

Bundessozialgericht
Urt. v. 17.12.2013, Az.: B 1 KR 57/12 R

Vergütung stationärer Krankenhausleistungen; Zulässigkeit eines Verlegungsabschlags bei der Verlegung aus einem ausländischen Krankenhaus

Gericht: BSG	Entscheidungsform: Urteil
Datum: 17.12.2013	Referenz: JurionRS 2013, 54523
Aktenzeichen: B 1 KR 57/12 R	ECLI: [keine Angabe]

Verfahrensgang:

vorgehend:

SG Darmstadt - 20.09.2010 - AZ: S 18 KR 576/09

LSG Hessen - 28.06.2012 - AZ: L 1 KR 347/10

Rechtsgrundlagen:

§ 387 BGB

§ 14 BPfIV (1994)

§ 17b KHG

§ 109 SGB V

§ 12 SGB V

§ 2 SGB V

§ 70 SGB V

Fundstellen:

NZS 2014, 381-382

SGb 2014, 79

BSG, 17.12.2013 - B 1 KR 57/12 R

in dem Rechtsstreit

Az: B 1 KR 57/12 R

L 1 KR 347/10 (Hessisches LSG)

S 18 KR 576/09 (SG Darmstadt)

.....,

Klägerin und Revisionsbeklagte,

Prozessbevollmächtigte:,

gegen

Kaufmännische Krankenkasse - KKH,
Karl-Wiechert-Allee 61, 30625 Hannover,
Beklagte und Revisionsklägerin.

Der 1. Senat des Bundessozialgerichts hat auf die mündliche Verhandlung vom 17. Dezember 2013 durch den Richter Prof. Dr. H a u c k als Vorsitzenden, die Richterin Dr. R o o s und den Richter Dr. E s t e l m a n n sowie die ehrenamtlichen Richterinnen G e p p e r t und R o t h - B l e c k w e h l

für Recht erkannt:

Tenor:

Auf die Revision der Beklagten wird das Urteil des Hessischen Landessozialgerichts vom 28. Juni 2012 aufgehoben und die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Darmstadt vom 20. September 2010 zurückgewiesen.

Die Klägerin trägt auch die Kosten des Berufungs- und Revisionsverfahrens.

Der Streitwert für das Revisionsverfahren wird auf 2609,29 Euro festgesetzt.

Gründe

I

- 1 Die Beteiligten streiten über die Wirksamkeit einer Aufrechnung mit einem auf die Nichtberücksichtigung eines Verlegungsabschlags gestützten Erstattungsanspruch.
- 2 Die bei der beklagten Krankenkasse (KK) versicherte B. B. (im Folgenden: "Versicherte B") erhielt aufgrund einer Legionellenpneumonie stationäre Behandlung zunächst vom 9. bis 19.10.2008 in der Türkei und anschließend vom 19. bis 28.10.2008 im Krankenhaus der Klägerin. Sie berechnete hierfür ausgehend von der Fallpauschale DRG E62B (Komplexe Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane ohne komplizierende Prozeduren, ohne komplexe Diagnose bei Zustand nach Organtransplantation, mit komplexer Diagnose und äußerst schweren CC) eine Vergütung in Höhe von 6235,97 Euro (16.12.2008). Die Beklagte bezahlte den Betrag unter Vorbehalt (22.12.2008). Die Beklagte forderte von der Klägerin vergeblich, ihr 2609,29 Euro wegen Nichtberücksichtigung des Verlegungsabschlags zu erstatten. Sie rechnete in dieser Höhe gegen einen Anspruch der Klägerin auf Vergütung der stationären Behandlung der Versicherten P. L. (im Folgenden: "Versicherte L") auf (9.12.2009). Das SG hat die deswegen erhobene Zahlungsklage abgewiesen (Urteil vom 20.9.2010). Das LSG hat dagegen die Beklagte zur Zahlung der Restvergütung verurteilt: Ein Verlegungsabschluss komme bei einer Verlegung aus einem ausländischen Krankenhaus nach seinem Sinn und Zweck nicht in Betracht, fehlsteuernde Anreize weitgehend auszuschließen, die zu einer zu frühen Verlegung des Patienten führen könnten (Urteil vom 28.6.2012).
- 3 Mit ihrer Revision rügt die Beklagte die Verletzung des § 3 Abs 2 Fallpauschalenvereinbarung (FPV) 2008 .
- 4 Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Hessischen Landessozialgerichts vom 28. Juni 2012 aufzuheben und die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Darmstadt vom 20. September 2010 zurückzuweisen.
- 5 Die Klägerin beantragt,

die Revision zurückzuweisen.

