



Verkündet am 16.02.2011

Clemens
Clemens

als Urkundsbeamtin
der Geschäftsstelle

LANDESSOZIALGERICHT FÜR DAS SAARLAND

IM NAMEN DES VOLKES

URTEIL

In dem Rechtsstreit

[REDACTED]

- Klägerin und Berufungsbeklagte -

Prozessbevollmächtigte:

[REDACTED]

g e g e n

[REDACTED]

- Beklagte und Berufungsklägerin -

Prozessbevollmächtigte:

[REDACTED]

hat der 2. Senat des Landessozialgerichts für das Saarland
auf die mündliche Verhandlung vom 16. Februar 2011 durch

den Vorsitzenden Richter am Landessozialgericht Betz,
die Richter am Landessozialgericht Rauch und Kirchdörfer
sowie den ehrenamtlichen Richter Kiefer
und die ehrenamtliche Richterin Zöllner

für Recht erkannt:

Die Berufung der Beklagten gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts für das Saarland vom 04.08.2008 wird zurückgewiesen.

Die Beklagte trägt die Kosten auch für das Berufungsverfahren.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Kostenübernahme für eine zweite stationäre Krankenhausbehandlung.

Die Klägerin ist Trägerin des zugelassenen Krankenhauses in [REDACTED]. Die am [REDACTED] geborene, bei der Beklagten versicherte Patientin [REDACTED] wurde vom 29.11.2004 bis 07.12.2004 (Dienstag) sowie vom 13.12.2004 (Montag) bis 29.12.2004 im Krankenhaus der Klägerin stationär behandelt.

Die erste stationäre Behandlung fand wegen einer Narbenhernie nach medianer Laparotomie statt, es erfolgte eine Hernienplastik (dynamische Bauchdeckenrekonstruktion). Abgerechnet wurde die DRG G08B, was von der Beklagten nicht beanstandet wird.

Am Freitag, dem 10.12.2004, stellte sich die Patientin erneut im Krankenhaus vor. Von dem Chefarzt der Klägerin Prof. Dr. [REDACTED] wurde eine Verordnung (vom 10.12.2004) von Krankenhausbehandlung ausgestellt mit der Diagnose „Serom nach Bauchdeckenplastik“. Die Aufnahme der Patientin erfolgte allerdings erst nach dem Wochenende, nämlich am 13.12.2004. Mit Rechnung vom 26.01.2005 verlangte die Klägerin von der Beklagten die Zahlung von 1.611,23 € (DRG X63A nebst diverser Zuschläge).

Die Beklagte verweigerte die Zahlung für den zweiten Krankenhausaufenthalt unter Hinweis darauf, dass eine verzögerte Wiederaufnahme der Patientin zur stationären Behandlung erfolgt sei. Die Aufnahme hätte bereits am Freitag, dem 10.12.2004, erfolgen müssen, so dass sie noch in der oberen Grenzverweildauer der ersten Behandlung gelegen hätte und dadurch eine Fallzusammenführung hätte erfolgen müssen.

Im Klageverfahren hat die Beklagte eine Stellungnahme des Sozialmedizinischen Dienstes (SMD; vom 20.05.2008) zu den Akten gereicht.

Mit Gerichtsbescheid vom 04.08.2008 hat das Sozialgericht für das Saarland (SG) die Beklagte verurteilt, an die Klägerin 1.611,23 € nebst 2 % Zinsen über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 10.02.2005 zu zahlen. Zur Begründung hat es im Wesentlichen ausgeführt, die Voraussetzungen des § 2 Abs. 3 der Verordnung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2004/Fallpauschalenverordnung 2004 (KFPV 2004) für die Zusammenfassung der Falldaten zu einem Fall und Neueinstufung in eine Fallpauschale lägen nicht vor. Unstreitig fehle es bereits an der Voraussetzung, dass die erneute stationäre Aufnahme innerhalb der oberen Grenzverweildauer erfolgt sei. Die Klägerin sei entgegen der Ansicht der Beklagten auch nicht so zu behandeln, als wäre die Aufnahme innerhalb der oberen Grenzverweildauer erfolgt. Es gebe keine Vorschrift, die eine solche Fiktion zulasse. Auch das Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) führe nicht dazu, dass ein Krankenhaus verpflichtet

