

L 1 KR 77/09

Land

Freistaat Sachsen

Sozialgericht

Sächsisches LSG

Sachgebiet

Krankenversicherung

Abteilung

1

1. Instanz

SG Leipzig (FSS)

Aktenzeichen

S 8 KR 92/07

Datum

20.02.2009

2. Instanz

Sächsisches LSG

Aktenzeichen

L 1 KR 77/09

Datum

10.09.2014

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

1. zur Frage der Fallzusammenführung bei der Behandlung von Krebspatienten

2. zur Abgrenzung von Beurlaubung und Entlassung aus dem Krankenhaus

I. Auf die Berufung der Klägerin wird das Urteil des Sozialgerichts Leipzig vom 20. Februar 2009 aufgehoben.

II. Die Beklagte wird verurteilt, der Klägerin weitere 6.733,67 EUR nebst Zinsen in Höhe von 5 % über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 11. November 2006.

III. Die Beklagte trägt die Kosten des Verfahrens beider Instanzen.

IV. Der Streitwert wird auf 6.733,67 EUR festgesetzt.

V. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten darüber, ob zwei stationäre Krankenhausbehandlungen im Wege der Fallzusammenführung mit nur einer Fallpauschale abzurechnen sind.

Die 1924 geborene und bei der Beklagten und Berufungsbeklagten (im Folgenden: Beklagte) versichert gewesene E. H. (im Folgenden: Versicherte) war an einem Rektum-Karzinom erkrankt. Am 7. Dezember 2005 wurde durch den Facharzt für Allgemeinmedizin Dr. W. , am 23. Dezember 2005 durch die Fachärztin für Radiologie Dr. F. und am 20. Januar 2006 durch die Fachärztin für Innere Medizin Dr. J. jeweils eine Krankenhausbehandlung zur Operation des Karzinoms verordnet. Die Fachärztin für Radiologie gab in der Verordnung vom 23. Dezember 2005 als Diagnosen C20 (ICD-10: bösartige Neubildung des Rektums) und C87.7 (ICD-10: sekundäre bösartige Neubildung) an.

Die Versicherte wurde im weiteren Verlauf bei der Klägerin und Berufungsklägerin (im Folgenden: Klägerin) zunächst vom 3. Januar 2006 bis zum 19. Januar 2006 und dann vom 23. Januar bis 15. Februar 2006 stationär aufgenommen.

Mit der "Endabrechnung für stationäre Behandlung" (Aufnahmedatum 3. Januar 2006, Entlassungsdatum 19. Januar 2006) vom 13. Februar 2006 berechnete die Klägerin für die während des stationären Krankenhausaufenthaltes vom 3. Januar 2006 bis zum 19. Januar 2006 durchgeführte Strahlentherapie einen Betrag von 8.161,54 EUR (Diagnosis Related Groups [DRG] G27B – Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauung), zuzüglich diverser Zuschläge ergab sich ein Betrag von 8.390,13 EUR. Nach Abzug geleisteter Zuzahlungen belief sich der Rechnungsendbetrag auf 8.220,13 EUR. Als Entlassungsdiagnose gab die Klägerin auf der Rechnung C20 an.

In der weiteren "Endabrechnung für stationäre Behandlung" (Aufnahmedatum 23. Januar 2006, Entlassungsdatum 15. Februar 2006) vom 13. März 2006 berechnete die Klägerin für die während dieses stationären Aufenthaltes durchgeführte komplexe Rektumresektion (DRG G16Z – Komplexe Rektumresektion) einen Betrag von 10.843,15 EUR; der Gesamtbetrag der Rechnung belief sich auf 11.137,36 EUR. Als Entlassungsdiagnose gab die Klägerin wiederum C20 an.

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) schätzte durch die Fachärztin für Innere Medizin Dr. S. in einer Stellungnahme vom 5. April 2006 ein, dass eine Fallzusammenführung nach § 2 Abs. 2 der Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das

Jahr 2006 (Fallpauschalenvereinbarung 2006 - FPV 2006) möglich sei. Die Wiederaufnahme sei innerhalb von 30 Tagen erfolgt, und es handele sich um die gleiche Hauptdiagnosegruppe (MDC).

Mit Schreiben vom 11. April 2006 wandte sich die Beklagte an die Klägerin und führte aus, im Ergebnis der Prüfung durch den MDK sei festgestellt worden, dass bereits zum Zeitpunkt der Entlassung am 19. Januar 2006 die geplante Wiederaufnahme zur chirurgischen Intervention am 23. Januar 2006 festgestanden habe. Medizinische Gründe für eine kurzzeitige Unterbrechung der Behandlung bestünden nicht. Es sei deshalb von einem durchgängigen Behandlungsfall auszugehen und beide Aufenthalte seien zusammenzufassen. Die erbrachten Leistungen für den Zeitraum vom 3. Januar 2006 bis 15. Februar 2006 würden in Höhe der DRG G15Z (Strahlentherapie mit großem abdominellen Eingriff) vergütet.

