

L 4 KR 72/17

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
4
1. Instanz
SG Karlsruhe (BWB)
Aktenzeichen
S 5 KR 911/16
Datum
05.12.2016
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 4 KR 72/17
Datum
25.01.2019
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

1. Bei der Prüfung wirtschaftlichen Alternativerhaltens ist keine ex-post-Betrachtung vorzunehmen, sondern danach zu fragen, ob unter Zugrundelegung der Erkenntnisse zum Zeitpunkt der Entlassung aus der ersten stationären Krankenhausbehandlung von den Krankenhausärzten wirtschaftlich gehandelt wurde.
 2. Eine Beurlaubung ist nicht erforderlich, wenn noch kein Therapieplan mit Indikation zur (weiteren) stationären Weiterbehandlung vorliegt.
 3. Zu den Anforderungen an eine Aufrechnung nach § 9 PrüfV 2015.
- Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 5. Dezember 2016 wird zurückgewiesen.

Die Beklagte trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens.

Der Streitwert für das Berufungsverfahren wird endgültig auf EUR 4.971,26 festgesetzt.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Vergütung einer Krankenhausbehandlung.

Die Klägerin ist Trägerin eines Krankenhauses, das durch Aufnahme in den Krankenhausplan des Landes Baden-Württemberg nach [§ 108 Nr. 2](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) zur Versorgung gesetzlich Krankenversicherter zugelassen ist.

Der bei der Beklagten versicherte, 1948 geborene H. B. (im Folgenden Versicherter) befand sich zunächst vom 2. bis 12. Juni 2015 im Krankenhaus der Klägerin in stationärer Behandlung. Die Ärzte stellten ein Magenkarzinom (ICD-10-GM 2015 C16.9 [Bösartige Neubildung des Magens, nicht näher bezeichnet]) fest. Bei der interdisziplinären Tumorkonferenz vom 10. Juni 2015 empfahlen die Ärzte zunächst eine Laparoskopie (Bauchspiegelung). Im Fall einer Peritonealkarzinose erübrigten sich weitere diagnostische Schritte. Sollte eine solche ausgeschlossen werden können, werde empfohlen einer der Nierentumore des Versicherten durch eine CT-gesteuerte Biopsie auf den Grund zu gehen. Ergebe sich kein Anhalt für eine Metastase des Magenkarzinoms, werde die primäre Magenresektion empfohlen. Der Versicherte plane noch die Einholung einer Zweitmeinung.

Vom 10. bis 11. Juli 2015 befand sich der Versicherte sodann erneut in vollstationärer Behandlung im Krankenhaus der Klägerin. Es erfolgte eine Bauchspiegelung. Laut Operationsbericht zeigte sich makroskopisch kein Anhalt für eine Peritonealkarzinose. Am 14. Juli 2015 ging bei der Klägerin der pathologische Befund der entnommenen Proben ein, wonach im entnommenen Probematerial kein Anhalt für Malignität vorliege. Bei der interdisziplinären Tumorkonferenz am 15. Juli 2015 empfahlen die Ärzte deshalb eine Magenresektion. Von einer Biopsie der Nierentumore wurde Abstand genommen. Bezüglich dieser sollte eine Resektion angestrebt werden. Zunächst sollten jedoch die Ergebnisse der Magenresektion abgewartet werden. Im Entlassungsbericht vom 15. Juli 2015 empfahlen die Ärzte von chirurgischer Seite eine primäre Operation des Magenkarzinoms.

Vom 20. Juli bis 1. August 2015 befand sich der Versicherte dann zur Magenresektion in vollstationärer Behandlung im Krankenhaus der Klägerin.

Für den Aufenthalt vom 10. bis 11. Juli 2015 forderte die Klägerin mit Rechnung vom 26. August 2015 die Zahlung von EUR 4.951,26 von der Beklagten. Der Abrechnung lag die Fallpauschale (DRG = Diagnosis Related Group) G19A (Andere Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum mit komplizierender Konstellation oder bei bösartiger Neubildung) zugrunde. Wegen Unterschreitung der unteren

Grenzverweildauer um drei Behandlungstage nahm die Klägerin einen entsprechenden Abzug vor. Für den Aufenthalt des Versicherten vom 20. Juli bis 1. August 2015 forderte die Klägerin die Zahlung von EUR 14.704,11 von der Beklagten (Rechnung ebenfalls vom 26. August 2015). Der Abrechnung lag die DRG G03C (Große Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum ohne hochkomplexem Eingriff, ohne komplizierende Konstellation) zugrunde.

Die Beklagte beglich die Rechnungen unter Vorbehalt. Am 28. August 2015 beauftragte sie ihren Sozialmedizinischen Dienst (SMD) mit einer "Vollprüfung" der Abrechnungen für die Aufenthalte vom 10. bis 11. Juli 2015 und vom 20. Juli bis 1. August 2015. Mit Schreiben vom selben Tag informierte die Beklagte die Klägerin "gemäß § 4 PrüfV [Prüfverfahrensvereinbarung]" über die Einleitung einer Prüfung nach [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) wegen Zweifel an der Wirtschaftlichkeit. Die beiden Krankenhausaufenthalte seien auffällig. Aufgrund der übermittelten Diagnosen und Operationsschlüssel handle es sich bei dem zweiten Aufenthalt um eine Komplikation des ersten Aufenthalts, weshalb eine Wiederaufnahme im Sinne des § 2 Abs. 3 Fallpauschalenvereinbarung (FPV) vorliege. Mit Schreiben vom selben Tag zeigte auch der SMD das Prüfverfahren der Klägerin an. Nach Beiziehung ärztlicher Unterlagen nahm die Ärztin U. vom SMD unter dem 15. Dezember 2015 Stellung. Danach sei nach Auswertung der Unterlagen die Durchführung und Abrechnung zweier getrennter stationärer Krankenhausbefahrungen nicht nachvollziehbar. Medizinisch handle es sich bei beiden Aufenthalten um dasselbe Krankheitsbild. Die invasive Diagnostik und die operative Therapie seien im Rahmen eines einzigen stationären Krankenhausaufenthalts unter Nutzung der oberen Grenzverweildauer und unter Berücksichtigung des Wirtschaftlichkeitsgebots ausreichend möglich gewesen. Mit Schreiben vom 8. Januar 2016 kündigte die Beklagte daraufhin an, den überzahlten Betrag in Höhe von EUR 4.951,26 "von einer der nächsten Rechnungen einzubehalten". Die Klägerin widersprach dieser Vorgehensweise und verwies darauf, dass die Voraussetzungen des § 2 FPV nicht erfüllt seien.

Am 20. Januar 2016 verrechnete die Beklagte EUR 4.971,26 mit einer Vergütungsforderung der Klägerin.

