

L 20 KR 148/18

Land
Freistaat Bayern
Sozialgericht
Bayerisches LSG
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
20
1. Instanz
SG Nürnberg (FSB)
Aktenzeichen
S 21 KR 173/17
Datum
24.11.2017
2. Instanz
Bayerisches LSG
Aktenzeichen
L 20 KR 148/18
Datum
19.03.2019
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

Bei der Abfrage der Reihenfolge der Partitionen von innerhalb der gleichen Hauptdiagnosegruppe erfolgenden Wiederaufnahmen (§ 2 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 FPV 2015) wird auf die Partition der unmittelbar zuvor abrechenbaren Fallpauschale abgestellt.

I. Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Nürnberg vom 24.11.2017 wird zurückgewiesen.

II. Die Beklagte trägt die Kosten des Rechtsstreits auch im Berufungsverfahren.

III. Der Streitwert wird für das Berufungsverfahren auf 1.395,78 Euro festgesetzt.

IV. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Vergütung einer stationären Krankenhausbehandlung und hierbei insbesondere um die Frage einer Fallzusammenführung.

Die Klägerin und Berufungsbeklagte (im Folgenden: Klägerin) betreibt das M.-Krankenhaus, welches in den Krankenhausplan des Freistaats Bayern eingetragen ist. In diesem behandelt sie auch Patienten der Beklagten und Berufungsklägerin (im Folgenden: Beklagte), einer gesetzlichen Krankenkasse.

Die Klägerin behandelte die bei der Beklagten versicherte C., geboren am 10.09.1934, (im Folgenden: Versicherte) in der Zeit vom 12.08.2015 bis 18.08.2015 und rechnete gegenüber der Beklagten die DRG E77I (Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC, Alter) 0 Jahre, außer bei Para-/Tetraplegie, ohne Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern) mit einem Rechnungsbetrag von 2.424,98 Euro ab. Die DRG E77I gehört zur Hauptdiagnosegruppe (MDC) 04 "Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane" und ist der medizinischen Partition zuzuordnen. Hauptdiagnose im Rahmen dieser Behandlung war eine Pneumonie durch Nahrung oder Erbrochenes.

In der Zeit vom 20.08.2015 bis 27.08.2015 erfolgte eine zweite stationäre Behandlung der Versicherten, die unter Zugrundelegung der DRG X62Z (Vergiftungen/Toxische Wirkungen von Drogen, Medikamenten und anderen Substanzen oder Folgen einer medizinischen Behandlung oder bestimmte Erfrierungen und andere Traumata) mit einem Betrag von 1.770,08 Euro abgerechnet wurde. Die DRG X62Z gehört zur Hauptdiagnosegruppe (MDC) 21B "Verletzungen, Vergiftungen und toxische Wirkungen von Drogen und Medikamenten" und ist der medizinischen Partition zuzuordnen.

In der Zeit vom 07.09.2015 bis 09.09.2015 erfolgte eine dritte stationäre Krankenhausbehandlung der Versicherten, die mit der DRG E02C (Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen ohne aufwändigen Eingriff, Alter) 9 Jahre) in Höhe von 3.189,27 Euro abgerechnet wurde. Die DRG E02C gehört zur Hauptdiagnosegruppe (MDC) 04 "Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane" und ist der operativen Partition zuzuordnen. Hauptdiagnose dieser Behandlung war eine Funktionsstörung des Tracheostomas der Versicherten.

Die Beklagte beglich zunächst die Rechnungsbeträge in Höhe von insgesamt 7.384,33 Euro.

Offensichtlich ohne Einschaltung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) forderte die Beklagte mit Schreiben vom

25.11.2015 die Klägerin auf, die Behandlungsfälle vom 12.08.2015 bis 18.08.2015 (erster Aufenthalt) und vom 07.09.2015 bis 09.09.2015 (dritter Aufenthalt) nach § 2 Abs. 2 Fallpauschalenvereinbarung 2015 (FPV 2015) zusammenzuführen. Anderenfalls werde man eine Aufrechnung mit laufenden Zahlungen vornehmen.

Die Klägerin lehnte mit Schreiben vom 28.01.2016 eine Fallzusammenführung des ersten und dritten Behandlungsfalls wegen des dazwischenliegenden Behandlungsfalls vom 20.08.2015 bis 27.08.2015 ab.