- 6 Sie hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend.

II

- 7 Die zulässige Revision der Beklagten ist begründet (§ 170 Abs 2 S 1 SGG). Das LSG hat das SG-Urteil zu Unrecht aufgehoben. Das SG hat zutreffend die Klage abgewiesen. Die von der Klägerin erhobene (echte) Leistungsklage (§ 54 Abs 5 SGG) ist im hier bestehenden Gleichordnungsverhältnis zulässig (vgl zB BSGE 102, 172 [BSG 16.12.2008 - B 1 KN 1/07 KR R] = SozR 4-2500 § 109 Nr 13, RdNr 9 mwN; BSGE 104, 15 = SozR 4-2500 § 109 Nr 17, RdNr 12), aber unbegründet. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf die restliche Vergütung für die der Versicherten L erbrachte Krankenhausbehandlung in Höhe von weiteren 2609,29 Euro. Der ursprünglich entstandene Anspruch der Klägerin auf Vergütung der Krankenhausbehandlung der Versicherten L (dazu 1.) erlosch dadurch in Höhe von 2609,29 Euro, dass die Beklagte wirksam mit ihrem Erstattungsanspruch wegen Überzahlung der Vergütung für die Krankenhausbehandlung der Versicherten B aufrechnete (dazu 2.). Der Klägerin stand hierfür in Höhe des Verlegungsabschlags kein Vergütungsanspruch zu.
- 8 1. Zu Recht ist zwischen den Beteiligten nicht streitig, dass der Klägerin aufgrund der Behandlung der Versicherten L zunächst Anspruch auf die abgerechnete Vergütung zustand; eine nähere Prüfung des erkennenden Senats erübrigt sich insoweit (vgl zur Zulässigkeit dieses Vorgehens zB BSG SozR 4-2500 § 129 Nr 7 RdNr 10; SozR 4-2500 § 130 Nr 2 RdNr 15). Die Zahlungsverpflichtung einer KK entsteht - unabhängig von einer Kostenzusage - unmittelbar mit Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten kraft Gesetzes (§ 109 Abs 4 S 3 SGB V), wenn die Versorgung - wie hier - in einem zugelassenen Krankenhaus durchgeführt wird und iS von § 39 Abs 1 S 2 SGB V erforderlich ist (stRspr, vgl nur BSG SozR 4-2500 § 109 Nr 19 RdNr 11 mwN). Die Krankenhausvergütung bemäß sich nach den in Rechnung gestellten vertraglichen Fallpauschalen auf gesetzlicher Grundlage (vgl zum Ganzen ausführlich BSGE 109, 236 [BSG 08.11.2011 - B 1 KR 8/11 R] = SozR 4-5560 § 17b Nr 2, RdNr 14 ff).
- 9 2. Der Vergütungsanspruch für Krankenhausbehandlung der Versicherten L erlosch dadurch in Höhe von 2609,29 Euro, dass die Beklagte wirksam mit ihrem öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch wegen Überzahlung der Vergütung für die Krankenhausbehandlung der Versicherten B analog § 387 BGB die Aufrechnung erklärte (zur entsprechenden Anwendung auf überzahlte Krankenhausvergütung vgl zB BSGE 109, 236 [BSG 08.11.2011 - B 1 KR 8/11 R] = SozR 4-5560 § 17b Nr 2, RdNr 9 ff mwN, stRspr). Der Vergütungsanspruch der Klägerin und der von der Beklagten aufgerechnete öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch waren gegenseitig und gleichartig (vgl hierzu BSG SozR 4-2500 § 264 Nr 3 RdNr 16), der öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch war fällig und der Vergütungsanspruch der Klägerin erfüllbar. Die Voraussetzungen des Gegenanspruchs aus öffentlich-rechtlicher Erstattung in Höhe von 2609,29 Euro waren erfüllt. Die Beklagte konnte Erstattung in Höhe von 2609,29 Euro beanspruchen, weil die von ihr bezahlte Rechnung über die Behandlung der Versicherten B um den Verlegungsabschluss überhöht war.
- 10 Auch die Vergütung für Krankenhausbehandlung der Versicherten B bemisst sich nach vertraglichen Fallpauschalen auf gesetzlicher Grundlage. Die Fallpauschalenvergütung für Krankenhausbehandlung Versicherter in zugelassenen Einrichtungen ergibt sich - wie dargelegt - aus § 109 Abs 4 S 3 SGB V (idF durch Art 1 Nr 3 Fallpauschalengesetz [FPG] vom 23.4.2002, BGBl I 1412) iVm § 7 Krankenhausergeltgesetz ([KHEntgG] idF durch Art 2 Nr 5 Zweites Fallpauschalenänderungsgesetz [2. FPÄndG] vom 15.12.2004, BGBl I 3429) und § 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz ([KHG] idF durch Art 18 Nr 4 GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz [GKV-WSG] vom 26.3.2007, BGBl I 378; vgl entsprechend BSGE 109, 236 = SozR 4-5560 § 17b Nr 2, RdNr 15 f; BSG SozR 4-2500 § 109 Nr 14 RdNr 15). Der Anspruch wird auf Bundesebene durch Normsetzungsverträge (Normenverträge, FPV) konkretisiert. Die Spitzenverbände der KK (ab 1.7.2008: Spitzenverband Bund der KK) und der Verband der privaten Krankenversicherung gemeinsam vereinbaren nach § 9 Abs 1 S 1 Nr 1 KHEntgG (idF durch Art 5 FPG) mit der

