B 1 KR 12/20 R

Land
Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht
Bundessozialgericht
Sachgebiet
Krankenversicherung
1. Instanz
SG München (FSB)
Aktenzeichen
S 28 KR 856/16
Datum
21.03.2017
2. Instanz
Bayerisches LSG
Aktenzeichen
L 4 KR 215/17
Datum
11.04.2019
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 1 KR 12/20 R
Datum
27.10.2020
Kategorie
Urteil
Leitsätze

Eine Verlegung im Sinne der Fallpauschalenvereinbarung 2013 (juris: FPVBG 2013) setzt nur voraus, dass ein Versicherter innerhalb von 24 Stunden aus einem Krankenhaus entlassen und in ein anderes Krankenhaus aufgenommen wurde

Auf die Revision der Beklagten werden die Urteile des Bayerischen Landessozialgerichts vom 11. April 2019 und des Sozialgerichts München vom 21. März 2017 aufgehoben. Die Klage wird abgewiesen.

Die Klägerin trägt die Kosten des Rechtsstreits in allen Rechtszügen.

Der Streitwert für das Revisionsverfahren wird auf 646,98 Euro festgesetzt.

G r ü n d e :

I

1

Die Beteiligten streiten über die Vergütung einer stationären Krankenhausbehandlung.

2

Die Klägerin ist Trägerin eines nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhauses. Dort wurde die bei der beklagten Krankenkasse (KK) Versicherte M (im Folgenden: Versicherte) in der Zeit vom 20.9.2013 bis 1.10.2013 wegen akuter Diarrhöen nach Antibiotikaeinnahme *(ICD-10-GM A04.7* "*sonstige bakterielle Darminfektionen, Enterokolitis durch Clostridium difficile*"*)* vollstationär behandelt. Die Versicherte wurde am 1.10.2013 um 12:53 Uhr in gutem Allgemeinzustand in die weitere hausärztliche Betreuung entlassen. Am 2.10.2013 um 10:14 Uhr wurde sie wegen einer psychischen Störung zur stationären Behandlung in ein anderes Klinikum aufgenommen.

3

Die Klägerin stellte der Beklagten für die stationäre Behandlung der Versicherten auf Grundlage der Fallpauschale *(Diagnosis Related Groups 2013 [DRG])* G48A *(Koloskopie mit äußerst schweren oder schweren CC, komplizierendem Eingriff oder Alter <15 Jahre, mit schwerer Darminfektion oder bei Zustand nach Organtransplantation)* 5081,20 Euro in Rechnung *(Rechnung vom 23.10.2013)*. Die Beklagte zahlte unter Abzug eines Verlegungsabschlags nur einen Betrag von 4434,22 Euro. Zur Begründung verwies sie darauf, dass zwischen der Entlassung der Versicherten aus der Klinik der Klägerin bis zur Aufnahme in das andere Klinikum weniger als 24 Stunden gelegen hätten und die mittlere Verweildauer von 13,1 Tagen bei der DRG G48A nicht erreicht worden sei.

4

Das SG hat die Beklagte zur Zahlung einer weiteren Vergütung von 646,98 Euro nebst Zinsen verurteilt *(Urteil vom 21.3.2017)*. Das LSG hat die Berufung der Beklagten zurückgewiesen. Die Klägerin habe Anspruch auf einen ungekürzten Vergütungsanspruch für die stationäre Behandlung der Versicherten im Zeitraum vom 20.9. bis 1.10.2013. Die Vergütung sei nicht um einen Verlegungsabschlag zu kürzen gewesen. Eine Verlegung im Sinne der 2013 anzuwendenden Fallpauschalenvereinbarung (FPV 2013) setze ein aktives Tun des Verlegenden voraus und könne nur dann vorliegen, wenn ein Versicherter auf Veranlassung des Krankenhauses, das ihn stationär behandelt habe, in einem anderen Krankenhaus stationär aufgenommen werde. Diesem Normverständnis stehe § 1 Abs 1 Satz 4 FPV 2013 nicht entgegen. Die Regelung lege nach ihrem Wortlaut nur fest, welcher zeitliche Zusammenhang für eine Verlegung zwischen Entlassung aus dem einen und Aufnahme in ein anderes Krankenhaus bestehen müsse *(Urteil vom 11.4.2019)*.