Am 16. März 2016 erhob die Klägerin beim Sozialgericht Karlsruhe (SG) Klage und beantragte, die Beklagte zu verurteilen, der Klägerin EUR 4.971,26 nebst Zinsen hieraus in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 21. Januar 2016 zu zahlen. Zur Begründung trug sie vor, die Voraussetzungen einer Fallzusammenführung lägen nicht vor. Ein Fall des § 2 FPV sei nicht gegeben. Da Vergütungsregelungen nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) eng nach ihrem Wortlaut auszulegen seien, scheide auch eine analoge Anwendung der Bestimmungen aus. Eine Fallzusammenführung komme auch nicht aufgrund des in [§ 12 SGB V](#) geregelten Wirtschaftlichkeitsgebots in Betracht. Das Urteil des BSG vom 10. März 2015 ([B 1 KR 3/15 R](#) - juris), auf das sich die Beklagte stütze, besage nicht, dass vorliegend eine Fallzusammenführung hätte vorgenommen werden müssen. Es besage nur, dass es wesentlich auf die medizinischen Gründe ankomme, die das Krankenhaus im Einzelfall dazu bewegen hätten, einen Versicherten (vorerst) zu entlassen. Im vorliegenden Fall sei die Entlassung des Versicherten weder aus abrechnungsrechtlichen Überlegungen heraus erfolgt noch sei sie willkürlich gewesen. Eine unwirtschaftliche Behandlungsplanung liege nicht vor. Eine solche habe die Beklagte auch nicht substantiiert, sondern nur pauschal behauptet. Am Entlassungstag sei ungewiss gewesen, ob überhaupt eine Magenresektion erfolgen würde. Hätte die Biopsie ergeben, dass das Karzinom bereits ins Peritoneum gestreut hätte, wäre eine Resektion des Magens von vornherein auszuschließen gewesen. Dann wäre entsprechend der einschlägigen S 3-Leitlinie "Diagnostik und Therapie der Adenokarzinome des Magens und ösophagogastralen Übergangs" nur noch eine Chemotherapie in Betracht gekommen. Aus der maßgeblichen ex-ante-Perspektive des Krankenhauses sei es bei der komplexen Gesamtsituation des Versicherten nicht möglich gewesen, die invasive Diagnostik und die operative Therapie im Rahmen eines einzigen stationären Krankenhausaufenthalts zu planen. Zum Zeitpunkt der Entlassung habe der histopathologische Befund noch nicht vorgelegen. Ohne Auswertung der Befunde durch die zweite Tumorkonferenz habe das Krankenhaus nicht darüber entscheiden können, ob der Versicherte operiert werden sollte oder nicht. Der Zeitraum zwischen den beiden Krankenhausaufenthalten könne auch nicht als "Beurlaubung" im Sinne von § 1 Abs. 7 FPV angesehen werden. Die stationäre Behandlung des Versicherten sei am 11. Juli 2015 abgeschlossen gewesen, weil die besonderen Mittel eines Krankenhauses nicht mehr erforderlich gewesen seien. Zudem mangle es an der erforderlichen Zustimmung des Krankenhausarztes, den stationären Krankenhausaufenthalt zu unterbrechen. Jedenfalls aber dürfe die Beklagte nicht in Höhe der Zuzahlung des Versicherten von EUR 20,00 aufrechnen.

Die Beklagte trat der Klage entgegen. Aus der Entscheidung des BSG vom 10. März 2015 ([B 1 KR 3/15 R](#) - juris) folge, dass das Krankenhaus aufgrund des Wirtschaftlichkeitsgebots gezwungen sei, bei der Behandlungsplanung die Möglichkeit wirtschaftlichen Alternativverhaltens zu prüfen. Wähle es - wie hier - einen unwirtschaftlichen Behandlungsweg, könne es allenfalls die Vergütung beanspruchen, die bei fiktivem wirtschaftlichem Alternativverhalten angefallen wäre.

Mit Urteil vom 5. Dezember 2016 verurteilte das SG die Beklagte antragsgemäß. Zur Begründung führte es aus, es habe kein Grund für eine Zusammenfassung der Falldaten der Krankenhausaufenthalte des Versicherten vom 10. bis 11. Juli 2015 und vom 20. Juli bis 1. August 2015 bestanden. Die Voraussetzungen von § 2 FPV lägen nicht vor. Der zweite Aufenthalt sei keiner "Komplikation" im Zusammenhang mit dem ersten Krankenhausaufenthalt geschuldet gewesen. Davon gehe mittlerweile auch die Beklagte aus, die sich nur noch auf das Wirtschaftlichkeitsgebot berufe. Aber auch dieses rechtfertige vorliegend keine Fallzusammenführung. Das Wirtschaftlichkeitsgebot zwingt das Krankenhaus zwar dazu, bereits bei der Planung der Behandlung zu prüfen, auf welchem Weg der Patient am preiswertesten behandelt werden könne. Existierten mehrere Behandlungsmöglichkeiten, die medizinisch in gleicher Weise geeignet seien, dürfe das Krankenhaus nicht den teureren Weg beschreiten. Tue es dies dennoch, stehe ihm nur diejenige Vergütung zu, die bei der preiswerteren Behandlungsalternative angefallen wäre (unter Verweis auf BSG, Urteil vom 10. März 2015 - [B 1 KR 3/15 R](#) - juris). Aus diesem Grund sei das Krankenhaus gehalten, die voraussichtlichen Kosten der therapeutischen Optionen zu vergleichen - und zwar schon bei der Behandlungsplanung (unter Verweis auf BSG, Urteil vom 10. März 2015 - [B 1 KR 3/15 R](#) - juris). Folge man dem, müsse der Krankenhausarzt, der über die Behandlung entscheide, nicht nur die medizinischen Aspekte eines Falls berücksichtigen, sondern auch das Abrechnungssystem. Da die Abrechnung typischerweise nicht vom Arzt selbst erledigt werde, sondern von einer dafür zuständigen Abteilung des Krankenhauses, müsse er sich dort vor jeder therapeutischen Entscheidung über die Vergütungsfolgen vergewissern. Fraglich sei indes, ob ihm die Abrechnungsabteilung zu diesem Zeitpunkt überhaupt die gewünschte Information liefern könne. Denn die vom BSG geforderte Vergleichsberechnung lasse sich im Regelfall nicht im Voraus anstellen, sondern erst nach Abschluss der Behandlung, in Kenntnis der erbrachten Leistungen - also aus einer Perspektive ex post. Vorab lasse sich die Vergütung hingegen wohl nur bestimmen, wenn ausnahmsweise praktisch der gesamte weitere Verlauf der Behandlung feststehe. Jedenfalls eine solche Konstellation habe nicht vorgelegen. Maßgeblich sei der Kenntnisstand der Ärzte am Tag der Entlassung, also am 11. Juli 2015. Zu diesem Zeitpunkt habe weder das genaue Ausmaß der Krebserkrankung des Versicherten noch die Durchführung einer Magenoperation festgestanden. Das Ergebnis der histopathologischen Untersuchung der bei der Bauchspiegelung entnommenen Proben habe noch nicht vorgelegen. Das Ergebnis dieser

Untersuchung sei jedoch nach den Empfehlungen der Tumorkonferenz vom 12. Juni 2015 für die weitere Behandlungsplanung entscheidend gewesen. Der Bericht des Instituts für Pathologie sei der Klägerin erst am 14. Juli 2015 zugegangen. Zum maßgeblichen Zeitpunkt sei somit noch unklar gewesen, welche Behandlungsmaßnahme medizinisch erforderlich sein werde. Dann habe auch keine Grundlage für eine Vergleichsberechnung bestanden. Denn ein Vergleich nach wirtschaftlichen Kriterien komme überhaupt erst in Betracht, wenn im konkreten Fall mehrere Behandlungsmöglichkeiten feststünden, die medizinisch in gleicher Weise geeignet seien.