Deutschen Krankenhausgesellschaft als "Vertragsparteien auf Bundesebene" mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG (idF durch Art 2 Nr 8 2. FPÄndG) einen Fallpauschalen-Katalog einschließlich der Bewertungsrelationen sowie Regelungen zur Grenzverweildauer und der in Abhängigkeit von diesen zusätzlich zu zahlenden Entgelte oder vorzunehmenden Abschläge. Ferner vereinbarten sie insoweit Abrechnungsbestimmungen in den FPV auf der Grundlage des § 9 Abs 1 S 1 Nr 3 KHEntgG (idF durch Art 5 FPG). Die Klägerin berechnete auf dieser Grundlage im Ansatz rechtmäßig für die Behandlung der Versicherten B die DRG E62B mit einem Rechnungsbetrag von 6235,97 Euro.

- 11** Die Klägerin hätte jedoch nach der für die Zeit vom 1.1. bis 31.12.2008 maßgeblichen Regelung des § 3 Abs 2 FPV 2008 einen Verlegungsabschluss vornehmen müssen. Danach ist im Falle einer Verlegung aus einem anderen Krankenhaus von dem aufnehmenden Krankenhaus ein Abschluss entsprechend den Vorgaben des Abs 1 vorzunehmen, wenn die im Fallpauschalenkatalog ausgewiesene mittlere Verweildauer im aufnehmenden Krankenhaus unterschritten wird (§ 3 Abs 2 S 1 FPV 2008). Dauerte die Behandlung im verlegenden Krankenhaus nicht länger als 24 Stunden, so ist im aufnehmenden Krankenhaus kein Verlegungsabschluss nach Satz 1 vorzunehmen; bei einer frühzeitigen Entlassung durch das aufnehmende Krankenhaus ist die Regelung zur unteren Grenzverweildauer nach § 1 Abs 3, bei einer Weiterverlegung die Abschlagsregelung nach Abs 1 anzuwenden (§ 3 Abs 2 S 2 FPV 2008). Diese Voraussetzungen eines Verlegungsabschlags waren erfüllt. Die Behandlung der Versicherten B im aufnehmenden Krankenhaus der Klägerin erreichte nicht die mittlere Verweildauer der DRG E62B von 17,4 Tagen. Dagegen dauerte die Behandlung im verlegenden Krankenhaus in der Türkei länger als 24 Stunden (zum Begriff der "Behandlung" iS von Behandlungsfall in der wortgleichen Regelung des § 3 Abs 2 S 2 FPV 2007 vgl BSG SozR 4-5562 § 9 Nr 3 RdNr 16 ff).
- 12** Es ist für den Verlegungsabschluss unerheblich, wo das verlegende Krankenhaus seinen Sitz hat und ob es ein nach § 108 SGB V zugelassenes Krankenhaus ist. Schon der klare Wortlaut des § 3 Abs 2 S 1 FPV 2008 erfasst alle Fälle einer Verlegung aus einem "anderen Krankenhaus". Auch die Systematik spricht nicht dafür, den Verlegungsabschluss beim aufnehmenden Krankenhaus bloß auf Fälle der Verlegung aus einem - ggf zugelassenen - inländischen Krankenhaus anzuwenden. Die Fallpauschalen werden jeweils von dem die Leistung erbringenden Krankenhaus nach dem am Tag der voll- oder teilstationären Aufnahme geltenden Fallpauschalen-Katalog und den dazu gehörenden Abrechnungsregeln abgerechnet (§ 1 Abs 1 S 1 FPV 2008). Im Falle der Verlegung eines Versicherten von einem in ein anderes Krankenhaus kann jedes beteiligte Krankenhaus eine Fallpauschale abrechnen, wenn deren Voraussetzungen erfüllt sind. Liegen die Voraussetzungen für einen Verlegungsabschluss bei einem der beteiligten Krankenhäuser nicht vor, hindert dies keineswegs den Verlegungsabschluss bei dem anderen beteiligten Krankenhaus, welches die Voraussetzungen hierfür erfüllt (vgl Steiner/Bussmann/Koerdt, KH 2004, 1012, 1015).