Nachdem die Beklagte zunächst (am 3. März und 19. Juni 2006) für beide Aufenthalte zusammen den von der Klägerin insgesamt geforderten Betrag von 19.357,49 EUR bezahlt hatte, setzte sie die gezahlten Beträge in Sammelrechnungen vom 14. Juni 2006 und 19. Juni 2006 bis auf eine Restsumme von 129,26 EUR ab und zahlte dann am 1. November 2006 auf die beiden Rechnungen der Klägerin den Betrag von 12.494,56 EUR für die beiden stationären Behandlungen; der Gesamtbetrag der auf die streitgegenständlichen Rechnungen der Klägerin von der Beklagten gezahlten Beträge belief sich somit auf 12.623,82 EUR und blieb um 6.733,67 EUR unter dem von der Klägerin geforderten Betrag von 19.357,49 EUR.

Am 29. März 2007 hat die Klägerin Klage vor dem Sozialgericht Leipzig (SG) erhoben und mit der Klage den Differenzbetrag von 6.733,67 EUR nebst Zinsen in Höhe von 5 % über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 11. November 2006 gefordert.

Zur Begründung der Klage ist insbesondere ausgeführt worden, die Klägerin habe zu Recht für den ersten Behandlungsfall die DRG G27B und für den zweiten Behandlungsfall die DRG G16Z berechnet. Eine Fallzusammenführung gemäß § 2 Abs. 2 FPV 2006 komme schon deshalb nicht in Betracht, da es sich nicht um dieselbe Basis-DRG handle. Nach der genannten Vorschrift sei eine Zusammenfassung der Falldaten zu einem Fall und eine Neueinstufung in eine Fallpauschale vorzunehmen, wenn ein Patient innerhalb von 30 Kalendertagen ab dem Aufnahmedatum des ersten unter diese Vorschrift zur Zusammenfassung fallenden Krankenhausaufenthaltes wieder aufgenommen werde und innerhalb der gleichen Hauptdiagnosegruppe (MDC) die zuvor abrechenbare Fallpauschale in die "medizinische Partition" (M) oder die "andere Partition" (A) und die anschließende Fallpauschale in die "operative Partition" (O) einzugruppieren sei. Vorliegend sei die gleiche Hauptdiagnosegruppe zu bejahen. Jedoch sei die erste DRG G27B in die "operative Partition" einzugruppieren und nicht, wie es Voraussetzung für eine Fallzusammenführung nach dieser Vorschrift wäre, in die "medizinische Partition" oder "andere Partition". Demgemäß lägen die Voraussetzungen des § 2 Abs. 2 FPV 2006 nicht vor und eine Fallzusammenführung könne nicht erfolgen.

Die Beklagte hat hierzu vorgetragen, zwar sei die DRG G27B von der Wiederaufnahme ausgenommen, so dass eine Fallzusammenführung nach § 2 Abs. 1 und 2 FVP 2006 grundsätzlich nicht möglich sei. Vorliegend sei eine Empfehlung des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) vom 22. April 2005 an die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Spitzenverbände der Kassen maßgeblich gewesen, in welcher u.a. ausgeführt worden sei, dass, wenn ein Patient die Krankenhausbehandlung kurzfristig unterbreche, die stationäre Behandlung oder ein Behandlungsintervall nicht abgeschlossen sei, keine Entlassung, sondern eine Beurlaubung vorliege mit der Folge, dass nur eine Fallpauschale für die Behandlung abgerechnet werden könne, wobei unerheblich sei, ob eine Fallpauschale von der Wiederaufnahmeregelung ausgenommen sei. Bei den beiden streitgegenständlichen Aufenthalten der Versicherten handle es sich um einen Behandlungsfall, der am 7. Dezember 2005 mit der diagnostischen Abklärung des Rektumkarzinoms begonnen habe, ab dem 3. Januar 2006 mit der Radiotherapie fortgesetzt und ab dem 23. Januar mit der Resektion des Karzinoms abgeschlossen worden sei. Ihrer Ansicht nach sei die Versicherte vom 19. Januar 2006 bis 22. Januar 2006 gemäß der Empfehlung des BMGS beurlaubt gewesen, so dass die Klägerin nur eine DRG abrechnen können, obwohl eine der beiden DRGs von der Fallzusammenführung ausgenommen sei.

Hierzu hat die Klägerin noch vorgetragen, für das Jahr 2005 habe die FPV keine Beurlaubungsregelung enthalten. In § 1 Abs. 7 Satz 2 FPV 2006 seien die Voraussetzungen einer Beurlaubung nunmehr geregelt; diese lägen nicht vor, da die Versicherte nicht auf eigene Initiative hin entlassen worden sei, sondern die Entscheidung zur kurzzeitigen Entlassung letztlich der Arzt getroffen habe, da zu diesem Zeitpunkt die stationäre Behandlungsbedürftigkeit nicht gegeben gewesen sei.

