

B 1 KR 9/15 R

Land
Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht
Bundessozialgericht
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
1
1. Instanz
SG Dortmund (NRW)
Aktenzeichen
S 13 KR 24/07
Datum
08.07.2009
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 16 KR 177/09
Datum
16.01.2014
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 1 KR 9/15 R
Datum
21.04.2015
Kategorie
Urteil
Leitsätze

1. Krankenhäuser haben für die Abrechnung vollstationärer Behandlung die Diagnose als Hauptdiagnose zu verschlüsseln, die aus der Rückschau am Ende der Krankenhausbehandlung objektiv die Aufnahme des Patienten ins Krankenhaus erforderlich machte.
2. Hat ein Krankenhaus einer Krankenkasse überzahlte Vergütung für die Behandlung eines Versicherten zu erstatten, kann es sich nicht aufgrund der Folgen für das Erlösbudget auf Entreicherung berufen.
Die Revision der Beklagten gegen das Urteil des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen vom 16. Januar 2014 wird zurückgewiesen. Die Beklagte trägt auch die Kosten des Revisionsverfahrens. Der Streitwert für das Revisionsverfahren wird auf 19 265,13 Euro festgesetzt.

Gründe:

I

1

Die Beteiligten streiten über die Vergütung stationärer Krankenhausbehandlung.

2

Der bei der klagenden Krankenkasse (KK) versicherte, 1980 geborene S. E. (im Folgenden: Versicherter) erhielt vertragsärztlich nach erfolgloser Therapie mit Breitbandantibiotika bei "unkl. therapieresistentem Fieberzustand" als Notfall Krankenhausbehandlung verordnet (22.9.2005). Das für die Behandlung Versicherter zugelassene Krankenhaus der beklagten Trägerin behandelte ihn vollstationär (22.9. bis 10.11.2005). Der Versicherte ist von Geburt an schwerst mehrfach behindert (ua Epilepsie, spastische Zerebralaparese, schwerste Intelligenzminderung). Die Ernährung erfolgte mittels perkutaner endoskopischer Gastrostomie (PEG). Die Beklagte tauschte die PEG-Sonde aus (28.9.2005). Nach Rückgang des Fiebers traten ua vermehrt Krampfanfälle und massives Erbrechen auf. Die Beklagte stellte den Versicherten auf eine neue medikamentöse antikonvulsivische Therapie ein und tauschte erneut die PEG-Sonde aus. Sie berechnete die nach Anlage 3 der Fallpauschalenvereinbarung 2005 (FPV 2005) zu vergütende Fallpauschale DRG (Diagnosis Related Group) B76A (Anfälle, mehr als ein Belegungstag, mit komplexer Diagnostik und Therapie; kodierte Hauptdiagnose ICD-10-GM (2005) G40.2 - Lokalisationsbezogene (fokale) (partielle) symptomatische Epilepsie und epileptische Syndrome mit komplexen fokalen Anfällen; kodierte Prozedur nach Operationen- und Prozeduren-Schlüssel (OPS 2005): 8-972.2 - Komplexbehandlung bei schwerbehandelbarer Epilepsie - Mindestens 21 Behandlungstage; 29 401,30 Euro). Die Klägerin beglich die Rechnung (5.12.2005) und beauftragte den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) mit der Überprüfung der Kodierung. Der MDK ging von einer falsch kodierten Hauptdiagnose aus und verneinte die Voraussetzungen des OPS (2005) 8-972.2. ICD-10-GM (2005) A41.9 (Sepsis, nicht näher bezeichnet) sei zu kodieren und die Fallpauschale DRG (2005) T60B (Sepsis mit komplizierenden Prozeduren oder bei Zustand nach Organtransplantation, ohne äußerst schwere CC oder ohne komplizierende Prozeduren, außer bei Zustand nach Organtransplantation, mit äußerst schweren CC; 10 136,17 Euro) abzurechnen (22.9.2006, 21.11.2006). Das SG hat die von der Klägerin am 23.3.2007 erhobene, auf die Erstattung des Differenzbetrags (19 265,13 Euro) gerichtete Klage abgewiesen (Gerichtsbescheid vom 8.7.2009; Änderung der Kostenentscheidung mit Beschluss vom 6.8.2009). Die stationäre Behandlung sei bei rückblickender Bewertung wegen der Epilepsie erforderlich gewesen. Auf die Berufung der Klägerin hat das LSG die Beklagte zur Zahlung von 19 265,13 Euro nebst Zinsen von zwei Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 23.7.2007 verurteilt. Der Klägerin stehe ein Erstattungsanspruch in Höhe dieses Differenzbetrags zu. Die Beklagte habe nur einen Vergütungsanspruch nach DRG (2005) T60B, weil die Sepsis als Hauptdiagnose zu kodieren sei. Die Sepsis habe das die stationäre Behandlungsbedürftigkeit bedingende Fieber verursacht. Im Zeitpunkt der Krankenhausaufnahme sei die Epilepsie ambulant medikamentös

behandelbar gewesen und stelle deswegen nur eine Nebendiagnose dar. Auf Entreicherung könne sich die Beklagte nicht berufen, weil die rechtliche Beurteilung des Erlösausgleichs allein der Budgetebene zugewiesen sei (Urteil vom 16.1.2014).

3

Die Beklagte rügt mit ihrer Revision die Verletzung der DKR (Deutsche Kodierrichtlinien) D002d und der entsprechenden Anwendung des [§ 818 Abs 3 BGB](#) iVm [§ 69 SGB V](#) sowie Verfahrensfehler. Als Hauptdiagnose sei bei mehreren in Betracht kommenden Diagnosen diejenige zu kodieren, die für die weitere stationäre Behandlung maßgeblich geworden sei, auch wenn sie im Zeitpunkt der Krankenhausaufnahme noch keine stationäre Behandlung erfordert hätte. Das Urteil sei nicht mit Gründen versehen, soweit das LSG von der Sepsis als Hauptdiagnose ausgegangen sei. Es habe im Übrigen den Sachverhalt für seine medizinischen Behauptungen nicht hinreichend aufgeklärt. Zudem habe es die ärztliche Entscheidungskompetenz übergangen. Jedenfalls aber hätte das LSG berücksichtigen müssen, dass 14 308 Euro der in Rechnung gestellten und gezahlten Vergütung im Rahmen der rückwirkenden Vereinbarung krankenhausesindividueller Entgelte nach [§ 6 Abs 1 S 1 Krankenhausentgeltgesetz](#) (Absenkung des Tagessatzes von zunächst 600 Euro auf 308 Euro) durch den nachfolgenden Erlösausgleich zurückgeführt worden seien. Insoweit sei zumindest Entreicherung eingetreten.

4

Die Beklagte beantragt, das Urteil des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen vom 16. Januar 2014 aufzuheben und die Berufung der Klägerin gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Dortmund vom 8. Juli 2009 zurückzuweisen, hilfsweise, das Urteil des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen vom 16. Januar 2014 aufzuheben und die Sache zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das Landessozialgericht zurückzuverweisen.