5

Mit ihrer Revision rügt die Beklagte eine Verletzung von § 109 Abs 4 Satz 3 SGB V iVm §§ 7 und 9 KHEntgG und § 3 Abs 1 Satz 1 iVm § 1 Abs 1 Satz 4 FPV 2013. Der Wortlaut von § 1 Abs 1 Satz 4 FPV 2013 knüpfe gerade nicht an den allgemeinen Sprachgebrauch des Begriffs der Verlegung an, vielmehr werde der Begriff hier legal definiert und allein an ein eindeutig definiertes zeitliches Moment geknüpft. Nur mit diesem Inhalt erfülle eine solche Regelung im Massengeschäft der Krankenhausabrechnung das Anliegen nach klaren und handhabbaren Abrechnungsbestimmungen.

6

Die Beklagte beantragt,
die Urteile des Bayerischen Landessozialgerichts vom 11. April 2019 und des Sozialgerichts München vom 21. März 2017 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

7

Die Klägerin beantragt,
die Revision zurückzuweisen.

8

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend.

II

9

Die zulässige Revision der Beklagten ist begründet *(§ 170 Abs 2 Satz 1 SGG)*. Zu Unrecht hat das SG die Beklagte zur Zahlung weiterer 646,98 Euro nebst Zinsen in Höhe von vier Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit 15.11.2013 verurteilt und das LSG die Berufung der Beklagten zurückgewiesen. Die von der Klägerin erhobene (echte) Leistungsklage ist im hier bestehenden Gleichordnungsverhältnis zulässig *(§ 54 Abs 5 SGG; stRspr; vgl zB BSG vom 30.6.2009 - B 1 KR 24/08 R - BSGE 104, 15 = SozR 4-2500 § 109 Nr 17, RdNr 12 mwN)*. Sie ist aber unbegründet. Die Klägerin hat in Höhe eines Verlegungsabschlags von 646,98 Euro keinen Vergütungsanspruch für die Krankenhausbehandlung der Versicherten.

10

1. Rechtsgrundlage des von der Klägerin wegen der stationären Behandlungen der Versicherten geltend gemachten Vergütungsanspruchs ist § 109 Abs 4 Satz 3 SGB V iVm § 7 KHEntgG und § 17b KHG *(vgl BSG vom 8.11.2011 - B 1 KR 8/11 R - BSGE 109, 236 = SozR 4-5560 § 17b Nr 2, RdNr 13, 15 f; BSG vom 19.3.2020 - B 1 KR 20/19 R - SozR 4-2500 § 12 Nr 8, auch zur Veröffentlichung in BSGE vorgesehen)*. Das Gesetz regelt in diesen Vorschriften die Höhe der Vergütung der zugelassenen Krankenhäuser bei stationärer Behandlung gesetzlich Krankenversicherter und setzt das Bestehen des Vergütungsanspruchs als Gegenleistung für die Erfüllung der Pflicht, erforderliche Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V zu gewähren *(§ 109 Abs 4 Satz 2 SGB V)*, dem Grunde nach als Selbstverständlichkeit voraus *(vgl BSG vom 19.3.2020 - B 1 KR 20/19 R - SozR 4-2500 § 12 Nr 8, auch zur Veröffentlichung in BSGE vorgesehen)*.

11

Der Vergütungsanspruch der Klägerin ist dem Grunde nach entstanden; dies ist zwischen den Beteiligten auch nicht streitig. Die Zahlungsverpflichtung der KK entsteht unabhängig von einer Kostenzusage unmittelbar mit Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten kraft Gesetzes, wenn die Versorgung - wie hier - in einem zugelassenen Krankenhaus durchgeführt wird und im Sinne von § 39 Abs 1 Satz 2 SGB V erforderlich und wirtschaftlich ist *(vgl zB BSG vom 8.11.2011 - B 1 KR 8/11 R - BSGE 109, 236 = SozR 4-5560 § 17b Nr 2, RdNr 13, 15 f; BSG vom 19.11.2019 - B 1 KR 33/18 R - juris RdNr 10, 12 f mwN)*. Dies ist nach den bindenden *(§ 163 SGG)* Feststellungen des LSG hier der Fall.

12

2. Der Vergütungsanspruch stand der Klägerin jedoch nicht in der geltend gemachten Höhe zu. Der Rechnungsbetrag von 5081,20 Euro war durch einen Verlegungsabschlag in Höhe von 646,98 Euro zu mindern.

