



## Forschungsstelle Recht der Gesundheitswirtschaft

Lehrstuhl für Bürgerliches Recht, Arbeitsrecht und Sozialrecht

Fakultät für Rechtswissenschaft - Universität Bielefeld

Professor Dr. Oliver Ricken

Wiss. Mit.: Dr. Denis Hedermann • Sebastian Kauschke • Christoph Leirer • Nicole Wiegard • Annedore Witschen • Mandy Zibolka

### Entscheidung des Monats 5/2015

BSG, Urteil vom 10.03.2015 – B 1 KR 2/15 R<sup>1</sup>

**Vergütung einer stationären Behandlung – Krankenhaus trägt das Risiko der kostengünstigsten Verschaffung von Mitteln für eine erforderliche und wirtschaftliche Krankenhausbehandlung – Gewährung von Krankenhausbehandlung nach medizinischer Erfordernis**

#### Sachverhalt:

Die klagende Krankenträgerin führte in ihrem für die Behandlung von Versicherten zugelassenen Krankenhaus bei einer bei der Beklagten versicherten Patientin einen Herzklappeneingriff durch. Hierfür stellte sie der Beklagten einen Betrag in Höhe von 25.375,96 Euro (*Fallpauschale DRG F03Z – Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, mit komplizierenden Prozeduren mit ZE 84.02 – Apherese-Thrombozytenkonzentrate*) in Rechnung. Die Beklagte beglich die Rechnung, beauftragte aber auch den Sozialmedizinischen Dienst, die übermittelten Daten zu prüfen. Der Sozialmedizinische Dienst kam zu dem Ergebnis, dass die Gabe von zwei Thrombozyten-Apheresekonzentraten nicht nachvollziehbar sei. Die Gabe gepoolter Thrombozytenkonzentrate wäre ausreichend gewesen. Entsprechend hätte die Klägerin der Beklagten lediglich einen Betrag in Höhe von 19.801,53 Euro (*Fallpauschale DRG F11A – Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, mit Zweifacheingriff oder bei angeborenem Herzfehler und mit Reoperation, invasiver Diagnostik oder intraoperativer Ablation*) in Rechnung stellen dürfen. Die zu viel gezahlten 5.457,10 Euro<sup>2</sup> verrechnete die Beklagte mit einer weiteren Forderung der Klägerin. Die Klage auf Zahlung der 5.457,10 Euro blieb ohne Erfolg. Das LSG Saarland<sup>3</sup> wies die Berufung zurück. Die Aufrechnung sei wirksam, da Krankenkassen nur zur Erstattung von Leistungen verpflichtet seien, die medizinisch erforderlich sind. Die Gabe von Apherese-Thrombozytenkonzentraten sei medizinisch aber nicht angezeigt gewesen. Die Klägerin begründet die Revision damit, dass die Verabreichung von Apherese-Thrombozytenkonzentraten sehr wohl angezeigt gewesen sei, da gepoolte Thrombozytenkonzentrate nicht verfügbar gewesen seien.

#### Entscheidung:

Das BSG wies die zulässige Revision zurück. Der Klägerin stünde wegen der Behandlung der Versicherten nur ein Anspruch in Höhe von 19.801,53 Euro zu. Die Aufrechnung sei folglich wirksam gewesen, die weitere Forderung der Klägerin somit erfüllt. Der Vergütungsanspruch der Klägerin in Höhe von 25.375,96 Euro setze zunächst voraus, dass nicht die DRG F11A, sondern die DRG F03Z mit ZE 84.02 abzurechnen gewesen seien. Entscheidend sei hierfür, ob die Gabe von gepoolten Thrombozytenkonzentraten (dann DRG F11A) oder Thrombozyten-Apheresekonzentraten (dann DRG F03Z und ZE 84.02) erforderlich und wirtschaftlich gewesen ist. Denn nur eine erforderliche, wirtschaftliche Krankenhausbehandlung führe zu einem Vergütungsanspruch des Krankenhauses. Bei unwirtschaftlicher Behandlung könne ein Krankenhaus allenfalls jene Vergütung beanspruchen, die bei fiktivem wirtschaftlichem Alternativverhalten angefallen wäre.<sup>4</sup> Dies folge zunächst aus dem Wortlaut des Wirtschaftlichkeitsgebots. Nach § 12 Abs. 1 SGB V müssen Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein und dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Nicht notwendige oder unwirtschaftliche Leistungen können Versicherte hingegen nicht beanspruchen, dürfen Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen. Auch Regelungssystem und Zweck der Krankenhausvergütung sprächen dafür, dass Krankenhäuser nur für eine wirtschaftliche Behandlung einen Vergütungsanspruch erhielten. Die Vergütung diene als Gegenleistung für die Pflicht, Versicherten Krankenhausbehandlung im Rahmen des Versorgungsauftrags zu gewähren. Versicherte haben aber gerade keinen Anspruch auf unwirtschaftliche Leistun-