Das SG hat die Klage mit Urteil vom 20. Februar 2009 abgewiesen und zur Begründung im Wesentlichen ausgeführt, die Erforderlichkeit stationärer Krankenhausbehandlung sei gerichtlich voll überprüfbar. In erweiternder Auslegung des Gesetzeswortlautes des [§ 275 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) sei den Krankenkassen das Recht zuzubilligen, eine Krankenhausabrechnung auch rechnerisch bzw. sachlich zu überprüfen, selbst wenn ihrem Wortlaut nach die Vorschrift lediglich die Überprüfung der Wirtschaftlichkeit der Leistungen beinhalte. Denn die Abrechnungsüberprüfung werde vom Regelungsgehalt der Vorschrift mit umfasst, weil sie der dort geregelten Wirtschaftlichkeitsprüfung notwendigerweise vorgeschaltet sei. Dieses Recht der Krankenkasse ergebe sich auch aus [§ 12 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#), wobei diese Regelung auch die Bewilligung von Leistungen gegenüber Leistungserbringern umfasse. Die Krankenkasse müsse die vereinbarten Entgelte nur zahlen, wenn die Versorgung im Krankenhaus erforderlich sei. Wenn sich die Entscheidung eines Krankenhausarztes zur Versorgung des Patienten im Nachhinein als nicht vertretbar herausstelle, entfalle die Zahlungspflicht der Krankenkasse für die stationäre Versorgung eines Versicherten. Zu beachten sei in diesem Zusammenhang, dass die Kostenübernahmeerklärung der Krankenkasse keine konstitutive Bedeutung habe, sie stelle keine – auch keine konkludente – Leistungsbewilligung gegenüber dem Versicherten dar. Vorliegend habe die gerichtliche Überprüfung ergeben, dass ein einheitlicher Behandlungsfall vorliege, da der stationäre Aufenthalt in beiden Zeiträumen der Behandlung des Rektum-Karzinoms gedient habe. Dies gehe aus den der Krankenhausbehandlung zugrunde liegenden Verordnungen hervor. Bereits bei der Erstaufnahme sei ersichtlich gewesen, dass die Krebsbehandlung mit der Bestrahlung noch nicht abgeschlossen sei, vielmehr gehe aus der Erstverordnung von Prof. Dr. W. hervor, dass der stationäre Aufenthalt wegen eines operativen Rektum-Karzinoms erfolgen solle. Es sei vorhersehbar gewesen, dass mit der Bestrahlung während des ersten stationären Aufenthaltes die Behandlung noch nicht abgeschlossen sei, sondern diese der Vorbereitung für den großen operativen Eingriff gedient habe. Daher sei eine Zusammenfassung der Falldaten in die DRG-G15Z gerechtfertigt. Da die Klägerin nicht in der Lage gewesen sei, medizinische Gründe für die Unterbrechung der stationären Aufenthalte zu benennen, handle es sich lediglich um eine Beurlaubung am Wochenende. Soweit DRGs von der Zusammenführung bei Wiederaufnahme ausgenommen seien, könne dies nach Sinn und Zweck der Regelung nicht gelten, wenn die Krankenhausbehandlung kurzzeitig unterbrochen werde oder ein Behandlungsintervall noch nicht abgeschlossen sei. Denn dann handle es sich um eine Beurlaubung und keine Entlassung. Es entspreche dem Willen des Ordnungsgebers, insbesondere nach kurzzeitiger Unterbrechung radiologischer stationärer Aufenthalte vor operativer

Wiederaufnahme keine teuren Fallpauschalen abrechnen zu müssen.