sei, allein aus wirtschaftlichen Gründen stationäre Aufenthalte von Patienten so zu gestalten, dass die geringst möglichen Kosten für die gesetzlichen Krankenversicherungen entstünden. Maßgebliches Kriterium einer stationären Aufnahme eines Patienten sei nicht die Kostenersparnis der gesetzlichen Krankenversicherung, sondern die medizinische Notwendigkeit der stationären Behandlung. Dabei erlaube sich die Kammer den Hinweis, dass gerade die Beklagte in dem weitaus überwiegenden Teil aller zahlreichen beim SG in der Vergangenheit und zur Zeit anhängigen Verfahren von Krankenhäusern gegen die Beklagte diese gerade immer wieder geltend mache, dass die Verweildauer der Patienten zu lang sei unter dem ausschließlichen Maßstab der medizinischen Notwendigkeit. Dies solle nach Ansicht der Beklagten in dem vorliegenden Verfahren offensichtlich jedoch keine Rolle mehr spielen, wenn es dadurch zu einer Kostenersparnis für die Beklagte kommen könne. Dies könne nicht richtig sein. Der SMD habe mitgeteilt, dass es sich bei der Patientin um keinen Notfall gehandelt habe. Es habe somit für eine Aufnahme der Patientin 2 Tage früher keinerlei medizinische Notwendigkeit bestanden. Die Klägerin hätte bei einer früheren Aufnahme selbst eigene weitere Unkosten gehabt, ohne dadurch den gesamten stationären Aufenthalt der Patientin verringern zu können, da während des Wochenendes keinerlei Behandlungsmaßnahmen hätten durchgeführt werden können, was zwischen den Beteiligten ebenfalls nicht streitig sei. Auch der Patientin sei es nicht zumutbar, lediglich um im Wege einer Fallzusammenführung der gesetzlichen Krankenversicherung Kosten zu ersparen, 2 Tage stationär in einem Krankenhaus zu verbleiben, ohne dass es dabei zu notwendigen medizinischen Maßnahmen komme. Aus all den genannten Gründen könne die Kammer daher keinen Verstoß gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot erkennen, so dass auch insoweit die Frage offen bleiben könne, ob ein solcher Verstoß dazu führen könnte, die Klägerin so zu behandeln, als wäre die Grenzverweildauer für die Fallzusammenführung eingehalten worden.

Gegen den ihr am 12.08.2008 zugestellten Gerichtsbescheid hat die Beklagte am 03.09.2008 Berufung eingelegt.

Sie trägt vor, § 2 Abs. 3 KFPV 2004 sei aus Gründen der verzögerten Wiederaufnahme außerhalb der zutreffenden Fristen anzuwenden. Eine Behandlungsnotwendigkeit habe bereits am Freitag, dem 10.12.2004, bestanden. Dies habe bereits der für die Klägerin tätig gewordene Arzt bei seiner Aufnahmeentscheidung am 10.12.2004 dokumentiert. Unerheblich sei dabei, dass mit einer Operation/Intervention bis zum Montag habe zugewartet werden können, ohne das Leben der Patientin zu gefährden. Durch eine Aufnahme am 10.12.2004 hätte zumindest das Risiko einer möglichen Verschlimmerung der Komplikation ausgeschlossen werden können. Sinn und Zweck des § 2 Abs. 3 KFPV 2004 sei es, bei einer bestehenden Behandlungsnotwendigkeit die Kosten einer weiteren Behandlung zu verhindern. Wenn dann eine Behandlung durch verzögerte Wiederaufnahme so gelegt werde, dass die „Sparvorschrift“ ausgehebelt werde, widerspreche dies dem Wirtschaftlichkeitsgebot des SGB V. In diesem Zusammenhang sei nochmals darauf hingewiesen, dass die Einweisung durch den medizinischen Controller der Klägerin vorgenommen worden sei, der von Berufs wegen mit der KFPV vertraut sei.