13

a) Die Vergütung für Krankenhausbehandlung der Versicherten bemisst sich bei DRG-Krankenhäusern wie jenem der Klägerin nach vertraglichen Fallpauschalen auf gesetzlicher Grundlage. Die Fallpauschalenvergütung für die Krankenhausbehandlung Versicherter in

zugelassenen Einrichtungen ergibt sich aus § 109 Abs 4 Satz 3 SGB V iVm § 7 KHEntgG und § 17b KHG. Der Anspruch wird auf Bundesebene durch Normsetzungsverträge (Normenverträge, FPV) konkretisiert. Der Spitzenverband Bund der KKn 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.

14

Die Klägerin stellte im Ansatz rechtmäßig für die Behandlung der Versicherten die DRG G48A mit einen Betrag von 5081,20 Euro in Rechnung. Dies ist zwischen den Beteiligten nicht streitig; eine nähere Prüfung des erkennenden Senats zu dieser Höhe erübrigt sich *(stRspr; vgl zur Zulässigkeit dieses Vorgehens zB BSG vom 26.5.2020 - B 1 KR 26/18 R - juris RdNr 11 mwN).*

15

b) Allerdings hätte die Klägerin nach der für die Zeit vom 1.1. bis 31.12.2013 maßgeblichen Regelung des § 1 Abs 1 Satz 3 in Verbindung mit § 3 Abs 1 FPV 2013 einen Verlegungsabschlag vornehmen müssen, weil die Versicherte nicht später als 24 Stunden nach der Entlassung in einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurde. Eine Verlegung im Sinne der FPV 2013 setzt nur voraus, dass ein Versicherter innerhalb von 24 Stunden aus einem Krankenhaus entlassen und in ein anderes aufgenommen wurde.

16

In § 1 FPV ist die "Abrechnung von Fallpauschalen" geregelt. Nach § 1 Abs 1 FPV 2013 werden die Fallpauschalen jeweils von dem die Leistung erbringenden Krankenhaus nach dem am Tag der voll- oder teilstationären Aufnahme geltenden Fallpauschalen-Katalog und den dazu gehörenden Abrechnungsregeln abgerechnet *(Satz 1)*. Im Falle der Verlegung in ein anderes Krankenhaus rechnet jedes beteiligte Krankenhaus eine Fallpauschale ab *(Satz 2)*. Diese wird nach Maßgabe des § 3 gemindert *(Satz 3 Halbsatz 1; vgl zur abweichenden Regelung bei hier nicht einschlägigen Verlegungs-Fallpauschalen Satz 3 Halbsatz 2 und 3 iVm § 1 Abs 3 FPV 2013)*. Gemäß § 1 Abs 1 Satz 4 FPV 2013 liegt eine Verlegung im Sinne des Satzes 2 vor, wenn zwischen der Entlassung aus einem Krankenhaus und der Aufnahme in einem anderen Krankenhaus nicht mehr als 24 Stunden vergangen sind. § 3 FPV 2013 regelt die "Abschläge bei Verlegung". Nach § 3 Abs 1 Satz 1 FPV 2013 ist im Falle einer Verlegung in ein anderes Krankenhaus von dem verlegenden Krankenhaus ein Abschlag vorzunehmen, wenn die im Fallpauschalen-Katalog ausgewiesene mittlere Verweildauer unterschritten wird. Die Sätze 2 und 3 treffen Regelungen zur Ermittlung der Abschlagshöhe. § 3 Abs 2 FPV 2013 regelt den Abschlag "im Falle einer Verlegung aus einem anderen Krankenhaus" in das "aufnehmende Krankenhaus". Anhand dieser Vorschriften ergibt sich vorliegend, dass die Beklagte zu Recht die in Rechnung gestellte Fallpauschale um einen Verlegungsabschlag gemindert hat.

17

Die Anwendung normenvertraglicher Abrechnungsbestimmungen unterliegt grundsätzlich den allgemeinen Auslegungsmethoden der Rechtswissenschaft. Die für die routinemäßige Abwicklung von zahlreichen Behandlungsfällen vorgesehenen Abrechnungsbestimmungen sind aber wegen ihrer Funktion im Gefüge der Ermittlung des Vergütungstatbestandes innerhalb eines vorgegebenen Vergütungssystems stets eng nach ihrem Wortlaut und allenfalls ergänzend nach ihrem systematischen Zusammenhang auszulegen; Bewertungen und Bewertungsrelationen bleiben außer Betracht *(stRspr; vgl BSG vom 17.12.2019 - B 1 KR 19/19 R - SozR 4-5562 § 9 Nr 15 RdNr 13 mwN)*. Da das DRG-basierte Vergütungssystem vom Gesetzgeber als jährlich weiter zu entwickelndes *(§ 17b Abs 2 Satz 1 KHG)* und damit "lernendes" System angelegt ist, sind bei zutage tretenden Unrichtigkeiten oder Fehlsteuerungen in erster Linie die Vertragsparteien berufen, diese mit Wirkung für die Zukunft zu beseitigen (*stRspr; vgl etwa BSG vom 6.3.2012 - B 1 KR 15/11 R - SozR 4-5562 § 9 Nr 3 RdNr 17 mwN)*.