Gegen das ihr am 23. Dezember 2016 zugestellte Urteil hat die Beklagte am 9. Januar 2017 Berufung beim Landessozialgericht (LSG) Baden-Württemberg eingelegt und zur Begründung vorgetragen, das Wirtschaftlichkeitsgebot zwingt die Krankenhäuser bei der Behandlungsplanung, die Möglichkeit wirtschaftlichen Alternativverhaltens zu prüfen. In dem vom BSG entschiedenen Fall habe ebenfalls der endgültige histologische Befund noch nicht vorgelegen. Die Klägerin hätte den kostengünstigeren Weg wählen müssen und die Behandlungsfälle zusammenfassen müssen. Zur weiteren Begründung hat sie die Stellungnahmen des SMD vom 16. März, 22. Juni und 17. August 2017 vorgelegt. Die Ärzte U. und Dr. S. führen darin aus, aus medizinischer Sicht handle es sich bei den streitigen Krankenhausaufenthalten um einen einzigen, eindeutig medizinisch zusammenhängenden Behandlungsfall. Insgesamt habe die Klägerin für die Diagnostik und Behandlung derselben Erkrankung sogar drei Krankenhausaufenthalte "initiiert" und abgerechnet. Aus medizinischer Sicht sei es problemlos möglich gewesen, bei in der Bauchspiegelung makroskopisch unauffälligem Befund und mit chirurgischer Erfahrung feststellbarer Operabilität die stationäre Krankenhausbehandlung fortzusetzen, um im gleichen Aufenthalt auch die Magenoperation durchzuführen. Dem Entlassungsbericht vom 15. Juli 2015 könne entnommen werden, dass die Ärzte bereits intraoperativ feststellten, dass eine Operation mit Magenentfernung möglich und sinnvoll sei. Selbst wenn das histologische Ergebnis gezeigt hätte, dass im Bauchfell Metastasen nachweisbar sind, wäre eine weitere Behandlung des Tumorleidens erforderlich gewesen. Die Behandlung sei bei der Entlassung am 11. Juli 2015 keinesfalls abgeschlossen gewesen, wenn auch die Therapieplanung noch nicht abgeschlossen gewesen sei. Bis zum abschließenden Vorliegen der histologischen Befundung habe eine Beurlaubung des Versicherten erfolgen können, zumal die behandelnden Chirurgen bereits bei der Entlassung am 11. Juli 2015 die Gastrektomie geplant hätten und dies doch sicherlich mit Einverständnis des Versicherten, da sich dieser planmäßig zu dieser operativen Maßnahme wieder im Krankenhaus eingefunden habe. Ergänzend hat die Beklagte auf das Urteil des BSG vom 28. März 2017 ([B 1 KR 29/16 R](#) – juris) verwiesen. Danach hätte der Versicherte am 11. Juli 2015 beurlaubt werden müssen. Zu diesem Zeitpunkt sei ohne Weiteres erkennbar gewesen, dass eine Wiederaufnahme des Versicherten, ob nun zur Fortführung der stationären Behandlung respektive zur palliativen Versorgung, erfolgen werde. Auf Anfrage des Senats hat die Beklagte ferner angegeben, abzurechnen gewesen wäre bei Durchführung eines einzigen stationären Krankenhausaufenthaltes mit DRG G03C (Große Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation, ohne komplexen Eingriff) EUR 14.704,11 und für einen stationären Aufenthalt vom 10. bis 15. Juli 2015, wenn sich beim Tumorboard am 15. Juli 2015 herausgestellt hätte, dass keine weitere Operation, sondern eine Chemotherapie indiziert sei, mit DRG G19A (Andere Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum außer bei angeborener Fehlbildung oder Alter > 1 Jahr, mit komplizierender Konstellation oder bei bösartiger Neubildung oder Alter < 16 Jahre) EUR 9.076,64. Nach einem Hinweis des Senats auf § 9 Satz 2 PrüfV hat die Beklagte ausgeführt, hieraus ergebe sich keine Verschärfung der Anforderungen an die Aufrechnungserklärung. Es genüge, wenn der Zahlungsverkehr zwischen Krankenkasse und Krankenhaus durch Zahlungsavis nachvollziehbar sei. Die Beklagte hat hierzu Zahlungsavise vorgelegt, aus denen sich ergeben soll, dass die Erstattungsforderung im Januar 2016 mit der unstreitigen Vergütungsforderung aus der Behandlung namentlich bezeichneten Versicherten (stationär vom 29. November bis 12. Dezember 2015) verrechnet worden sei.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 5. Dezember 2016 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die angefochtene Entscheidung des SG für zutreffend. Nach der aktuellen Rechtsprechung des BSG (Urteil vom 28. März 2017 – [B 1 KR 28/16 R](#) – juris) komme es bei der Behandlungsplanung stets auf die Kosten gleich zweckmäßiger und notwendiger Maßnahmen an. Planung setze zwingend Vorhersehbarkeit voraus. Mit dem SG könne man sich bereits die Frage stellen, ob Krankenhausärzten überhaupt eine Vergleichsberechnung möglich sei, zumal die Abrechnungsregelungen keine Prognose erlaubten. Nach der Rechtsprechung des BSG müsse beispielsweise die Verschlüsselung der Hauptdiagnose aus einer ex-post-Betrachtung heraus erfolgen. Im konkreten Fall widerspreche zudem das Behandlungsgeschehen der Möglichkeit einer wirtschaftlichen Behandlungsplanung. Mangels Vorhersehbarkeit sei keine konkrete, ggf. wirtschaftlichere Planung möglich gewesen. Zum Zeitpunkt der Entlassung sei nicht klar gewesen, wann und welche diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen noch erforderlich sein werden. Während des ersten streitigen Krankenhausaufenthalts sei es aus medizinischer Sicht nicht möglich gewesen, die weitere Behandlung abschließend zu planen. Gleich zweckmäßige und notwendige Maßnahmen hätten noch nicht festgelegt werden können. Die therapeutischen Optionen hätten mit dem Versicherten auch erst erörtert werden müssen. Es sei nicht einmal sicher gewesen, ob sich der Versicherte erneut für die Aufnahme in ihrem Krankenhaus entscheiden werde, nachdem er eine Zweitmeinung bei einem anderen Krankenhaus eingeholt habe. Abgesehen davon seien die Regelungen in § 2 FPV über die Wiederaufnahme abschließende Konkretisierungen des Wirtschaftlichkeitsgebots gemäß [§ 12 SGB V](#). Die Vertragsparteien der FPV hätten einvernehmlich und abschließend auf Bundesebene geregelt, unter welchen Voraussetzungen mehrere stationäre Krankenhausaufenthalte mit einer Fallpauschale abzurechnen seien. Keiner der dort genannten Fälle liege vor. Eine Beurlaubung mache nur Sinn, wenn man wisse, ob und welche weiteren Schritte erfolgen würden. Die Voraussetzungen für eine Beurlaubung nach § 1 Abs. 7 FPV und nach Landesvertrag hätten nicht vorgelegen.