Gegen das ihr am 28. April 2009 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 25. Mai 2009 Berufung eingelegt und zur Begründung im Wesentlichen ausgeführt, die Voraussetzungen des § 2 Abs. 2 FPV 2006 seien nicht erfüllt; eine Fallzusammenführung sei deshalb ausgeschlossen. Über die Hilfskonstruktion Beurlaubung könne es nicht zu einer Fallzusammenführung kommen. Insoweit gelte, dass ein Patient zu entlassen und nicht zu beurlauben sei, wenn keine stationäre Behandlungsnotwendigkeit mehr bestehe. Vorliegend sei der erste Eingriff, der mit der DRG G27B beschrieben werde, abgeschlossen gewesen. Eine Beurlaubung komme schon deshalb nicht in Betracht, da die Entlassung nicht auf Initiative der Versicherten hin erfolgt sei, sondern auf Entscheidung des Arztes, der zu diesem Zeitpunkt die stationäre Behandlungsbedürftigkeit nicht gesehen habe.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Leipzig vom 20. Februar 2009 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin weitere 6.733,67 EUR nebst Zinsen in Höhe von 5 % über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 11. November 2006 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Ihrer Ansicht nach verkenne die Klägerin insgesamt, dass die Zahlungsverpflichtung der Beklagten mit dem Anspruch der Versicherten auf Krankenhausbehandlung korrespondiere. Ein Versicherter habe so lange (zusammenhängend) Anspruch auf eine stationäre Behandlung, als er wegen seiner Erkrankung der besonderen Mittel des Krankenhauses bedürftig habe. Korrespondierend hiermit habe die Abrechnung des Krankenhauses zu erfolgen. Nach dieser Maßgabe handele es sich vorliegend um einen einheitlichen Behandlungsfall, der nicht zur Optimierung der Vergütung künstlich aufgespalten werden könne. Denn die Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit der Versicherten und damit deren Anspruch auf Krankenhausbehandlung sei nicht entfallen gewesen, sondern nur aus nicht medizinischen Gründen zeitlich unterbrochen. Deshalb fehle es vorliegend für die Anwendung der FPV 2006 bereits an einer Entlassung und (Wieder)-Aufnahme im Rechtssinne. Bereits bei der Erstaufnahme sei ersichtlich gewesen, dass die Krebsbehandlung mit der Bestrahlung noch nicht abgeschlossen sein konnte, sondern ein stationärer Aufenthalt wegen eines operativen Rektum-Karzinoms erfolgen solle. Es habe von vornherein festgestanden, dass mit der Bestrahlung während des ersten stationären Aufenthaltes die Behandlung nicht abgeschlossen gewesen sei, sondern damit lediglich der operative Eingriff vorbereitet worden sei. Damit liege ein einheitlicher Behandlungsfall vor. Nach der Verordnung und Diagnose eines Rektumkarzinoms seien die Bestrahlung und die Operation zu einer einheitlichen DRG im Wege der Fallzusammenführung vorzunehmen. § 2 FPV 2006 sei dann nicht anzuwenden, wenn der Patient die Krankenhausbehandlung kurzzeitig unterbreche und die stationäre Behandlung oder ein Behandlungsintervall noch nicht abgeschlossen seien. Denn dann handele es sich um keine Entlassung, sondern um eine Beurlaubung, für die nur eine Fallpauschale für die Behandlung in Ansatz zu bringen sei.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhaltes und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Gerichtsakten und den Verwaltungsvorgang der Beklagten verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung ist statthaft ([§§ 143, 144 Sozialgerichtsgesetz - SGG](#)) und auch im Übrigen zulässig, insbesondere form- und fristgerecht ([§ 151 SGG](#)) erhoben worden. Sie ist auch begründet.

Die vor dem SG erhobene Klage war zum einen nach [§ 54 Abs. 5 SGG](#) zulässig, da es sich bei der auf Zahlung der Behandlungskosten eines Versicherten gerichteten Klage eines Krankenhausträgers gegen eine Krankenkasse um einen sogenannten Parteienstreit im Gleichordnungsverhältnis handelt, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt (z.B. Bundessozialgericht [BSG], Urteil vom 28. November 2013 – [B 3 KR 33/12 R](#) – juris Rn. 9 mit zahlreichen weiteren Nachweisen). Der Klägerin stehen zudem sowohl der geltend gemachte Vergütungsanspruch als auch der Zinsanspruch zu. Ihr ist aus der Behandlung der Versicherten ein Vergütungsanspruch gegen die Beklagte entstanden, der im Umfang von 6.733,67 EUR noch nicht erfüllt ist. Eine Zusammenführung der beiden stationären Behandlungen der Versicherten zu einem "Behandlungsfall" scheidet aus.

Rechtsgrundlage für die Vergütungsansprüche der Klägerin gegen die Beklagte für im Jahr 2006 erbrachte stationäre Krankenhausleistungen ist [§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) in der vom 30. April 2002 bis 31. Dezember 2006 geltenden Fassung i.V.m § 7 Satz 1 Nr. 1 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) in der vom 21. Dezember 2004 bis 24. März 2009 geltenden Fassung und § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG in der vom 22. Juli 2003 bis zum 30. Juli 2008 geltenden Fassung sowie § 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) in der vom 21. Dezember 2004 bis 7. November 2011 geltenden Fassung i.V.m der Anlage 1 Teil a) des Fallpauschalen-Katalogs der G-DRG-Version 2006 sowie dem am 1. Januar 2006 in Kraft getretenen, zwischen der Krankenhausgesellschaft Sachsen e.V., zu deren Mitgliedern die Klägerin gehört, und der Beklagten geschlossenen Vereinbarung zu den allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung nach [§ 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1](#) und 2 SGB V (Vereinbarung nach [§ 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1](#) und 2 SGB V). Für die Frage der Fallzusammenführung sind grundsätzlich die in der FPV 2006 enthaltenen Regelungen maßgeblich.