- 13** Es besteht kein Grund, § 3 Abs 2 FPV 2008 hiervon abweichend auszulegen. Nach der Rechtsprechung des erkennenden Senats sind wirksame Abrechnungsbestimmungen zur Fallpauschalenvergütung wegen ihrer Funktion im Gefüge der Ermittlung des Vergütungstatbestandes innerhalb eines vorgegebenen Vergütungssystems eng am Wortlaut orientiert und unterstützt durch systematische Erwägungen auszulegen (BSGE 109, 236 [BSG 08.11.2011 - B 1 KR 8/11 R] = SozR 4-5560 § 17b Nr 2, RdNr 27; BSG SozR 4-5562 § 9 Nr 3 RdNr 17 f mwN; übereinstimmend damit 3. BSG-Senat, BSGE 107, 140 [BSG 25.11.2010 - B 3 KR 4/10 R] = SozR 4-2500 § 109 Nr 21, RdNr 18). Höherrangiges Recht steht dem hier gefundenen Auslegungsergebnis nicht entgegen.
- 14** Die Vertragsparteien der FPV sind am Maßstab des § 17b KHG iVm § 9 Abs 1 KHEntgG darin frei, welche näheren Regelungen über Verlegungsfälle und entsprechende Abrechnungsbestimmungen sie vorsehen wollen (vgl auch BT-Drucks 16/10807 S 31 zu Art 2 Nr 9 Buchst a des Gesetzentwurfs zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 [Krankenhausfinanzierungsreformgesetz - KHRG], wonach die - mWv 25.3.2009 durch Art 2 Nr 9 Buchst a KHRG vom 17.3.2009, BGBl I 534, erfolgte - ausdrückliche Berücksichtigung von Verlegungsfällen im Wortlaut des § 9 Abs 1 Nr 1 KHEntgG eine redaktionelle Klarstellung dessen sei, dass die Vertragsparteien auf Bundesebene im Rahmen der Vereinbarung des DRG-Systems

auch Verlegungsregelungen trafen). Höherrangiges Recht gebietet es nicht, den Wortlaut des § 3 Abs 2 FPV 2008 geltungserhaltend zu reduzieren. Auch finanzierungstechnische Grundprinzipien lassen Raum für unterschiedliche Regelungen. Der erkennende Senat hat schon zur Regelung in der Verordnung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2004 (Fallpauschalenverordnung 2004 [KFPV 2004]) darauf hingewiesen, dass sich das Regelungssystem von der früheren Konzeption in § 14 Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) unterscheidet (BSG SozR 4-2500 § 109 Nr 14 RdNr 17 ff mwN). Die gesetzlichen Grundlagen geben nach dieser Rechtsprechung in § 17b Abs 1 S 1 Halbs 1 und S 2 KHG vor, das Abrechnungssystem praktikabel auszugestalten, ohne zusätzliche Kosten zu verursachen (BSG SozR 4-2500 § 109 Nr 14 RdNr 17). Sie trugen zunächst Sorge dafür, dass die Umsetzung für das Jahr 2004 budgetneutral erfolgte (vgl § 17b Abs 6 S 3 KHG in der durch Art 2 Nr 4 Buchst f FPG eingeführten Fassung). Ab dem Jahr 2005 wird das Erlösbudget des Krankenhauses nach den näheren Bestimmungen des KHEntgG schrittweise an den Basisfallwert nach § 17b Abs 3 S 5 KHG angeglichen. Weil die - von den Selbstverwaltungspartnern fortgeführte - Regelung des § 1 Abs 1 S 2 KFPV 2004 regelmäßig zur Abrechnung einer erhöhten Fallzahl führt (sowohl das verlegende als auch das übernehmende Krankenhaus rechnen hier jeweils eine Fallpauschale ab), wird der Landesbasisfallwert bei unveränderter Höhe des Landesbudgets entsprechend abgesenkt, sodass lediglich eine abweichende Kostenzuordnung zu den einzelnen Krankenhäusern erfolgt (vgl BSG SozR 4-2500 § 109 Nr 14 RdNr 19). Wie aber schon Verlegungsfälle mit Beteiligung von Krankenhäusern in verschiedenen Bundesländern zeigen, ist es systembedingt, dass bloß die im jeweiligen Land angefallenen abgesenkten Fallpauschalen Berücksichtigung finden.