Auf schriftliche Befragung durch den Senat hat der damals behandelnde Arzt Prof. Dr. D. angegeben, dass die Zeitspanne zwischen der Probeentnahme und dem Vorliegen des histologischen Befundes üblich gewesen sei. Die Indikation zur Operation des Magens sei am 15. Juli 2015 auf der Tumorkonferenz gestellt worden. Eine frühere Indikationsstellung sei aufgrund der fehlenden Befunde und der insgesamt sehr kritisch zu bewertenden onkologischen Gesamtsituation des Patienten nicht möglich gewesen. Hätte der histologische Befund Metastasen im Peritoneum ergeben, wäre es sehr wahrscheinlich zur stationären Wiederaufnahme des Versicherten gekommen, zur palliativen operativen Resektion, für interventionelle Maßnahmen (z.B. Stentimplantation) oder bei vollständigem Verzicht auf operative oder interventionelle Maßnahmen zur palliativen Chemotherapie. Am 11. Juli 2015 sei die Wiederaufnahme des Versicherten wahrscheinlich, aber nicht sicher gewesen. Bei einer palliativen Gesamtsituation und Ablehnung einer palliativen Chemotherapie wäre eine stationäre Aufnahme

zunächst nicht erforderlich gewesen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Gerichtsakte und die beigezogenen Akten der Beteiligten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

1. Die gemäß [§ 151 Abs. 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) form- und fristgerecht erhobene und gemäß [§ 143 SGG](#) statthafte Berufung der Beklagten ist auch im Übrigen zulässig. Die Berufung bedurfte nicht der Zulassung, da der maßgebliche Beschwerdewert nach [§ 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG](#) von EUR 750,00 überschritten ist. Denn die Beklagte wendet sich gegen die Verurteilung, EUR 4.971,26 an die Klägerin zahlen zu müssen.

2. Die Berufung der Beklagten ist jedoch nicht begründet. Das SG hat die Beklagte zu Recht verurteilt, der Klägerin EUR 4.971,26 nebst Zinsen hieraus in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 21. Januar 2016 zu zahlen.

a) Die Klage ist zulässig. Die Klägerin hat mit der erhobenen echten Leistungsklage im Sinne des [§ 54 Abs. 5 SGG](#) die richtige Klage gewählt; denn es handelt sich bei der auf Zahlung der Behandlungskosten eines Versicherten gerichteten Klage eines Krankenhausträgers gegen eine Krankenkasse um einen sogenannten Parteienstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt. Ein Vorverfahren war mithin nicht durchzuführen, die Einhaltung einer Klagefrist nicht geboten (BSG, Urteil vom 13. November 2013 – [B 3 KR 33/12 R](#) – juris, Rn. 9). Die Klägerin hat den Zahlungsanspruch auch konkret beziffert. Dies gilt gleichermaßen für den geltend gemachten Zinsanspruch. Insoweit reicht die Bezugnahme auf den Basiszinssatz (vgl. Becker-Eberhard in: Münchner Kommentar zur ZPO, 4. Auflage 2013, § 253 Rn. 132).

b) Die Klage ist auch begründet. Die Klägerin hat gegen die Beklagte einen Anspruch auf Zahlung von EUR 4.971,26 nebst Zinsen hieraus in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 21. Januar 2016.

Der mit der erhobenen Leistungsklage verfolgte Vergütungsanspruch der Klägerin aus einer späteren Krankenhausbehandlung eines anderen Versicherten der Beklagten ist unstreitig. Darauf, welchen Vergütungsanspruch die Klägerin auf Grund welcher konkreten Krankenhausbehandlung geltend macht, kommt es nicht an (vgl. z.B. BSG, Urteil vom 28. November 2013 – [B 3 KR 33/12 R](#) – juris, Rn. 10), sodass insoweit keine nähere Prüfung durch den Senat erforderlich ist (vgl. z.B. BSG, Urteile vom 14. Oktober 2014 – [B 1 KR 34/13 R](#) – juris, Rn. 8, 25. Oktober 2016 – [B 1 KR 9/16 R](#) – juris, Rn. 8 und 25. Oktober 2016 – [B 1 KR 7/16 R](#) – juris, Rn. 9).

Der anderweitige Vergütungsanspruch für Krankenhausbehandlung erlosch jedoch nicht dadurch, dass die Beklagte mit einem öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch wegen Überzahlung der Vergütung für die Krankenhausbehandlung des Versicherten analog [§ 387](#) Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) wirksam die Aufrechnung erklärte (vgl. BSG, Urteil vom 23. Juni 2015 – [B 1 KR 26/14 R](#) –, juris, Rn. 33 m.w.N.). Der Beklagten steht insoweit als Grundlage für ihre Gegenforderung kein öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch in Höhe von EUR 4.971,26 zu (zum öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch bei Überzahlung von Krankenhauserlösen: BSG, Urteil vom 1. Juli 2014 – [B 1 KR 24/13 R](#) – juris, Rn. 10), denn die ursprüngliche Zahlung der Beklagten erfolgte insoweit mit Rechtsgrund. Die Klägerin hatte einen weitergehenden Vergütungsanspruch gegen die Beklagte für die Behandlung des Versicherten vom 10. bis 11. Juli 2015.

aa) Fraglich ist bereits, ob eine wirksame Aufrechnungserklärung vorliegt.

Schulden zwei Personen einander Leistungen, die ihrem Gegenstand nach gleichartig sind, so kann jeder Teil seine Forderung gegen die Forderung des anderen Teils aufrechnen, sobald er die ihm gebührende Leistung fordern und die ihm obliegende Leistung bewirken kann ([§ 387 BGB](#)). Die Aufrechnung erfolgt gemäß [§ 388 BGB](#) durch Erklärung gegenüber dem anderen Teil.