5

Die Klägerin beantragt, die Revision zurückzuweisen.

6

Sie hält das Urteil des LSG für zutreffend.

II

7

Die zulässige Revision der Beklagten ist unbegründet. Das LSG hat zutreffend entschieden, dass die klagende KK gegen die beklagte Krankenhausträgerin einen Anspruch auf Rückzahlung von 19 265,13 Euro nebst Zinsen in Höhe von zwei Prozentpunkten über dem jeweils gültigen Basiszinssatz seit dem 23.7.2007 hat. Die von der Klägerin im Gleichordnungsverhältnis erhobene (echte) Leistungsklage ist zulässig (vgl. [BSGE 109, 236](#) = SozR 4-5560 § 17b Nr 2, RdNr 8) und begründet. Die Klägerin hat gegen die Beklagte einen öffentlich-rechtlichen Anspruch auf Erstattung überzahlter Vergütung. Der Differenzbetrag zwischen der allein abrechenbaren DRG (2005) T60B und der zu Unrecht bezahlten DRG (2005) B76A beträgt 19 265,13 Euro (dazu 1.). Einwendungen und Einreden gegen den Erstattungsanspruch greifen nicht durch (dazu 2.). Die Klägerin hat auch Anspruch auf die vom LSG zuerkannten Zinsen (dazu 3.).

8

1. Die Klägerin hat der Beklagten 19 265,13 Euro Krankenhausvergütung ohne Rechtsgrund gezahlt, weil die Beklagte die zugunsten des Versicherten erbrachten Leistungen in dieser Höhe nicht abrechnen durfte. In dieser Höhe steht der Klägerin ein öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch zu (vgl. zur entsprechenden Erstattung auf überzahlte Krankenhausvergütung zB [BSGE 109, 236](#) = SozR 4-5560 § 17b Nr 2, RdNr 9 ff mwN, stRspr). Die Beklagte hat gegen die Klägerin einen Vergütungsanspruch für Krankenhausbehandlung erworben (dazu a). Die geltend gemachte Krankenhausvergütung bemisst sich generell nach vertraglichen Fallpauschalen (dazu b). Die konkrete Anspruchshöhe ergibt sich nach den bindenden Feststellungen des LSG ([§ 163 SGG](#)) aus der niedriger vergüteten DRG (2005) T60B und nicht aus der von der Beklagten angesetzten höher vergüteten und einem anderen Vergütungsprinzip (tagesbezogene Entgelte) folgenden DRG (2005) B76A (dazu c). Die rechnerische Differenz zwischen der abgerechneten und gezahlten DRG (2005) B76A und der allein abrechenbaren DRG (2005) T60B beträgt 19 265,13 Euro (dazu d).

9

a) Die Grundvoraussetzungen eines Anspruchs auf Krankenhausvergütung sind erfüllt. Die Klägerin ist - was sie auch nicht bestreitet - verpflichtet, die stationäre Krankenhausbehandlung ihres Versicherten im Krankenhaus der Beklagten vom 22.9. bis 10.11.2005 zu vergüten. Die Zahlungsverpflichtung einer KK entsteht - unabhängig von einer Kostenzusage - unmittelbar mit Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten kraft Gesetzes, wenn die Versorgung - wie hier - in einem zugelassenen Krankenhaus durchgeführt wird und iS von [§ 39 Abs 1 S 2 SGB V](#) erforderlich und wirtschaftlich ist (stRspr, vgl. [BSGE 109, 236](#) = SozR 4-5560 § 17b Nr 2, RdNr 13 mwN). Die Vorinstanzen sind zu Recht hiervon ausgegangen und haben festgestellt, dass diese Voraussetzungen erfüllt sind.

10

b) Die betroffene Krankenhausvergütung bemisst sich nach vertraglichen Fallpauschalen auf gesetzlicher Grundlage (dazu aa). Die vertraglichen Fallpauschalen ergeben sich aus einem Fallpauschalen-Katalog, der Teil einer Vereinbarung ist, und Regelungen zur Ermittlung der jeweiligen Fallpauschale, auf die in dieser Vereinbarung Bezug genommen wird und die ihrerseits durch vertragliche Kodierrichtlinien erst operationabel sind (dazu bb).

11

aa) Die der Beklagten zustehende Krankenhausvergütung bemisst sich nach vertraglichen Fallpauschalen auf gesetzlicher Grundlage. Die Fallpauschalenvergütung für Krankenhausbehandlung Versicherter in zugelassenen Einrichtungen ergibt sich gesetzlich aus [§ 109 Abs 4 S 3 SGB V](#) (idF durch Art 1 Nr 3 Gesetz zur Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser (Fallpauschalengesetz - FPG) vom 23.4.2002, [BGBl I 1412](#)) iVm § 7 Krankenhausentgeltgesetz ((KHEntG); idF durch Art 2 Nr 5 Zweites Gesetz zur Änderung der Vorschriften zum diagnose-orientierten Fallpauschalensystem für Krankenhäuser und zur Änderung anderer Vorschriften (Zweites Fallpauschalenänderungsgesetz - 2. FPÄndG) vom 15.12.2004, [BGBl I 3429](#)) und § 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz ((KHG); idF durch Art 1 Nr 4 2. FPÄndG vom 15.12.2004, [BGBl I 3429](#)). Der Anspruch wird auf Bundesebene durch Normsetzungsverträge (Normenverträge) konkretisiert. Nach § 1 Abs 1 KHEntG (idF durch Art 2 Nr 1 Gesetz zur Änderung der Vorschriften zum diagnose-orientierten Fallpauschalensystem für Krankenhäuser (Fallpauschalenänderungsgesetz - FPÄndG) vom 17.7.2003, [BGBl I 1461](#)) werden die vollstationären und teilstationären Leistungen der Krankenhäuser nach diesem Gesetz und dem KHG vergütet. § 7 S 1 Nr 1 KHEntG bestimmt: "Die allgemeinen Krankenhausleistungen werden gegenüber den Patienten oder ihren Kostenträgern mit folgenden Entgelten abgerechnet: 1. Fallpauschalen nach dem auf Bundesebene vereinbarten Entgeltkatalog (§ 9).". Mit diesen Entgelten werden alle für die Versorgung des Patienten erforderlichen allgemeinen Krankenhausleistungen vergütet (§ 7 S 2 KHEntG). Die Spitzenverbände der KKn (ab 1.7.2008: Spitzenverband Bund der KKn) und der Verband der privaten Krankenversicherung gemeinsam vereinbaren nach § 9 Abs 1 S 1 Nr 1 KHEntG (idF durch Art 5 FPG vom 23.4.2002, [BGBl I 1412](#)) mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft als "Vertragsparteien auf Bundesebene" mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 11 KHEntG (idF durch Art 2 Nr 8 2. FPÄndG vom 15.12.2004, [BGBl I 3429](#)) einen Fallpauschalen-Katalog einschließlich der Bewertungsrelationen sowie Regelungen zur Grenzverweildauer und der in Abhängigkeit von diesen zusätzlich zu zahlenden Entgelte oder vorzunehmenden Abschläge. Ferner vereinbaren sie insoweit Abrechnungsbestimmungen nach § 9 Abs 1 S 1 Nr 3 KHEntG (idF durch Art 5 FPG vom 23.4.2002, [BGBl I 1412](#)).

