

L 1 KR 358/15

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
LSG Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
1
1. Instanz
SG Münster (NRW)
Aktenzeichen
S 16 KR 43/09
Datum
21.05.2015
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 1 KR 358/15
Datum
06.12.2016
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Münster vom 21.05.2015 geändert. Auf die Widerklage wird die Klägerin verurteilt, an die Beklagte 5.340,23 Euro nebst Zinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz ab dem 03.04.2009 zu zahlen. Im Übrigen wird die Berufung zurückgewiesen. Die Kosten des Rechtsstreits in beiden Rechtszügen werden gegeneinander aufgehoben. Die Revision wird nicht zugelassen. Der Streitwert für das Berufungsverfahren wird endgültig auf 10.680,46 Euro festgesetzt.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Vergütung von vollstationären Krankenhausbehandlungen.

Die für die Behandlung von Versicherten zugelassene Klägerin, eine Anstalt öffentlichen Rechts, behandelte die bei der Rechtsvorgängerin der Beklagten versicherte Q (im Folgenden: Versicherte 1) zunächst im Zeitraum vom 08.06.2005 bis zum 15.06.2005 vollstationär in ihrer Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe wegen eines invasiv lobulären Mammakarzinoms links (ICD-10: C50.4: Bösartige Neubildung: Oberer äußerer Quadrant der Brustdrüse). Bei der Versicherten wurde am 09.06.2005 eine brusterhaltende Operation durchgeführt. Dabei wurden zwei Sentinel-Lymphknoten aus der linken Axilla entnommen und es erfolgte eine intraoperative Radiotherapie. Die Klägerin ging dabei von folgenden Prozeduren aus:

- Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe ohne axilläre Lyphadenektomie: Lumpektomie (ohne Hautsegment) - OPS 5-870.3
- Intraoperative Hochvoltstrahlentherapie - OPS 8-523.6
- Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße axillär mit Radionuklidmarkierung (Sentinel-Lymphonodektomie) - OPS 5-401.11
- Exzision einzelne Lymphknoten und Lymphgefäße axillär mit Farbmarmierung (Sentinel-Lymphonodektomie) - OPS 5-401.12

Die zunächst während der Operation durchgeführten Schnellschnitte der entnommenen Lymphknoten ergaben keinen bösartigen Befund. Die entnommenen Lymphknoten wurden an das Pathologische Institut der Klägerin verschickt und dort auf Metastasen untersucht.

Am 15.06.2005 wurde die Versicherte 1 entlassen. Für den 23.06.2005 war der Beginn einer Bestrahlungstherapie geplant.

Ebenfalls unter 15.06.2005 erstellte das Pathologische Institut der Klägerin den histologischen Befundbericht. Daraus ergab sich, dass in einem der entnommenen Sentinel-Lymphknoten eine Mikrometastase gefunden wurde, während der andere Sentinel-Lymphknoten sich als tumorfrei mit isolierten Tumorzellen im axillären Fettgewebe erwiesen hatte. Der Befundbericht ging am 16.06.2005 per Fax und am 17.06.2005 im Original in der Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe ein.

Die Versicherte 1 wurde daraufhin im Zeitraum vom 27.06.2005 bis zum 02.07.2005 erneut stationär im Krankenhaus der Klägerin behandelt. Während des Aufenthaltes wurden der Versicherten 1 sechs weitere Lymphknoten operativ aus der linken Axilla entnommen (Prozedur: Regionale Lymphadenektomie als selbstständiger Eingriff axillär - OPS 5-402.1). Die histologische Untersuchung blieb ohne Befund.

Für die erste stationäre Behandlung der Versicherten 1 vom 08.06.2005 bis zum 15.06.2005 stellte die Klägerin der Beklagten mit Rechnung vom 23.06.2005 ausgehend von der DRG J16Z (Beidseitige Mastektomie bei bösartiger Neubildung oder Strahlentherapie mit operativer Prozedur bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma) zuzüglich Zuschlägen für Qualitätssicherung, DRG-System und Arzt im Praktikum 8.040,08 Euro in Rechnung. Die Beklagte beglich die Rechnung am 14.07.2005.

Für die zweite stationäre Behandlung der Versicherten 1 stellte die Klägerin der Beklagten mit Rechnung vom 13.07.2005 ausgehend von der DRG J23Z (Große Eingriffe an der Mamma bei bösartiger Neubildung) inklusive der vorstehend genannten Zuschläge 5.340,23 Euro in Rechnung.

Ende 2005 beauftragte die Beklagte den MDK mit der Begutachtung der Abrechnung. Nachdem der MDK zunächst die Auffassung vertrat, auch der erste Behandlungsfall der Versicherten 1 sei nach der DRG J23Z abzurechnen und die beiden Behandlungsfälle seien dementsprechend zusammenzuführen, erkannte die Beklagte mit Schreiben vom 20.08.2007 an, dass der erste stationäre Aufenthalt korrekterweise mittels der DRG J16Z abgebildet worden sei. Die Beklagte vertrat jedoch weiterhin die Auffassung, dass eine Fallzusammenführung durchzuführen sei. Die Klägerin wandte hierauf mit Schreiben vom 02.11.2007 ein, die Voraussetzungen der Fallpauschalenvereinbarung (FPV) für eine Fallzusammenführung lägen nicht vor.

Die Beklagte beglich am 06.11.2007 die zweite Rechnung. Sie machte jedoch weiterhin im Schriftverkehr mit der Klägerin geltend, die während des zweiten stationären Aufenthaltes durchgeführte Prozedur hätte bereits beim ersten Aufenthalt bei der bekannten Diagnose erbracht werden können. Ein medizinischer Grund für die Durchführung während eines zweiten stationären Aufenthaltes habe nicht vorgelegen. Die Klägerin trug demgegenüber vor, es sei üblich, eine Operation zu beenden, wenn die Schnellschnittuntersuchung keine Hinweise auf eine Metastasierung ergebe. Eine Hospitalisierung bis zum Ergebnis der histologischen Nachuntersuchung oder sogar einem neuen Operationstermin sei den Patientinnen nicht zuzumuten und auch unwirtschaftlich. Die Beklagte behauptete daraufhin, der histologische Befundbericht habe bereits am 12.06.2005 und damit vor der ersten Entlassung der Versicherten 1 vorgelegen. Sie forderte mit mehreren Schreiben ab Mitte 2008 die Rückzahlung des Betrages von 5.340,23 Euro.

Vom 13.01.2009 bis zum 30.01.2009 behandelte die Klägerin die bei der Rechtsvorgängerin der Beklagten versicherte L T (im Folgenden: Versicherte 2) stationär. Für diese Behandlung stellte die Klägerin der Beklagten mit Rechnung vom 09.02.2009 den Betrag von 6.111,47 Euro in Rechnung. Die Beklagte zahlte hierauf am 27.02.2009 771,24 Euro. Im Übrigen erklärte sie mit Schreiben vom 13.02.2009 gegenüber der Klägerin, sie habe wegen ihres Rückzahlungsanspruchs wegen der Behandlung der Versicherten 1 in Höhe von 5.340,23 Euro eine Verrechnung mit der Rechnung bezogen auf die Behandlung der Versicherten 2 vorgenommen.

Die Klägerin hat am 03.04.2009 Klage beim Sozialgericht (SG) Münster erhoben. Sie hat die Auffassung vertreten, ihr stünde ein Zahlungsanspruch gegen die Beklagte aus der Behandlung der Versicherten 2 zu. Die von der Beklagten erklärte Aufrechnung mit ihrem angeblichen Erstattungsanspruch wegen der zweiten Behandlung der Versicherten 1 gegen den Vergütungsanspruch wegen der Behandlung der Versicherten 2 sei wegen eines Verstoßes gegen § 15 Abs. 4 Satz 2 des nordrhein-westfälischen Sicherstellungsvertrages nach [§ 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V](#) unwirksam. Die Beklagte habe den Erstattungsanspruch vielmehr klageweise geltend machen müssen. Der Zinsanspruch folge aus § 15 Abs. 1 des nordrhein-westfälischen Sicherstellungsvertrages.