Grundsätzlich gilt, dass sowohl die Haupt- als auch die Gegenforderung – wenn auch im Wege der Auslegung ([§ 133 BGB](#)) – hinreichend konkret bezeichnet werden muss. Die Erklärung braucht nicht ausdrücklich abgegeben werden, es genügt die klare Erkennbarkeit des Aufrechnungswillens, selbst wenn der wirkliche Wille nur unvollkommen oder andeutungsweise aus der Erklärung erkennbar wird. Dabei ist auf den für die Auslegung von Willenserklärungen maßgebenden objektiven Empfängerhorizont abzustellen. Für den Fall nicht eindeutiger Erklärungen des Aufrechnenden findet [§ 366 BGB](#) entsprechende Anwendung (zum Ganzen: BSG, Urteil vom 25. Oktober 2016 – [B 1 KR 7/16 R](#) – juris, Rn. 12 m.w.N.).

Hinzu kommt, dass das streitgegenständliche Prüfverfahren den Regelungen der PrüfV nach § 17c Abs. 2 KHG vom 1. September 2014 unterlag. Die PrüfV in der Fassung vom 1. September 2014 galt für die Überprüfungen bei Versicherten, die – wie vorliegend – ab dem 1. Januar 2015 in ein Krankenhaus aufgenommen wurden (§ 12 Abs. 1 Satz 2 PrüfV). Erfasst wurden gemäß § 2 Abs. 1 PrüfV die Überprüfungen nach [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) (hier in der bis 31. Dezember 2015 geltenden Fassung des Art. 1 Nr. 185 Buchst. a Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung [GKV-WSG] vom 26. März 2007, [BGBl. I, S. 378](#)). Vorliegend handelte es sich um eine solche Überprüfung nach [§ 275 Abs. 1c SGB V](#), auch unter Zugrundelegung der Rechtsprechung des BSG zur Abgrenzung von Auffälligkeitsprüfungen von Prüfungen der sachlich-rechnerischen Richtigkeit (zur Rechtslage bis 31. Dezember 2015 vgl. z.B. BSG, Urteil vom 23. Mai 2017 – [B 1 KR 24/16 R](#) – juris, Rn. 16 ff.). Ob eine Krankenkasse einen Prüfauftrag mit dem Ziel der Abrechnungsminderung im Sinne des § 275 Abs. 1c Satz 3 SGB V oder der sachlich-rechnerischen Richtigkeitsprüfung erteilt, bestimmt sich nach den Grundsätzen über die Auslegung von Willenserklärungen (BSG, Urteil vom 23. Mai 2017 – [B 1 KR 24/16 R](#) – juris, Rn. 39). Der für die Auslegung des Auftrags maßgebliche wirkliche Wille ([§ 69 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) i.V.m. [§ 133 BGB](#); BSG, Urteil vom 23. Mai 2017 – [B 1 KR 24/16 R](#) – juris, Rn. 39) war vorliegend darauf gerichtet, die Wirtschaftlichkeit der Krankenhausleistung zu überprüfen. Die Beklagte stützte sich dabei auf die Auffälligkeit zweier zeitnaher stationärer Aufenthalte bei gleichbleibenden Diagnosen und vermutete das Vorliegen der Voraussetzungen für eine Fallzusammenführung nach § 2 Abs. 3 FPV. Somit handelte es sich um eine Auffälligkeitsprüfung im Sinne von [§ 275 Abs. 1 Nr. 1](#) i.V.m. Abs. 1c SGB V, so dass die Regelungen der PrüfV in der Fassung vom 1. September 2014 zur Anwendung kommen.

Nach § 9 Satz 1 PrüfV kann die Krankenkasse einen – wie vorliegend – nach § 8 PrüfV fristgerecht mitgeteilten Erstattungsanspruch mit einem unstreitigen Leistungsanspruch des Krankenhauses aufrechnen. Nach § 9 Satz 2 PrüfV sind bei der Aufrechnung der

Leistungsanspruch und der Erstattungsanspruch genau zu benennen. Es handelt sich hierbei um eine zwingende Formvorschrift für die Aufrechnungserklärung. Sie ist von der Ermächtigungsgrundlage in § 17 Abs. 2 KHG gedeckt. Nach § 17c Abs. 2 Satz 2 Hs. 1 KHG haben die Vertragspartner Regelungen über die Abwicklung von Rückforderungen zu treffen. § 9 PrüfvV ist eine solche Regelung über die Abwicklung von Rückforderungen. Die Rechtsfolge eines Verstoßes haben die Vertragspartner nicht ausdrücklich geregelt. Die Auslegung des Willens der Vertragspartner nach §§ 133, 157 BGB ergibt jedoch, dass ein Verstoß zur Unwirksamkeit der Aufrechnungserklärung führt (LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 26. April 2018 – [L 5 KR 593/17](#) – juris, Rn. 32, Revision anhängig beim BSG unter [B 1 KR 31/18 R](#); Gerlach in Dettling/Gerlach, Krankenhausrecht, 2. Auflage 2018, § 39 SGB V Rn. 98g). Andernfalls käme dieser Regelung keinerlei Bedeutung zu. Mit der Formulierung ("sind" statt "soll") ist aber erkennbar, dass die Vertragspartner der Regelung mit ihrem zwingenden Charakter Rechtswirkungen zukommen lassen wollten. Jedenfalls ist nicht erkennbar, dass die Vertragspartner den Willen hatten, dass ein Verstoß folgenlos sein würde. Dann aber gilt: Wird eine durch vertragliche Bestimmung festgelegte Form einer Willenserklärung nicht gewahrt, führt dies nach [§ 125 Satz 2 BGB](#) im Zweifel zur Nichtigkeit der Willenserklärung.

Das Schreiben vom 8. Januar 2016 genügt weder den allgemeinen Anforderungen an eine Aufrechnungserklärung noch den Anforderungen des § 9 Satz 2 PrüfvV, weil die Hauptforderung, gegen die die Beklagte aufrechnen will, nicht bezeichnet und auch die Gegenforderung nicht in der Höhe des Betrages ausgewiesen wird, den sie in der Folge von Rechnungen der Klägerin einbehalten hat. Mit der Erklärung, den überzahlten Betrag von "einer der nächsten Rechnungen" einzubehalten, sind außerdem möglicherweise Forderungen umfasst, die noch gar nicht entstanden waren. Gegen eine künftige Forderung kann jedoch nicht aufgerechnet werden (Bundesgerichtshof [BGH], Urteil vom 10. März 1988 – [VII ZR 8/87](#) – juris, Rn. 12). Ob dennoch auf eine wirksame Aufrechnungserklärung geschlossen werden kann, weil die im Berufungsverfahren erstmals vorgelegten Zahlungsavise ergänzend für die Auslegung heranzuziehen sind (zur Rechtslage bis 31. Dezember 2014 vgl. BSG, Urteil vom 25. Oktober 2016 – [B 1 KR 7/16 R](#) – juris, Rn. 13), kann vorliegend offen bleiben.

bb) Denn jedenfalls steht der Beklagten kein öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch gegen die Klägerin in Höhe von EUR 4.971,26 zu. Die Beklagte zahlte die mit Rechnung vom 26. August 2015 geltend gemachte Vergütung für die Krankenhausbehandlung des Versicherten vom 10. bis 11. Juli 2015 nicht ohne Rechtsgrund.

