

Aktenzeichen:
S 1 KR 104/10



gez. Töx
Justizbeschäftigte
als Urkundsbeamtin
der Geschäftsstelle

SOZIALGERICHT TRIER

IM NAMEN DES VOLKES URTEIL

In dem Rechtsstreit

Krankenhaus [REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

- Klägerin -

Prozessbevollmächtigter: Rechtsanwalt Friedrich W. Mohr,
c/o Krankenhausgesellschaft Rheinland-Pfalz e.V.,
Bauerngasse 7, 55116 Mainz

gegen

[REDACTED]
[REDACTED]

- Beklagte -

hat die 1. Kammer des Sozialgerichts Trier auf die mündliche Verhandlung vom
31. März 2011 durch

den Präsidenten des Sozialgerichts Didong

sowie die ehrenamtlichen Richter Herr Biwer und Herr Zeimet

für Recht erkannt:

1. Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin 3.683,40 EUR zuzüglich 2 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz aus 3.683,40 EUR seit dem 07.10.2009 zu zahlen.
2. Im Übrigen wird die Klage abgewiesen.
3. Die Beklagte trägt 9/10 und die Klägerin 1/10 der Kosten des Rechtsstreits.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Zahlung von Krankenhausbehandlungskosten.

Die am 17.7.1914 geborene, bei der Beklagten krankenversicherte M. (Versicherte) befand sich vom 23.6.2009 bis 7.7.2009 in stationärer Behandlung im Krankenhaus der Klägerin in . Die Aufnahme erfolgte wegen einer dislozierten Olecranonfraktur links, die am 24.6.2009 auf der chirurgischen Abteilung des Krankenhauses der Klägerin operativ behandelt wurde. Im weiteren Verlauf zeigte die Röntgenkontrolle eine achsengerechte Stellung der Fraktur bei guter Lage des Osteosynthesematerials. Unter Hochlagerung, Antiphlogistikagabe sowie krankengymnastischer Übungstherapie kam es zur fast vollständigen Abschwellung der Weichteile und Verteilung des subcutanen Hämatoms, so dass der linke Ellenbogen eine gute Beweglichkeit zeigte. Kurz vor der geplanten Entlassung am 2.7.2009 kam es zu thorakalen Schmerzen, die Versicherte wurde daraufhin auf die internistische Station des Krankenhauses der Klägerin verlegt. Es wurde der Verdacht auf eine kardiale Dekompensation bei bekannter coronarer Herzkrankheit und Zustand nach Hinterwandinfarkt sowie Arrhythmia absoluta bei Vorhofflimmern diagnostiziert. Unter Medikation waren die Tachykardie und die

Dekompensation rückläufig. Auffällig und die Behandlung extrem erschwerend trat bei wohl bestehender fortgeschrittener Demenz ein Durchgangssyndrom auf. Die Entlassung der Versicherten erfolgte am 7.7.2009.

Mit Rechnung vom 21.7.2009 stellte die Klägerin der Beklagten für den stationären Aufenthalt vom 23.6.2009 bis 7.7.2009 einen Gesamtbetrag in Höhe von 3.710,15 Euro in Rechnung, die Codierung erfolgte mit der DRG-Ziffer I21Z (lokale Exzision und Entfernung von Osteosynthesematerial an Hüftgelenk und Femur oder komplexe Eingriffe an Ellenbogengelenk und Unterarm) mit einem Betrag von 3.011,14 Euro zuzüglich eines Langliegerzuschlags in Höhe von 798,44 Euro sowie verschiedener sonstiger Zuschläge abzüglich der geleisteten Zuzahlung. Nachdem der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) zu dem Ergebnis gelangt war, die Versicherte hätte bereits am 29.6.2009 in ambulante Behandlung entlassen werden können, jedoch sei der stationäre Aufenthalt vom 1.7.2009 bis 7.7.2009 nicht zu beanstanden, erstellte die Klägerin nach Stornierung der ursprünglichen Rechnung am 18.9.2009 zwei neue Rechnungen. Mit der ersten Rechnung machte sie einen Betrag in Höhe von 2.904,45 Euro unter Zugrundelegung der DRG-Ziffer I21Z für die stationäre Behandlung vom 23.6.2009 bis 29.6.2009 geltend, mit der zweiten Rechnung forderte sie für den Behandlungszeitraum vom 1.7.2009 bis 7.7.2009 einen Betrag in Höhe von 4.089,88 Euro. Dabei legte sie für diesen Zeitraum die DRG F62B (Herzinsuffizienz und Schock mit äußerst schweren CC, ohne die Dialyse, ohne Reanimation, ohne komplizierende Diagnose) der Codierung zugrunde. Die Gesamtsumme ergab sich aus einem Betrag in Höhe von 4.040,93 Euro für die DRG-Ziffer F62B sowie mehrerer Zuschläge.