Im Übrigen bestehe der von der Beklagten geltend gemachte Erstattungsanspruch nicht. Ein künstliches Fallsplitting zur Erlösoptimierung liege nicht vor. Die Klägerin habe vielmehr ein therapeutisches Vorgehen gewählt, das üblich und medizinisch begründet sei. Patienten, die keiner akut-stationären Krankenhausbehandlung bedürften, dürften nicht im Krankenhaus festgehalten werden. Es habe im Falle der Versicherten 1 im Zeitpunkt der Entlassung gerade nicht festgestanden, ob und zu welchem Zeitpunkt eine weitere stationäre Versorgung erforderlich sein würde. Auch nach § 7 des nordrhein-westfälischen Sicherstellungsvertrages sei eine Krankenhausbehandlung zu beenden, wenn sie aus medizinischen Gründen nicht mehr notwendig sei. Es sei reiner Zufall, dass auch eine Fortsetzung der stationären Krankenhausbehandlung über das Maß des Notwendigen hinaus unter der zur Abrechnung gebrachten DRG keine weiteren Kosten ausgelöst hätte. Bei Überschreitung der oberen Grenzverweildauer wären demgegenüber weitere Vergütungsansprüche ausgelöst worden, die der Klägerin zweifellos den Vorwurf einer sekundären Fehlbelegung eingebracht hätten.

Die Klägerin hat beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, an sie 5.340,23 Euro nebst 2 Prozentpunkten Zinsen über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 27.02.2009 zu zahlen.

Die Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Hilfswiderklagend hat sie beantragt,

die Klägerin zu verurteilen, an sie 5.340,23 Euro zu zahlen, wenn die Kammer die Verrechnung für unzulässig hält.

Die Klägerin hat beantragt,

die Widerklage abzuweisen.

Die Beklagte hat die Auffassung vertreten, die Verrechnung mit der unstrittigen Abrechnung der Behandlung der Versicherten 2 sei unter den gegebenen Umständen möglich gewesen. Falls das Gericht dies anders sehe, sei die Klägerin auf die Widerklage zur Erstattung des wegen der zweiten Behandlung der Versicherten 1 gezahlten Betrages verpflichtet, denn die Klägerin könne für diese zweite Behandlung keine Vergütung beanspruchen. Zum einen seien beide Behandlungsfälle zusammenzuführen, weil auch der zweite stationäre Aufenthalt nach der DRG J16Z abzurechnen sei. Zum anderen sei das von der Klägerin vorgenommene Fallsplitting unwirtschaftlich gewesen, so dass der Klägerin nach der Rechtsprechung des BSG nur die Vergütung zustehe, die sie bei wirtschaftlichem Alternativverhalten erhalten hätte. Die Klägerin hätte die Versicherte 1 bei wirtschaftlichem Verhalten nicht entlassen dürfen, bevor der histologische Befund eingegangen sei. Die zweite Operation hätte dann noch während desselben stationären Aufenthaltes durchgeführt werden können. Dann wären die Kosten für die zweite Behandlung nicht angefallen.

Das SG hat Beweis erhoben durch Einholung eines medizinischen Sachverständigengutachtens der Fachärztin für Chirurgie Dr. E. Diese hat

ausgeführt, ein unzulässiges Fallsplitting könne sie nicht bestätigen. Der histologische Befund habe erst nach der Entlassung der Versicherten 1 vorgelegen. Eine Verlängerung des ersten stationären Aufenthaltes bis zum Eingang des histologischen Befundes wäre sicherlich als erheblich unwirtschaftlich zu bezeichnen. Wegen der weiteren Einzelheiten der Beweisaufnahme wird auf das eingeholte Gutachten Bezug genommen.

Das SG hat ferner die Behandlungsakte der Versicherten 1 beigezogen und zum Gegenstand des Verfahrens gemacht.

Mit Urteil vom 21.05.2015 hat das SG der Klage stattgegeben und die Beklagte verurteilt, an die Klägerin 5.340,23 Euro nebst 2 Prozentpunkten an Zinsen über dem jeweiligen Basiszinssatz der EZB seit dem 27.02.2009 zu zahlen. Die Widerklage hat es abgewiesen. Auf die Gründe der angefochtenen Entscheidung wird Bezug genommen.

Gegen das ihrem Prozessbevollmächtigten am 05.06.2015 zugestellte Urteil hat die Beklagte am 19.06.2015 Berufung eingelegt. Sie meint, die vom SG beauftragte Sachverständige habe nicht zu beurteilen, ob die Auftrennung in zwei stationäre Aufenthalte bei der Versicherten 1 wirtschaftlich oder unwirtschaftlich sei, sondern sich nur mit der Frage zu beschäftigen, ob hierfür medizinische Gründe bestanden hätten oder nicht. Die Sachverständige habe aber ausdrücklich bestätigt, dass die Versicherte 1 nicht aus zwingenden medizinischen Gründen entlassen worden sei. Unwirtschaftlich sei das Fallsplitting in jedem Fall gewesen, weil bei Fortführung der stationären Behandlung bis zum Eingang des histologischen Befundes und Durchführung der weiteren Operation ohne zwischenzeitliche Entlassung der Versicherten 1 die Vergütung für den zweiten stationären Aufenthalt nicht angefallen wäre. Das SG habe sich mit der Rechtsprechung des BSG nicht auseinander gesetzt.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Münster vom 21.05.2015 abzuändern und die Klage abzuweisen, hilfsweise, die Klägerin auf die Widerklage zu verurteilen, an die Beklagte 5.340,23 Euro nebst 2 Prozentpunkten Zinsen über dem Basiszinssatz seit Rechtshängigkeit zu zahlen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie verweist auf die ständige Rechtsprechung des LSG Nordrhein-Westfalen, wonach § 15 Abs. 4 Satz 2 des nordrhein-westfälischen Sicherstellungsvertrages ein Aufrechnungsverbot enthalte, das hier einschlägig sei. Zudem bestehe der von der Beklagten geltend gemachte Erstattungsanspruch nach den zutreffenden Feststellungen der Sachverständigen Dr. E nicht. Die weitere stationäre Behandlung der Versicherten 1 habe zum Zeitpunkt der Entlassung nicht prognostiziert werden können. Der vom BSG entwickelte Ansatz einer Vergütung auf der Basis fiktiven wirtschaftlichen Alternativverhaltens setze zuvorderst die Existenz verschiedener, gleich zweckmäßiger und notwendiger Behandlungsmöglichkeiten voraus. Dies wiederum setze eine Prognose der behandelnden Ärzte hinsichtlich der Notwendigkeit weiterer stationärer Krankenhausbehandlung voraus. Dies sei hier zu Recht nicht getroffen worden, weil die Schnellschnittuntersuchung während der Operation ohne Ergebnis geblieben sei und bei einem solchen Befund nur in sehr seltenen Fällen der endgültige Befund nach einer histologischen Untersuchung anders ausfalle. Die Fortführung der stationären Behandlung über den 15.06.2005 hinaus sei deshalb zu diesem Zeitpunkt nicht begründbar gewesen, noch habe hierzu eine Verpflichtung unter dem (ökonomischen) Gesichtspunkten der wirtschaftlichen Versorgung bestanden. Eine ethisch und rechtlich ohnehin nicht zulässige Zwangshospitalisierung der Patientin zur Reduktion von Rechnungsbeträgen für die Krankenkasse bei der geringen Wahrscheinlichkeit eines erneuten Eingriffs wäre ein grober Verstoß gegen §§ 39 und 12 SGB V gewesen.

Der Senat hat die Sachverständige Dr. E um Stellungnahme gebeten, ob und ggf. welche medizinischen Gründe die Klägerin bewogen haben, das Ergebnis der histologischen Untersuchung nicht abzuwarten, sondern die Versicherte 1 zu entlassen. In ihrer ergänzenden Stellungnahme vom 25.05.2016 hat die Sachverständige ausgeführt, medizinische Gründe, die Patientin vor Eintreffen des endgültigen pathohistologischen Befundes zu entlassen, hätten nicht bestanden. Die Patientin hätte durchaus bis zum Eintreffen des Befundes in der stationären Behandlung verbleiben können. Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf die eingeholte ergänzende Stellungnahme Bezug genommen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die Streit- und die beigezogenen Akten, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung waren, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung ist teilweise begründet. Das SG hat zwar der Klage zu Recht stattgegeben. Es hat jedoch die Widerklage zu Unrecht abgewiesen, denn die Widerklage ist zulässig und begründet.