(1) Rechtsgrundlage des Vergütungsanspruchs der Klägerin gegen die Beklagte ist [§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) i.V.m. § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG) und § 9 Abs. 1 Satz 1 KHEntG (jeweils i.d.F. des Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes vom 17. März 2009, [BGBl. I 534](#)) i.V.m. der Anlage 1 Teil a der Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2015 vom 23. September 2014 (FPV 2015) i.V.m. § 17b Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze – Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG i.d.F. des Gesetzes zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung vom 15. Juli 2013, [BGBl. I 2423](#)) i.V.m. dem Krankenhausbehandlungsvertrag nach [§ 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#) für das Land Baden-Württemberg, festgesetzt durch die Entscheidung der Landesschiedsstelle vom 21. September 2005, gültig ab 1. Januar 2006.

Nach [§ 109 Abs. 4 SGB V](#) wird mit einem Versorgungsvertrag nach [§ 109 Abs. 1 SGB V](#) das Krankenhaus für die Dauer des Vertrages zur Krankenhausbehandlung der Versicherten zugelassen. Das zugelassene Krankenhaus ist im Rahmen seines Versorgungsauftrags zur Krankenhausbehandlung ([§ 39 SGB V](#)) der Versicherten verpflichtet. Die Krankenkassen sind verpflichtet, unter Beachtung der Vorschriften des SGB V mit dem Krankenhausträger Pflegesatzverhandlungen nach Maßgabe des KHG, des KHEntG und der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) zu führen. Der Vergütungsanspruch für die Krankenhausbehandlung eines gesetzlich Krankenversicherten und damit korrespondierend die Zahlungspflicht einer Krankenkasse entsteht – unabhängig von einer Kostenzusage – unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten kraft Gesetzes, wenn die Versorgung in einem zugelassenen Krankenhaus erfolgt und im Sinne von [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) erforderlich und wirtschaftlich ist (ständige Rechtsprechung, z.B. BSG, Urteile vom 14. Oktober 2014 – [B 1 KR 25/13 R](#) – juris, Rn. 8 und – [B 1 KR 26/13 R](#) – juris, Rn. 8). Nach [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) haben Versicherte Anspruch auf vollstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus ([§ 108 SGB V](#)), wenn die Aufnahme nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann.

(2) Sämtliche Voraussetzungen der genannten Rechtsgrundlagen sind vorliegend erfüllt. Das Krankenhaus der Klägerin ist zur Behandlung gesetzlich Krankenversicherter zugelassen nach [§§ 108 Nr. 2, 109 Abs. 1 Satz 2, Abs. 4 SGB V](#). Bei dem Versicherten lagen die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für die Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen vor. Die Krankenhausbehandlungen waren auch dem Umfang und Inhalt nach notwendig. Der Versicherte bedurfte vom 10. bis 11. Juli 2015 und vom 20. Juli bis 1. August 2015 zur Untersuchung und Behandlung des festgestellten Magenkarzinoms (ICD-10-GM 2015 C16.9) stationärer Krankenhausbehandlung. Entsprechendes stellt auch die Beklagte nicht in Abrede.

Die Klägerin berechnete die Höhe der Vergütung für die zwei Krankenhausaufenthalte sachlich-rechnerisch zutreffend. Abzurechnen ist nach der FPV das tatsächliche, nicht ein fiktives Geschehen. Die sachlich-rechnerische Richtigkeit einer Krankenhausabrechnung ist unabhängig von hypothetischen Geschehensabläufen ausschließlich am tatsächlichen Behandlungsverlauf zu messen. Es stellt sich bei dieser Prüfung nicht die Frage eines "wirtschaftlichen Alternativverhaltens" (BSG, Urteil vom 28. März 2017 – [B 1 KR 29/16 R](#) – juris, Rn. 11). Unter Anwendung der oben genannten Rechtsgrundlagen kodierte die Klägerin zutreffend für die beiden Krankenhausaufenthalte die DRG G19A (Andere Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum mit komplizierender Konstellation oder bei bösartiger Neubildung) und die DRG G03C (Große Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation). Dass für die beiden Krankenhausaufenthalte jeweils für sich genommen die richtige DRG abgerechnet wurde, steht auch zwischen den Beteiligten nicht im Streit.

Abrechnungstechnisch waren die beiden Fallpauschalen auch nicht zusammenzuführen. Die Voraussetzungen einer Fallzusammenführung nach § 2 FPV lagen nicht vor. Davon geht mittlerweile auch die Beklagte aus. Weder waren sie in dieselbe Basis-DRG einzustufen (§ 2 Abs. 1 Satz 1 FPV) noch war die zweite Fallpauschale in die "operative Partition" einzugruppieren (§ 2 Abs. 2 Satz 1 FPV) noch erfolgte eine Wiederaufnahme bei Komplikation (§ 2 Abs. 3 Satz 1 FPV) oder eine Beurlaubung (§ 1 Abs. 7 Satz 5 FPV).

§ 2 Abs. 1 Satz 1 FPV bestimmt, dass das Krankenhaus eine Zusammenfassung der Falldaten zu einem Fall und eine Neueinstufung in eine Fallpauschale vorzunehmen hat, 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 zur Zusammenfassung fallenden Krankenhausaufenthalts, wieder aufgenommen wird und 2. für die Wiederaufnahme eine Einstufung in dieselbe Basis-DRG vorgenommen wird. Hierfür fehlte es bereits an der Einordnung in dieselbe Basis-DRG.

Nach § 2 Abs. 2 Satz 1 FPV 2011 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 die zuvor abrechenbare Fallpauschale in die "medizinische Partition" (M) oder die "andere Partition" (A) und die anschließende Fallpauschale in die "operative Partition" (O) einzugruppieren ist. Auch dies ist vorliegend nicht der Fall.

Eine Fallzusammenführung war auch nicht nach § 2 Abs. 3 Satz 1 FPV vorzunehmen. Die Regelung setzt voraus, dass ein Patient, für den eine Fallpauschale abrechenbar ist, wegen einer in den Verantwortungsbereich des Krankenhauses fallenden 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 wird. Die erneute Aufnahme des Versicherten beruhte vorliegend nicht auf einer Komplikation (Folgen einer medizinischen Behandlung).

