
S 18 KR 143/21

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Hessen
Sozialgericht	Sozialgericht Wiesbaden
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	-
Kategorie	Gerichtsbescheid
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 18 KR 143/21
Datum	18.07.2024

2. Instanz

Aktenzeichen	L 8 KR 232/24
Datum	-

3. Instanz

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

1.Â Â Die Beklagte wird verurteilt, an die KlÃ¤gerin 16.323,34 â¬ nebst Zinsen in HÃ¶he von 5 Prozentpunkten Ã¼ber dem jeweiligen Basiszinssatz hieraus seit dem 11.11.2020 zu zahlen.

2.Â Â Die Beklagte trÃ¤gt die Kosten des Rechtsstreits.

Tatbestand

Die Beteiligten streiten Ã¼ber die VergÃ¼tung eines vollstationÃ¤ren Krankenhausaufenthaltes.

Die KlÃ¤gerin ist die TrÃ¤gerin der Klinik fÃ¼r Neurologie in C-Stadt.

Der bei der Beklagten gesetzlich krankenversicherte Patient D. H. befand sich in der Zeit vom 27.05.2019 bis 14.10.2019 in der Klinik der KlÃ¤gerin zur vollstationÃ¤ren Behandlung.

Mit Rechnung vom 28.10.2019 bezifferte die KlÃ¤gerin die Behandlungskosten in HÃ¶he von 191.795,76 â¬. Die Abrechnung erfolgte unter Zugrundelegung der

Diagnosis Related Group (DRG) A07C (Beatmung > 999 Stunden oder > 499 Stunden mit intensivmed. Komplexbeh. > 4900/4600/4600 Punkte, mit komplexer OR-Prozedur, ohne ECMO ab 384 Stunden, ohne Polytrauma, Alter > 15 Jahre oder mit intensivmed. Komplexbeh. > 2352/1932/2484 Punkte) mit einem Langliegerzuschlag (59 Tage) sowie dem Zusatzentgelt ZE D002 (Hochaufwendige Pflege bei Erwachsenen).

Die Beklagte zahlte die Rechnung der KlÄgerin zunÄchst und beauftragte den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) mit der ÄberprÄfung der Abrechnung.Ä

Mit Gutachten vom 02.11.2020 kommt der MDK zu dem Ergebnis, dass die stationÄre Krankenhausbehandlung um 12 Tage (03.10.2019 bis 14.10.2019) hÄtte abgekÄrzt werden kÄnnen. Der Sozialdienst sei bereits am 01.10.2019 mit der baldmÄglichsten Verlegung des Versicherten in ambulante Behandlung unter GewÄhrleistung pflegerischer Versorgung beauftragt worden.

Am 10.11.2019 hat die Beklagte den Differenzbetrag in HÄhe von 16.323,34 â¬ mit weiteren unstreitigen Forderungen der KlÄgerin verrechnet.

Mit undatiertem Schreiben hat die KlÄgerin dem MD-Gutachten vom 02.11.2020 widersprochen. Auf Nachfrage bei mehreren (7) geeigneten Leistungserbringern, sei am 08.10.2019 ein Aufnahmetermin fÄr den 14.10.2019 mit dem Pflegezentrum M. in D-Stadt vereinbart worden. Eine frÄhere Entlassung sei nicht mÄglich gewesen, weil der Patient weiterhin einer medizinischen Versorgung, u. a. durch das Vorhandensein eines absaugpflichtigen Tracheostomas bedurfte.

Der MD ist dem Widerspruch ausweislich des Widerspruchsgutachtens vom 25.01.2021 nicht gefolgt. Die geschilderte Argumentation im Widerspruch sei nicht medizinischer Natur und durch den MDK nicht zu bewerten.

Die KlÄgerin hat am 23.04.2021 Klage erhoben.

Der Sozialdienst habe im vorliegenden Fall frÄhzeitig die Entlassung in eine geeignete Pflegeeinrichtung initiiert und vorbereitet.

Bereits am 26.09.2019 habe der Sozialdienst die gesetzliche Betreuerin Frau S. kontaktiert und den Äberleitungsbogen mit der Bitte um AusfÄllung an den Ärztlichen Dienst weitergeleitet. Daneben habe die zustÄndige Mitarbeiterin des Sozialdienstes, Frau G., eine Liste der in Frage kommenden Sonderpflegeheime an Frau S. Äbersandt.