1. Das SG hat im Ergebnis zutreffend erkannt, dass die von der Klägerin erhobene zulässige allgemeine Leistungsklage gemäß § 54 Abs. 5 SGG begründet ist.

a) Gegenstand der Klage ist allein der Vergütungsanspruch der Klägerin wegen der stationären Behandlung der Versicherten 2 im Zeitraum vom 13.01.2009 bis zum 30.01.2009. Dies hat die Klägerin bereits in der Klageschrift, aber auch in nachfolgenden Schriftsätzen und durch Vorlage der entsprechenden Abrechnung hinreichend deutlich gemacht. Insbesondere hat die Klägerin deutlich zwischen dieser Vergütungsforderung und dem von der Beklagten aufrechnungsweise entgegengehaltenen Erstattungsanspruch wegen der zweiten Behandlung der Versicherten 1 unterschieden. Der Klägerin kann hier deshalb nicht unterstellt werden, sie habe - unsinnigerweise - die bereits beglichene Vergütungsforderung wegen der zweiten stationären Behandlung der Versicherten 1 im Zeitraum vom 27.06.2005 bis zum 02.07.2005 eingeklagt (vgl. demgegenüber den Beschluss des Senats vom 19.11.2015 - L 1 KR 682/14 B -).

b) Der Vergütungsanspruch wegen der Behandlung der Versicherten 2 ist in Höhe von 6.111,47 Euro entstanden. Einwände gegen die sachlich-rechnerische Richtigkeit der Abrechnung oder die Wirtschaftlichkeit der Behandlung hat die Beklagte nicht erhoben und sind auch

nicht ersichtlich.

c) Der Vergütungsanspruch ist nur in Höhe der von der Beklagten geleisteten Zahlung (771,24 Euro) durch Erfüllung ([§ 362 Abs. 1 BGB](#) analog) erloschen und besteht daher noch in Höhe von 5.340,23 Euro.

Entgegen der Auffassung der Beklagten ist der Vergütungsanspruch in dieser Höhe nicht gemäß [§§ 387, 389 BGB](#) analog durch Aufrechnung erloschen. Insoweit kann dahinstehen, ob der von der Beklagten mit der hilfsweise erhobenen Widerklage geltend gemachte Erstattungsanspruch wegen der zweiten Behandlung der Versicherten 1 besteht. In jedem Fall war die sinngemäß mit Schreiben vom 13.02.2009 erklärte ([§ 388 BGB](#) analog) Aufrechnung unwirksam, weil sie gegen das in § 15 Abs. 4 Satz 2 des nordrhein-westfälischen Sicherstellungsvertrages gemäß [§ 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V](#) (im Folgenden: Landesvertrag) geregelte Aufrechnungsverbot verstieß. Dieser Vertrag ist zwar am 08.04.2003 gekündigt worden, die Vertragsparteien haben sich aber darauf verständigt, den Vertrag bis zu einer Neuregelung weiter zu praktizieren. Da ein neuer Vertrag bislang nicht zustande gekommen ist, ist der gekündigte Vertrag weiter anzuwenden.

§ 15 Abs. 4 des Landesvertrages lautet:

"Beanstandungen rechnerischer oder sachlicher Art können auch nach Bezahlung der Rechnung geltend gemacht werden. Bei Beanstandungen rechnerischer Art, nach Rücknahme der Kostenzusage und, falls eine Abrechnung auf vom Krankenhaus zu vertretenden unzutreffenden Angaben beruht, können überbezahlte Beträge verrechnet werden."

Nach ständiger Rechtsprechung der mit dem Krankenversicherungsrecht betrauten Senate des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen enthält die in § 15 Abs. 4 Satz 2 Landesvertrag vereinbarte Regelung ein (konkludentes) Aufrechnungsverbot für die nicht ausdrücklich erwähnten Fälle, d.h. für Erstattungsansprüche bei Beanstandungen sachlicher Art, insbesondere bei Verstößen gegen das in [§ 12 SGB V](#) geregelte Wirtschaftlichkeitsgebot (zum Ganzen LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 03.06.2006 - [L 5 KR 205/02](#) -, juris Rn. 18 ff.; Urt. v. 01.09.2011 - [L 16 KR 212/08](#) -, juris Rn. 18 ff.; Urt. v. 24.05.2012 - [L 16 KR 8/09](#) -, juris Rn. 23 ff.; ausdrücklich offen gelassen BSG, Urt. v. 21.03.2013 - [B 3 KR 23/12 R](#) -, juris Rn. 12. Dieser Rechtsprechung schließt sich der erkennende Senat an. Die Urteile des BSG vom 25.10.2016 - [B 1 KR 6/16 R](#) - und - [B 1 KR 9/16 R](#) - geben keinen Anlass, von dieser ständigen Rechtsprechung abzuweichen. Soweit das BSG entschieden hat, aus Regelungen der auf § 18 Abs. 2 KHG beruhenden Pflegesatzvereinbarung könnten keine Aufrechnungsverbote abgeleitet werden, weil es hierfür an einer Ermächtigungsgrundlage fehle, lässt sich dies nicht auf das aus § 15 Abs. 4 Satz 2 Landesvertrag folgende Aufrechnungsverbot übertragen. [§ 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 Buchst. b](#)) SGB V ermächtigt ausdrücklich zur Vereinbarung von Regelungen auch über die Abrechnung von Entgelten. Dies schließt die Möglichkeit von Vereinbarungen über die Zulässigkeit und Grenzen von Aufrechnungen mit ein (vgl. auch Becker, in: Becker/Kingreen, SGB V, 4. Aufl. 2014, § 112 Rn. 7).

Das Aufrechnungsverbot des § 15 Abs. 4 Satz 2 des Landesvertrages ist hier einschlägig, denn die Beklagte hat den von ihr geltend gemachten Erstattungsanspruch spätestens im Zeitpunkt der Aufrechnungserklärung darauf gestützt, dass die Klägerin die beiden Operationen unnötigerweise während zwei verschiedener stationärer Aufenthalte der Versicherten 1 durchgeführt und deshalb ein unzulässiges Fallsplitting durchgeführt habe. Damit hat sie die Abrechnung in sachlicher Hinsicht, namentlich in Bezug auf die Einhaltung des Wirtschaftlichkeitsgebots, beanstandet. Ein Fall des § 15 Abs. 4 Satz 2 des Landesvertrages lag demgegenüber nicht vor.

d) Der von der Klägerin geltend gemachte Zinsanspruch ergibt sich aus § 15 Abs. 1 Satz 4 des Landesvertrages i.V.m. § 1 Diskontsatzüberleitungsgesetz (vgl. LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 01.09.2011 - [L 16 KR 212/08](#) -, juris Rn. 28; BSG, Urt. v. 10.03.2015 - [B 1 KR 3/15 R](#) -, juris Rn. 28 a.E.). Danach kann das Krankenhaus bei Überschreitung des Zahlungsziels (15 Tage nach Eingang der Rechnung, § 15 Abs. 1 Satz 1 Landesvertrag) nach Maßgabe der [§§ 284, 285, 288 Abs. 1 BGB](#) Verzugszinsen in Höhe von 2 v. H. über dem jeweiligen Basiszins der Europäischen Zentralbank ab dem auf den Fälligkeitstag folgenden Tag verlangen.