18

Wortlaut und Systematik dieser Regelungen ergeben, dass der Begriff der Verlegung eigenständig und daher auch losgelöst von einem möglichen "allgemeinen Sprachgebrauch" durch § 1 Abs 1 Satz 4 FPV 2013 definiert und allein anhand der dort getroffenen Definition zu bestimmen ist. Schon der reine Wortlaut des § 1 Abs 1 Satz 4 FPV 2013 spricht dafür. Die Formulierung "eine Verlegung im Sinne des Satzes 2 liegt vor (...)" leitet eine Definition und nicht die Einschränkung eines anderweitig definierten oder in anderer Definition vorausgesetzten Begriffs ein. Sonst müsste es zB heißen "liegt nur vor" oder auch "liegt nicht vor, wenn nicht".

19

Auch die § 1 Abs 1 FPV 2013 innewohnende Systematik und das dort geregelte Verhältnis zu § 3 FPV 2013 stützen dieses Ergebnis. Die Abrechnung nach Fallpauschalen wird grundlegend normiert in § 1 FPV 2013. Grundsätzlich rechnet jedes Krankenhaus die von ihm erbrachten Leistungen nach dem Fallpauschalen-Katalog und den dazu gehörenden Abrechnungsregeln ab. Dies gilt auch im Falle einer Verlegung. Allerdings schreibt § 1 Abs 1 Satz 3 FPV 2013 für diesen Fall vor, dass die Fallpauschale zu mindern ist. Die Grundentscheidung zur Minderung ist daher in § 1 Abs 1 Satz 3 FPV 2013, nicht dagegen in § 3 FPV 2013 normiert. Letztere Vorschrift hat vielmehr nur die "technische Ausgestaltung" des Verlegungsabschlags zum Inhalt. Das macht auch § 1 Abs 1 Satz 3 FPV 2013 deutlich, indem er eine Minderung "nach Maßgabe des § 3" vorschreibt. Entsprechend kommt auch der Regelung des § 1 Abs 1 Satz 4 FPV 2013 nicht die Funktion einer nur zeitlichen Einschränkung des Verlegungsbegriffs in § 3 FPV 2013 zu. Vielmehr kommt § 3 FPV 2013 erst dann zum Zuge, wenn eine Verlegung iS von § 1 Abs 1 Satz 4 FPV 2013 vorliegt.

20

Soweit das LSG darauf verweist, dass die in § 1 Abs 1 Satz 4 FPV 2013 enthaltene Definition sich in die sprachliche Einbettung des Verlegungsbegriffs sowohl in § 1 Abs 1 Satz 2 FPV 2013 als auch in § 3 Abs 1 und 2 FPV 2013 nicht konsistent einfüge, trifft das zwar zu. Die

Normen sprechen von einer Verlegung "in ein anderes Krankenhaus" und "aus einem anderen Krankenhaus" und sprechen für ein aktives Handeln des verlegenden Krankenhauses in dem Sinne, dass einerseits die Verlegung beabsichtigt ist und eingeleitet wird und andererseits der betroffene Patient (passiv) transferiert und vom neuen Krankenhaus "entgegen genommen" wird. Dies legt eine Verlegung in einem allgemeinen Verständnis nahe, wonach Verlegung "(jemanden, etwas) von einem bisher innegehabten Ort an einen anderen Ort legen" *(Duden, abgerufen am 18.9.2020 unter https://www.duden.de/rechtschreibung/Verlegung)* oder den "Transfer von einem Ort zum anderen" *(Wiktionary, abgerufen am 18.9.2020 unter https://de.wiktionary.org/wiki/Verlegung)* meint. Von diesem allgemeinen Sprachgebrauch weicht die Definition in § 1 Abs 1 Satz 4 FPV 2013 aber ab. Der in § 1 Abs 1 Satz 3 FPV 2013 verwendete Begriff des "verlegenden Krankenhauses" kann für eine Auslegung nach dem allgemeinen Sprachgebrauch schon deswegen nicht nutzbar gemacht werden, weil das Zeitelement von nicht mehr als 24 Stunden definitionsgemäß auf die Zeit zwischen "Entlassung" und "Aufnahme" abstellt. Dem "verlegenden" Krankenhaus kommt mithin keine weitergehende Bedeutung als "dem ersten" Krankenhaus zu (im Gegensatz zum aufnehmenden als "dem zweiten" Krankenhaus).

