SG Regensburg, Urteil v. 10.11.2021 – S 8 KR 1521/19

Titel:

Fallzusammenführung bei der Abrechnung eines Krankenhauses

Normenketten:

KHEntgG § 8 Abs. 5
FPV 2019 § 2
FPV 2019 § 1 Abs. 7

Leitsätze:

1. Krankenkassen ist es verwehrt, sich bei der Prüfung von Krankenhausabrechnungen auf das Erfordernis einer Fallzusammenführung zu berufen, wenn eine solche nicht gesetzlich oder vertraglich bestimmt ist. Die Berufung auf das Wirtschaftlichkeitsgebot genügt insoweit nicht. (Rn. 29) (redaktioneller Leitsatz)
2. Gesetzlich oder vertraglich bestimmt ist eine Fallzusammenführung, wenn Voraussetzungen festgelegt sind, bei deren Vorliegen entweder unmittelbar kraft Gesetzes bzw. Vertrags nur ein einziger Abrechnungsfall vorliegt oder das Krankenhaus verpflichtet ist, eine Fallzusammenführung vorzunehmen. (Rn. 30) (redaktioneller Leitsatz)

Schlagworte:

Fallpauschale, Beurlaubung, Krankenhausbehandlung, Krankenkasse, Eingruppierung, medizinischer Zusammenhang

Tenor

I. Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin 1.169,86 Euro nebst Zinsen in Höhe von 4 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz hieraus seit 12.10.2019 zu bezahlen.

II. Von den Kosten des Verfahrens haben die Klägerin - im Hinblick auf die Teilrücknahme - 80 % und die Beklagte 20 % zu tragen.

Tatbestand

1
Die Beteiligten streiten über die Vergütung für eine stationäre Krankenhausbehandlung.

2
Die Klägerin, ein selbständiges Kommunalunternehmen in Form einer Anstalt des öffentlichen Rechts, betreibt das Klinikum A, ein nach § 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 stationär behandelt.

3
Im Rahmen des ersten Klinikaufenthalts erhielt die Versicherte den OP-Termin für eine laparoskopische Adnektomie am 03.05.2019, die dann während des zweiten Aufenthalts durchgeführt wurde.

4
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.

5
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.

6
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, kürzte die Beklagte am 12.10.2019 zwei unstreitige Rechnungen im Wege der Aufrechnung um insgesamt 6.667,25 Euro.

7
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 (bösartige Neubildung der weiblichen Geschlechtsorgane, ein Belegungstag oder Alter über 18 Jahre, ohne äußerst 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 bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwere CC, mit mäßig 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 bestätige auch das Urteil des LSG Sachsen vom 13.02.2019 (L 1 KR 315/14).

8
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 Fallzusammenführung gehe es nicht um die Problematik des § 2 Abs. 1 Nr. 1 und 2 FPV, sondern um ein unwirtschaftliches Verhalten der Klinik.

9
Die Klägerin hat auf § 8 Abs. 5 Satz 3 KHEntgG hingewiesen. Dieser stehe einer fiktiven Beurlaubung entgegen. § 1 Abs. 7 Satz 5 FPV regele nur die tatsächliche Beurlaubung, die nicht vorliege.

10
Die Beklagte hat erwidert, § 8 Abs. 5 Satz 3 KHEntgG stütze den klägerischen Anspruch nicht. Die Fallpauschalenvereinbarung in ihrer jeweils geltenden Fassung sei eine vertragliche Regelung im Sinne dieser Vorschrift. § 1 Abs. 7 Satz 5 FPV regele den vertraglich bestimmten Fall der Beurlaubung. Die zitierte BSG-Rechtsprechung stelle klar, was unter einer Beurlaubung zu verstehen sei bzw. wann aus wirtschaftlichen Gründen eine Beurlaubung statt einer Entlassung geboten sei.

11
In der mündlichen Verhandlung am 10.11.2021 hat das Gericht die Beteiligten darauf hingewiesen, dass die Höhe der eingeklagten Forderung (5.457,39 Euro) nicht plausibel erscheine. Der Klägerbevollmächtigte hat daraufhin nach telefonischer Rücksprache mit seiner Mandantschaft die Klage im Umfang von 4.287,53 Euro zurückgenommen.

12
Die Klägerin beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin 1.169,86 Euro nebst Zinsen in Höhe von 4%-Punkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit 12.10.2019 zu bezahlen.

13
Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

14

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

Entscheidungsgründe

15
Die Klage ist - soweit sie nicht in der mündlichen Verhandlung zurückgenommen wurde - als Leistungsklage (§ 54 Abs. 5 SGG) zulässig und begründet.