gen. Auch die Entwicklungsgeschichte des Rechts der Leistungserbringer untermauere das Wirtschaftlichkeitsgebot für eine Krankenhausbehandlung. Die Leistungserbringer seien Teil eines Leistungssystems, dem eine besondere soziale Bedeutung zukomme. Dieses System baue auf dem Gedanken der Solidargemeinschaft der Versicherten auf. Folglich müsse dieses auch eine zweckmäßige und ausreichende Krankenversorgung für alle Versicherten sicherstellen. Dafür müssten nicht notwendige und unwirtschaftliche Leistungen vermieden werden. Wirtschaftlich sei eine Leistung, wenn bei Existenz mehrerer gleich zweckmäßiger und notwendiger Behandlungsmöglichkeiten die Kosten für den gleichen zu erwartenden Erfolg geringer oder zumindest nicht höher seien.<sup>5</sup> Die Klägerin sei daher verpflichtet gewesen, den kostengünstigeren Weg zu wählen, d. h. die Behandlung mit gepoolten Thrombozytenkonzentraten. Die Klägerin könne sich insbesondere nicht darauf berufen, dass eine Behandlung mit Thrombozyten-Apheresekonzentraten vorliegend erforderlich gewesen sei, da eine Versorgung mit gepoolten Thrombozytenkonzentraten wegen Lieferschwierigkeiten nicht möglich gewesen sei. Das Krankenhaus trage das Risiko der kostengünstigen Verschaffung der Behandlungsmittel. Dies sei dem Fallpauschalensystem immanent, dass dem Krankenhaus die Chance auf Gewinn durch Kostenersparnisse ermögliche, aber im Gegenzug auch die Kosten einer zusätzlichen Versorgung aufbürde. Das Krankenhaus sei nämlich zu einer umfassenden und einheitlichen Gesamtleistung verpflichtet. Das Krankenhaus müsse Vorsorge dafür treffen, dass alle Mittel für eine erforderliche und wirtschaftliche Versorgung zur Verfügung stünden. Die Behandlung mit gepoolten Thrombozytenkonzentraten sei erforderlich und wirtschaftlich. Entsprechend bestünde auch nur hierfür ein Vergütungsanspruch. Apherese-Thrombozytenkonzentrate seien nur erforderlich, wenn, anders als bei der Versicherten, bestimmte Besonderheiten in der Person des Patienten vorlägen, etwa eine Autoimmunisierung gegen HLA Klasse I Antigene.

#### Anmerkung:

Die Entscheidung des BSG beruht im Wesentlichen auf zwei Punkten: Einerseits folge aus dem Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 SGB V, dass unwirtschaftliche Leistungen nicht zu einem Vergütungsanspruch führen. Andererseits folge aus dem DRG-System, dass das Kostenrisiko der konkreten Behandlung auf Seiten des Krankenhauses liege. Die Begründung, warum dies dazu führe, dass das Krankenhaus das Risiko der kostengünstigen Verschaffung von Mitteln für eine erforderliche und wirtschaftliche Behandlung trage, gelingt aber nur teilweise. Zunächst ist festzuhalten, dass beide Punkte für sich genommen zutreffend sind. Das Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 Abs. 1 SGB V führt dazu, dass unwirtschaftliche Leistungen nicht zu einem Vergütungsanspruch führen. Ob § 12 Abs. 1 SGB V Fälle wie den vorliegenden aber überhaupt erfasst, erscheint zumindest fraglich. Ob eine wegen Beschaffungsproblemen tatsächlich nicht durchführbare Behandlung nämlich eine zu berücksichtigende kostengünstigere, d. h. wirtschaftlichere Alternative, darstellt, ist § 12 Abs. 1 SGB V nicht zu entnehmen. Auch der Verweis auf das DRG-System hilft nur bedingt weiter. Richtig ist, dass das DRG-System für Krankenhäuser ökonomische Anreize schaffen soll. Fallpauschalen sollen aber vor allem dazu anreizen, die Verweildauer der Patienten im Krankenhaus zu verkürzen.<sup>6</sup> Dass Krankenhäuser dafür zu sorgen haben, dass alle Mittel für eine wirtschaftliche Behandlung zur Verfügung stehen, ergibt sich aber direkt aus § 2 Abs. 4 SGB V. Danach haben Leistungserbringer, also auch Krankenhäuser, darauf zu achten, dass Leistungen wirtschaftlich erbracht werden. D. h. § 2 Abs. 4 SGB V erweitert das Wirtschaftlichkeitsgebot für Leistungserbringer dahingehend, dass diese auch für die Beschaffung der wirtschaftlichen Leistung verantwortlich sind.<sup>7</sup> Kommen Leistungserbringer dieser Pflicht nicht nach, kann dies analog den Ausführungen des BSG wegen des Wirtschaftlichkeitsgebots des § 12 SGB V i. V. m. § 2 Abs. 4 SGB V und dem Sinn und Zweck des DRG-Systems nicht zu Lasten der Versicherten gehen.

**Autor: Wiss. Mit. Christoph Leirer (Tel. 0521/106-3177)**

<sup>1</sup> SGB 2015, 263.

<sup>2</sup> Korrekterweise hätte in Höhe von 5574,43 Euro aufgerechnet werden müssen. Dies ist vorliegend aber unproblematisch, da sich die Beklagte bei dem Betrag zu ihren Ungunsten verrechnete.

<sup>3</sup> LSG Saarland vom 22.08.2012 – L 2 KR 39/09, MedR 2013, 268.

<sup>4</sup> BSG vom 01.07.2014 – B 1 KR 62/12 R, SozR 4-2500 § 12 Nr. 4.

<sup>5</sup> BSG vom 07.05.2013 – 07.05.2013, SozR 4-2500 § 40 Nr. 7.

<sup>6</sup> BSG vom 19.09.2007 – B 1 KR 39/06 R, SozR 4-2500 § 19 Nr. 4; Spickhoff/Kutlu, Vorb. KHEntG, Rn. 4.

<sup>7</sup> So auch: Noftz in: Hauck/Noftz, SGB, 07/14, § 2 SGB V, Rn. 35.