Die Beklagte beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts für das Saarland
vom 04.08.2008 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie verteidigt den angefochtenen Gerichtsbescheid.

Wegen des Sach- und Streitstandes im Übrigen wird Bezug genommen auf den Inhalt der Gerichtsakte und der beigezogenen Verwaltungsakte der Beklagten; der Inhalt der Beiakte war Gegenstand der mündlichen Verhandlung.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung ist unbegründet.

Die Klage ist als Leistungsklage nach § 54 Abs. 5 Sozialgerichtsgesetz (SGG) zulässig, weil es sich um ein Parteienstreit im Gleichordnungsverhältnis handelt, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt, kein Vorverfahren durchzuführen und keine Klagefrist zu beachten ist (BSG, Urteil vom 20.11.2008 – B 3 KN 4/08 KR R).

Die Klägerin hat einen Anspruch auf Zahlung von 1.611,23 €.

Rechtsgrundlage des geltend gemachten Vergütungsanspruchs ist § 109 Abs. 4 S. 3 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) in Verbindung mit § 7 Abs. 1 Nr. 1 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) und der Anlage 1 KFPV 2004 sowie der Krankenhausbehandlungsvertrag nach § 112 Abs. 2 S. 1 Nr. 1 SGB V (KBV).

Das Krankenhaus hat auch bei der Vergütung der Krankenhausbehandlung durch Fallpauschalen einen Vergütungsanspruch gegen einen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung nur für eine „erforderliche“ Krankenhausbehandlung. Die Vergütung dient als Gegenleistung für die Erfüllung der Pflicht des zugelassenen Krankenhauses, Krankenhausbehandlung (§ 39 SGB V) der Versicherten im Rahmen des Versorgungsauftrags zu leisten. Die Leistung des Krankenhauses ist

nämlich zur Erfüllung des Leistungsanspruchs des Versicherten bestimmt. Die Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse entsteht – unabhängig von einer Kostenzusage – unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten, wenn die Versorgung in einem zugelassenen Krankenhaus durchgeführt wird und im Sinne von § 39 Abs. 1 S. 2 SGB V erforderlich ist (BSG, Urteil vom 30.06.2009 – B 1 KR 24/08 R).

Vorliegend steht die Notwendigkeit der zweiten stationären Behandlung nicht im Streit. Maßgebend für die Höhe des Vergütungsanspruchs ist der Fallpauschalen-Katalog (BSG, Urteil vom 17.12.2009 – B 3 KR 12/08 R Rdnr. 9). Danach hat die Klägerin für die zweite stationäre Behandlung korrekt die DRG X63A (Folgen einer medizinischen Behandlung) abgerechnet. Dies wird von der Beklagten auch nicht angegriffen. Ebenso erhebt sie auch keine Einwendungen gegen die Höhe des Vergütungsanspruchs von 1.611,23 €. Sie ist vielmehr der Auffassung, dass für den zweiten stationären Aufenthalt keine gesonderte DRG hätte abgerechnet werden dürfen, sondern vielmehr eine Fallzusammenführung hätte erfolgen müssen. Dies ist jedoch nicht zutreffend.

Die insoweit maßgebende Vorschrift § 2 Abs. 3 S. 1 KFPV 2004 lautet: Werden Patienten oder Patientinnen, für die eine Fallpauschale abrechenbar ist, wegen einer 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.

Diese Voraussetzungen liegen nicht vor. Für die erste stationäre Behandlung wurde die DRG G08B mit einer Grenzverweildauer von 14 Tagen abgerechnet. Die obere Grenzverweildauer der am 29.11.2004 begonnenen stationären Krankenhausbehandlung endete somit am 12.12.2004. Die am 13.12.2004

begonnene zweite stationäre Behandlung fiel somit nicht in die obere Grenzverweildauer der ersten stationären Behandlung.