Am 27.09.2019 habe Frau S. per Email mitgeteilt, dass alle Pflegeeinrichtungen auf der Liste angeschrieben werden sollen. Zeitgleich habe die KlÄgerin von der Beklagten die Mitteilung erhalten, dass bei dem Patienten der Pflegegrad 2 gegeben sei.

Erst am 30.09.2019 hÄtten alle Unterlagen vorgelegen, die zur Anmeldung in ein

Pflegeheim mit der notwendigen neurologischen Reha-Phase F erforderlich waren. So wären erst am 30.09.2019 der Überleitungsbogen, die Rückmeldung der Krankenkasse zum Pflegegrad, die Rückmeldung von Frau S. bezüglich der Pflegeheimauswahl und die Einwilligung in das Entlassmanagement vorhanden gewesen. Der auf den 30.09.2019 datierte Antrag auf Herabstufung der Pflegeleistung sei durch die Klägerin direkt an die Beklagte gefaxt worden.

Daraufhin sei der Patient in sechs Sonderpflegeheimen im Umkreis von 50 Kilometern angemeldet worden (E.-Altenhilfezentrum, Altenpflegezentrum F.-Haus, J. Residenz, Haus K., Seniorenresidenz Haus L. und das N. Altenpflegezentrum).

Am 02.10.2019 sei durch den Sozialdienst bei den Sonderpflegeheimen nachgefragt worden. Das N. Altenpflegezentrum und die J. Residenz hätten mitgeteilt, dass keine Aufnahme möglich sei. Die anderen Sonderpflegeheime hätten mitgeteilt mit, dass der Patient auf Wartelisten stehe.

Der Patient sei am 07.10.2019 zusätzlich im M. Pflegezentrum angemeldet worden. Aus den der Anmeldung beigefügten Unterlagen sei eindeutig hervorgegangen, dass eine vollstationäre Pflege erforderlich war. Es sei u. a. mitgeteilt worden, dass der Patient sehr unruhig sei und lediglich einfachen Aufforderungen folgen könne. Der Patient sei umfassend bei verschiedensten Aktivitäten auf fremde Hilfe angewiesen. So müsse auch die Bronchialtoilette und die Kontrolle der Vitalzeichen durch die Pflegeeinrichtung übernommen werden.

Das M. Pflegezentrum habe am 08.10.2019 mitgeteilt, dass eine Aufnahme am 14.10.2019 (und damit drei Werktagen später) möglich sei.

Der Sozialdienst habe daraufhin die Beklagte, die zuständigen Stellen im Krankenhaus und Frau S. informiert. Ferner sei der Hilfsmittelversorger angeschrieben worden. Nachdem die Hilfsmittelversorgung gesichert gewesen sei, sei der Patient wie geplant am 14.10.2019 entlassen worden.

Die Klägerin beantragt,
die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin 16.323,34 € nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz hieraus seit dem 11.11.2020 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Die Beklagte beruft sich auf die Entscheidung des Großen Senats des Bundessozialgerichts vom 25.09.2007 (Az.: [GS 1/06](#)). Ob einem Versicherten vollstationäre Krankenhausbehandlung zu gewähren sei, richte sich nach dieser Entscheidung allein nach medizinischen Erfordernissen.

Wegen des weiteren Sach- und Streitstandes wird auf die Gerichtsakte, die

Patientenakte der KlÄgerin und die Verwaltungsakte der Beklagten Bezug genommen.Ä

EntscheidungsgrÄnde

GemÄÄ [Ä 105 Abs. 1 SGG](#) kann das Gericht nach AnhÄrung der Beteiligten ohne mÄndliche Verhandlung durch Gerichtsbescheid entscheiden, weil die Sache keine besonderen Schwierigkeiten tatsÄchlicher oder rechtlicher Art aufweist und der Sachverhalt geklÄrt ist.