Es ist davon auszugehen, dass die Zinspflicht nach dieser Regelung hier am 27.02.2009 beginnt. Die Rechnung bezüglich der Behandlung der Versicherten 2 datiert vom 09.02.2009 und dürfte bei üblichen Postlaufzeiten spätestens am 11.02.2009, einem Mittwoch, bei der Beklagten eingegangen sein. Damit wäre die Vergütung am 26.02.2009 fällig gewesen. Für diese Annahme spricht auch, dass die von der Beklagten geleistete Zahlung von 771,24 Euro am 27.02.2009 bei der Klägerin eingegangen ist. Die entsprechende Überweisung dürfte deshalb am 26.02.2009 erfolgt sein. Offensichtlich wollte die Beklagte damit der Regelung des § 15 Abs. 1 Satz 2 Landesvertrag Rechnung tragen, wonach als Tag der Zahlung der Tag der Übergabe des Überweisungsauftrages an ein Geldinstitut oder Übersendung von Zahlungsmitteln an das Krankenhaus gilt. Die Beklagte ging also offensichtlich selbst von Fälligkeit des Vergütungsanspruchs am 26.02.2009 aus. Im Übrigen hat die Beklagte dem Zinsanspruch nicht widersprochen.

2. Entgegen der Auffassung des SG ist die Widerklage jedoch ebenfalls zulässig und begründet.

a) Über die bereits erstinstanzlich hilfsweise erhobene Widerklage ist zu entscheiden, weil die zulässige innerprozessuale Bedingung, die Feststellung der Unwirksamkeit der Aufrechnung und die dadurch bedingte Stattgabe der Klage, nach den vorstehenden Ausführungen eingetreten ist.

b) Die Widerklage der Beklagten ist nach [§ 100 SGG](#) zulässig und als allgemeine Leistungsklage gemäß [§ 54 Abs. 5 SGG](#) statthaft.

Der in [§ 100 SGG](#) geforderte Zusammenhang des mit der Widerklage erhobenen Anspruchs mit dem mit der Klage geltend gemachten Anspruch ist gegeben, denn insoweit genügt ein unmittelbarer wirtschaftlicher Zusammenhang (Leitherer, in: Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 11. Aufl. 2014, § 100 Rn. 4). Ein solcher Zusammenhang der Erstattungsforderung mit den (Rest)vergütungsansprüchen, die Gegenstand der Klage sind, ist zu bejahen, zumal die zur Verfügung stehenden Wege der Durchsetzung des Erstattungsanspruchs - (hier unzulässige) Aufrechnung gegen den Klageanspruch einerseits, Widerklage andererseits - dasselbe wirtschaftliche Ergebnis ergeben (vgl. zum Ganzen BSG, Urt. v. 21.03.2013 - [B 3 KR 23/12 R](#) -, juris Rn. 14; LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 24.05.2012 - [L 16 KR 8/09](#) -, juris Rn. 28).

Dass im Berufungsverfahren erstmals Zinsansprüche geltend gemacht werden, stellt gemäß [§§ 153 Abs. 1, 99 Abs. 3 Nr. 2 SGG](#) keine

Klageänderung dar.

c) Die Widerklage ist auch begründet. Die Beklagte hat einen Anspruch gegen die Klägerin auf Erstattung von 5.340,23 Euro nebst 2 Prozentpunkten Zinsen über dem Basiszinssatz seit Rechtshängigkeit wegen der im Zeitraum vom 27.06.2005 bis zum 02.07.2005 erfolgten und bereits von der Beklagten bezahlten zweiten stationären Behandlung der Versicherten 1.

Rechtsgrundlage für den mit der Widerklage geltend gemachten Anspruch auf überzahlte Krankenhausvergütung ist der allgemeine öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch (vgl. BSG, Urt. v. 21.04.2015 - [B 1 KR 7/15 R](#) -, juris Rn. 8 m.w.N., stRspr). Dieser Anspruch wird in § 15 Abs. 4 Satz 1 Landesvertrag vorausgesetzt.

Der öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch setzt u.a. voraus, dass der Berechtigte im Rahmen eines öffentlichen Rechtsverhältnisses Leistungen ohne rechtlichen Grund erbracht hat (vgl. BSG, a.a.O.). Dies ist hier der Fall. Die Beklagte hat an die Klägerin 5.340,23 Euro ohne Rechtsgrund gezahlt, denn die Klägerin hatte keinen Anspruch auf Vergütung für die zweite Behandlung der Versicherten 1 im Zeitraum vom 27.06.2005 bis zum 02.07.2005.

aa) Der Vergütungsanspruch für die Krankenhausbehandlung und damit korrespondierend die Zahlungsverpflichtung 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 i.S. von [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) erforderlich und wirtschaftlich ist (BSG, a.a.O., Rn. 9 m.w.N.).

Die Höhe der Vergütung für die Behandlung Versicherter bemisst sich bei DRG-Krankenhäusern wie jenen der klagenden Krankenhausträgerin nach [§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) i.V.m. § 7 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG und § 17b KHG, jeweils in der Fassung des Behandlungsjahres. Der Anspruch wird auf Bundesebene durch Normsetzungsverträge (Normenverträge, Fallpauschalenvereinbarungen (FPV)) konkretisiert. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung gemeinsam vereinbaren nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft als "Vertragsparteien auf Bundesebene" mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG 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 in den FPV auf der Grundlage des § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 KHEntgG. Danach richtet sich die Abrechnung der Krankenhausvergütung im Wesentlichen nach DRG-Positionen.

Welche DRG-Position abzurechnen ist, ergibt sich rechtsverbindlich aus der Eingabe und Verarbeitung von Daten in einem automatischen Datenverarbeitungssystem, das auf einem zertifizierten Programm basiert. Das den Algorithmus enthaltende und ausführende Programm greift dabei auch auf Dateien zurück, die entweder als integrale Bestandteile des Programms mit vereinbart sind (z.B. die Zuordnung von ICD-10-Diagnosen und Prozeduren zu bestimmten Untergruppen im zu durchlaufenden Entscheidungsbaum) oder an anderer Stelle vereinbarte Regelungen wiedergeben. Zu letzteren gehören die Fallpauschalen selbst, aber auch die Internationale Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) in der jeweiligen vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) herausgegebenen deutschen Fassung, die Klassifikation des vom DIMDI im Auftrag des BMG herausgegebenen Operationen- und Prozedurenschlüssels sowie die von den Vertragspartnern auf Bundesebene getroffene Vereinbarung zu den Deutschen Kodierrichtlinien (DKR), jeweils in der Fassung des jeweiligen Behandlungsjahres (zum Ganzen grundlegend BSG, Urt. v. 08.11.2011 - [B 1 KR 8/11 R](#) -, juris Rn. 15 ff.).

Die genannten Normen regeln auch Tatbestände, bei deren Vorliegen mehrere Behandlungsfälle abrechnungstechnisch zusammenzuführen sind. Neben den in § 2 Abs. 1 bis 3 FPV geregelten Tatbeständen ist dies für den Fall einer Beurlaubung während eines Krankenhausaufenthaltes (jedenfalls ab 2006) oder durch planvolles, medizinisches Aufspalten eines einheitlichen Behandlungsfalles anerkannt (siehe dazu BSG, Urt. v. 10.03.2015 - [B 1 KR 3/15 R](#) -, juris Rn. 15 ff.).