Rechtsgrundlage für die von einer Krankenkasse erklärte Aufrechnung mit einem öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch zur Erfüllung von Vergütungsansprüchen der Krankenhäuser ist [§ 69 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) i.V.m [§§ 387 ff. Bürgerliches Gesetzbuch \(BGB\)](#). Auch außerhalb der besonderen Regelungen der [§§ 51, 52 Erstes Buch Sozialgesetzbuch \(SGB I\)](#) über die Aufrechnung gegen Sozialleistungsansprüche besteht im Sozialrecht allgemein die Möglichkeit, einer öffentlich-rechtlichen Forderung im Wege der Aufrechnung, auf welche die [§§ 387 ff. BGB](#) entsprechend anzuwenden sind, entgegenzutreten. Voraussetzung dieses einseitigen Rechtsgeschäfts, mit dem die wechselseitige Tilgung zweier Forderungen bewirkt wird, ist gemäß [§ 387 BGB](#), dass sich zum Zeitpunkt der Aufrechnungserklärung gegenseitige, gleichartige und fällige bzw. erfüllbare Forderungen gegenüberstehen, wobei die zur Aufrechnung gestellte Gegenforderung uneingeschränkt wirksam und fällig sein muss, die Hauptforderung dagegen lediglich erfüllbar zu sein braucht. Außerdem darf entsprechend [§ 390 BGB](#) die Gegenforderung nicht einredebehaftet sein (vgl. zu alledem z.B. BSG, Urteil vom 28. November 2013, [a.a.O.](#), juris Rn. 13 m.w.N.).

Vorliegend sind diese Aufrechnungsvoraussetzungen nicht erfüllt, weil der zur Aufrechnung gestellte Erstattungsanspruch der Beklagten nicht bestand. Eine Fallzusammenführung kommt nach Ansicht des Senates weder in unmittelbarer noch in entsprechender Anwendung des § 2 Abs. 1 bis 3 FPV 2006 in Betracht. Auch aus § 1 Abs. 7 FPV 2006 lässt sich die von der Beklagten gewünschte Rechtsfolge nicht herleiten. Deshalb durfte die Klägerin die zwei stationären Behandlungen des Versicherten getrennt mit Einzelvergütungen von 8.220,13 EUR und 11.137,36 EUR, also mit einer Gesamtvergütung in Höhe von 19.357,49 EUR, abrechnen.

Dabei sind das SG und die Beklagte richtigerweise davon ausgegangen, dass das Krankenhaus auch bei der Vergütung der Krankenhausbehandlung durch Fallpauschalen einen Vergütungsanspruch gegen eine Krankenkasse nur für eine "erforderliche" Krankenhausbehandlung hat. Die Vergütung stellt die Gegenleistung für die Erfüllung der Pflicht zugelassener Krankenhäuser dar, die Krankenhausbehandlung (§ 39 SGB V) der Versicherten im Rahmen des jeweiligen Versorgungsvertrags (§ 109 SGB V) zu leisten. Die Leistung des Krankenhauses dient der Erfüllung des Sachleistungsanspruchs des Versicherten (§ 2 Abs. 2 Satz 1 SGB V) gegen die Krankenkasse. Die Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse entsteht dabei unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten, wenn die Versorgung wie hier in einem zugelassenen Krankenhaus durchgeführt wird und im Sinne von § 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V erforderlich ist (BSG, Urteil vom 28. November 2013, [a.a.O.](#), Rn. 14 m.w.N.). Vorliegend ist lediglich streitig, ob die beiden Krankenhausaufenthalte zusammengeführt werden können; unstreitig ist, dass beide Aufenthalte und ihre jeweilige Dauer erforderlich waren.

Die Klägerin hat in richtiger Anwendung des für die Höhe ihres Vergütungsanspruches maßgeblichen Fallpauschalenkatalogs für die erste stationäre Behandlung der Versicherten die DRG G27B (Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauung) und für die zweite stationäre Behandlung die DRG G61Z (Komplexe Rektumresektion) in Ansatz gebracht. Entgegen der Ansicht der Beklagten können die beiden Krankenhausaufenthalte nicht unter Ansatz der DRG G15Z (Strahlentherapie mit großem abdominellem Eingriff) zu einem Fall zusammengeführt werden.

Nach § 1 Satz 1 FPV 2006 werden Fallpauschalen jeweils von dem die Leistung erbringenden Krankenhaus nach dem am Tag der Aufnahme geltenden Fallpauschalen-Katalog und den dazu gehörenden Abrechnungsregeln abgerechnet. Hieraus folgt, dass nach der FPV 2006 für jeden stationären Behandlungsaufenthalt grundsätzlich eine Fallpauschale abzurechnen ist. Abweichend hierzu bestimmt § 2 FPV 2006, in welchen Fällen bei einer Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus zwei an sich eigenständige Fallpauschalen zu einem Fall zusammenzufassen und eine Neueinstufung in eine Fallpauschale vorzunehmen ist.

Eine Zusammenfassung der Falldaten und eine Neueinstufung in eine Fallpauschale in unmittelbarer Anwendung des § 2 FPV 2006 kommt nicht in Betracht.