12

Vereinbarungen auf Landesebene zwischen den in § 18 Abs 1 S 2 KHG genannten Vertragsparteien mit Wirkung für die ("lokalen") Vertragsparteien nach § 18 Abs 2 KHG (§ 10 KHEntG idF durch Art 2 Nr 7 2. FPÄndG vom 15.12.2004, [BGBl I 3429](#)), Vereinbarung zwischen den Krankenhausträgern und den Sozialleistungsträgern für das einzelne Krankenhaus (§§ 3 bis 6 KHEntG, idF durch Art 2 Nr 1 bis 4 2. FPÄndG vom 15.12.2004, [BGBl I 3429](#); § 11 KHEntG) und vertragliche Regelungen nach [§ 112 SGB V](#) können den Vergütungsanspruch ebenfalls konkretisieren.

13

bb) Die vertraglichen Fallpauschalen ergeben sich daraus, dass die nach den aufgezeigten gesetzlichen Regelungen hierzu berufenen Vertragspartner eine Fallpauschalenvereinbarung (FPV) mit einem Fallpauschalen-Katalog als Teil derselben und Allgemeine und Spezielle Kodierrichtlinien für die Verschlüsselung von Krankheiten und Prozeduren (Deutsche Kodierrichtlinien (DKR)) vereinbart haben. DKR und FPV bilden den konkreten vertragsrechtlichen Rahmen, aus dem die für eine Behandlung maßgebliche DRG-Position folgt (vgl näher dazu [BSGE 109, 236](#) = SozR 4-5560 § 17b Nr 2, RdNr 17). Im vorliegenden Fall sind maßgebend - jeweils normativ wirkend (vgl dazu [BSGE 109, 236](#) = SozR 4-5560 § 17b Nr 2, RdNr 18) - die am 16.9.2004 getroffene Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2005 (FPV 2005) einschließlich der Anlagen 1 bis 6 (insbesondere: Anlage 1 (Fallpauschalen-Katalog gem. § 1 Abs. 1 Satz 1) und dort Teil a (Bewertungsrelationen bei Versorgung durch Hauptabteilungen); Anlage 3 (Nicht mit dem Fallpauschalen-Katalog vergütete Leistungen gem. § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1)) und die von den Vertragspartnern auf Bundesebene getroffene Vereinbarung zu den DKR für das Jahr 2005 (Ergänzungsvereinbarung 2005 zur Ergänzungsvereinbarung 2004, zur Ergänzungsvereinbarung 2003 und zur Vereinbarung zu den DKR Version 2002 für das G-DRG-System gemäß § 17b KHG vom 23.9.2004, (DKR [2005])). Welche DRG-Position abzurechnen ist, ergibt sich rechtsverbindlich nicht aus einem schriftlich festgelegten abstrakten Tatbestand, sondern aus der Eingabe von im Einzelnen von einem Programm vorgegebenen, abzufragenden Daten in ein automatisches Datenverarbeitungssystem und dessen Anwendung (zum Gruppierungsvorgang unter Berücksichtigung von ICD-10-GM und OPS vgl [BSGE 109, 236](#) = SozR 4-5560 § 17b Nr 2, RdNr 19 ff). Die Anwendung der DKR und der FPV-Abrechnungsbestimmungen einschließlich des ICD-10-GM und des OPS ist nicht automatisiert und unterliegt als Mitsteuerung der prozesshaften Tatbestandsbildung im Zusammenspiel mit den Vorgaben zertifizierter Grouper ihrerseits grundsätzlich den allgemeinen Auslegungsmethoden der Rechtswissenschaft. Die Abrechnungsbestimmungen sind gleichwohl wegen ihrer Funktion im Gefüge der Ermittlung des Vergütungsstatbestandes innerhalb eines vorgegebenen Vergütungssystems eng am Wortlaut orientiert und unterstützt durch systematische Erwägungen auszulegen. Eine Vergütungsregelung, die für die routinemäßige Abwicklung von zahlreichen Behandlungsfällen vorgesehen ist, kann ihren Zweck nur erfüllen, wenn sie allgemein streng nach ihrem Wortlaut sowie den dazu vereinbarten Anwendungsregeln gehandhabt wird und keinen Spielraum für weitere Bewertungen sowie Abwägungen belässt. Demgemäß sind Vergütungsregelungen stets eng nach ihrem Wortlaut und allenfalls ergänzend nach ihrem systematischen Zusammenhang auszulegen; Bewertungen und Bewertungsrelationen bleiben außer Betracht (vgl BSG SozR 4-2500 § 109 Nr 19 RdNr 17 mwN; [BSGE 109, 236](#) = SozR 4-5560 § 17b Nr 2, RdNr 27; zur Auslegung von medizinischen Begriffen im OPS vgl BSG SozR 4-1500 § 160a Nr 32 RdNr 12 ff). Da das DRG-basierte Vergütungssystem vom Gesetzgeber als jährlich weiterzuentwickelndes (§ 17b Abs 2 S 1 KHG) und damit "lernendes" System angelegt ist, sind bei zutage tretenden Unrichtigkeiten oder Fehlsteuerungen in erster Linie die Vertragsparteien berufen, diese mit Wirkung für die Zukunft zu beseitigen ([BSGE 109, 236](#) = SozR 4-5560 § 17b Nr 2, RdNr 27 mwN; siehe zum Ganzen auch BSG SozR 4-2500 § 301 Nr 1 RdNr 12 ff mwN).

14

c) Die Beklagte durfte die erfolgte stationäre Behandlung des Versicherten - ausgehend von den dargelegten generellen Vorgaben - nicht nach der DRG (2005) B76A, sondern nur nach der niedriger vergüteten DRG (2005) T60B abrechnen. Nach den den Senat bindenden Feststellungen des LSG ist als Hauptdiagnose ICD-10-GM (2005) A41.9 (Sepsis, nicht näher bezeichnet) zu kodieren (dazu aa). Die dagegen von der Beklagten erhobenen Einwendungen greifen nicht durch (dazu bb). Nach der DRG-Entscheidungslogik steuert der Grouper aufgrund der Hauptdiagnose ICD-10-GM (2005) A41.9 die DRG T60B an (dazu cc).