Krankenhäuser sind jedoch auch über diese Tatbestände hinaus zu wirtschaftlichem Verhalten verpflichtet, denn das Wirtschaftlichkeitsgebot gilt nach dem klaren Wortlaut des Gesetzes (vgl. [§ 12 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#)) für alle Leistungsbereiche des SGB V, insbesondere auch für den Bereich der Krankenhausbehandlung. Behandelt ein Krankenhaus einen Versicherten bei erforderlicher Krankenhausbehandlung in unwirtschaftlichem Umfang, hat es allenfalls Anspruch auf die Vergütung, die bei fiktivem wirtschaftlichem Alternativverhalten anfiel. Dies folgt aus dem Rechtsgedanken von § 17b KHG, § 2 Abs. 2, § 7 Satz 1, § 8 Abs. 1 und § 9 KHEntgG sowie dem Regelungssystem des SGB V. 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. Ein Krankenhaus muss deshalb bei der Behandlung von Versicherten den kostengünstigeren Weg wählen, ggf. auch die Gesamtbehandlung innerhalb eines einzigen Behandlungszeitraumes (zum Ganzen ausführlich BSG, Urt. v. 01.07.2014 - [B 1 KR 62/12 R](#) -, juris Rn. 17 ff.; Urt. v. 10.03.2015 - [B 1 KR 3/15 R](#) -, juris Rn. 23 ff.).

bb) Nach diesen Grundsätzen steht der Klägerin für den zweiten stationären Aufenthalt der Versicherten 1 im Zeitraum vom 27.06.2005 bis zum 02.07.2005 kein Vergütungsanspruch zu, denn die Klägerin hätte bei wirtschaftlichem Alternativverhalten die gesamte Behandlung der Versicherten einschließlich der operativen Entnahme von 6 weiteren Lymphknoten in der linken Axilla, welche am 28.06.2005 erfolgt ist, innerhalb eines einheitlichen Behandlungszeitraumes durchführen können. In diesem Fall wären die Kosten für den zweiten stationären Aufenthalt nicht angefallen. Vielmehr wäre der gesamte Behandlungsfall einheitlich nach der DRG (2005) J16Z (Beidseitige Mastektomie bei bösartiger Neubildung oder Strahlentherapie mit operativer Prozedur bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma) abzurechnen gewesen mit der Folge, dass sich der Vergütungsanspruch auf die mit Rechnung vom 23.06.2005 für die erste Behandlung der Versicherten 1 geforderten 8.040,08 Euro beschränkt hätte.

(1) Die im Zeitraum vom 27.06.2005 bis zum 02.07.2005 erfolgte stationäre Behandlung der Versicherten 1 war allerdings im Sinne von [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) als solche erforderlich. Die vorgenommene Entfernung von 6 weiteren Lymphknoten aus der linken Axilla konnte nur mit den Mitteln eines Krankenhauses durchgeführt werden.

(2) Die Abrechnungen der Klägerin für die beiden stationären Aufenthalte waren auch als solche, wenn das Wirtschaftlichkeitsgebot

eingehalten worden wäre, rechnerisch korrekt. Unter Eingabe der vorliegenden Diagnose (ICD-10: C 50.4) und der durchgeführten Prozeduren steuert der Grouper für den ersten Aufenthalt die DRG (2005) J16Z und für den zweiten Aufenthalt die DRG (2005) J23Z an.

Soweit die Beklagte zunächst die Auffassung vertreten hat, auch für die erste stationäre Behandlung der Versicherten 1 sei der DRG (2005) J23Z einschlägig, hat sie diesen Einwand bereits mit dem an die Klägerin gerichteten Schreiben vom 20.08.2007 aufgegeben und den Ansatz der DRG (2005) J16Z anerkannt. Es ist nicht erkennbar, dass das im Ergebnis übereinstimmende Grouping der Klägerin einerseits und der Beklagten andererseits unzutreffend sein könnte.

Bei dem im Klageverfahren erstmals erhobenen Einwand der Beklagten, auch der zweite stationäre Aufenthalt sei nach der DRG (2005) J16Z abzurechnen, handelt es sich offensichtlich um ein Versehen oder Missverständnis. Die Beklagte wollte offensichtlich zum Ausdruck bringen, dass ihrer Auffassung nach beide Aufenthalte einheitlich mit der DRG (2005) J16Z zu erfassen seien. In jedem Fall enthalten auch die Unterlagen des MDK keine Anhaltspunkte dafür, dass der Ansatz der DRG (2005) J23Z für den zweiten Aufenthalt als solchen sachlich-rechnerisch unzutreffend sein könnte.

(3) Die Voraussetzungen einer abrechnungstechnisch gebotenen Fallzusammenführung waren ebenfalls nicht erfüllt.

(a) Eine Zusammenfassung der Falldaten nach § 2 Abs. 1 FPV 2005 scheidet aus, weil für den zweiten stationären Aufenthalt der Versicherten 1 nicht dieselbe Basis-DRG einschlägig ist wie für den ersten stationären Aufenthalt (§ 2 Abs. 1 Nr. 2 FPV 2005). Nach dem tatsächlich zutreffenden Grouping (vgl. BSG, Urt. v. 10.03.2015 - [B 1 KR 3/15 R](#) -, juris Rn. 16) ist der erste Aufenthalt in die DRG (2005) J16Z und der zweite Aufenthalt in die DRG (2005) J23Z einzustufen. Auf die Ausführungen zu (2) wird Bezug genommen.

(b) Die Voraussetzungen des § 2 Abs. 2 Satz 1 FPV 2005 sind ebenfalls nicht erfüllt. Nach dieser Regelung ist eine Zusammenfassung der Falldaten zu einem Fall und eine Neueinstufung in eine Fallpauschale auch dann vorzunehmen, wenn ein Patient innerhalb von 30 Kalendertagen ab dem Aufnahmedatum des ersten unter diese Vorschrift zur Zusammenfassung fallenden Krankenhausaufenthalts wieder aufgenommen wird (Nr. 1) und 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. Die Regelung war bei Ausklammerung der Wirtschaftlichkeit nicht einschlägig, da schon für den ersten Aufenthalt eine Fallpauschale (DRG J16Z) gemäß Anlage 1 Teil a) FPV 2005 der operativen Partition zuzuordnen war (zum Ganzen BSG, Urt. v. 10.03.2015 - [B 1 KR 3/15 R](#) -, juris Rn. 17).

(c) Eine Fallzusammenführung war - Wirtschaftlichkeit der erfolgten Behandlung unterstellt - nicht nach § 2 Abs. 3 Satz 1 FPV 2005 vorzunehmen. Diese Regelung setzt voraus, dass ein Patient, für den 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 wird. Die erneute Aufnahme der Versicherten 1 beruhte nicht auf einer Komplikation (Folgen einer medizinischen Behandlung); sie erfolgte vielmehr zur Durchführung einer zweiten Operation (zum Ganzen BSG, Urt. v. 10.03.2015 - [B 1 KR 3/15 R](#) -, juris Rn. 18).

(d) Ein unzulässiges Fallsplitting liegt auch nicht etwa deshalb vor, weil in der Zeit zwischen dem ersten und dem zweiten Krankenhausaufenthalt eine Beurlaubung vorlag. Eine Regelung zur Beurlaubung fehlt in der FPV 2005. Sie ist vielmehr erstmals in § 1 Abs. 7 Satz 4 bis 6 FPV 2006 enthalten. Soweit man auch für das Behandlungsjahr 2005 einen einheitlichen Behandlungsfall bei einer erfolgten Beurlaubung annehmen könnte, liegen die dafür notwendigen Voraussetzungen nicht vor. Eine Beurlaubung setzt begrifflich eine bereits zum Zeitpunkt der Entlassung beabsichtigte Wiederaufnahme in das Krankenhaus voraus (vgl. BSG, Urt. v. 10.03.2015 - [B 1 KR 3/15 R](#) -, juris Rn. 19). Hieran fehlt es vorliegend. Denn zum Zeitpunkt der Entlassung der Versicherten 1 stand, wie die Klägerin zutreffend geltend macht und auch den Feststellungen der Sachverständigen Dr. E in dem vom SG eingeholten Gutachten entspricht, noch nicht fest, dass und wann die stationäre Behandlung fortgesetzt wird.

(e) Eine Fallzusammenführung ist entgegen der von der Beklagten jedenfalls im Vorfeld der Klageerhebung vertretenen Auffassung auch nicht etwa deshalb vorzunehmen, weil rückwirkend betrachtet nur von einem einzigen Behandlungsfall auszugehen ist und nach § 17b Abs. 1 Satz 3 KHG und § 8 Abs. 2 Satz 1 KHEntgG "Krankenhausleistungen für einen Behandlungsfall vergütet" werden. Es ist Krankenhäusern zwar verwehrt, vorzeitige ("blutige") Entlassungen im betriebswirtschaftlichen Eigeninteresse vorzunehmen (§ 17c Abs. 1 Nr. 2), um z.B. durch ein planvolles, medizinisch überflüssiges Fallsplitting Zusatzeinnahmen zu erzielen. Die Regelung zeigt aber auch, dass die Frage, ob ein oder mehrere abzurechnende Behandlungsfälle vorliegen, allein danach zu beurteilen ist, ob die Behandlung durch das Krankenhaus (zunächst) abgeschlossen wurde. Dementsprechend verweist § 8 Abs. 2 Satz 1 KHEntgG auf den Fallpauschalen-Katalog nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG. Eine erneute Aufnahme und sei es auch wegen derselben Erkrankung rechtfertigt deshalb nicht retrospektiv die Annahme, dass nur ein Behandlungsfall vorlag (zum Ganzen BSG, Urt. v. 10.03.2015 - [B 1 KR 3/15 R](#) -, juris Rn. 19).

