

L 5 KNK 1/07

S 6 KNK 20/06 Ko



gez. L
Justizbeschäftigte
als Urkundsbeamtin
der Geschäftsstelle

LANDESSOZIALGERICHT RHEINLAND-PFALZ

IM NAMEN DES VOLKES URTEIL

In dem Rechtsstreit

– Klägerin und Berufungsbeklagte –

Prozessbevollmächtigte:

gegen

Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See, Fachabteilung Recht,
vertreten durch die Geschäftsführung, Wasserstraße 215, 44799 Bochum

– Beklagte und Berufungsklägerin –

hat der 5. Senat des Landessozialgerichts Rheinland-Pfalz in Mainz aufgrund der
mündlichen Verhandlung vom 07. Februar 2008 durch

Vorsitzenden Richter am Landessozialgericht Dr. Follmann

Richter am Landessozialgericht Keller

Richterin am Landessozialgericht Dr. Jutzi

ehrenamtlichen Richter Hachenthal

ehrenamtlichen Richter Laux

für Recht erkannt:

1. Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Koblenz vom 29.11.2006 wird zurückgewiesen.
2. Die Beklagte trägt auch die außergerichtlichen Kosten des Berufungsverfahrens.
3. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand

Umstritten ist die Vergütung für eine stationäre Krankenhausbehandlung in Höhe von 381,57 € nebst Zinsen.

Der 1940 geborene, bei der Beklagten krankenversicherte O S wurde auf die Verordnung von Krankenhausbehandlung der Gemeinschaftspraxis Dr E ua (Diagnose „Koronare Herzkrankheit“) vom 21.1.2005 am 27.1.2005 zur Durchführung einer Koronarangiographie in der gemäß § 108 des Fünften Buchs des Sozialgesetzbuchs (SGB V) zugelassenen Klinik der Klägerin aufgenommen. Das Aufklärungsgespräch mit dem Patienten erfolgte noch am gleichen Tag. ~~Nachdem die Untersuchung am folgenden Tag durchgeführt worden war, wurde~~ der Patient am 29.1.2005 entlassen. Unter dem 15.2.2005 erfolgte die Abrechnung mit der DRG-Ziffer F49C.

Die Beklagte teilte der Klinik mit Schreiben vom 7.3.2005 mit: Sie habe den in Rechnung gestellten Betrag unter dem Vorbehalt der medizinischen Prüfung der Behandlungsdauer zur Zahlung angewiesen. Auf der Grundlage der übermittelten Diagnosen sei die Dauer der Krankenhausbehandlung nicht nachvollziehbar. ~~Nachdem das Krankenhaus dem Sozialmedizinischen Dienst der Beklagten~~ (SMD) nicht entsprechend dessen Fristsetzung die Krankenhausunterlagen vor-

gelegt hatte, erklärte die Beklagte der Klägerin unter dem 13.4.2005, der Behandlungsfall werde unter Berücksichtigung eines Abschlagstages gemäß § 3 Abs 1 und 2 der Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2005 (Fallpauschalenvereinbarung 2005 - FPV 2005; im Folgenden: FPV) vergütet. Die Beklagte verrechnete den nach ihrer Ansicht überzahlten Betrag in Höhe von 381,57 € am 21.4.2005 mit einer anderen Forderung der Klägerin.

Der Arzt Dr K vom SMD legte in seiner Stellungnahme vom 25.7.2005 dar, die Diagnostik vor der Koronarangiographie bei dem Patienten S hätte bereits am Aufnahmetag durchgeführt werden können, wodurch sich der Aufenthalt des Patienten um einen Tag verkürzt hätte; die Dauer der postoperativen Überwachung sei demgegenüber nicht zu beanstanden. Die Ärztin Dr S vom SMD hielt in einer weiteren Stellungnahme vom April 2006 hieran in Ansehung einer Äußerung der Klinik vom September 2005 fest.

Am 7.4.2006 hat die Klägerin Klage erhoben. Sie hat eine Stellungnahme des Arztes Dr B von ihrer Klinik vom Juni 2006 vorgelegt, worin es heißt: Der Patient sei mit dem Verdacht auf ein akutes Koronarsyndrom aufgenommen worden. Nach Ausschluss eines Troponin-positiven Verlaufs sei der Patient lege artis über die Risiken der Koronarangiographie aufgeklärt worden. Ein Patient mit zunehmender Angina-pectoris-Symptomatik könne nicht einfach nach Hause entlassen und am nächsten Tag zu einer Koronarintervention wieder aufgenommen werden. Eine zunehmende Angina-pectoris-Symptomatik könne zu jedem Zeitpunkt einen Herzinfarkt nach sich ziehen.