Mit Schreiben vom 15.10.2009 teilte die Beklagte der Klägerin mit, sie sei mit dem Fallsplitting in zwei separate Aufenthalte nicht einverstanden. Nach den gesetzlichen Bestimmungen und Durchführungshinweisen zum Datenträgeraustausch nach § 301 SGB V müssten die Falldaten - und hier insbesondere Aufnahme- und Entlassungstag - so übermittelt werden, wie sich der Fall ursprünglich dargestellt

habe. Eine nachträgliche Korrektur der Belegtage sei nur über die Eingabe von „Tagen ohne Berechnung“ möglich. Mit der Veränderung der Aufnahme- und Entlassungsdaten verstoße die Klägerin gegen die Übermittlungsvorschriften zu § 301 SGB V, was nicht akzeptiert werden könne. Die Klägerin werde daher gebeten, die Falldaten auf den ursprünglichen Zustand wiederherzustellen und den Fall in einem Aufenthalt abzubilden. Als Abrechnungsergebnis ergebe sich dann gemäß dem MDK-Gutachten die DRG I21Z zuzüglich zweier Langliegerzuschläge. Die Nachzahlung der Langliegerzuschläge werde sie nach der Korrektur vornehmen. Die neu angelieferten Rechnungen für die getrennten Abrechnungszeiträume seien unbearbeitet zurückgeschickt worden. Auch die Abrechnung der von der Klägerin geltend gemachten MDK-Aufwandspauschale könne nicht akzeptiert werden, da die Beklagte nach der MDK-Begutachtung eine Kosteneinsparung erzielt habe.

Mit Schreiben vom 4.12.2009 teilte die Klägerin der Beklagten mit, sie halte die Abrechnung zweier separater Fälle aufrecht. Aus den Durchführungshinweisen zum Datenträgeraustausch nach § 301 SGB V sei nicht ersichtlich, warum keine zwei separaten Fälle abgerechnet werden dürften. Es sei auch keine sonstige gesetzliche Grundlage bekannt, die dies ausschließe.

Nach weiterem erfolglosem Schriftverkehr hat die Klägerin am 20.7.2010 Klage erhoben. Sie trägt vor, sie habe ihre Abrechnung dem Ergebnis der MDK-Begutachtung angepasst und zwei getrennte Krankenhausbehandlungen zur Abrechnung gebracht. Hieraus resultiere, dass die Beklagte eine Nachvergütung vorzunehmen habe. Da die MDK-Prüfung nicht zu einer Minderung des Rechnungsbetrages geführt habe, sei die Beklagte verpflichtet, die Aufwandspauschale zu vergüten. Bei den Daten nach § 301 SGB V handele es sich um Daten der Krankenhausbehandlung und nicht um die tatsächliche Verweildauer. In den Durchführungshinweisen, auf die die Beklagte Bezug nehme, werde Bezug genommen auf die Kürzung der letzten Behandlungstage und nicht auf eine mögliche Entlassung während einer Krankenhausbehandlung und einer Wieder-

aufnahme. Der MDK habe nicht die Krankenhausbehandlung verkürzt, sondern eine Entlassung und eine Wiederaufnahme und somit zwei getrennte Krankenhausaufenthalte befürwortet. Die geltend gemachte Klageforderung in Höhe von 3.983,40 Euro resultiere aus den offenstehenden Rechnungen abzüglich eines von der Beklagten bereits gezahlten Betrages in Höhe von 3.310,93 Euro. Weiterhin werde die Aufwandspauschale gemäß § 275 Abs 1c Satz 3 SGB V in Höhe von 300 Euro in Rechnung gestellt.