21

Der Versuch des LSG, im Sinne einer dem allgemeinen Sprachgebrauch jedenfalls näher kommenden Auslegung den Verlegungstatbestand dahingehend einzugrenzen, dass die Aufnahme in ein anderes Krankenhaus durch das entlassende Krankenhaus "veranlasst" sein muss, führte zu nicht mehr mit Wortlaut und Systematik zu beantwortenden Folgefragen. Es wäre dann insbesondere zu klären, wann eine solche Veranlassung (noch oder nicht mehr) vorliegt. Das Spektrum reichte hier von einer losen Empfehlung zur weiteren Behandlung in einem anderen Krankenhaus bis hin zu einem fest vereinbarten Termin in einer Folgeklinik oder sogar einem vereinbarten Abholszenario. Ein Maßstab wäre sinnvoll letztlich nur anhand von Sinn und Zweck einer Abschlagsregelung zu entwickeln und führte daher weg von den für Vergütungsregelungen geltenden engen Auslegungsmaßstäben. Auch in tatsächlicher Hinsicht ergäben sich Folgeprobleme. Gegebenenfalls wäre in jedem Einzelfall dazu zu ermitteln, was im Entlassungsgespräch besprochen wurde und was letztlich den Versicherten bewegt hat, sich binnen 24 Stunden erneut in eine (andere) Klinik zu begeben.

22

Die in der instanzgerichtlichen Rechtsprechung vertretene weitere Auffassung, den Begriff der Verlegung in dem Sinne einschränkend auszulegen, dass die Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit zum Zeitpunkt der Entlassung des Versicherten noch nicht aufgehoben, die Behandlung also noch nicht abgeschlossen ist, stellt ebenfalls eine an Zweckhaftigkeitserwägungen orientierte Lösung dar. Sie will eine Verlegung ausschließen, wenn die Neuaufnahme in einem anderen Krankenhaus auf einem unerwarteten Geschehensverlauf beruht *(vgl Thüringer LSG vom 28.8.2012 - L 6 KR 295/11 - juris RdNr 23 ff; dem folgend Schleswig-Holsteinisches LSG vom 23.8.2018 - L 5 KR 88/15 - juris RdNr 33 ff; aA Hessisches LSG vom 14.6.2017 - L 8 KR 27/16 - juris RdNr 30 ff; LSG Baden-Württemberg vom 22.11.2017 - L 5 KR 4644/16 - unveröffentlicht)*. Auch sie formuliert jedoch einen Anwendungsmaßstab, der sich weder mit dem Wortlaut von § 1 Abs 1 Satz 4 FPV 2013 noch mit dem allgemeinen Sprachgebrauch der Verlegung in Einklang bringen lässt. Zudem spricht ein systematischer Blick auf § 2 FPV 2013 dagegen. Die dort geregelte "Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus" führt zur Fallzusammenführung, wenn ein medizinischer Zusammenhang zum ersten Aufenthalt besteht *(vgl § 2 Abs 1 Satz 1 Nr 2 FPV 2013: "Einstufung in dieselbe Basis-DRG"; § 2 Abs 2 Satz 1 Nr 2 FPV 2013: Eingruppierung "innerhalb der gleichen Hauptdiagnosegruppe ...")*. Für die Verlegung stellt die FPV 2013 dagegen an keiner Stelle einen solchen medizinisch begründeten Zusammenhang her. Ihn dennoch hineinzuinterpretieren, setzte sich über diese Systematik hinweg. Schließlich brächte aber auch eine Orientierung an der behandelten Erkrankung ungelöste Folgefragen mit sich. Sie schlösse auch Fälle aus, in denen ein Versicherter noch im Krankenhaus eine neue Erkrankung erleidet (sich zum Beispiel unmittelbar vor Verlassen eines psychiatrischen Krankenhauses ein Bein bricht) und mit dem Krankenwagen in eine andere Klinik gefahren wird. Hier wäre ggf wieder eine Rückausnahme zu bilden.