Dazu hat sich für die Beklagte der Arzt Dr S vom SMD im September 2006 geäußert: Wie sowohl aus dem Entlassungsbericht als auch aus der Einweisung vom 21.1.2005 hervorgehe, sei die stationäre Diagnostik nicht notfallmäßig, sondern „elektiv“ (auswählend) zur weiterführenden invasiven Diagnostik bei

pathologischem Belastungs-EKG und nicht wegen eines akuten Koronarsyndroms erfolgt. An der Auffassung, dass die Durchführung der Koronarangiographie angesichts der elektiven Untersuchungsindikation bei Ausnutzung der prästationären diagnostischen Möglichkeiten bereits am Aufnahmetag hätte erfolgen können, werde festgehalten.

Das SG hat durch Urteil vom 29.11.2006 die Beklagte verurteilt, der Klägerin 381,57 € nebst 2 % Zinsen über dem Basiszinssatz hieraus seit dem 22.4.2005 zu zahlen. Zur Begründung hat es ausgeführt: Der Anspruch der Klägerin entspreche der Kodierung nach der DRG-Ziffer F49C. Von einer Fehlbelegung von einem Tag könne nicht ausgegangen werden. Abgesehen davon, dass ausweislich der Grouper-Feststellungen bei der DRG-Ziffer F49C von einer mittleren Verweildauer von zwei Tagen auszugehen sei, rechtfertigten die Feststellungen des SMD nicht die Reduzierung auf einen Behandlungstag. Vor der durchgeführten Koronarangiographie sei eine ordnungsgemäße Aufklärung des Versicherten erforderlich gewesen. Der Versicherte müsse genügend Zeit zwischen der Aufklärung und dem tatsächlichen Eingriff haben, um das Für und Wider des Eingriffs abzuwägen (Hinweis auf Landessozialgericht - LSG - Rheinland-Pfalz 18.5.2006 - L 5 KR 149/05). Da die Beklagte selbst davon ausgehe, dass bei dem hier erfolgten Eingriff die Aufklärung des Versicherten wenigstens 24 Stunden zuvor angezeigt gewesen sei, erübrigten sich hierzu weitere Ausführungen. Entgegen der Auffassung der Beklagten sei das Krankenhaus nicht gehalten gewesen, den Patienten nach der Aufklärung nach Hause zu schicken und erst dann stationär aufzunehmen. Ein Versicherter müsse bei der Durchführung der Koronarangiographie nüchtern sein. Dies sei nicht sicherzustellen, wenn der Versicherte erst am eigentlichen Untersuchungstag morgens anreise. Das SG hat die Berufung zugelassen.

Gegen dieses ihr am 12.12.2006 zugestellte Urteil richtet sich die am 18.12.2006 eingelegte Berufung der Beklagten, die eine Stellungnahme des Arztes Dr S vom SMD vom Januar 2007 vorgelegt hat.

Die Beklagte trägt vor: Die Entfernung vom Wohnort zur Klinik sei kein geeignetes Kriterium für die Beurteilung von stationärer Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit. Ein verantwortungsbewusster Patient erscheine den Anforderungen der behandelnden Ärzte gemäß nüchtern zu den Behandlungen. Zudem seien Herzkatheteruntersuchungen auch unter ambulanten Bedingungen durchführbar, ohne dass der Arzt mit Sicherheit gewährleisten könne, dass der Patient nüchtern erscheine. Sie habe wegen der fehlenden Notwendigkeit eines stationären Krankenhausaufenthalts von drei Tagen zu Recht einen Abzug von der Fallpauschale nach § 1 Abs 3 FPV vorgenommen. Die Sitzungsvertreterin der Beklagten im Termin zur mündlichen Verhandlung am 7.2.2008 hat auf die Aufforderung des Senats, nachvollziehbar zu erläutern, weshalb im vorliegenden Fall die Verweildauer iS des § 1 Abs 3 FPV kürzer als die untere Grenzverweildauer sei, erklärt, sie könne sich hierzu nicht äußern.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des SG Koblenz vom 29.11.2006 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend.

Zur Ergänzung des Tatbestandes wird auf die Verwaltungsakte der Beklagten, die Prozessakte sowie die Unterlagen über den in Rede stehenden stationären Aufenthalt verwiesen, die ihrem wesentlichen Inhalt nach Gegenstand der mündlichen Verhandlung und Beratung gewesen sind.