Die Klägerin rechnete auch nicht sachlich-rechnerisch unzutreffend ab wegen Beurlaubung des Versicherten in der Zeit zwischen dem ersten und dem zweiten Krankenhausaufenthalt. Eine Beurlaubung lag nicht vor. Nach § 1 Abs. 7 Satz 5 FPV liegt eine Beurlaubung vor, wenn ein Patient mit Zustimmung des behandelnden Krankenhausarztes die Krankenhausbelegung zeitlich befristet unterbricht, die stationäre Behandlung jedoch noch nicht abgeschlossen ist. Für die sachlich-rechnerische Richtigkeit der Abrechnung ist entscheidend, dass eine Beurlaubung formal nicht stattgefunden hat (vgl. BSG, Urteil vom 28. März 2017 – [B 1 KR 29/16 R](#) – juris, Rn. 17). Dies ist vorliegend der Fall. Die Klägerin beurlaubte den Versicherten nicht formal.

(3) Die Klägerin verstieß auch nicht gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot. Die Beklagte kann diese Einwendung geltend machen (dazu a). Die Klägerin war aber nach den vom BSG entwickelten Grundsätzen zum "wirtschaftlichen Alternativverhalten" nicht gezwungen, den Versicherten nach Durchführung der Bauchspiegelung am 10./11. Juli 2015 stationär weiter zu behandeln (dazu b). Sie musste ihn auch nicht beurlauben (dazu c).

(a) Die Beklagte kann einen Verstoß gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot grundsätzlich geltend machen, weil die Regelungen des [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) und der PrüfV (außer ggf. § 9 PrüfV s.o.) eingehalten wurden. Insbesondere wurde innerhalb von sechs Wochen nach Eingang der Abrechnung vom 26. August 2015 die Auffälligkeitsprüfung eingeleitet und durch den SMD dem Krankenhaus angezeigt (mit Schreiben vom 28. August 2015).

(b) Die vollstationäre Weiterbehandlung des Versicherten über den 11. Juli 2015 hinaus, hätte keinem "wirtschaftlichen Alternativverhalten" entsprochen.

Das Wirtschaftlichkeitsgebot gilt für alle Leistungsbereiche des SGB V. Danach müssen die Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen (vgl. [§ 12 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) sowie [§ 2 Abs. 1 Satz 1](#), [§ 4 Abs. 3](#), [§ 70 Abs. 1 SGB V](#)). Das Wirtschaftlichkeitsgebot gilt uneingeschränkt auch im Leistungserbringungsrecht. Ein Krankenhaus hat stets, auch bei der Vergütung der Krankenhausbehandlung durch Fallpauschalen, einen Vergütungsanspruch gegen einen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung nur für eine erforderliche, wirtschaftliche Krankenhausbehandlung. Das Wirtschaftlichkeitsgebot zwingt auch Krankenhäuser bei der Behandlungsplanung, die Möglichkeit wirtschaftlichen Alternativverhaltens zu prüfen. Wählt das Krankenhaus einen unwirtschaftlichen Behandlungsweg, kann es allenfalls die Vergütung beanspruchen, die bei fiktivem wirtschaftlichem Alternativverhalten angefallen wäre. Der Nachweis der Wirtschaftlichkeit erfordert, dass bei Existenz verschiedener gleich zweckmäßiger und notwendiger Behandlungsmöglichkeiten die Kosten für den gleichen zu erwartenden Erfolg geringer oder zumindest nicht höher sind (ständige Rechtsprechung, z.B. BSG, Urteil vom 28. März 2017 – [B 1 KR 29/16 R](#) – juris, Rn. 21 m.w.N.). Das Wirtschaftlichkeitsgebot zwingt Krankenhäuser bereits bei der Behandlungsplanung dazu, die Möglichkeit wirtschaftlichen Alternativverhaltens zu prüfen und ggf. zu nutzen (BSG, Urteil vom 10. März 2015 – [B 1 KR 3/15 R](#) – juris, Rn. 27; BSG, Urteil vom 28. März 2017 – [B 1 KR 29/16 R](#) – juris, Rn. 21). Soweit die Behandlung kostengünstiger durch einen stationären Aufenthalt statt durch zwei stationäre Behandlungsepisoden tatsächlich möglich ist und medizinische Gründe nicht entgegenstehen, hat das Krankenhaus seine Behandlungsplanung zwingend daran auszurichten (BSG, Urteil vom 28. März 2017 – [B 1 KR 29/16 R](#) – juris, Rn. 21).

Rückblickend betrachtet, wäre die Behandlung des Versicherten in einem stationären Aufenthalt medizinisch möglich und kostengünstiger gewesen, weil dann nur die DRG für den zweiten Aufenthalt zur Abrechnung gelangt wäre. Die durchgeführte Bauchspiegelung hätte sich dann abrechnungstechnisch nicht ausgewirkt.

Es ist jedoch keine ex-post-Betrachtung vorzunehmen, sondern danach zu fragen, ob unter Zugrundelegung der Erkenntnisse zum Zeitpunkt der Entlassung aus der ersten stationären Krankenhausbehandlung von den Krankenhausärzten wirtschaftlich gehandelt wurde.

Danach stellte sich am 11. Juli 2015 die Situation wie folgt dar: Die Bauchspiegelung war durchgeführt. Wegen dieser bestand keine Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit mehr. Während der Bauchspiegelung zeigten sich makroskopisch keine Metastasen. Der histopathologische Befund stand jedoch noch aus. Es war damit zu rechnen, dass dieser innerhalb von drei Tagen vorliegen würde. Sodann würde sich eine Tumorkonferenz anschließen, bei der die weitere Behandlungsplanung besprochen werden würde. Denkbar waren zum Zeitpunkt der Entlassung, dass sich – wie tatsächlich dann durchgeführt – die Magenoperation anschließen würde. Wenn der histopathologische Befund Metastasen ergeben hätte, wäre ein rein palliatives Vorgehen aber ebenso denkbar gewesen. Die Operationsindikation wurde vorliegend erst auf der Tumorkonferenz am 15. Juli 2015 gestellt. Dies entnimmt der Senat den sich in der Gerichtsakte befindlichen ärztlichen Unterlagen (insbesondere von den Tumorkonferenzen am 10. Juni und 15. Juli 2015) und den Angaben des damals behandelnden Krankenhausarztes Prof. Dr. D ...