15

aa) Die Hauptdiagnose ICD-10-GM (2005) A41.9 ist für die Kodierung der betroffenen Behandlung des Versicherten zutreffend. Denn sie veranlasste objektiv nach dem Kenntnisstand am Ende der Krankenhausbehandlung die Aufnahme des Versicherten in das Krankenhaus der

Beklagten. Hauptdiagnose im Sinne der DKR (2005) D002d als Teil der Allgemeinen Kodierrichtlinien ist die Diagnose, die bei retrospektiver Betrachtung objektiv nach medizinisch-wissenschaftlicher Erkenntnis die Aufnahme zur stationären Behandlung erforderlich machte. Es ist für die Bestimmung der Hauptdiagnose ohne Belang, wenn innerhalb eines abrechenbaren Behandlungsfalls nach der Aufnahme ins Krankenhaus weitere Krankheiten oder Beschwerden auftreten die ebenfalls für sich genommen stationäre Behandlung bedingen, selbst wenn die stationäre Behandlungsbedürftigkeit aufgrund der ersten Diagnose wegfällt. Bestehen bei der Aufnahme ins Krankenhaus zwei oder mehrere Krankheiten oder Beschwerden, die jeweils für sich genommen bereits stationärer Behandlung bedurften, kommt es darauf an, welche von ihnen bei retrospektiver Betrachtung objektiv nach medizinisch-wissenschaftlicher Erkenntnis hauptsächlich die stationäre Behandlung erforderlich machte. Das ist die Diagnose mit dem größten Ressourcenverbrauch. Dies folgt aus Wortlaut (dazu 1) und System der DKR (dazu 2). Dabei kommt auch den in den DKR (2005) enthaltenen Erläuterungen zu den einzelnen Kodierrichtlinien normative Wirkung zu, soweit sie ergänzende Regelungen enthalten.

16

(1) DKR (2005) D002d definiert die Hauptdiagnose wie folgt: "Die Diagnose, die nach Analyse als diejenige festgestellt wurde, die hauptsächlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthaltes des Patienten verantwortlich ist." Zentraler Begriff ist für die DKR (2005) D002d die "Veranlassung" des stationären Krankenhausaufenthalts. Sie meint die ursächliche Auslösung des stationären Behandlungsgeschehens. Das zeitliche Moment als ein wesentliches Definitionsmerkmal grenzt dabei von später hinzugetretenen Diagnosen ab, die ebenfalls stationäre Behandlungsbedürftigkeit bedingen. Ein bereits - objektiv zutreffend - veranlasster stationärer Krankenhausaufenthalt kann nicht später, nach Aufnahme in das Krankenhaus nochmals veranlasst, sondern allenfalls aufrechterhalten werden. Diagnosen, die erst nachfolgend Behandlungsbedürftigkeit begründen, sind irrelevant. Insbesondere kommt es nicht darauf an, dass die den stationären Krankenhausaufenthalt veranlassende Diagnose zugleich den größeren Anteil am Ressourcenverbrauch hat. Dies belegt Anmerkung 1 zu DKR (2005) D002d: "Es ist nicht auszuschließen, dass diese Definition der Hauptdiagnose vereinzelt im DRG-System keine adäquate Abbildung der Krankenhausleistung erlaubt. Im Rahmen der Entwicklung und Pflege des Entgeltsystems werden solche Fälle verfolgt und auf ggf. notwendige Maßnahmen geprüft." Der Normgeber war sich bewusst, dass Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthalts nicht notwendig Veranlassung des überwiegenden Teils des Ressourcenverbrauchs bedeutet.

17

Die Hauptdiagnose - als Singular formuliert - impliziert, dass es überhaupt nur eine, nicht aber zugleich mehrere "Hauptdiagnosen" geben kann. Dies steht in Einklang mit der Eingabemaske der zertifizierten, in das Normanwendungsprogramm mit normativer Wirkung einbezogenen Grouper. Hiernach ist die ersteinzutragende Diagnose immer die Hauptdiagnose (vgl. [BSGE 109, 236](#) = SozR 4-5560 § 17b Nr 2, RdNr 42). Bedingen gleichzeitig anfänglich zwei oder mehrere Diagnosen den stationären Krankenhausaufenthalt, sieht die Erläuterung zu DKR (2005) D002d - vorbehaltlich spezieller Regelungen - eine Auffangregelung vor. Sie stellt ausnahmsweise auf den quantitativen Aspekt des Ressourcenverbrauchs ab: "Wenn zwei oder mehrere Diagnosen in Bezug zu Aufnahme, Untersuchungsbefunden und/oder der durchgeführten Therapie gleichermaßen die Kriterien für die Hauptdiagnose erfüllen und ICD-10-Verzeichnisse und Kodierrichtlinien keine Verschlüsselungsanweisungen geben, ist diejenige auszuwählen, die für Untersuchung und/oder Behandlung die meisten Ressourcen verbraucht hat. Hierbei ist es unerheblich, ob die Krankheiten verwandt sind oder nicht."

18

Soweit die Erläuterung hierbei darauf verweist, dass "der behandelnde Arzt" die Hauptdiagnose auszuwählen hat, ist dies - entgegen der Meinung der Beklagten - nur in einem tatsächlichen Sinn zu verstehen. Die Beurteilung, ob eine Diagnose als Hauptdiagnose zu kodieren ist, bemisst sich nach objektiven Maßstäben. Sie erfordert kein an eine bestimmte Person gebundenes höchstpersönliches Fachurteil, sondern kann jederzeit durch einen unabhängigen Sachverständigen nachvollzogen werden. Sie unterliegt im Streitfall der vollen richterlichen Nachprüfung (vgl. zu den Grundsätzen auch [BSGE 99, 111](#) = SozR 4-2500 § 39 Nr 10, RdNr 30 f). Ein anderes Verständnis widerspräche höherrangigem Recht. Der Große Senat hat früheren Versuchen, die im Ergebnis dazu führten, dass im Vergütungsstreit die Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit zugunsten des Krankenhauses vermutet wird (vgl. [BSGE 99, 111](#) = SozR 4-2500 § 39 Nr 10, RdNr 29), eine klare Absage erteilt. Nichts anderes gilt, wenn der Vergütungsanspruch nicht dem Grunde, sondern der Höhe nach streitig ist. Aus den Vorschriften, welche die Stellung und die Funktion der Krankenhäuser innerhalb des Versorgungssystems der gesetzlichen Krankenversicherung regeln, lässt sich ein solcher Vorrang nicht herleiten. Die zugelassenen Krankenhäuser erbringen kraft gesetzlicher Aufgabenzuweisung die den Versicherten von den KKn als Naturalleistung geschuldete Krankenhausbehandlung; sie sind gemäß [§ 109 Abs 4 S 2 SGB V](#) im Rahmen ihres Versorgungsauftrags zur Behandlung der Versicherten nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften verpflichtet. Vereinbarungen in Normsetzungsverträgen können nicht bewirken, dass die Vergütungshöhe entgegen dem Gesetz nicht nach objektiven Maßstäben festgelegt wird, sondern nach der subjektiven Einschätzung des Krankenhausarztes. Soweit sich - wie die Beklagte meint - aus der Rechtsprechung des früher auch für das Leistungserbringungsrecht der Krankenhäuser zuständigen 3. Senats des BSG etwas hiervon Abweichendes ergibt (BSG SozR 4-2500 § 275 Nr 16 RdNr 25), gibt der erkennende Senat diese Rechtsprechung aus den dargelegten Gründen klarstellend auf.