16
Streitgegenstand ist noch ein Zahlungsanspruch in Höhe von 1.169,86 Euro. Die Beklagte hatte ursprünglich den streitigen Betrag auf 1.161,86 Euro beziffert und gleichwohl eine Aufrechnung in Höhe von 6.667,25 Euro vorgenommen. Die Klägerin hatte mit der Klage zunächst eine Forderung in Höhe von 5.457,39 Euro geltend gemacht. Auf einen gerichtlichen Hinweis in der mündlichen Verhandlung, dass dieser Betrag nicht plausibel erscheine, hat der Bevollmächtigte der Klägerin telefonisch Rücksprache 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.

17
Der Klägerin steht gegen die Beklagte ein Anspruch auf Zahlung von 1.169,86 Euro zu.

18
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 erübrigt sich insoweit (vgl. BSG, Urteil vom 25.10.2016, B 1 KR 9/16 R, Rn. 8 m.w.N.).

19
Die Beklagte hat diesen Vergütungsanspruch nicht durch wirksame Aufrechnung (§ 69 Abs. 1 Satz 3 SGB V i.V.m. §§ 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.

20
1. Rechtsgrundlage des von der Klägerin wegen der stationären Behandlung des Versicherten geltend gemachten Vergütungsanspruchs ist § 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V i.V.m. § 7 KHEntgG und § 17b KHG. Das Gesetz regelt in diesen Vorschriften die Höhe der Vergütung der zugelassenen Krankenhäuser bei stationärer Behandlung gesetzlich Krankenversicherter und setzt das Bestehen des Vergütungsanspruchs als Gegenleistung für die Erfüllung der Pflicht, erforderliche Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V zu gewähren (§ 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.).

21
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 - wie hier - in einem zugelassenen Krankenhaus durchgeführt wird und i.S. von § 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V erforderlich und wirtschaftlich ist (BSG, a.a.O., Rn. 10).

22
Die stationäre Behandlung der Versicherten war während beider Behandlungsepisoden (23.-24.04.2019 und 03.-06.05.2019) medizinisch erforderlich. Hiervon ist die Klammer 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.

23
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 Fallzusammenführung nicht erfüllt.

24
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.

25
b) Eine Fallzusammenführung 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 (bösartige Neubildung der weiblichen Geschlechtsorgane, ein Belegungstag oder Alter über 18 Jahre, ohne äußerst 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).

26
c) Eine in den Verantwortungsbereich des Krankenhauses fallende Komplikation (§ 2 Abs. 3 Satz 1 FPV 2019) lag nicht vor.

27
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.

28
Dies ergibt sich aus § 8 Abs. 5 Satz 3 KHEntgG, der mit Art. 9 Nr. 6 Buchstabe c des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes (<PpSG> 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 Fallzusammenführung 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 Fallzusammenführung als abschließende Konkretisierung der Zulässigkeit einer Fallzusammenführung aus Gründen des Wirtschaftlichkeitsgebots zu verstehen sind. Eine von den Regelungen der FPV abweichende oder darüber hinausgehende Argumentation zur Notwendigkeit einer Fallzusammenführung, die sich auf das Wirtschaftlichkeitsgebot stützt, ist damit nicht zulässig.“

29
§ 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 Fallzusammenführung - also einer einheitlichen Abrechnung mehrerer zeitlich getrennter Klinikaufenthalte - zu berufen, wenn eine solche nicht gesetzlich oder vertraglich bestimmt ist. Die Berufung auf das Wirtschaftlichkeitsgebot genügt insoweit nicht.

30
Gesetzlich oder vertraglich bestimmt ist eine Fallzusammenführung, wenn Voraussetzungen festgelegt sind, bei deren Vorliegen entweder unmittelbar kraft Gesetzes bzw. Vertrags nur ein einziger Abrechnungsfall vorliegt oder das Krankenhaus verpflichtet ist, eine Fallzusammenführung vorzunehmen.

31
Nicht ausreichend ist dagegen, wenn eine Fallzusammenführung lediglich zulässig ist. Daher ist in § 1 Abs. 7 Satz 5 und 6 FPV 2019 keine Fallzusammenführung bestimmt. Dort heißt es:

„Eine 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 § 2 vor.“

32
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 § 2 Abs. 1 Satz 1 FPV 2019 zum Vergleich heranzieht, wo es heißt: „Das Krankenhaus hat … vorzunehmen, wenn …“.

33
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 - tatsächlich nicht vorliegende - 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.

34
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 (§ 12 Abs. 1 Satz 2 sowie§ 2 Abs. 1 Satz 1, § 4 Abs. 3, § 70 Abs. 1 SGB V) vor. Darauf kann sich die Beklagte nach § 8 Abs. 5 Satz 3 KHEntgG jedoch nicht mit Erfolg berufen.

35
Der Zinsanspruch ergibt sich aus § 69 Abs. 1 Satz 3 SGB V i.V.m. §§ 291, 288 Abs. 1 Satz 2 BGB und der einschlägigen Entgeltvereinbarung.

36
Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Abs. 1 Satz 1 SGG i.V.m. §§ 161 Abs. 1, 155 Abs. 1 und 2 VwGO.