Nach der danach maßgeblichen ex-ante-Sicht kann hier nicht von einem einzigen Behandlungsfall in diesem Sinne ausgegangen werden. Die Behandlung der Versicherten 1 war aus Sicht der Klägerin mit ihrer Entlassung am 15.06.2005 vielmehr abgeschlossen. Wie die Sachverständige Dr. E in ihrem vom SG eingeholten Gutachten überzeugend dargelegt hat, war es aus Sicht der Klägerin unwahrscheinlich, dass nach dem Ergebnis der während der ersten Operation durchgeführten Schnellschnitte der entnommenen Sentinel-Lymphknoten ein abweichender histologischer Befund erhoben und eine weitere Operation notwendig werden würden. Eine weitere Operation war im Zeitpunkt der Entlassung der Versicherten 1 nicht geplant. Die Versicherte 1 sollte vielmehr bereits am 23.06.2005 eine Bestrahlungstherapie beginnen.

(4) Die Klägerin hat jedoch gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot verstoßen, indem sie die Versicherte 1 entlassen hat, bevor der histologische Befund vom 15.06.2005 den behandelnden Ärzten in der Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe der Klägerin vorlag. Sie kann deshalb für den zweiten stationären Aufenthalt der Versicherten 1 keine Vergütung beanspruchen, weil die rechnerisch für den zweiten stationären Aufenthalt anzusetzende DRG J23Z bei wirtschaftlichem Alternativverhalten der Klägerin nicht angefallen wäre.

(a) Für die Klägerin bestand eine gleichermaßen medizinisch zweckmäßige, geeignete und notwendige Alternative dergestalt, mit der Entlassung der Versicherten 1 bis zur Vorlage und Auswertung des pathohistologischen Befundes zu warten

Ein Krankenhaus hat bereits bei der Behandlungsplanung die Möglichkeit wirtschaftlichen Alternativverhaltens zu prüfen und ggf. zu nutzen. Hierbei hat es auch Vorsorge dafür zu tragen, dass ein für die weitere Behandlung u.U. notwendiger histologischer Befund zeitgerecht ausgewertet wird. Wird ein Versicherter vor der Auswertung eines histologischen Befundes entlassen, ist festzustellen, ob und ggf. welche medizinischen Gründe das Krankenhaus hierzu bewogen haben (vgl. BSG, Urt. v. 10.03.2015 - [B 1 KR 3/15 R](#) -, juris Rn. 28).

Nach diesen höchstrichterlich entwickelten Grundsätzen hätte die Klägerin ihren Betrieb grundsätzlich so organisieren müssen, dass der histologische Befund vorlag und ausgewertet wurde, bevor über die Entlassung der Versicherten 1 entschieden wurde. Medizinische Gründe, die Versicherte 1 davor zu entlassen, lagen nicht vor.

Aus Sicht der Klägerin hing das weitere Procedere von dem histologischen Befund der am 09.06.2005 entnommenen Sentinel-Lymphknoten ab. Sollte sich der Befund des während der Operation durchgeführten Schnellschnittes bestätigen, wären aus Sicht der Klägerin keine weiteren operativen Maßnahmen medizinisch notwendig gewesen. Die Versicherte 1 hätte vielmehr endgültig entlassen werden und direkt eine Strahlentherapie beginnen können. Sofern sich demgegenüber aus der histologischen Untersuchung doch ein Befall der Lymphknoten mit einer Mikrometastase ergab, beabsichtigte die Klägerin, der Versicherten 1 die dann später auch durchgeführte weitere Operation vorzuschlagen. Nach den im Hause der Klägerin zum damaligen Zeitpunkt geltenden medizinischen Standards war bei einem solchen Befund die Entnahme von weiteren Lymphknoten das Mittel der Wahl. Dies entspricht sowohl dem Vortrag der Klägerin als auch den Ausführungen der Sachverständigen Dr. E. Andernfalls wäre die histologische Untersuchung auch unnötig gewesen.

Nichts anderes ergibt sich daraus, dass die Versicherte 1 bereits für den 23.06.2005 einen ersten Termin zum Beginn der Bestrahlungstherapie erhalten hatte. Wie der weitere Behandlungsverlauf zeigt, musste eine Bestrahlungstherapie unabhängig von dem histologischen Befund erfolgen. Zudem hätte die Bestrahlungstherapie auch für eine weitere notwendige Operation unterbrochen werden können, was dann auch tatsächlich geschehen ist.

Eine andere Betrachtung ist auch nicht deshalb geboten, weil die Versicherte 1 anfangs eine weitere Operation nicht durchführen wollte. Im Rahmen der Prüfung wirtschaftlichen Alternativverhaltens kommt es allein auf den Behandlungsplan des Krankenhauses an. Dieser sah für den Fall, dass Mikrometastasen in einem der entnommenen Lymphknoten gefunden wurden, die operative Entfernung von weiteren Lymphknoten vor.

Bei dieser Sachlage war die - hier tatsächlich erfolgte - Entlassung der Versicherten 1 vor und unabhängig von der Auswertung des histologischen Befundes keinesfalls die allein medizinisch notwendige und zweckmäßige Maßnahme. Vielmehr wäre es mindestens ebenso medizinisch notwendig und zweckmäßig gewesen, die Entlassung nicht vor Auswertung des histologischen Befundes vorzunehmen.

Etwas anderes ergibt sich nicht daraus, dass es nach dem Vortrag der Klägerin nach den in ihrem Hause bestehenden Erfahrungen äußerst unwahrscheinlich war, dass sich aus der histologischen Untersuchung ein bösartiger Befund ergab. Selbst wenn man es als wahr unterstellt, dass bei einem negativen Ergebnis des Schnellschnittverfahrens während der Operation im Hause der Klägerin in 95% der Fälle auch die histologische Untersuchung ohne Befund bleibt, folgt daraus nicht, dass es medizinisch notwendig gewesen wäre, die Versicherte 1 unabhängig von dem Ergebnis der histologischen Untersuchung zu entlassen.

Es ist bereits fraglich, ob es im Rahmen der Prüfung wirtschaftlichen Alternativverhaltens - anders als in den unter (3) (d) und (e) erörterten Fallgruppen einer abrechnungstechnisch gebotenen Fallzusammenführung - auf solche medizinischen Prognosen ankommen kann. Die Prognose des Ergebnisses einer Untersuchung, von der, wie hier, das weitere Vorgehen abhängt, ist von vornherein risikobehaftet. In sie fließen zwangsläufig auch wirtschaftliche Überlegungen ein, was gerade auch die Argumentation der Klägerin eindrucksvoll belegt. Die gerade auch von der Klägerin angeführten wirtschaftlichen Überlegungen erfolgen jedoch ausschließlich aus der Perspektive des Krankenhauses. Für dieses ist es sicherlich im Grundsatz günstiger, eine Patientin vor Eingang eines für die weitere Behandlung notwendigen Untersuchungsbefundes zu entlassen, wenn nach dem Erfahrungshorizont der Klinik eine weitere stationäre Behandlung eher unwahrscheinlich ist, weil hierdurch Kapazitäten für die stationäre Aufnahme weiterer Patienten frei werden. Im Rahmen des Wirtschaftlichkeitsgebots nach [§12 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) kommt es jedoch nicht auf die Perspektive des Krankenhauses, sondern auf die Kosten für die gesetzliche Krankenversicherung an. Gerade in dem geltenden, auf Fallpauschalen basierenden Vergütungssystem können die wirtschaftlichen Interessen des Krankenhauses und der gesetzlichen Krankenkassen auseinanderfallen, wie auch der vorliegende Fall zeigt. Es spricht deshalb viel dafür, dass das Krankenhaus seine Entscheidung, ob ein für die weitere Behandlung entscheidender Befund vor der Entlassung abgewartet wird, deshalb grundsätzlich danach zu treffen hat, ob durch dieses Verfahren Kosten für die gesetzliche Krankenversicherung eingespart werden können. Daran anknüpfend dürften medizinische Gründe dafür, die Auswertung des Befundes nicht abzuwarten, lediglich dann vorliegen, wenn der weitere stationäre Aufenthalt medizinisch kontraindiziert ist und medizinische Gründe die Entlassung nahelegen, z.B. wenn der Versicherte psychisch beeinträchtigt ist und der weitere Krankenhausaufenthalt für ihn gesundheitsschädlich wäre.