19

Das zweite wesentliche Definitionsmerkmal der Hauptdiagnose ist der Begriff "nach Analyse". Er verdeutlicht, dass es weder auf die subjektive oder objektiv erzielbare Einweisungs- oder Aufnahmediagnose ankommt, sondern allein auf die objektive ex-post-Betrachtung der Aufnahmegründe am Ende der Krankenhausbehandlung. Es ist für die Bestimmung der Hauptdiagnose ohne Belang, dass die Diagnose des einweisenden Arztes und des aufnehmenden Krankenhausarztes unter Berücksichtigung der ex ante vorhandenen Informationen objektiv lege artis erfolgte. Maßgeblich ist allein die objektiv zutreffende ex-post-Betrachtung.

20

(2) Dieser sich aus der Wortlautauslegung ergebende Regelungsgehalt der Definition der Hauptdiagnose steht auch in Einklang mit der Systematik. Denn DKR (2005) D003d definiert die Nebendiagnose als: "Eine Krankheit oder Beschwerde, die entweder gleichzeitig mit der Hauptdiagnose besteht oder sich während des Krankenhausaufenthaltes entwickelt." Eine Diagnose, die sich während des

Krankenhausaufenthalts entwickelt, ist ungeachtet des damit verbundenen Ressourcenverbrauchs zwingend keine Hauptdiagnose. Im Übrigen verweisen die Erläuterungen zur DKR (2005) D003d darauf, dass für Kodierungszwecke Nebendiagnosen als Krankheiten interpretiert werden müssen, die das Patientenmanagement in der Weise beeinflussen, dass irgendeiner der folgenden Faktoren erforderlich ist: therapeutische Maßnahmen, diagnostische Maßnahmen oder erhöhter Betreuungs-, Pflege- und/oder Überwachungsaufwand. Sie erfordern einen solchen Ressourcenverbrauch. Eine Krankheit oder Beschwerde, die gleichzeitig mit anderen Krankheiten oder Beschwerden die Aufnahme in das Krankenhaus veranlasst, ist Nebendiagnose, wenn sie nicht für Untersuchung und/oder Behandlung die meisten Ressourcen verbraucht hat.

21

Die Gleichsetzung des stationären Krankenhausaufenthalts mit einem abrechenbaren Behandlungsfall folgt aus der aufgezeigten Einordnung der DKR in das System der Ermittlung der Fallpauschale. Sie hat immer einen abrechenbaren Behandlungsfall im Sinne der FPV zum Gegenstand (vgl BSG SozR 4-5562 § 9 Nr 3 RdNr 19).

22

Gemäß der aufgezeigten Auslegung des Begriffs der Hauptdiagnose nach DKR (2005) D002d war ICD-10-GM (2005) A41.9 (Sepsis, nicht näher bezeichnet) zu kodieren. Eine speziellere Kodierregel besteht insoweit nicht. Nach den Feststellungen des LSG hat allein diese Diagnose den stationären Krankenhausaufenthalt des Versicherten veranlasst.

23

bb) Die dagegen erhobenen Einwendungen der Beklagten greifen nicht durch. Die Sepsis des Versicherten (ICD-10-GM (2005) A41.9) war entgegen der Auffassung der Beklagten nicht bloß eine Verdachtsdiagnose. Dies sind nach DKR (2005) D008b Diagnosen, die am Ende eines stationären Aufenthaltes weder sicher bestätigt noch sicher ausgeschlossen werden können. Der Versicherte litt dagegen nach den Feststellungen des LSG bei Krankenhausaufnahme an einem mit den Mitteln der ambulanten Krankenbehandlung nicht mehr beherrschbaren septischen Fieber. Die Epilepsie des Versicherten (ICD-10-GM (2005) G40.2) kam als zu kodierende Hauptdiagnose nicht in Betracht. Sie bedingte erst später, im sich an die Aufnahme ins Krankenhaus der Beklagten anschließenden weiteren Behandlungsverlauf stationäre Behandlungsbedürftigkeit.

24

Die prozessualen Rügen der Beklagten sind unzulässig. Soweit die Beklagte mit der Revision rügt, das LSG habe seine Entscheidung hinsichtlich der getroffenen Feststellungen nicht mit Gründen iS des [§ 128 Abs 1 S 2 SGG](#) versehen, bezeichnet sie nicht iS von [§ 164 Abs 2 S 3 SGG](#) alle Tatsachen, die den Mangel ergeben sollen (vgl [§ 164 Abs 2 S 3 SGG](#); [BSGE 111, 168](#) = SozR 4-2500 § 31 Nr 22 RdNr 27 f mwN; siehe ferner BSG Urteil vom 11.12.2008 - [B 9 VS 1/08 R](#) - Juris RdNr 68 ff mwN, insoweit nicht abgedruckt in [BSGE 102, 149](#) = SozR 4-1100 Art 85 Nr 1). Notwendig hierfür ist eine Darlegung, die das Revisionsgericht in die Lage versetzt, sich allein anhand der Revisionsbegründung ein Urteil darüber zu bilden, ob die angegriffene Entscheidung auf einem Verfahrensmangel beruhen kann (BSG [SozR 1500 § 164 Nr 31 S 49](#)). Eine Entscheidung ist nicht schon dann nicht mit Gründen iS des [§ 128 Abs 1 S 2 SGG](#) versehen, wenn das Gericht sich unter Beschränkung auf den Gegenstand der Entscheidung kurz fasst und nicht jeden Gesichtspunkt, der erwähnt werden könnte, behandelt hat (vgl zB [BSGE 76, 233](#), 234 = [SozR 3-1750 § 945 Nr 1 S 3](#); BSG Beschluss vom 7.2.2013 - [B 1 KR 68/12 B](#) - Juris RdNr 5 mwN). Die Beklagte legt selbst dar, dass das LSG seine Feststellungen auf eine Begründung gestützt hat.