Nach § 2 Abs. 1 Satz 1 FPV 2006 hat das Krankenhaus eine Zusammenfassung der Falldaten zu einem Fall und eine Neueinstufung in eine Fallpauschale vorzunehmen, wenn 1. ein Patient oder eine Patientin innerhalb der oberen Grenzverweildauer, bemessen nach der Zahl der Kalendertage ab dem Aufnahmedatum des ersten unter diese Vorschrift fallenden Krankenhausaufenthalts, wieder aufgenommen wird und 2. für die Wiederaufnahme eine Einstufung in dieselbe Basis-DRG vorgenommen wird.

Nach dieser Regelung scheidet eine Zusammenfassung der Falldaten und eine Neueinstufung schon deshalb aus, weil anlässlich der Wiederaufnahme der Versicherten am 23. Januar 2006 keine Einstufung in dieselbe Basis-DRG vorgenommen wurde. Der Fallpauschale für die Erstaufnahme lag die Basis-DRG G27 zugrunde, während für die Wiederaufnahme der Versicherten die Basis-DRG G16 maßgeblich war.

Nach § 2 Abs. 2 Satz 1 FPV 2006 ist eine Zusammenfassung der Falldaten zu einem Fall und eine Neueinstufung in eine Fallpauschale auch dann vorzunehmen, wenn 1. ein Patient oder eine Patientin innerhalb von 30 Kalendertagen ab dem Aufnahmedatum des ersten unter diese Vorschrift zur Zusammenfassung fallenden Krankenhausaufenthalts wieder aufgenommen wird und 2. innerhalb der gleichen Hauptdiagnosegruppe (MDC) die zuvor abrechenbare Fallpauschale in die "medizinische Partition" oder die "andere Partition" und die anschließende Fallpauschale in die "operative Partition" einzugruppieren ist.

Eine Zusammenfassung der Falldaten nach dieser Vorschrift kommt somit schon deshalb nicht in Betracht, da die Fallpauschale, in welche der erste stationäre Aufenthalt der Versicherten eingeordnet wurde, in die operative Partition einzugruppieren ist.

Hinzu kommt, dass nach § 2 Abs. 2 Satz 2 FPV 2006 eine Zusammenfassung und Neueinstufung nach Satz 1 nicht vorgenommen wird, wenn einer der Krankenhausaufenthalte mit einer Fallpauschale abgerechnet werden kann, die bei Versorgung in einer Hauptabteilung in Spalte 13 des Fallpauschalenkatalogs gekennzeichnet sind und dass die vorliegend relevante DRG G27B dementsprechend gekennzeichnet ist. Mit dieser Regelung sollte verhindert werden, dass (u.a.) Behandlungsabläufe, die aus medizinischen Gründen oder mit Rücksicht auf den Patienten mehrere Krankenhausaufenthalte rechtfertigen, zu einem Fall zusammengeführt werden (vgl. Referentenentwurf zur Verordnung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2004, S. 7; ebenso Thüringer Landessozialgericht [LSG], Urteil vom 31. Januar 2012 – [L 6 KR 497/07](#) – Rn. 23). Von nur einem "Behandlungsfall" mit der Folge einer Zusammenführung auch mehrerer Krankenhausaufenthalte entgegen § 2 FPV kann in Fallkonstellationen wie der vorliegenden jedenfalls nicht ausgegangen werden (zur Maßgeblichkeit der FPV zur Bestimmung des Behandlungsbegriffs siehe auch Thüringer LSG, Urteil vom 28. August 2012 – [L 6 KR 295/11](#) – Rn. 26).

Eine Fallzusammenführung kann auch nicht auf § 2 Abs. 3 Satz 1 FPV 2006 gestützt werden. Hiernach hat das Krankenhaus eine Zusammenfassung der Falldaten zu einem Fall und eine Neueinstufung in eine Fallpauschale vorzunehmen, wenn 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 werden. Diese Vorschrift ist schon deshalb nicht anwendbar, weil die Versicherte nicht wegen einer Komplikation wieder aufgenommen wurde (vgl. hierzu im Einzelnen BSG, Urteil vom 18. Juli 2013 – [B 3 KR 6/12 R](#) – juris Rn. 16 ff). Die Versicherte wurde ersichtlich nicht wegen einer negativen Folge der anlässlich des ersten Krankenhausaufenthaltes durchgeführten Strahlentherapie wieder aufgenommen, sondern sollte zunächst mittels Strahlentherapie und sodann operativ behandelt werden.

Damit kommt eine Fallzusammenführung in Anwendung des § 2 Abs. 1 bis 3 FPV 2006 nicht in Betracht.