Dem kann nicht entgegen gehalten werden, dass die Verlängerung eines stationären Aufenthaltes, wenn es unwahrscheinlich ist, dass eine weitere stationäre Behandlung, z.B. eine Operation notwendig werden wird, stets eine unzulässige "Zwangshospitalisierung" darstelle, die Rechte der Versicherten beeinträchtige. Es kann zwar unterstellt werden, dass ein Krankenhausaufenthalt für Patienten stets belastend ist. Gleiches gilt aber auch für die erneute Aufnahme in ein Krankenhaus, wenn man wenige Tage zuvor mit der Begründung entlassen wurde, ein weiterer Aufenthalt sei nicht mehr notwendig. In der Allgemeinheit trifft es deshalb nicht zu, dass die Entlassung eines Patienten stets die weniger belastende Maßnahme darstellt, wenn, wie hier, noch das Ergebnis einer Untersuchung abgewartet werden muss, von dem die Notwendigkeit einer weiteren Krankenhausbehandlung abhängt.

Medizinische Gründe in dem oben genannten Sinne lagen nicht vor. Die Sachverständige Dr. E hat in ihrer vom Senat eingeholten ergänzenden Stellungnahme vom 25.05.2016 ausdrücklich ausgeführt, es hätten keine medizinischen Gründe dafür bestanden, die Versicherte 1 vor Eintreffen des pathohistologischen Befundes zu entlassen. Sie hätte durchaus bis zum Eintreffen des Befundes in der stationären Behandlung verbleiben können. Der Senat hat keinen Anlass an dieser sachverständigen Feststellung zu zweifeln, zumal die Klägerin insoweit auch keine Einwände geltend gemacht hat. Es kann entgegen der Auffassung des SG und der Klägerin nicht festgestellt werden, dass der Versicherten 1 ein weiterer Verbleib im Krankenhaus der Klägerin unzumutbar gewesen wäre. Dass die Versicherte 1 im Zeitpunkt ihrer Entlassung am 15.06.2005 infolge des seit dem 08.06.2005 dauernden Krankenhausaufenthaltes und der für sie ohne

Zweifel belastenden Diagnose in ihrer seelischen Gesundheit beeinträchtigt war, ist nicht vorgetragen und kann den beigezogenen Behandlungsunterlagen nicht entnommen werden. Die Diagnose eines Mammakarzinoms in der linken Brust stand aufgrund diverser Untersuchungen (Biopsie, Mammographie) schon vor dem stationären Aufenthalt der Versicherten 1 fest. Die während des stationären Aufenthaltes dokumentierten Befunde des seelischen Gesundheitszustandes der Versicherten 1 waren unauffällig. So hat die Versicherte 1 in der Pflegeanamnese angegeben, dass sie nicht an Schlafstörungen leide.

In jedem Fall war aufgrund der konkreten Umstände eine Entlassung vor Kenntnis und Auswertung des histologischen Befundes nicht die allein notwendige oder zweckmäßigere medizinischen Maßnahme.

Es erschließt sich bereits nicht, warum der histologische Befund erst am 15.06.2005 erstellt wurde. Die erforderlichen Untersuchungen nahmen offensichtlich nicht mehrere Tage in Anspruch. Es ist Aufgabe eines Krankenhauses, organisatorische Maßnahmen dafür zu treffen, dass ein für die Entscheidung über die weitere Behandlung notwendiger histologischer Befund rechtzeitig vor dem Ende der stationären Behandlungsbedürftigkeit vorliegt. Darüber hinaus wurde der histologische Befund tatsächlich bereits am Entlassungstag, d.h. am 15.06.2005 erstellt. Er hätte also ohne weiteres vor dem aus Sicht der Klägerin anstehenden Ende stationärer Behandlungsbedürftigkeit der Versicherten 1 am 15.06.2005 telefonisch erfragt werden können. Schließlich hätte der stationäre Aufenthalt der Versicherten 1 auch dann, wenn man auf den Eingang des schriftlichen Befundes abstellt, lediglich um maximal 2 Tage verlängert werden müssen. Dies wäre nicht mit unzumutbaren Belastungen für die Versicherte 1 verbunden gewesen. Ob die Versicherte 1 einer Verlängerung des stationären Aufenthaltes bis zum Eintreffen des histologischen Befundes widersprochen hätte oder ihm insbesondere nach Offenlegung der zusätzlichen Kosten, die im Falle einer notwendigen Wiederaufnahme anfallen würden, zugestimmt hätte, kann nicht festgestellt werden. Es ist zudem weder ersichtlich noch vorgetragen, dass die Klägerin der Versicherten 1 die Option eröffnet hätte, den histologischen Befund im Krankenhaus der Klägerin abzuwarten.

(b) Die von der Klägerin nicht gewählte Alternative, die Versicherte 1 bis zum Vorliegen des histologischen Befundes im Krankenhaus zu behalten, wäre wirtschaftlicher gewesen.

Wenn die Klägerin den histologischen Befund abgewartet hätte, hätte die operative Entnahme von 6 weiteren Lymphknoten aus der linken Axilla während eines einheitlichen stationären Aufenthaltes ohne Entlassung der Versicherten 1 durchgeführt werden können. Die Versicherte 1 hat zwar nach den Angaben der Klägerin, die als wahr unterstellt werden können, eine weitere Operation zunächst abgelehnt. Letztlich hat sie sich aber für die dann auch durchgeführte Operation entschieden. Es kann deshalb nicht unterstellt werden, dass die Versicherte 1 im Anschluss an den Vorschlag der weiteren Operation ihre Entlassung verlangt hätte, um sich dann später erneut stationär aufnehmen zu lassen. Naheliegender ist, dass sie sich Bedenkzeit auserbeten hätte. Wenn sie hierfür das Krankenhaus der Klägerin hätte verlassen wollen, hätte sie sich beurlauben lassen können. Es ist nicht ersichtlich, dass und warum die Versicherte 1 diesen für die Beklagte kostengünstigeren Weg (siehe hierzu auch oben (3) (d)) nicht hätte wählen sollen.

Bei Durchführung der zweiten Operation während eines einheitlichen, nicht durch eine Entlassung unterbrochenen stationären Aufenthaltes wären keine weiteren Kosten angefallen.

Wenn man sämtliche von der Klägerin angegebenen Prozeduren einschließlich der am 28.06.2005 durchgeführten Operation berücksichtigt und einen einheitlichen stationären Aufenthalt unterstellt, steuert der Grouper insgesamt die DRG J16Z an, d.h. die zusätzliche Operation (Entnahme weiterer 6 Lymphknoten aus der linken Axilla) führt bei einem einheitlichen stationären Aufenthalt nicht zu einer anderen DRG als der erste stationäre Aufenthalt für sich betrachtet.

Es wären bei einem einheitlichen stationären Aufenthalt auch keine Zuschläge wegen der Verweildauer angefallen. Die obere Grenzverweildauer beträgt bei der einschlägigen DRG 25 Tage. Selbst wenn man unterstellen würde, dass die zweite Operation auch bei einem einheitlichen stationären Aufenthalt erst am 28.06.2005 hätte stattfinden können, was eher fernliegend erscheint, hätte die abrechnungsrelevante Verweildauer ohne die Entlassungstage am 15.06.2005 und 02.07.2005 (§ 1 Abs. 7 Satz 1 FPV 2005) lediglich 24 Tage betragen, so dass die obere Grenzverweildauer nicht überschritten gewesen wäre.

