSG hat vielmehr die â tatsächlich nicht vorliegende â Beurlaubung als fiktives wirtschaftliches Alternativverhalten angesehen und seine Entscheidung damit nicht auf einen Verstoß des Krankenhausträgers gegen die FPV, sondern ausschließlich auf einen Verstoß gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot gestützt.

Damit haben die Vertragsparteien der FPV 2019 die Beurlaubung nur als Option ausgestaltet. Wird von dieser Option nicht Gebrauch gemacht, liegt allenfalls ein Verstoß gegen das allgemeine Wirtschaftlichkeitsgebot ([Â§ 12 Abs. 1 Satz 2](#) sowie [Â§ 2 Abs. 1 Satz 1](#), [Â§ 4 Abs. 3](#), [Â§ 70 Abs. 1 SGB V](#)) vor. Darauf kann sich die

Beklagte nach [Â§ 8 Abs. 5 Satz 3 KHEntgG](#) jedoch nicht mit Erfolg berufen.

Der Zinsanspruch ergibt sich aus [Â§ 69 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) i.V.m. [Â§ 291, 288 Abs. 1 Satz 2 BGB](#) und der einschlägigen Entgeltvereinbarung.

Die Kostenentscheidung beruht auf [Â§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i.V.m. [Â§ 161 Abs. 1, 155 Abs. 1](#) und 2 VwGO.

Â

Â

Â

Â

Erstellt am: 13.06.2022

Zuletzt verändert am: 23.12.2024