Die Klägerin beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, an sie 3.983,40 EUR zuzüglich 2 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz aus 3.683,40 EUR seit dem 7.10.2009 und aus 300,00 EUR seit Rechtshängigkeit zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie trägt vor, die Fragestellung im Verfahren beschränke sich im Wesentlichen darauf, ob der Abrechnung tatsächliche Aufnahme- und Entlassungsdaten oder aber fiktive Daten zugrunde zu legen seien. Sie vertrete die Auffassung, dass nur tatsächliche Daten übermittelt werden dürften. Dies ergebe sich aus den Durchführungshinweisen zur Vereinbarung nach § 301 SGB V. Das Fallsplitting und die fiktive Aufteilung in zwei Aufenthalte entbehre jeder Rechtsgrundlage. Die maßgebliche Fallpauschalenverordnung 2009 sehe lediglich die Möglichkeit einer Fallzusammenführung vor. Die von der Klägerin ins Feld geführte Argumentation sei ersichtlich systemfremd, es liege bereits keine Regelungslücke vor, die einer Auslegung zugänglich wäre. Darüber hinaus habe die Klägerin auch keinen

Anspruch auf die geltend gemachte Aufwandspauschale, da sich der Rechnungsbetrag nach der MDK-Begutachtung von 3.710,15 Euro auf 2.904,45 Euro reduziert habe.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird Bezug genommen auf den Inhalt der Krankenakte der Klägerin und der Verwaltungsakte der Beklagten. Der Akteninhalt war Gegenstand der mündlichen Verhandlung.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Klage hat in der Sache überwiegend Erfolg. Die Klägerin hat Anspruch auf Zahlung eines Betrages in Höhe von 3.983,40 Euro, lediglich hinsichtlich der Aufwandspauschale ist die Klage unbegründet.

Rechtsgrundlage des geltend gemachten Vergütungsanspruchs ist § 109 Abs 4 Satz 3 SGB V iVm § 7 Abs 1 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) sowie dem rheinland-pfälzischen Krankenhausbehandlungsvertrag nach § 112 Abs2 Nr 1 SGB V. Gemäß § 7 Abs 1 KHEntgG werden die allgemeinen Krankenhausleistungen gegenüber den Patienten oder ihren Kostenträgern mit verschiedenen abschließend aufgezählten Entgelten abgerechnet. Nach § 17b Abs 2 Satz 1 KHG vereinbaren der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung gemeinsam mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft ein Vergütungssystem, das sich an einem Vergütungssystem auf der Basis von DRG orientiert. Gemäß § 17b Abs 6 Satz 1 KHG wurde dieses Vergütungssysteme für alle Krankenhäuser mit einer ersten Fassung eines deutschen Fallpauschalenkatalogs verbindlich zum 1.1.2004 eingeführt. Der Fallpauschalenkatalog ist nach Fallgruppen (DRG) geordnet. Dabei erfolgt die Zuordnung

eines bestimmten Behandlungsfalles zu einer DRG in zwei Schritten. In einem ersten Schritt werden die Diagnosen nach der internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD) in der jeweils vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebenen deutschen Fassung verschlüsselt. Operationen und sonstige Prozeduren sind nach dem DIMDI herausgegebenen „Operationen- und Prozedurenschlüssel nach § 301 SGB V (OPS 301)“ zu verschlüsseln. Zur sachgerechten Durchführung dieser Verschlüsselung haben die Vertragspartner auf Bundesebene Codierrichtlinien geschlossen. Maßgebend für den vorliegenden Abrechnungsfall sind die Codierrichtlinien des jeweiligen Jahres und der ICD und der OPS in der Version dieses Jahres. In einem zweiten Schritt wird der in den Computer eingegebene Code einer bestimmten DRG zugeordnet, anhand der dann nach Maßgabe des Fallpauschalenkatalogs und der Pflegesatzvereinbarung die von der Krankenkasse zu zahlende Vergütung errechnet wird.

§ 301 SGB V regelt, welche Angaben die nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser den Krankenkassen bei Krankenhausbehandlung im Wege der elektronischen Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern zu übermitteln haben. Hierzu gehören nach § 301 Abs1 Satz 1 Nr 3 SGB V der Tag, die Uhrzeit und der Grund der Aufnahme sowie die Einweisungsdiagnose, die Aufnahmediagnose, bei einer Änderung der Aufnahmediagnose die nachfolgenden Diagnosen, die voraussichtliche Dauer der Krankenhausbehandlung sowie, falls diese überschritten wird, auf Verlangen der Krankenkasse die medizinische Begründung; nach Nr 7 der Tag, die Uhrzeit und der Grund der Entlassung oder der Verlegung, bei externer Verlegung die Institutionskennzeichen der aufnehmenden Institution, bei Entlassung oder Verlegung die für die Krankenhausbehandlung maßgebliche Hauptdiagnose und die Nebendiagnosen.