Dass damit bei Durchführung der beiden Operationen während eines einheitlichen stationären Aufenthalts keine höheren Kosten angefallen wären, als allein für den ersten stationären Aufenthalt der Versicherten 1 angefallen sind, hängt entgegen der Auffassung der Klägerin nicht von Zufälligkeiten ab. Jedes Krankenhaus kann die einschlägige DRG über den zertifizierten Grouper ermitteln und somit von vornherein bestimmen, welchen Vergütung bei den hier vorliegenden Handlungsalternativen jeweils anfallen würde. Unter dem Gesichtspunkt der Wirtschaftlichkeit hat sich die Entscheidung des Krankenhauses nach dem Ergebnis des Groupings zu richten.

Es wird nicht verkannt, dass das Grouping vorliegend dazu führt, dass die zweite Operation letztlich nicht vergütet wird. Die Ursache hierfür liegt jedoch in den vertraglich mit Bindungswirkung für die Klägerin vereinbarten Fallpauschalen. Diese enthalten letztlich Mischkalkulationen, die für ein Krankenhaus manchmal günstig und manchmal ungünstig sind. Für den Fall, dass eine Fallpauschale den durchschnittlichen Aufwand eines Krankenhauses nicht realitätsgerecht abbildet, muss das Krankenhaus auf eine Änderung der Fallpauschale für die Zukunft hinwirken. Für eine richterliche Korrektur bleibt demgegenüber kein Raum.

(c) Da nach den vorstehenden Ausführungen bei wirtschaftlichem Alternativverhalten die Kosten für den zweiten stationären Aufenthalt insgesamt nicht angefallen wären, kann die Klägerin für den zweiten stationären Aufenthalt gar keine Vergütung beanspruchen.

cc) Die Beklagte hat in entsprechender Anwendung von [§ 291 BGB](#) auch Anspruch auf Prozesszinsen auf den Erstattungsbetrag ab dem Tag der Rechtshängigkeit (Eingang der Klage beim SG ([§ 94 SGG](#)) am 03.04.2009). Für die Rechtsbeziehungen der Krankenkassen zu den Krankenhäusern gelten die Zinsvorschriften des BGB entsprechend, soweit nicht in den Verträgen nach [§ 112 SGB V](#) etwas anderes geregelt ist (stRspr, vgl. zuletzt BSG, Urt. v. 21.04.2015 - [B 1 KR 7/15 R](#) -, juris Rn. 21 m.w.N.). Für die Höhe der Zinsen gilt § 15 Abs. 1 Satz 4 Landesvertrag (vgl. BSG, Urt. v. 08.09.2009 - [B 1 KR 8/09 R](#) -, juris Rn. 16 ff.). Hieran hat sich die Beklagte vorliegend gehalten.

3. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs. 1 Satz 1](#) 3. Teilsatz SGG i.V.m. [§ 154 Abs. 2](#), [§ 155 Abs. 1 Satz 1](#) 1. Alt., Satz 2 VwGO und berücksichtigt, dass das Begehren der Beklagten auf Abweisung der Klage in beiden Instanzen erfolglos bleibt.

4. Gründe, die Revision zuzulassen ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)), liegen nicht vor.

5. Die Festsetzung des Streitwerts für das Berufungsverfahren beruht auf [§ 197a Abs. 1 Satz 1](#) 1. Teilsatz SGG i.V.m. [§ 63 Abs. 2](#), [§ 52 Abs. 1](#) und 3, [§ 47 Abs. 1](#) sowie [§ 45 Abs. 1 Satz 1](#) und 2 GKG.

Die Werte von Klage und Widerklage über die hier entschieden wurde ([§ 45 Abs. 1 Satz 2 GKG](#)), sind gemäß [§ 45 Abs. 1 Satz 1 GKG](#) zusammenzurechnen, denn Klage und Widerklage betreffen nicht denselben Gegenstand im Sinne von [§ 45 Abs. 1 Satz 3 GKG](#). Hierfür kommt es nicht auf den zivilprozessualen Streitgegenstandsbegriff an. Maßgebend ist vielmehr eine wirtschaftliche Betrachtungsweise. Eine wirtschaftliche Identität von Klage und Widerklage liegt nach der von der Rechtsprechung entwickelten "Identitätsformel" dann vor, wenn die Ansprüche aus Klage und Widerklage nicht in der Weise nebeneinander stehen können, dass das Gericht beiden stattgeben kann, sondern die Verurteilung nach dem einen Antrag notwendigerweise die Abweisung des anderen Antrags nach sich zieht (vgl. zum Ganzen BGH, Beschl. v. 28.09.2011 - [IV ZR 146/10](#) -, juris Rn. 4 m.w.N.). Diese Voraussetzungen liegen nicht vor. Wie die Entscheidung des Senats zeigt, kann sowohl dem Klage- als auch dem Widerklageantrag stattgegeben werden. Beide Klagen beziehen sich auf unterschiedliche Behandlungsfälle, so dass zwischen den Ansprüchen keine wirtschaftliche Identität besteht.

Soweit der 11. Senat des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen die Auffassung vertritt, im Falle einer unbedingt erklärten Aufrechnung mit einem Erstattungsanspruch aus einem Behandlungsfall gegen eine unstreitige Vergütungsforderung wegen eines anderen Behandlungsfalls betreffe die später erhobene und auf den Erstattungsanspruch gestützte (Hilfs-)Widerklage denselben Gegenstand im Sinne von [§ 45 Abs. 1 Satz 3 GKG](#) (so Beschl. v. 15.08.2016 - [L 11 KR 372/16 B](#) -, juris Rn. 15 ff.), vermag der Senat dem nicht zu folgen. Das vom 11. Senat für seine Auffassung angeführte systematische Argument, [§ 45 Abs. 3 GKG](#) sehe eine Zusammenrechnung nur im Falle der Hilfsaufrechnung vor, so dass im Umkehrschluss die "unbedingte", nicht lediglich hilfsweise erklärte Aufrechnung keinen anderen Streitgegenstand darstelle, sich also nicht streitwerterhöhend auswirke, verfängt nicht. [§ 45 Abs. 3 GKG](#) regelt nur den Streitwert der Klage und gibt für die Bestimmung des Streitwertes von Klage und Widerklage nichts her. Aus [§ 45 Abs. 3 GKG](#) folgt lediglich, dass durch eine unbedingte Aufrechnung der Streitwert für die Klage nicht erhöht wird. Der Regelung lässt sich jedoch nicht entnehmen, dass eine auf die primär zur Aufrechnung gegen den Klageanspruch gestellte Gegenforderung gestützte Hilfswiderklage nicht gemäß [§ 45 Abs. 1 Satz 1 GKG](#) streitwerterhöhend sein kann. Die Zusammenrechnung der Werte von Klage und Widerklage im vorliegenden Fall entspricht auch den wirtschaftlichen Interessen der Beteiligten. So möchte die Klägerin nicht nur die Vergütung für die Behandlung der Versicherten 2 erhalten, sondern auch die bereits erlangte Vergütung für die zweite stationäre Behandlung der Versicherten 1 behalten.

[§ 45 Abs. 1 Satz 3 GKG](#) ist lediglich dann anzuwenden, wenn das klagende Krankenhaus nicht hinreichend deutlich macht, dass es die Klage auf einen von dem dem Erstattungsanspruch zugrunde liegenden Sachverhalt zu unterscheidenden Behandlungsfall stützt, und den Eindruck erweckt, die bereits beglichene Vergütungsforderung, deren Erstattung die beklagte Krankenkasse begehrt, solle eingeklagt werden (vgl. insoweit den Beschluss des Senats vom 19.11.2015 - [L 1 KR 682/14 B](#) -). Dies ist hier jedoch nicht der Fall.

Zinsen sind als Nebenforderung nicht streitwerterhöhend zu berücksichtigen ([§ 43 Abs. 1 GKG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2017-01-18