Auch die Qualifizierung der Entlassung der Versicherten am 19. Januar 2006 und ihre erneute Aufnahme am 23. Januar 2006 als Beurlaubung sind nicht möglich. Zwar wäre entsprechend dem Vorbringen der Beklagten gemäß § 1 Abs. 7 Satz 5 FPV 2006 die anschließend fortgesetzte Behandlung dann schon nicht als Wiederaufnahme zu werten. Jedoch war die Versicherte nicht beurlaubt worden; die in § 9 Abs. 1 und 2 der Vereinbarung zu [§ 112 Abs. 2 Nr. 1](#) und 2 SGB V für eine Beurlaubung vereinbarten Voraussetzungen – grundsätzlich ist hiernach eine Beurlaubung mit einer Krankenhausbehandlung nicht vereinbar; sie darf nur ausnahmsweise mit Zustimmung des verantwortlichen Arztes und nur zur Erledigung unaufschiebbarer persönlicher Angelegenheiten oder zur Stabilisierung des Behandlungserfolges gewährt werden – sind nicht erfüllt.

Eine Verpflichtung der Klägerin, die Falldaten aus den beiden Klinikaufenthalten der Versicherten zu einem "Behandlungsfall" zusammenzufassen, lässt sich nach Ansicht des Senates des Weiteren weder § 8 Abs. 2 Satz 1 Halbsatz 1 KHEntgG noch § 17b Abs. 1 Satz 3 KHG noch einer anderen gesetzlichen Vorschrift entnehmen (so ebenfalls Landessozialgericht Hamburg, Urteil vom 4. Juli 2013 – [L 1 KR 21/11](#) –, juris Rn. 32). Auch die Vereinbarung zu [§ 112 Abs. 2 Nr. 1](#) und 2 SGB V enthält keine unmittelbar einschlägigen Regeln zur Fallzusammenführung.

Auch eine entsprechende Anwendung des § 2 Abs. 1 bis 3 FPV 2006 kommt nach Ansicht des Senates nicht in Betracht. Vergütungsregelungen sind grundsätzlich streng nach ihrem Wortlaut auszulegen, um Fehlinterpretationen und Missverständnisse zu vermeiden; nur so sind sie für die routinemäßige Anwendung im Massengeschäft der Abrechnung der zahlreichen Behandlungsfälle handhabbar. Da das DRG-basierte Vergütungssystem vom Gesetzgeber als jährlich weiterzuentwickelndes (§ 17b Abs. 2 Satz 1 KHG) und damit "lernendes" System angelegt ist, ist es bei zutage tretenden Unrichtigkeiten, Unbilligkeiten oder Fehlsteuerungen in erster Linie Aufgabe der Vertragsparteien, solche Mängel mit Wirkung für die Zukunft zu beseitigen (z.B. BSG, Urteil vom 28. November 2013 – [B 3 KR 33/12 R](#) – juris Rn. 18). Vorliegend spricht gegen eine entsprechende Anwendung des § 2 Abs. 1 Satz 1, Abs. 2 Satz 1, Abs. 3 FPV 2006 zudem, dass in § 2 Abs. 1 Satz 2 FPV 2006 und § 2 Abs. 2 Satz 2 FPV 2006 (i.V.m. der Spalte 13 des Fallpauschalkataloges) explizit geregelt wurde, dass – z.B. – ein Krankenhausaufenthalt zur Durchführung einer Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane nicht zusammen mit einem weiteren Krankenhausaufenthalt abgerechnet werden. Auch insoweit ist darauf zu verweisen, dass es beispielsweise bei der Behandlung von Krebspatienten Behandlungsabläufe gibt, die aus medizinischen Gründen oder mit Rücksicht auf die Patienten zu mehreren Krankenhausaufenthalten führen (Referentenentwurf zur Verordnung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2004. S. 7). Im Referentenentwurf wird hierzu weiter ausgeführt, auch die Krankenkassen hätten im Hinblick auf eine Verkürzung von Verweildauern darauf gedrängt, dass Patienten in Behandlungspausen entlassen würden. Zudem habe die Entwicklung neuer Behandlungsschemata dazu geführt, dass früher lang dauernde Krankenhausaufenthalte durch mehrere kürzere Aufenthalte ersetzt würden. Dies sei grundsätzlich im Sinne der Patienten und auch der zahlungspflichtigen Krankenkassen. Hieraus ergibt sich jedenfalls hinsichtlich der Behandlung von Krebspatienten, dass mehrere Krankenhausaufenthalte nach dem Willen des Ordnungsgebers gerade nicht zusammengeführt werden sollten (vgl. insoweit auch Thüringer LSG, Urteil vom 31. Januar 2012, [a.a.O.](#)). Eine entsprechende Anwendung des § 2 Abs. 1 Satz 1, Abs. 2 Satz 2, Abs. 3 FPV 2006 bei einer Fallgestaltung wie der vorliegenden ist damit nicht vereinbar.

Da über die hier streitige Frage der Fallzusammenführung hinaus Fehler bei der von der Klägerin vorgenommenen Rechnungslegung von der Beklagten nicht geltend gemacht worden und auch nicht ersichtlich sind, verbleibt es nach alledem bei der von der Klägerin vorgenommenen Rechnungslegung.