- 15** Es ließe sich auch mit dem allgemeinen Gleichheitssatz (Art 3 Abs 1 GG) schwerlich vereinbaren, gleiche Leistungen des aufnehmenden Krankenhauses ungleich zu vergüten, je nachdem, wo die vorangegangenen Vorleistungen erfolgt sind. Der Verlegungsabschlag hat beim aufnehmenden Krankenhaus seinen sachlichen Grund ua darin, dass die Verweildauer in diesem Krankenhaus geringer ist als die Zahl der Tage, die bei der Kalkulation der Fallpauschale zugrunde gelegt wurden (vgl bereits Begründung zum Referentenentwurf KFPV 2004, Stand 2.9.2003, zu B. Einzelbegründung zu § 3 S 9 f, recherchiert am 16.12.2013 unter <http://www.dkgev.de/media/file/2532.122.pdf>).
- 16** Die Beklagte berechnete auch die Höhe des Erstattungsbetrags zutreffend. Die Höhe des Verlegungsabschlags je Versorgung in einer Hauptabteilung in Spalte 11 oder bei belegärztlicher Versorgung in Spalte 13 des Fallpauschalen-Bewertungsrelation mit dem Basisfallwert multipliziert wird. Die Zahl der Tage, für die ein Abschlag vorzunehmen ist (Verweildauer nach dem Fallpauschalen-Katalog, kaufmännisch auf die nächste ganze Zahl gerundet - Belegungstage (Verweildauer nach § 1 Abs 7) = Zahl der Abschlagstage (§ 3 Abs 2 S 1 iVm § 3 Abs 1 S 2 und 3 FPV 2008). Ausgewiesene Fallpauschalen-Katalog 2008 ausgewiesenen Bewertungsrelation von 0,116 und vom Basisfallwert für das Kreis-Krankenhaus mit einer Höhe von 2804,99 Euro (vgl § 11 KHEntgG idF des 2. FPÄndG ; Basisfallwert abrufbar unter <http://www.aok-gesundheitspartner.de/imperia/md/gpp/bund/krankenhaus/budgetverhandlung/bundesbasisfallwert/>) ergibt sich danach vorliegend folgende Rechnung: $325,38 (0,116 \times 2804,99) \text{ Euro} \times 8 (17-9) = 2603,04 \text{ Euro}$. Die Berechnung ist korrekt um 6,25 Euro auf 2609,29 Euro, indem sie den in den ursprünglichen Rechnungsbetrag von 6235,97 Euro (vgl § 1 Abs 14 KHEntgG (idF durch Art 2 Nr 2 Buchst k 2. FPÄndG) von +45,52 Euro (0,74 %) und den Abschlag gemäß § 3 Abs 2 Nr 2 GKV-WSG) von -30,76 Euro (0,5 %) verhältnismäßig auf den Verlegungsabschlag von 2603,04 Euro umlegte.
- 17** 3. Die Kostenentscheidung folgt aus § 197a SGG iVm § 154 Abs 1 VwGO , die Festsetzung des Streitwerts beruht auf § 197a Abs 1 S 1 Teils 1 SGG iVm § 63 Abs 2 , § 52 Abs 1 und 3 sowie § 47 Abs 1 GKG .

Prof. Dr. Hauck
Dr. Roos
Dr. Estelmann
Geppert
Roth-Bleckwehl

Hinweis: Das Dokument wurde redaktionell aufgearbeitet und unterliegt in dieser Form einem besonderen urheberrechtlichen Schutz. Eine Nutzung über die Vertragsbedingungen der Nutzungsvereinbarung hinaus -

insbesondere eine gewerbliche Weiterverarbeitung außerhalb der Grenzen der Vertragsbedingungen - ist nicht gestattet.