23

Höherrangiges Recht gebietet kein anderes Verständnis des Verlegungsbegriffs. Insbesondere lässt sich § 8 Abs 2 Satz 1 KHEntgG keine Vorgabe dahingehend entnehmen, dass Verlegungsabschläge nur innerhalb desselben Behandlungsfalls vorgenommen werden dürfen *(so das Thüringer LSG vom 28.8.2012 - L 6 KR 295/11 - juris RdNr 25)*. Die Regelung verweist vielmehr auf § 9 Abs 1 Satz 1 Nr 1 KHEntgG, der - insoweit offen - formuliert, dass ein Fallpauschalen-Katalog "einschließlich (...) Regelungen zu Verlegungsfällen" zu vereinbaren ist. Die Vertragsparteien der FPV sind am Maßstab des § 17b KHG iVm § 9 Abs 1 KHEntgG darin frei, welche näheren Regelungen über Verlegungsfälle und entsprechende Abrechnungsbestimmungen sie vorsehen wollen *(vgl BSG vom 17.12.2003 - B 1 KR 57/12 R - SozR 4-5562 § 9 Nr 4 RdNr 14, unter Verweis auf BT-Drucks 16/10807 S 31 zu Art 2 Nr 9 Buchst a des Gesetzentwurfs zum Krankenhausfinanzierungsreformgesetz).* Davon haben die Vertragsparteien hier zulässig Gebrauch gemacht. Die Definition bewegt sich innerhalb dessen, was pauschalierend unter einer Verlegung verstanden werden kann.

24

Es bleibt damit bei der einfachen Definition des § 1 Abs 1 Satz 4 FPV 2013. Soweit das LSG zutreffend darauf verweist, dass sich aus der Definition des § 1 Abs 1 Satz 4 FPV 2013 zwangsläufig eine fehlerhafte (erste) Abrechnung ergebe, wenn das "verlegende" Krankenhaus von einer unerwarteten Aufnahme in ein anderes Krankenhaus binnen 24 Stunden nichts wisse, sind auch dies reine Zweckmäßigkeitserwägungen. Im Übrigen kann zB auch im Fall der Wiederaufnahme *(vgl § 2 FPV 2013)* nachträglich die erste Rechnung fehlerhaft werden. Dies ist dem Fallpauschalensystem insgesamt nicht fremd. Der Senat verkennt nicht, dass die in § 1 Abs 1 Satz 4 FPV 2013 getroffene Regelung in einzelnen Fällen zur Anwendung der Abschlagsregelung auch dann führen kann, wenn einem Dritten eine solche Abschlagsregelung "nicht sinnvoll" erscheinen mag. Dies ist jedoch die hinnehmbare Folge einer pauschalierenden und im Massengeschäft möglichst einfach handhabbaren Regelung. Sollte ein solches Ergebnis nicht erwünscht sein, obliegt es den Vertragsparteien, dies für die Zukunft zu ändern.

25

Auf der Grundlage der für den Senat bindenden Feststellungen des LSG *(§ 163 SGG)* lagen die Voraussetzungen des § 1 Abs 1 Satz 4 FPV 2013 vor. Zwischen der Entlassung der Versicherten aus der Klinik der Klägerin und der Wiederaufnahme in eine andere Klinik lagen keine

24 Stunden. Sie wurde nach den Feststellungen des LSG in der 22. Stunde nach ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus der Klägerin in einem anderen Krankenhaus wieder aufgenommen. Die mittlere Verweildauer des Krankenhausaufenthalts der Versicherten wurde um zwei Tage unterschritten.

26

c) Auch die Höhe des Verlegungsabschlags von 646,98 Euro ist zutreffend berechnet. Der Betrag ist zwischen den Beteiligten nicht streitig und kann anhand der einzelnen Abrechnungsposten nachvollzogen werden; eine nähere Prüfung des erkennenden Senats zur Höhe des Abschlags erübrigt sich damit *(vgl zur Zulässigkeit dieses Vorgehens erneut BSG vom 26.5.2020 - B 1 KR 26/18 R - juris RdNr 11 mwN).*

27

3. Die Kostenentscheidung folgt aus § 197a Abs 1 Satz 1 Teilsatz 3 SGG iVm § 154 Abs 1 VwGO, die Festsetzung des Streitwerts beruht auf § 197a Abs 1 Satz 1 Teilsatz 1 SGG iVm § 63 Abs 2, § 52 Abs 1 und 3 sowie § 47 Abs 1 GKG.

Rechtskraft
Aus
Saved
2021-12-15