Entgegen der Auffassung der Beklagten hat die Klägerin die Aufnahme- und Entlassungstage in den beiden Rechnungen vom 18.9.2009 korrekt angegeben. Die Angaben beruhen auf der von der Beklagten veranlassten Überprüfung durch

einen Arzt des MDK, der zu dem Ergebnis gelangt war, dass die Versicherte aus der chirurgischen Behandlung bereits am 29.6.2009 hätte entlassen werden können, die stationäre Behandlung vom 1.7.2009 bis 7.7.2009 auf der internistischen Abteilung jedoch aus medizinischer Sicht notwendig war. Die Klägerin war daher berechtigt, den ursprünglich als einheitlich behandelten Aufenthalt in zwei getrennte Aufenthalte abzuändern und die sich hieraus jeweils ergebenden Rechnungsbeträge zu fordern.

Etwas anderes ergibt sich nicht aus den von der Beklagten angeführten Durchführungshinweisen zur Vereinbarung nach § 301 SGB V. Dort sind lediglich Regelungen dazu enthalten, dass dann, wenn sich eine Krankenkasse mit dem Kostenträger nach einer Einzelfallprüfung durch den MDK darauf einigt, dass ein Krankenhausfall nach einer kürzeren Behandlungszeit hätte abgeschlossen sein müssen, die letzten Behandlungstage nicht mehr vergütet werden, sondern diese Tage als "Tage ohne Berechnung" ausgewiesen werden. Dies trifft nicht den vorliegenden Sachverhalt, bei dem festgestellt wird, dass eine einheitliche Krankenhausbehandlung in zwei getrennte Abschnitte aufgeteilt werden muss, wobei nach dem ersten Abschnitt für einige Tage eine Entlassung des Versicherten hätte erfolgen können. Diese Lücke im Fallpauschalenkatalog und in den Durchführungshinweisen ist deshalb im Rahmen der Analogie zu schließen. Würde man der Rechtsauffassung der Beklagten folgen, könnte die Klägerin für den stationären Aufenthalt der Versicherten lediglich den mit Rechnung vom 18.9.2009 geltend gemachten Betrag in Höhe von 2.904,45 Euro fordern, ein Langliegerzuschlag, wie er in der ursprünglichen Rechnung der Klägerin vom 21.7.2009 berücksichtigt war, durfte nicht erfolgen, insoweit ist das Vorbringen der Beklagten im Klageverfahren, die Klägerin habe Anspruch auf Vergütung nach der DRG-Ziffer I21Z zuzüglich Langliegerzuschlag nicht verständlich. In diesem Fall hätte es keiner Überprüfung der ursprünglichen Rechnung durch die Beklagte bedurft. Berücksichtigt man den Ressourcenverbrauch sowohl auf der chirurgischen wie auch auf der internistischen Abteilung des Krankenhauses der Klägerin, sind die beiden geltend gemachten Rechnungen sachgerecht. Die Versicherte ist nicht bis zum

7.7.2009 aufgrund der chirurgischen Diagnosen weiterbehandelt worden, vielmehr erfolgte ab 3.7.2009 eine internistisch-kardiologische Behandlung, die nach den Feststellungen des MDK bereits ab dem 1.7.2009 die Notwendigkeit einer stationären Krankenhausbehandlung begründete. In diesem Fall ist es sachgerecht, dass der auf der internistischen Abteilung angefallene Ressourcenverbrauch der Beklagten eigenständig in Rechnung gestellt werden kann, da aufgrund der von ihr veranlassten Untersuchung durch den MDK die Notwendigkeit zweier getrennter stationärer Aufenthalte festgestellt wurde. Die Klage ist daher in Höhe des Betrages, der sich aus Differenz der Rechnungen vom 18.9.2009 und der am 21.7.2009 ergibt, begründet.

Unbegründet ist dagegen die von der Klägerin geltend gemachte Versicherungspauschale nach § 275 Abs 1c Satz 3 SGB V, denn die Überprüfung des MDK hat zu einer Verringerung der Rechnung über die stationäre Behandlung der Versicherten ab 23.6.2009 geführt. Dass für einen späteren Zeitraum die Notwendigkeit einer erneuten stationären Behandlung bejaht wurde und die Gesamtforderung der Klägerin gegenüber der Beklagten die geltend gemachte Summe aus der Ursprungsrechnung überschreitet, rechtfertigt nicht die Zahlung der Aufwandspauschale.

Der Anspruch auf Verzugszinsen ergibt sich aus dem Landesvertrag nach § 112 Abs 2 Satz 1 Nr 1 SGB V.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Sozialgerichtsgesetz (SGG).