Eine entsprechende Anwendung des § 2 Abs. 3 S. 1 KFPV 2004, weil nach Auffassung der Beklagten die Patientin bereits am 10.12.2004 und somit innerhalb der oberen Grenzverweildauer hätte aufgenommen werden können bzw. müssen, kommt nicht in Betracht.

Die Regelung des § 2 Abs. 3 KFPV 2004 ist so angelegt, dass über die Fallzusammenlegung anhand von DRG-Nummern oder Partitionen sowie von Fristen entschieden wird. Somit können die Entscheidungen im Massengeschäft der Abrechnung durch die EDV getroffen werden. Beurteilungsspielräume der Betroffenen und somit Streit zwischen Kassen und Krankenhäusern sollen so vermieden werden (Tuschen/Trefz, Krankenhausentgeltgesetz, Kommentar, 2. Aufl. 2010, 6.4 S. 149 a.E.). Diesem Ziel würde es widersprechen, wenn jeweils im Einzelfall geprüft werden müsste, ob eine zweite außerhalb der oberen Grenzverweildauer liegende stationäre Behandlung schon früher hätte begonnen werden können, so dass sie innerhalb der oberen Grenzverweildauer der ersten stationären Behandlung liegen würde.

Abgesehen davon war vorliegend eine frühere stationäre Aufnahme der Patientin aus medizinischen Gründen nicht erforderlich. Dies folgt bereits aus der Stellungnahme des SMD, die die Beklagte vorgelegt hat. Dieser sozialmedizinischen Beurteilung kann nicht entnommen werden, dass wegen einer möglichen Gefährdung der Patientin wegen einer Serom-Entwicklung diese übers Wochenende zur Beobachtung im Krankenhaus hätte verbleiben müssen, wie dies von der Beklagten behauptet wird. Der Chirurg und Sozialmediziner [REDACTED] hat vielmehr ausgeführt, die Versicherte habe sich am 10.12.2004 ambulant im Klinikum [REDACTED] vorgestellt und es sei seines Erachtens korrekt, dass es sich hierbei nicht um einen Notfall gehandelt habe. Weder das Aufreißen der Operationswunde noch eine Infektion hätten gedroht. Es gebe keine

medizinischen Gründe, die die stationäre Aufnahme am 10.12.2004 (Freitag) erforderlich gemacht hätten.

Soweit in der Stellungnahme weiter ausgeführt wird, dass es allerdings auch keine medizinischen Gründe gäbe, die gegen eine Aufnahme an diesem Tag sprächen, führt dies nicht dazu, dass die Klägerin verpflichtet gewesen wäre, die Patientin bereits am 10.12.2004 aufzunehmen. Zu Recht weist die Klägerin darauf hin, dass am Wochenende üblicherweise keine operativen Eingriffe erfolgten und die Beklagte Wochenendtage auch regelmäßig als nicht erforderlich ansehe und demgemäß auch nicht vergüte.

Die Beklagte kann sich auch nicht auf das Gebot der gegenseitigen Rücksichtnahme nach dem Grundsatz von Treu und Glauben berufen. Das Rücksichtnahmegebot geht nicht soweit, dass ein Krankenhaus Versicherte ohne medizinische Notwendigkeit stationär aufnehmen hat, um so eine Abrechnungsoptimierung zu Gunsten der Krankenkasse zu betreiben (vgl. auch Urteil des BSG vom 16.12.2008 - B 1 KR 10/08 R). Dies wäre, worauf das SG zu Recht hingewiesen hat, auch den Versicherten nicht zumutbar.

Der Zinsanspruch beruht auf § 14 Abs. 5 KBV.

Die Berufung hat somit keinen Erfolg.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a SGG i.V.m. § 154 Abs. 2 VwGO.

Gründe für die Zulassung der Revision (§ 160 Abs. 2 SGG) liegen nicht vor.