25

Auch soweit die Beklagte mit der Revision rügt, das LSG habe es unter Verstoß gegen den Amtsermittlungsgrundsatz ([§ 103 SGG](#)) unterlassen, die tatsächlichen Voraussetzungen der Hauptdiagnose ausreichend zu ermitteln, bezeichnet sie iS von [§ 164 Abs 2 S 3 SGG](#) nicht alle Tatsachen, die den Mangel ergeben sollen. Notwendig hierfür ist eine Darlegung der Tatsachen, aus denen sich ergibt, dass sich das LSG von seinem sachlich-rechtlichen Standpunkt aus zu weiteren Ermittlungen hätte gedrängt fühlen müssen. Die maßgeblichen Vorgänge müssen so genau angegeben sein, dass das Revisionsgericht sie, die Richtigkeit des Vorbringens unterstellt, ohne weitere Ermittlungen beurteilen kann (vgl BSG SozR 4-7837 § 2 Nr 18 RdNr 15; BSG Urteil vom 30.10.2014 - [B 5 R 8/14 R](#) - Juris RdNr 20, für BSGE und SozR vorgesehen; Leitherer in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 11. Aufl 2014, § 164 RdNr 12 mwN). Daran fehlt es.

26

Die Beklagte legt mit ihrer Rüge nicht dar, aufgrund welcher Tatsachen sich das LSG zu einer weiteren Tatsachenermittlung hätte gedrängt fühlen müssen. Sie macht zwar geltend, es sei unerfindlich, worauf das LSG seine medizinischen Behauptungen stütze, dass (1) das Fieber des Versicherten nicht Ausdruck der Epilepsie gewesen sei, sondern auf dem Boden der Sepsis bestanden habe, (2) dass die Epilepsie des Versicherten ambulant medikamentös behandelbar gewesen sei und entsprechend behandelt worden sei, (3) dass das Fieber mit Temperaturen bis zu 40,5°C mit den Mitteln der ambulanten Krankenbehandlung (antibiotische Therapie) nicht mehr beherrschbar gewesen sei und (4) dass es sich bei dem Fieber bzw der Sepsis nicht um Symptome oder um eine Verdachtsdiagnose gehandelt habe. Die Beklagte legt aber selbst dar, dass das LSG sich hierfür auf das Gesamtergebnis des Verfahrens, "namentlich den Inhalt der die streitige Behandlung des Versicherten betreffenden Krankenakte" stützen konnte und ihm entnommen hat, dass ICD-10-GM (2005) A41.9 als Hauptdiagnose zu kodieren sei. Die Beklagte weist selbst zutreffend darauf hin, dass dies der Einschätzung der MDK-Gutachten entspricht, die sich auf die Inhalte der Behandlungsunterlagen einschließlich des Entlassungsberichts gründen. In diesem (beigefügte Aktennotiz vom 10.11.2005) führte Chefarzt Dr. R aus: Die Einweisung wegen septischer intermittierender Temperaturen sei notfallmäßig erfolgt. Eine infizierte PEG-Anlage habe das septische Fieber verursacht. Die Beklagte trägt selbst vor, dass auch nach der späteren Einschätzung von Dr. R in den ersten Tagen der Behandlung die septischen Fieberschübe im Vordergrund standen. Sie legt nicht schlüssig dar, wieso sich das LSG bei dieser Beweislage zu weiterer Beweisaufnahme hätte gedrängt fühlen müssen. Die Beklagte setzt sich auch nicht damit auseinander, warum sich das LSG - inzident - nicht vornehmlich auf die zeitnahen und ausführlichen Stellungnahmen von Dr. R stützen durfte, die dem Ergebnis der MDK-Gutachten entsprechen.

27

cc) Der Grouper steuert bei Eingabe der Diagnose ICD-10-GM (2005) A41.9 als Hauptdiagnose die MDC (Major Diagnostic Category) 18B (Infektiöse und parasitäre Krankheiten; vgl G-DRG German Diagnosis Related Groups Version 2005, Definitionshandbuch, Band 4 (DRGs Q01Z-Z66Z) S 133, im Folgenden: Definitionshandbuch) an. Nach dem Algorithmus dieser MDC (vgl Definitionshandbuch S 131 f) führt der Weg über die ADRG T60 Sepsis (vgl Definitionshandbuch S 137) und dem hier vorliegenden PCCL (Patient Clinical Complexity Level) 4 (vgl dazu [BSGE 109, 236](#) = SozR 4-5560 § 17b Nr 2, RdNr 37 ff) zur DRG (2005) T60B.

28

d) Da die Klägerin hierfür rechtmäßig aufgrund der DRG (2005) T60B nur insgesamt 10 136,17 Euro berechnen durfte, nicht aber nach der DRG (2005) B76A 29 401,30 Euro, kam es zu einer rechtsgrundlosen Überzahlung des sich daraus errechnenden Differenzbetrags von 19 265,13 Euro.

29

Der erkennende Senat hat im Revisionsverfahren 29 401,30 Euro als die von der Klägerin tatsächlich gezahlte Vergütung zugrunde zu legen, weil das LSG diesen - zwischen den Beteiligten unstreitigen Betrag - verbindlich festgestellt hat. Er geht auch von insgesamt 10 136,17 Euro als dem für die DRG (2005) T60B genannten Betrag aus, der sich aus den vertraglichen Fallpauschalen auf gesetzlicher Grundlage unter Berücksichtigung des für das Krankenhaus der Klägerin maßgeblichen Basisfallwerts und weiteren Rechnungsposten errechnet. Wenn - wie hier - Rechnungsposten von (normen)vertraglichen Vereinbarungen zahlenförmigen Inhalts mit abhängen und beide Beteiligte insoweit eine besondere professionelle Kompetenz aufweisen, bedarf es keiner weiteren Ermittlungen, wenn die Berechnungsergebnisse keinem Streit zwischen den Beteiligten ausgesetzt sind und sonstige konkrete Umstände keine Anhaltspunkte für eine fehlerhafte Berechnung ergeben (vgl auch BSG SozR 4-2500 § 130 Nr 2 RdNr 17 mwN zur eingeschränkten amtlichen Sachaufklärung bei übereinstimmendem Vorbringen Beteiligter mit besonderer professioneller Kompetenz). So liegt der Fall hier. Die Beteiligten haben die Höhe des aus der DRG (2005) T60B resultierenden Betrags zu keinem Zeitpunkt im Verfahren in Zweifel gezogen.

30

2. Einwendungen und Einreden gegen den Erstattungsanspruch greifen nicht durch. Der Beklagten steht gegen den Anspruch der Klägerin nicht die Einrede der Entreichung entsprechend [§ 818 Abs 3 BGB](#) zu.