Entscheidungsgründe

Die nach §§ 143 f, 151 Sozialgerichtsgesetz - SGG - zulässige Berufung der Beklagten ist nicht begründet. Das SG hat der Klage im Ergebnis zu Recht stattgegeben. Die Klägerin hat einen Anspruch auf Vergütung in der geforderten Höhe, weil die Beklagte gegen einen Anspruch der Klägerin gegen sie hinsichtlich der Krankenhausabrechnung wegen der Behandlung eines anderen Patienten nicht wirksam mit einem Rückforderungsanspruch bezüglich der Behandlung des Patienten O S aufgerechnet hat.

Rechtsgrundlage des Anspruchs des Krankenhauses gegen die Krankenkasse auf Vergütung einer stationären Krankenhausbehandlung ist grundsätzlich § 109 Abs 4 Satz 3 SGB V. Nach § 17b Abs 2 Satz 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) vereinbaren die Spitzenverbände der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung gemeinsam mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft ein Vergütungssystem auf der Grundlage der Diagnosis Related Groups (DRG). Das Vergütungssystem ist verbindlich zum 1. Januar 2004 eingeführt worden. Da sich die Vertragsparteien nicht rechtzeitig über ein Vergütungssystem einigen konnten, ist dieses zunächst durch Verordnung geregelt worden (KFPV v 19.9.2002, BGBl I 3674). Für das hier in Rede stehende Jahr 2005 gilt die zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft getroffene FPV. Vorliegend hat die Abrechnung nach der DRG-Ziffer F 49C („Herzkatheteruntersuchung außer bei akutem Herzinfarkt, weniger als drei Belegungstage“) zu erfolgen. Die Beklagte hat von dieser zu Unrecht eine Kürzung vorgenommen.

Die von der Beklagten vorprozessual zur Begründung ihrer Kürzung herangezogene Vorschrift des § 3 Abs 1 und 2 FPV greift vorliegend nicht ein, weil es sich nicht um einen Verlegungsfall handelte. Der Patient ist nämlich nicht von einer

anderen Klinik in die Klinik der Klägerin oder von dieser in eine andere Klinik verlegt worden.

Entgegen der Meinung der Beklagten rechtfertigt sich die vorgenommene Kürzung aber auch nicht durch § 1 Abs 3 FPV. In Satz 1 dieser Vorschrift ist bestimmt: Ist die Verweildauer von nicht verlegten Patientinnen oder Patienten kürzer als die untere Grenzverweildauer, ist für die bis zur unteren Grenzverweildauer nicht erbrachten Belegungstage einschließlich des im Fallpauschalen-Katalog ausgewiesenen ersten Tages mit Abschlag ein Abschlag von der Fallpauschale vorzunehmen. Die Höhe des Abschlags wird nach Maßgabe von § 1 Abs 3 Satz 2 FPV ermittelt. Die Voraussetzungen für einen Abschlag nach § 1 Abs 3 Satz 1 FPV sind jedoch nicht erfüllt.

Vorliegend betrug die tatsächliche Verweildauer zwei Tage (Zeit vom 15.2.2005 bis zum 17.2.2005 ohne den Entlassungstag). Nach § 1 Abs 7 Satz 1 FPV ist für die Ermittlung der Verweildauer die Zahl der Belegungstage maßgebend. Belegungstage sind nach § 1 Abs 7 Satz 2 FPV der Aufnahmetag sowie jeder weitere Tag des Krankenhausaufenthalts ohne den Verlegungs- oder Entlassungstag aus dem Krankenhaus.

Diese Zeitdauer war nicht kürzer als die untere Grenzverweildauer. Diese ist in § 7 KFPV definiert; von dieser Definition des Verordnungsgebers sind die Vertragspartner des FPV ersichtlich ausgegangen. Nach § 7 Abs 1 Satz 1 KFPV ist zur Ermittlung der unteren Grenzverweildauer einer Fallpauschale der entlogarithmierte Wert des arithmetischen Verweildauer-Mittelwerts nach § 7 Abs 1 Satz 1 KFPV durch die Zahl „Drei“ zu teilen und anschließend kaufmännisch auf die nächste ganze Zahl zu runden. Gemäß § 7 Abs 1 Satz 2 KFPV ist im Fallpauschalen-Katalog der erste Tag, für den ein Abschlag vorzunehmen ist, auszuweisen. Dieser ist nach § 7 Abs 1 Satz 3 KFPV zu ermitteln, indem von der unteren Grenzverweildauer ein Tag abgezogen wird; es ist mindestens ein Wert von einem Belegungstag auszuweisen. Aus § 7 Abs 1 Satz 3 KFPV ergibt sich,