Rechtsmittelbelehrung und Erläuterung zur Prozesskostenhilfe

I. Rechtsmittelbelehrung

Dieses Urteil kann nicht mit der Revision angefochten werden, weil sie gesetzlich ausgeschlossen und vom Landessozialgericht nicht zugelassen worden ist.

Gegen dieses Urteil steht den Beteiligten die Revision nur zu, wenn sie nachträglich vom Bundessozialgericht zugelassen wird. Zu diesem Zweck kann die Nichtzulassung der Revision durch das Landessozialgericht mit der Beschwerde angefochten werden.

Die Beschwerde muss von einem bei dem Bundessozialgericht zugelassenen Prozessbevollmächtigten eingelegt werden.

Als Prozessbevollmächtigte sind zugelassen:

1. Rechtsanwälte,
2. Rechtslehrer an einer deutschen Hochschule im Sinne des Hochschulrahmengesetzes mit Befähigung zum Richteramt,
3. selbstständige Vereinigungen von Arbeitnehmern mit sozial- oder berufspolitischer Zwecksetzung für ihre Mitglieder,
4. berufsständische Vereinigungen der Landwirtschaft für ihre Mitglieder,
5. Gewerkschaften und Vereinigungen von Arbeitgebern sowie Zusammenschlüsse solcher Verbände für ihre Mitglieder oder für andere Verbände oder Zusammenschlüsse mit vergleichbarer Ausrichtung und deren Mitglieder,
6. Vereinigungen, deren satzungsgemäße Aufgaben die gemeinschaftliche Interessenvertretung, die Beratung und Vertretung der Leistungsempfänger nach dem sozialen Entschädigungsrecht oder der behinderten Menschen wesentlich umfassen und die unter Berücksichtigung von Art und Umfang ihrer Tätigkeit sowie ihres Mitgliederkreises die Gewähr für eine sachkundige Prozessvertretung bieten, für ihre Mitglieder,
7. juristische Personen, deren Anteile sämtlich im wirtschaftlichen Eigentum einer der in den Nrn. 3 bis 6 bezeichneten Organisationen stehen, wenn die juristische Person ausschließlich die Rechtsberatung und Prozessvertretung dieser Organisation und ihrer Mitglieder oder anderer Verbände oder Zusammenschlüsse mit vergleichbarer Ausrichtung und deren Mitglieder entsprechend deren Satzung durchführt und wenn die Organisation für die Tätigkeit der Bevollmächtigten haftet.

Die Organisationen zu Nrn. 3 bis 7 müssen durch Personen mit Befähigung zum Richteramt handeln.

Behörden und juristische Personen des öffentlichen Rechts einschließlich der von ihnen zur Erfüllung ihrer öffentlichen Aufgaben gebildeten Zusammenschlüsse sowie private Pflegeversicherungsunternehmen können sich durch eigene Beschäftigte mit Befähigung zum Richteramt oder durch Beschäftigte mit Befähigung zum Richteramt anderer Behörden oder juristischer Personen des öffentlichen Rechts einschließlich der von ihnen zur Erfüllung ihrer öffentlichen Aufgaben gebildeten Zusammenschlüsse vertreten lassen.

Ein Beteiligter, der nach Maßgabe der Nrn. 1 bis 7 zur Vertretung berechtigt ist, kann sich selbst vertreten; er muss durch Personen mit Befähigung zum Richteramt handeln.

Die Beschwerde ist schriftlich oder in elektronischer Form einzureichen. Sie muss **innerhalb eines Monats** nach Zustellung dieses Urteils beim Bundessozialgericht **eingehen**.

Postanschriften:

bei Brief und Postkarte
34114 Kassel

bei Eilbrief, Telegramm, Paket und Päckchen
Graf-Bernadotte-Platz 5
34119 Kassel

Die elektronische Form wird nur durch eine qualifiziert signierte Datei gewahrt, die nach den Maßgaben der Verordnung über den elektronischen Rechtsverkehr beim Bundessozialgericht (ERVVOBSG) vom 18. Dezember 2006 (BGBl I 3219) in den elektronischen Gerichtsbriefkasten zu übermitteln ist. Einzelheiten des Übermittlungsverfahrens und technische Anforderungen enthält das Internetportal des Elektronischen Gerichts- und Verwaltungspostfachs (www.egvp.de).