31

Die von der Beklagten erhobene Einrede der Entreichung entsprechend [§ 818 Abs 3 BGB](#) iVm [§ 69 SGB V](#) greift nicht durch. Die Anspruchsvoraussetzungen und Rechtsfolgen des öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruchs entsprechen zwar denen des bürgerlich-rechtlichen Bereicherungsanspruchs, soweit sie nicht spezialgesetzlich geregelt sind. Es scheidet aber ein Rückgriff auf die bürgerlich-rechtlichen Normen aus, soweit der vom öffentlichen Recht selbstständig entwickelte Erstattungsanspruch reicht. Dies gilt namentlich für die Nichtanwendbarkeit der bereicherungsrechtlichen Vorschriften, denen öffentlich-rechtliche Wertungszusammenhänge entgegenstehen (vgl [BSGE 109, 236](#) = SozR 4-5560 § 17b Nr 2, RdNr 10 f mwN). Es bedarf hier keiner abschließenden Klärung, ob die Einrede der Entreichung entsprechend [§ 818 Abs 3 BGB](#) niemals gegenüber einem öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch mit Erfolg erhoben werden kann (so [BSGE 115, 247](#) = SozR 4-7610 § 812 Nr 7, RdNr 27; offengelassen von [BSGE 61, 19](#), 22 f = [SozR 2200 § 368f Nr 11](#) S 32; beide unter Bezugnahme auf [BVerwGE 71, 85](#), 89 f). Jedenfalls stehen hier öffentlich-rechtliche Wertungszusammenhänge entgegen, die sich aus dem Regelungssystem und -zweck des KHEntgG ergeben.

32

Die Beklagte kann nicht mit Erfolg geltend machen, sie sei in Höhe von 14 308 Euro (49 Tage * 292 Euro) deswegen entreichert, weil sie mit den anderen Vertragsparteien iS von § 18 Abs 2 KHG in der Vergütungs-Pflegesatzvereinbarung 2005, genehmigt durch Bescheid der Bezirksregierung Arnsberg vom 27.12.2005, auf der Grundlage von § 15 Abs 2 KHEntgG (idF durch Art 5 FPG vom 23.4.2002, [BGBl I 1412](#)) Ausgleichsbeträge festsetzte, die sich auf Leistungen beziehen, die nach § 6 Abs 1 S 1 Nr 2 KHEntgG (idF durch Art 2 Nr 4 Buchst a 2. FPÄndG vom 15.12.2004, [BGBl I 3429](#)) iVm Anlage 3 der FPV 2005 im Jahr 2005 noch nicht mit den DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelten sachgerecht vergütet werden konnten. In den vereinbarten Ausgleichsbeträgen nach § 15 Abs 2 KHEntgG wurde der abgerechnete Behandlungsfall des Versicherten mit 14 308 Euro (49 Tage * 292 Euro) mit Wirkung für die Jahre 2006 und 2007 berücksichtigt, nachdem die Vertragsparteien das zunächst nach § 10 Abs 1 S 3 FPV 2005 abgerechnete tagesbezogene Entgelt von 600 Euro/Tag auf 308 Euro reduziert hatten. Insoweit trifft es zu, dass der Ausgleichsbetrag nach § 15 Abs 1 S 4 KHEntgG um 14 308 Euro niedriger zu bemessen gewesen wäre, wenn die Beklagte rechtmäßig nur die DRG (2005) T60B abgerechnet hätte.

33

Gleichwohl kann die Beklagte daraus keine Entreichung hinsichtlich der rechtsgrundlosen Überzahlung ableiten. Dies folgt aus Regelungssystem und Regelungszweck des Budgetrechts nach dem KHEntgG. Denn die das Erlösbudget betreffenden Vorschriften des hier maßgeblichen KHEntgG regeln in einer von der Ebene der Abrechnung der einzelnen Behandlungsfälle getrennten Budgetebene spezifisch und abschließend die vorzunehmenden Anpassungen, die sich aus erlösausgleichsrelevanten Vergütungen ergeben.

34

Grundsätzlich kann das Krankenhaus nur im Rahmen des vereinbarten Budgets Leistungen erbringen. Diese Mengensteuerung kann aber wegen der Vielzahl von Kostenträgern nicht durch die Zahlung eines (Gesamt-)Budgets gesichert werden. Vielmehr müssen die Kostenträger die Behandlungen als einzelne Fälle endgültig vergüten. Budgetrechtlich sind die Vergütungen für die Behandlungsfälle jedoch nur Abschlagszahlungen (vgl BVerwG Urteil vom 18.3.2009 - [3 C 14/08](#) - Juris RdNr 17 = Buchholz 451.73 § 12 BPfIV Nr 2; BVerwG Urteil vom

20.12.2007 - [3 C 53/06](#) - Juris RdNr 23 = Buchholz 451.73 § 12 BPflVO Nr 1) auf das nicht real gezahlte, sondern in den Vereinbarungen nach § 11 KHEntgG nur als Rechengröße festgesetzte Erlösbudget. Die Festsetzung des Erlösbudgets beruht auf zugrunde gelegten Prognosen, die nicht eintreten müssen. Das kann dazu führen, dass die tatsächlich erzielten Erlöse des Krankenhauses nach unten oder nach oben vom jährlich festzusetzenden Budget abweichen und einen Korrekturbedarf auslösen. Dieser rechnerische Budgetrahmen wird erst durch eine Vielzahl von Behandlungsfällen mit unterschiedlichen Kostenträgern vergütungsmäßig im Idealfall genau ausgefüllt. Dabei ist der jeweils erbrachte und abgerechnete Behandlungsfall nach Maßgabe der jeweils aktuell geltenden vergütungsrechtlichen Regelungen ein in sich abgeschlossener Vorgang, der allein das Rechtsverhältnis zwischen Krankenhausträger und KK oder sonstigem Kostenträger betrifft. Dies gilt namentlich auch für die rechtliche Bewältigung von sich daraus ergebenden Leistungsstörungen. Weder das KHG noch das KHEntgG enthalten Regelungen, die abgerechnete Vergütungen und damit korrespondierende Vergütungs- und Erstattungsansprüche von späteren budgetrechtlichen Rechtsfolgen abhängig machen. Die vom Gesetz auf der Budgetebene vorgesehenen Ausgleichsmechanismen sind hiervon vollständig abgekoppelt (vgl. auch LSG Nordrhein-Westfalen Urteil vom 29.1.2009 - [L 16 KR 242/06](#) - Juris RdNr 33 iVm RdNr 13). Sie wirken entsprechend ihrem Zweck der Mengensteuerung summativ, kollektiv und nur in der Zukunft. Die abgerechneten Behandlungsfälle ergeben in ihren Summen ausgleichswirksame Gesamtverrechnungseinheiten, die grundsätzlich auf das zukünftige Erlösbudget einwirken, indem sie - bei idealtypisch unveränderten sonstigen Parametern - dort die Kosten der zukünftigen Behandlungsfälle sämtlicher Kostenträger erhöhen oder reduzieren, je nachdem in welche Richtung der Ausgleich zu erfolgen hat (vgl. dazu bereits das flexible Budget nach § 12 Bundespflegesatzverordnung (BPflV) in den vom 1.1.1995 bis 31.12.2012 geltenden Fassungen).