Die Klage ist als Leistungsklage nach [Ä 54 Abs. 5 SGG](#) zulÄssig, denn bei einer auf Zahlung der Behandlungskosten fÄr einen Patienten gerichteten Klage eines KrankenhaustrÄgers gegen eine Krankenkasse handelt es sich um einen sogenannten Parteienstreit im GleichordnungsverhÄltnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt (BSG, Urteil vom 23.07.2002 â B 3 KR 64/01 R). Es ist demnach weder ein Vorverfahren durchzufÄhren noch eine Klagefrist zu beachten.

Die Klage ist begrÄndet, denn der KlÄgerin steht der geltend gemachte VergÄtungsanspruch fÄr die vollstationÄre Behandlung des bei der Beklagten gesetzlich krankenversicherten Patienten D. H. auch in dem streitgegenstÄndlichen Zeitraum vom 03.10.2019 bis 14.10.2019 nach der DRG A07C zu.

Demzufolge hatte die Beklagte gegenÄber der KlÄgerin keinen Äffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch hinsichtlich des streitgegenstÄndlichen, bereits von der Beklagten an die KlÄgerin gezahlten Teilbetrages der Rechnung der KlÄgerin vom 28.1.2019 in HÄhe von 16.323,34 â, den sie mit weiteren unstrittigen Forderungen der KlÄgerin nach [Ä 69 Abs. 1 S. 3 SGB V](#) i.V.m. [ÄÄ 387 ff. BGB](#) hÄtte aufrechnen kÄnnen (vgl. zur Aufrechnung eines Äffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruches BSG, Urteil vom 19.9.2013 â B 3 KR 30/12 R).

Die Rechtsgrundlage des geltend gemachten VergÄtungsanspruchs der KlÄgerin fÄr die Behandlung des Patienten D. H. vom 03.10.2019 bis 14.10.2019 ist [Ä 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) i.V.m. [Ä 7 Satz 1 Nr. 1 Krankenhausentgeltgesetz \(KHEntgG\)](#) und [Ä 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz \(KHG\)](#), nebst der Fallpauschalenvereinbarung fÄr das Jahr 2019 sowie der âVertrag Äber die allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung gemÄÄ [Ä 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#)â zwischen der Hessischen Krankenhausgesellschaft und den Krankenkassen (-verbÄnden).Ä

Wird die Versorgung in einem nach [Ä 108 SGB V](#) zugelassenen Krankenhaus durchgefÄhrt und ist die Behandlung nach [Ä 39 Abs. 1 SGB V](#) erforderlich, entsteht die Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse gegenÄber einem Krankenhaus unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistungen des Krankenhauses durch einen Versicherten der Krankenkasse. Das zugelassene Krankenhaus erbringt kraft gesetzlicher Aufgabenzuweisung die den Versicherten von den Krankenkassen als Sachleistung geschuldete Krankenhausbehandlung; es

ist gemäß [Â§ 109 Abs. 4 Satz 2 SGB V](#) im Rahmen seines Versorgungsauftrages zur Behandlung der Versicherten nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften verpflichtet (BSG, Beschluss des Großen Senats vom 25.09.2007 â [GS 1/06](#)).

Die Krankenhausbehandlung wird nach [Â§ 39 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) vollstationär, stationsäquivalent, teilstationär, vor- und nachstationär sowie ambulant erbracht. Versicherte haben nach [Â§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) Anspruch auf vollstationäre oder stationsäquivalente Behandlung, wenn die Aufnahme oder die Behandlung im häuslichen Umfeld nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann. Damit ist die vollstationäre Krankenhausbehandlung nachrangig gegenüber allen anderen Arten der Krankenbehandlung. Der Nachrang der vollstationären Behandlung trägt deren Bedeutung als medizinisch intensivste und aufwändigste Form der Krankenbehandlung Rechnung und stellt eine besondere Ausprägung des Wirtschaftlichkeitsgebotes ([Â§ 12 Abs. 1 SGB V](#)) dar.

Ob einem Versicherten vollstationäre Krankenhausbehandlung zu gewähren ist, richtet sich nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts allein nach den medizinischen Erfordernissen. Ermöglicht es der Gesundheitszustand des Patienten, das Behandlungsziel durch andere Maßnahmen, insbesondere durch ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege, zu erreichen, so besteht kein Anspruch auf stationäre Behandlung. Das gilt auch dann, wenn der Versicherte zur Sicherstellung der ambulanten Behandlung einer Betreuung durch medizinische Hilfskräfte in geschützter Umgebung bedarf und eine dafür geeignete Einrichtung außerhalb des Krankenhauses nicht zur Verfügung steht. (BSG, Großer Senat, Beschluss vom 25.09.2007 â [GS 1/06](#)).