Die Beschwerde ist innerhalb von zwei Monaten nach Zustellung dieses Urteils von einem zugelassenen Prozessbevollmächtigten schriftlich oder in elektronischer Form (s.o.) zu begründen.

In der Begründung muss die grundsätzliche Bedeutung der Rechtssache dargelegt oder die Entscheidung des Bundessozialgerichts, des Gemeinsamen Senats der obersten Gerichtshöfe des Bundes oder des Bundesverfassungsgerichts, von der das Urteil abweicht, oder ein Verfahrensmangel, auf dem die angefochtene Entscheidung beruhen kann, bezeichnet werden.

Als Verfahrensmangel kann eine Verletzung der §§ 109 und 128 Abs.1 Satz 1 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) nicht und eine Verletzung des § 103 SGG nur gerügt werden, soweit das Landessozialgericht einem Beweisantrag ohne hinreichende Begründung nicht gefolgt ist.

Bei Zustellungen ins **Ausland** gilt anstelle der oben genannten Beschwerdefrist von einem Monat eine Frist von **drei Monaten** und anstelle der oben genannten Beschwerdebegründungsfrist von zwei Monaten eine Frist von **vier Monaten**.

II. Erläuterungen zur Prozesskostenhilfe

Für die Beschwerde gegen die Nichtzulassung der Revision kann Prozesskostenhilfe mit Beordnung eines Rechtsanwalts beantragt werden.

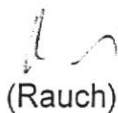
Der Antrag kann von dem Beteiligten persönlich gestellt werden; er ist beim Bundessozialgericht schriftlich, in elektronischer Form (s.o.) oder mündlich zu Protokoll der Geschäftsstelle zu stellen.

Dem Antrag sind eine Erklärung des Beteiligten über seine persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse (Familienverhältnisse, Beruf, Vermögen, Einkommen und Lasten) sowie entsprechende Belege beizufügen; hierzu ist der für die Abgabe der Erklärung vorgeschriebene Vordruck zu benutzen. Der Vordruck kann von allen Gerichten und ggf. durch den Schreibwarenhandel bezogen werden. Er kann auch über das Gerichtportal des Bundessozialgerichts (www.bsg.bund.de) ausgedruckt werden (→Das Gericht →Zugang zur Revisionsinstanz →Prozesskostenhilfe).

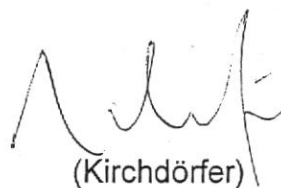
Falls die Beschwerde nicht schon durch einen zugelassenen Bevollmächtigten eingelegt ist, müssen der Antrag auf Bewilligung von Prozesskostenhilfe und die Erklärung über die persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse nebst entsprechenden Belegen bis zum Ablauf der Frist für die Einlegung der Beschwerde beim Bundessozialgericht eingehen. Soll der Vordruck beim Bundessozialgericht in elektronischer Form eingelegt werden, ist ein Vordruck in Papierform auszufüllen, zu unterzeichnen und mittels Einscannen in eine Datei umzuwandeln, die qualifiziert signiert ist und nach Maßgabe der Verordnung über den elektronischen Rechtsverkehr beim Bundessozialgericht in den elektronischen Gerichtsbriefkasten zu übermitteln ist.



(Betz)



(Rauch)



(Kirchdörfer)

Der Beschwerdeschrift und allen folgenden Schriftsätzen sollen Abschriften für die übrigen Beteiligten beigelegt werden.

Das Bundessozialgericht bittet darüber hinaus um je zwei weitere Abschriften.