Der Zinsanspruch beruht auf § 13 Abs. 3 der Vereinbarung nach [§ 112 Abs. 2 Nr. 1](#) und 2 SGB V.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 2](#) Verwaltungsgerichtsordnung.

Gründe für eine Zulassung der Revision liegen nicht vor ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)).

Die Festsetzung des Streitwerts beruht auf [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i.V.m. [§ 63 Abs. 2](#), [§ 52 Abs. 3](#) und [§ 47 Abs. 1](#) Gerichtskostengesetz. Rechtsmittelbelehrung und Erläuterungen zur Prozesskostenhilfe

I. Rechtsmittelbelehrung

Diese Entscheidung kann nur dann mit einer Revision angefochten werden, 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 ist von einem beim Bundessozialgericht zugelassenen Prozessbevollmächtigten innerhalb eines Monats nach Zustellung der Entscheidung schriftlich oder in elektronischer Form beim Bundessozialgericht einzulegen. Sie muss bis zum Ablauf der Monatsfrist beim Bundessozialgericht eingegangen sein und die angefochtene Entscheidung bezeichnen.

Die Beschwerde in schriftlicher Form ist zu richten an das Bundessozialgericht, Graf-Bernadotte-Platz 5, 34119 Kassel bzw. das Bundessozialgericht, 34114 Kassel (nur Brief und Postkarte).

Die elektronische Form wird nur durch eine qualifiziert signierte Datei gewährt, die nach den Maßgaben der "Verordnung über den elektronischen Rechtsverkehr beim Bundessozialgericht" in das elektronische Gerichtspostfach des Bundessozialgerichts zu übermitteln ist. Die hierfür erforderliche Software kann über das Internetportal des Elektronischen Gerichts- und Verwaltungspostfachs (www.egvp.de) lizenzfrei heruntergeladen werden. Dort können auch weitere Informationen über die Rechtsgrundlagen, Bearbeitungsvoraussetzungen und das Verfahren des elektronischen Rechtsverkehrs abgerufen werden.

Als Prozessbevollmächtigte sind zugelassen

1. Rechtsanwälte, 2. Rechtslehrer an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule eines Mitgliedstaates der Europäischen Union, eines anderen Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz, die die Befähigung zum

Richteramt besitzen, 3. selbständige 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.

Die Beschwerde ist innerhalb von zwei Monaten nach Zustellung des Urteils von einem zugelassenen Prozessbevollmächtigten schriftlich oder in elektronischer Form (s. o.) zu begründen. In der Begründung muss dargelegt sein, dass

- die Rechtssache grundsätzliche Bedeutung hat oder - die Entscheidung von einer zu bezeichnenden Entscheidung des Bundessozialgerichts, des Gemeinsamen Senats der obersten Gerichtshöfe des Bundes oder des Bundesverfassungsgerichts abweicht und auf dieser Abweichung beruht oder - ein zu bezeichnender Verfahrensmangel vorliegt, auf dem die angefochtene Entscheidung beruhen kann.

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.

II. Erläuterungen zur Prozesskostenhilfe

Für das Beschwerdeverfahren gegen die Nichtzulassung der Revision kann ein Beteiligter Prozesskostenhilfe zum Zwecke der Beordnung eines Rechtsanwalts beantragen.

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

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 ist kostenfrei bei allen Gerichten erhältlich. Er kann auch über das Internetportal des Bundessozialgerichts (www.bsg.bund.de) heruntergeladen und ausgedruckt werden.

Im Rahmen des elektronischen Rechtsverkehrs ist der Vordruck in Papierform auszufüllen, zu unterzeichnen, einzuscannen, qualifiziert zu signieren und dann in das elektronische Gerichtspostfach des Bundessozialgerichts zu übermitteln (s.o.).

Falls die Beschwerde nicht schon durch einen zugelassenen Prozessbevollmächtigten eingelegt ist, müssen der Antrag auf Bewilligung von Prozesskostenhilfe und die Erklärung über die persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse nebst den Belegen innerhalb der Frist für die Einlegung der Beschwerde beim Bundessozialgericht eingegangen sein.

Ist dem Beteiligten Prozesskostenhilfe bewilligt worden und macht er von seinem Recht, einen Rechtsanwalt zu wählen, keinen Gebrauch, wird auf seinen Antrag der beizuordnende Rechtsanwalt vom Bundessozialgericht ausgewählt.

III. Ergänzende Hinweise

Der Beschwerdeschrift und allen folgenden Schriftsätzen sollen Abschriften für die übrigen Beteiligten beigelegt werden. Das Bundessozialgericht bittet darüber hinaus um zwei weitere Abschriften. Dies gilt nicht im Rahmen des elektronischen Rechtsverkehrs.

Dr. Wietek Voigt Klotzbücher
Rechtskraft
Aus
Login
FSS
Saved
2016-05-12