Dies umfasst auch die Prüfung, ob, bei zunächst unstrittig bestehender vollstationärer Behandlungsbedürftigkeit, auch die gesamte Verweildauer des Patienten im vollstationären Bereich erforderlich war.

Unter Berücksichtigung dieser Grundsätze ist das Gericht zu der Überzeugung gelangt, dass vollstationäre Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit des Versicherten im Krankenhaus der Klägerin über den gesamten streitgegenständlichen Zeitraum vom 03.10.2019 bis 14.10.2019 bestand.

Endet ein zunächst bestehender stationärer Behandlungsbedarf i. S. d. [Â§ 39 Abs. 1 SGB V](#), bedarf es einer Phase der Entlassung, die durch das Entlassungsmanagement geprägt ist. Nach [Â§ 39 Abs. 1a SGB V](#) umfasst die Krankenhausbehandlung ein Entlassmanagement zur Unterstützung einer sektorenübergreifenden Versorgung der Versicherten beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung. Die Rechtsprechung des Großen Senats (BSG, Beschluss des Großen Senats vom 25.09.2007 â [GS 1/06](#)) muss nach Überzeugung des Gerichts im Lichte dieses Entlassungsmanagements betrachtet werden.

Unter dieser Voraussetzung bestand in dem streitgegenständlichen Behandlungszeitraum für die weitere vollstationäre Krankenhausbehandlung ein medizinisches Erfordernis im Sinne der Rechtsprechung des Großen Senats, weil die Entlassung aufgrund der gebotenen Sonderpflege, u. a. wegen des absaugpflichtigen Tracheostomas, nur bei nahtloser Pflege durch qualifiziertes Personal in einer Sonderpflegeeinrichtung möglich war. Dies hat auch der Medizinische Dienst (MD) nicht in Abrede gestellt.

Die Beklagte kann sich insoweit nicht darauf berufen, dass nach der Rechtsprechung des Großen Senats auch dann kein Anspruch auf stationäre Behandlung bestehe, wenn der Versicherte zur Sicherstellung der ambulanten Behandlung einer Betreuung durch medizinische Hilfskräfte in geschützter Umgebung bedürfte und eine dafür geeignete Einrichtung außerhalb des Krankenhauses nicht zur Verfügung stehe. Dem steht in dem streitgegenständlichen Fall entgegen, dass vorliegend die Betreuung durch eine examinierte Pflegefachkraft und nicht durch eine medizinische Hilfskraft geboten war.

Soweit der MD ohne nähere Begründung behauptet, dass der Aufenthalt anhand der vorliegenden Unterlagen um 12 Tage hätte abgekratzt werden können, hat die Klägerin ausweislich ihrer Ausführungen im Schriftsatz vom 03.02.2023 substantiiert und nachvollziehbar dargelegt, dass eine frühere Verlegung des Patienten in eine Sonderpflegeeinrichtung im Rahmen des Entlassmanagements i. S. d. [Â§ 39 Abs. 1a SGB V](#) nicht möglich war. Die Klägerin hatte zeitnah 6 Sonderpflegeheime im Umkreis von 50 Kilometern angeschrieben.

Die Entlassung des Patienten scheiterte daher nicht an unterbliebenem oder unzureichendem Entlassmanagement der Klägerin, sondern an mit der Behandlung zusammenhängenden Gründen.

Der streitgegenständliche Zinsanspruch der Klägerin folgt aus Â§ 10 Abs. 4, Abs. 5 des Hess. Landesvertrages über die allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung gemäß [Â§ 112 Abs. 2 S. 1 Nr. 1 SGB V](#) in Verbindung mit [Â§ 288 BGB](#).

Die Kostenentscheidung beruht auf [Â§ 197a SGG](#) i. V. m. [Â§ 154 Abs. 1 VwGO](#).

Erstellt am: 12.09.2024

Zuletzt verändert am: 23.12.2024