Eine Behandlungsplanung war unter Zugrundelegung dieser Tatsachen erst auf der zweiten Tumorkonferenz am 15. Juli 2015 möglich. Ohne

histopathologischen Befund war eine Indikationsstellung jedenfalls nicht vor dem 14. Juli 2015 (Eingang des Befundes bei der Klägerin) möglich. Die Klägerin hätte den Versicherten demnach drei weitere Belegungstage in stationärer Behandlung belassen müsse, obwohl der Versicherte vom 11. bis 14. Juli 2015 keiner stationären Krankenhausbehandlung bedurfte. Da die Klägerin zur Bauchspiegelung die untere Grenzverweildauer der DRG G19A nicht ausschöpfte, hätte jeder weitere Belegungstag Kosten für die Beklagte verursacht (EUR 1.358,42 pro Tag). In dieser Situation hätte die Fortsetzung des stationären Krankenhausaufenthalts über den 11. Juli 2015 hinaus keinem wirtschaftlichen Alternativverhalten entsprochen, auch wenn im Zeitpunkt der Entlassung die Möglichkeit bestand, dass ein erneuter Krankenhausaufenthalt zur Magenoperation erforderlich werden würde. Ebenso möglich war auch ein rein palliatives Vorgehen. Zwar war eine Wiederaufnahme nach Einschätzung des behandelnden Krankenhausarztes Prof. Dr. D. auch in diesem Fall "sehr wahrscheinlich". Die Notwendigkeit einer weiteren stationären Krankenhausbehandlung im Fall eines rein palliativen Vorgehens wäre aber zumindest fraglich gewesen. Denn eine Portimplantation und Chemotherapie können grundsätzlich auch ambulant durchgeführt werden (vgl. BSG, Urteil vom 19. April 2016 – [B 1 KR 23/15 R](#) – juris). Aber auch für den Fall, dass zur Chemotherapie ein stationärer Krankenhausaufenthalt notwendig gewesen wäre, hätte es nicht ohne Weiteres wirtschaftlichem Alternativverhalten entsprochen, den Versicherten über den 11. Juli 2015 hinaus in stationärer Behandlung zu behalten. Denn je nach Art der Chemotherapie und je nach auftretenden Komplikationen und ggf. erforderlichen Zusatzprozeduren, wären die Kosten für einen zweiten Aufenthalt zur palliativen Chemotherapie in unterschiedlicher, nicht voraussehbarer Höhe angefallen und nicht zwingend teurer gewesen. Im Gegenteil: Eine 7-tägige, nicht komplexe Chemotherapie (OPS 8-542.72) hätte sich etwa bei Ansatz der Diagnosen C16.3 ICD-10-GM (Bösartige Neubildung: Antrum pyloricum) und C78.6 ICD-10-GM (Sekundäre bösartige Neubildung des Peritoneums) nach den im Jahr 2015 geltenden Abrechnungsbestimmungen nicht erlösrelevant auswirkt. Der Grouper hätte die DRG G60B (Bösartige Neubildung der Verdauungsorgane, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC) angesteuert. Bei einem Basisfallwert von EUR 3.226,64 im Jahr 2015 in Baden-Württemberg und einer Bewertungsrelation von 0,449 hätte sich ein Abrechnungsbetrag von EUR 1.448,76 ergeben. Die Behandlung des Versicherten über den 11. Juli 2015 hinaus mit 7-tägiger Chemotherapie ab dem 16. Juli 2015 hätte dagegen die DRG G19A angesteuert und Kosten in Höhe von EUR 8.889,39 verursacht (12 Belegtage, OPS 1-554 und 8-542,72). Die Entlassung des Versicherten am 11. Juli 2015 und die Wiederaufnahme am 20. Juli 2015 zur Chemotherapie wäre in dieser Fallkonstellation demnach billiger gewesen.

(c) Die Klägerin musste den Versicherten auch nicht am 11. Juli 2015 beurlauben.

Eine Beurlaubung setzt nach Wortlaut und Regelungssystem zu § 1 Abs. 7 FPV eine bereits zum Zeitpunkt der Unterbrechung der Krankenhausbehandlung beabsichtigte Wiederaufnahme in das Krankenhaus voraus (vgl. BSG, Urteil vom 10. März 2015 – [B 1 KR 3/15 R](#) – juris, Rn. 19; BSG, Urteil vom 28. März 2017 – [B 1 KR 29/16 R](#) – juris, Rn. 22). Hierfür genügt es, dass der Therapieplan des Krankenhauses eine Wiederaufnahme in überschaubarer Zeit vorsieht. Es muss nicht bereits zum Zeitpunkt der Unterbrechung der Krankenhausbehandlung feststehen, dass der Patient nach der Unterbrechung wieder aufgenommen wird. Vielmehr reicht es hierfür aus, dass das Krankenhaus bei der Behandlungsunterbrechung die Indikation für die Wiederaufnahme stellt, um die Behandlung zeitnah fortzusetzen (BSG, Urteil vom 28. März 2017 – [B 1 KR 29/16 R](#) – juris, Rn. 22 zur Beurlaubung zum Zwecke der Einholung einer Zweitmeinung).

Zum Zeitpunkt der Entlassung am 11. Juli 2015 lag – entgegen der Annahme der Ärzte des SMD U. und Dr. S. in ihren Stellungnahmen vom 16. März und 22. Juni 2017 – noch kein Therapieplan mit Indikation zur stationären Weiterbehandlung vor. Der Behandlungsplan wurde erst am 15. Juli 2015 auf der Tumorkonferenz erstellt. Die weitere Behandlung konnte auch nicht schon am 11. Juli 2015 geplant werden, weil erst am 14. Juli 2015 der histopathologische Befund bei der Klägerin eingegangen war. Ohne diesen Befund war eine Indikationsstellung aus medizinischen Gründen nicht möglich, wobei die Zeitspanne zwischen Probeentnahme und Befundeingang üblichen Bedingungen im Krankenhausalltag entsprach. Dies entnimmt der Senat den schlüssigen Ausführungen des behandelnden Krankenhausarztes Prof. Dr. D. ...

Darüber hinaus lagen am 11. Juli 2015 auch die Voraussetzungen einer Beurlaubung nach § 13 des Landesvertrages nach [§ 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#) für das Land Baden-Württemberg nicht vor. Keiner der dort genannten Anlässe für eine Beurlaubung (therapeutische Gründe, Erledigung unaufschiebbarer persönlicher Angelegenheiten, Festtage) war vorliegend gegeben.

cc) Der Zinsanspruch folgt aus § 19 Abs. 1 und 3 des Landesvertrages nach [§ 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#) für das Land Baden-Württemberg.

3. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs. 1 SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 2](#) Verwaltungsgerichtsordnung, da weder die Klägerin noch die Beklagte zu den in [§ 183 SGG](#) genannten Personen gehören.

4. Gründe, die Revision zuzulassen, bestehen nicht. Insbesondere das beim BSG anhängige Revisionsverfahren [B 1 KR 31/18 R](#) zur Aufrechnung nach § 9 PrüfvV gibt keine Veranlassung vorliegend die Revision zuzulassen, weil das Urteil des Senats nicht auf der Entscheidung dieser Rechtsfrage beruht.

5. Die endgültige Festsetzung des Streitwerts für das Berufungsverfahren beruht auf [§ 197a Abs. 1 Satz 1 Halbsatz 1 SGG](#) i.V.m. [§ 63 Abs. 2 Satz 1](#), [§ 52 Abs. 2](#), [§ 47](#) Gerichtskostengesetz.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2019-04-05