dass die untere Grenzverweildauer bei der vorliegend in Rede stehenden Fallpauschale F 49C zwei Tage beträgt. Im Fallpauschalen-Katalog ist nämlich in der Spalte 7 ein Tag angegeben. Da die untere Grenzverweildauer nach § 7 Abs 1 Satz 3 KFPV ein Tag länger ist als die im Fallpauschalen-Katalog angegebene Zeitdauer, liegt sie bei dieser Fallpauschale bei zwei Tagen. Bei dieser Sachlage greift § 1 Abs 3 FPV nicht ein, weil die tatsächliche Verweildauer des Patienten (zwei Tage) nicht kürzer als die untere Grenzverweildauer (ebenfalls zwei Tage) ist.

In Bezug auf § 1 Abs 3 FPV kann nicht eingewandt werden, es komme nicht auf die tatsächliche, sondern auf die notwendige Verweildauer an, weshalb vorliegend eine Kürzung erfolgen könne, weil bei dem Patienten O. S. nur ein Belegungstag notwendig gewesen sei. Bei einer tatsächlichen Behandlungsdauer, welche die untere Grenzverweildauer unterschreitet, rechtfertigt sich die Kürzung durch die verminderten Aufwendungen des Krankenhauses. Dieser Gesichtspunkt hat keine Bedeutung, wenn es darum geht, ob von einer niedrigeren als der tatsächlichen Verweildauer ausgegangen werden kann. Die Notwendigkeit der Verweildauer mag zwar, worüber der Senat aber nicht zu entscheiden hat, im Rahmen des § 1 Abs 2 FPV (Verweildauer länger als obere Grenzverweildauer) eine Rolle spielen. Eine Kürzung der tatsächlichen Verweildauer um nicht notwendige Tage im Rahmen des § 1 Abs 3 FPV scheidet jedoch aus, weil sie dem

Sinn und Zweck dieser Vorschrift widersprechen würde, die einen Abschlag nur im Falle einer kürzeren als der unteren Grenzverweildauer rechtfertigt. Letztere ist als wirtschaftliche Größe gedacht, die festlegt, wie viele Tage ein Patient mindestens im Krankenhaus verbringen sollte (www.wikipedia.org/wiki/Untere_Grenzverweildauer, recherchiert am 6.2.2008). Dies folgt aus der Begründung des Referentenentwurfs zu § 7 der KFPV (www.gesundheitspolitik.net/03.krankenhaus/fallpauschalen/kfpv/kfpv-referenten-entwurf-begrueundung, recherchiert am 6.2.2008). Danach dient die untere Grenzverweildauer dazu, Fehlanreize zu vermeiden, die zB zu medizinisch nicht gerechtfertigten frühzeitigen Entlassungen führen können. Ferner heißt es dort, auch die Krankenkassen gingen davon aus,

dass für nicht verletzte Patienten bei Erreichen der unteren Grenzverweildauer die Leistung für die Fallpauschale erbracht werde und deshalb die ungekürzte Fallpauschale zu zahlen sei. Diesem Sinn und Zweck der unteren Grenzverweildauer würde es widersprechen, im Rahmen des § 1 Abs 3 FPV eine niedrigere als die tatsächliche Verweildauer unterhalb der unteren Grenzverweildauer zugrunde zu legen. Nachvollziehbare Gründe, welche eine andere rechtliche Beurteilung rechtfertigen könnten, hat die Beklagte nicht vorgebracht.

Unabhängig davon wäre die Klage auch begründet, wenn - abweichend hiervon - der Einwand der fehlenden Notwendigkeit der Dauer der Behandlung bei einer solchen Fallkonstellation nicht ausnahmslos ausgeschlossen wäre. Denn dann müsste dieser Einwand jedenfalls wegen des dargestellten Wesens der unteren Grenzverweildauer auf extreme Ausnahmefälle beschränkt bleiben. Dafür sind keine Anhaltspunkte ersichtlich.

Da die Voraussetzungen des Hauptanspruchs der Klägerin erfüllt sind, hat diese auch einen Zinsanspruch im geltend gemachten Umfang. Dieser beruht auf § 9 Abs 7 des nach § 112 Abs 2 Nr 1 SGB V zwischen der Krankenhausgesellschaft Rheinland-Pfalz und den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung geschlossenen Krankenbehandlungsvertrags (KBV).

Die Kostenentscheidung folgt aus § 197a SGG iVm § 154 Abs 2 Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).

Die Revision wird nicht zugelassen, weil die Voraussetzungen des § 160 SGG nicht vorliegen.