35

§ 4 KHEntgG (idF durch Art 2 Nr 2 2. FPÄndG vom 15.12.2004, [BGBl I 3429](#)) regelt das Erlösbudget, aus dem die Leistungen zu vereinbaren sind, die über DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelte aus den bundesweit geltenden Katalogen vergütet werden. Für dieses Erlösbudget sind nach § 4 Abs 9 KHEntgG Mehr- und Mindererlösausgleiche durchzuführen (Erlösausgleich; vgl. dazu Tuschen/Braun/Rau, KH 2005, 955), die den Basisfallwert verändern (siehe Beispiel bei Tuschen/Trefz, KHEntgG, 1. Aufl 2004, Erl § 4 KHEntgG, S 240). Der Gesetzgeber hat neben unbudgetierten Bereichen bestimmte Leistungen und besondere Einrichtungen aus der DRG-Vergütung herausgenommen und sie ihrerseits einer gesonderten flexiblen Budgetierung (Erlössumme) nach den Regeln der BPflV unterworfen (vgl. Tuschen/Trefz, KHEntgG, 1. Aufl 2004, S 114 f). Hierzu zählt auch die Vergütung der hier von der Beklagten abgerechneten DRG (2005) B76A. Sie ist gemäß Anlage 3 zur FPV 2005 eine nicht mit dem Fallpauschalen-Katalog vergütete Leistung, für die ein krankenhausindividuelles, tagesbezogenes Entgelt nach § 6 Abs 1 S 1 Nr 2 KHEntgG zu vereinbaren ist. Nach § 6 Abs 3 KHEntgG ist ua für diese tagesbezogenen Entgelte eine Erlössumme zu bilden, auf die § 12 BPflV (idF durch Art 4 Abs 2 Nr 12 FPG vom 23.4.2002, [BGBl I 1412](#)) Anwendung findet.

36

Ergänzend dazu sieht der hier maßgebliche § 15 KHEntgG allerdings vor: "(1) Die für das Kalenderjahr vereinbarte krankenhausindividuelle Höhe der Fallpauschalen und sonstiger Entgelte sowie erstmals vereinbarte Entgelte nach § 6 werden vom Beginn des neuen Vereinbarungszeitraums an erhoben. Wird die Vereinbarung erst nach diesem Zeitpunkt genehmigt, sind die Entgelte ab dem ersten Tag des Monats zu erheben, der auf die Genehmigung folgt, soweit in der Vereinbarung oder Schiedsstellenentscheidung kein anderer zukünftiger Zeitpunkt bestimmt ist. Bis dahin sind die bisher geltenden Entgelte weiter zu erheben; dies gilt auch für die Einführung des DRG-Vergütungssystems im Jahr 2003 oder 2004. Sie sind jedoch um die darin enthaltenen Ausgleichsbeträge zu bereinigen, wenn und soweit dies in der bisherigen Vereinbarung oder Festsetzung so bestimmt worden ist. (2) Mehr- oder Mindererlöse infolge der Weitererhebung der bisherigen Entgelte werden durch Zu- und Abschläge auf die im restlichen Vereinbarungszeitraum zu erhebenden neuen Entgelte ausgeglichen; wird der Ausgleichsbetrag durch die Erlöse aus diesen Zu- und Abschlägen im restlichen Vereinbarungszeitraum über- oder unterschritten, wird der abweichende Betrag über die Entgelte des nächsten Vereinbarungszeitraums ausgeglichen; es ist ein einfaches Ausgleichsverfahren zu vereinbaren. Würden die Entgelte durch diesen Ausgleich und einen Betrag nach § 3 Abs. 8 oder § 4 Abs. 11 insgesamt um mehr als 30 vom Hundert erhöht, sind übersteigende Beträge bis jeweils zu dieser Grenze in nachfolgenden Budgets auszugleichen. Ein Ausgleich von Mindererlösen entfällt, soweit die verspätete Genehmigung der Vereinbarung von dem Krankenhaus zu vertreten ist."

37

Diese Regelungen sind geschaffen worden, um Situationen zu bewältigen, bei denen - wie hier als die Vergütungs-Pflegesatzvereinbarung für 2005 erst nach dem 27.12.2005 wirksam wurde - Vereinbarungen rückwirkend die Erlössumme beeinflussen. Der erkennende Senat kann offenlassen, ob im Wege der öffentlich-rechtlichen Erstattung rückabgewickelte Vergütungen nach § 15 KHEntgG vertraglicher Gegenstand berücksichtigungsfähiger Ausgleichspositionen sein können. Jedenfalls kann nach der aufgezeigten Regelungssystematik ein Ausgleich allein im Rahmen des § 15 KHEntgG auf der Budgetebene erfolgen (vgl. Beispiel für die Ermittlung eines einheitlichen Zuschlags-Prozentsatzes für den restlichen Vereinbarungszeitraum bei Tuschen/Trefz, KHEntgG, 1. Aufl 2004, Erl § 15 KHEntgG, S 319), nicht hingegen mittels entsprechender Anwendung des [§ 818 Abs 3 BGB](#) auf der Abrechnungsebene.

38

3. Die Klägerin hat gegen die Beklagte auch Anspruch auf die Zahlung von Zinsen in Höhe von zwei Prozentpunkten über dem jeweils gültigen Basiszinssatz aus dem geltend gemachten Erstattungsbetrag (vgl. BSG SozR 4-2500 § 69 Nr 7 RdNr 16 ff). Das zitierte Urteil des erkennenden Senats, auf das das LSG im angefochtenen Urteil ausdrücklich Bezug genommen hat, betrifft einen Sachverhalt im Geltungsbereich desselben Vertrags nach [§ 112 SGB V](#) und dasselbe Kalenderjahr. Die Beteiligten haben nichts davon Abweichendes vorgetragen. Auch die Verurteilung zur Zahlung von Zinsen ab 23.7.2007 begegnet keinen durchgreifenden Bedenken. Die Klägerin hat in der mündlichen Verhandlung vor dem LSG nicht länger die Verurteilung der Beklagten zur Zahlung von Prozesszinsen seit Rechtshängigkeit (23.3.2007, so der Antrag der Klage- und der Berufungsschrift) beantragt, sondern erst ab 23.7.2007. Das LSG hat die Beklagte insoweit antragsgemäß verurteilt. Ob der Klägerin unter Berücksichtigung des [§ 123 SGG](#) dennoch ein Zinsanspruch ab Rechtshängigkeit zustehen könnte, bedarf keiner weiteren Klärung (vgl. § 197a Abs 1 S 1 Teils 3 SGG iVm [§ 158 Abs 1 VwGO](#)).

39

4. Die Kostenentscheidung folgt aus § 197a Abs 1 S 1 Teils 3 SGG iVm [§ 154 Abs 2 VwGO](#), diejenige über den Streitwert aus § 197a Abs 1 S 1 Teils 1 SGG iVm [§ 63 Abs 2](#), [§ 52 Abs 3](#) sowie [§ 47 Abs 1 GKG](#).

Rechtskraft

Aus

Login

BRD

Saved

2015-10-23