Die Beklagte führte am 02.05.2016 den ersten und dritten Behandlungsfall zusammen, berechnete für den zusammengeführten Fall die DRG E02C in Höhe von 4.218,47 Euro und nahm eine Aufrechnung in Höhe von 1.395,78 Euro (= 7.384,33 Euro - 4.218,47 Euro - 1.770,08 Euro) mit anderen, unstrittigen Vergütungsansprüchen der Klägerin aus anderweitigen Behandlungsfällen vor.

Die Klägerin hat am 31.01.2017 Klage zum Sozialgericht (SG) München erhoben, die mit Beschluss des SG München vom 27.02.2017 an das SG Nürnberg verwiesen wurde. Zur Begründung hat die Klägerin vorgetragen (Schriftsätze vom 30.01.2017, 09.06.2017 und 01.08.2017), es habe eine getrennte Abrechnung des ersten und dritten Behandlungsfalls zu erfolgen. Ein Ausnahmetatbestand einer Fallzusammenführung nach §§ 2, 3 FPV 2015 sei nicht erfüllt. Insbesondere komme eine Fallzusammenführung nach § 2 Abs. 2 FPV 2015 nicht in Betracht, da diese Norm von der "zuvor abrechenbaren Fallpauschale" spreche. Vor diesem Hintergrund seien die erste und die dritte Behandlung der Versicherten trotz Vorliegens einer Wiederaufnahme innerhalb von 30 Tagen und eines Partitionswechsels innerhalb derselben Hauptdiagnosegruppe nicht zusammenzuführen. Denn die "zuvor abrechenbare Fallpauschale", also die dem dritten Behandlungsfall unmittelbar vorausgehende Fallpauschale, sei durch den zweiten stationären Aufenthalt festgelegt, der mit der DRG X62Z die Voraussetzung des § 2 Abs. 2 FPV 2015 nicht erfülle, da diese DRG bereits nicht dieselbe Hauptdiagnosegruppe wie die drittabgerechnete DRG E02C aufweise. Diese Rechtsauffassung habe auch bereits das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMG) in seinen "Leitsätze[n]" zur Anwendung der Wiederaufnahmeregelung nach § 2 Fallpauschalenverordnung (KFPV) 2004" zum Zeitpunkt der Einführung des DRG-Systems vertreten. In den Folgejahren ab 2005 hätten sich die Vertragspartner einigen können, sodass eine Fallpauschalenverordnung vom zuständigen Bundesministerium nach dem Jahr 2004 nicht mehr erlassen worden sei. Die Regelungen aus dem Jahr 2004 im Rahmen der Fallpauschalenverordnung seien jedoch wortlautidentisch in die Fallpauschalenvereinbarungen ab dem Jahr 2005 übernommen worden. Vor diesem Hintergrund habe die Stellungnahme des BMG auch für die aktuell geltende Regelung des § 2 Abs. 2 FPV noch rechtserhebliche Bedeutung.

Demgegenüber hat die Beklagte erwidert (Schriftsätze vom 16.05.2017 und 17.07.2017), bei der Abfrage der Reihenfolge der Partitionen im Rahmen des § 2 Abs. 2 FPV werde auf die Partition der zuvor abrechenbaren Fallpauschale der gleichen MDC abgestellt. Weitere zwischenzeitlich erfolgte Aufenthalte einer anderen MDC im gleichen oder einem anderen Krankenhaus verhinderten nicht die Fallzusammenfassung, sofern die Voraussetzungen nach § 2 Abs. 2 FPV erfüllt seien. Ob die Stellungnahme des BMG aus dem Jahr 2004 zur Anwendung kommen könne, sei unerheblich, da im vorliegenden Fall die "Fallpauschalenverordnung 2015" (gemeint: Fallpauschalenvereinbarung 2015) anzuwenden sei. Dass weitere zwischenzeitlich erfolgte Aufenthalte einer anderen MDC im gleichen oder einem anderen Krankenhaus nicht die Fallzusammenfassung verhinderten, sofern die Voraussetzungen nach § 2 Abs. 2 FPV erfüllt seien, ergebe sich auch aus der Stellungnahme der Spitzenverbände GKV/PKV vom 01.04.2015.

Das SG Nürnberg hat mit Urteil vom 24.11.2017 die Beklagte antragsgemäß verurteilt, an die Klägerin 1.395,78 Euro zuzüglich Zinsen hieraus in Höhe von vier Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz ab 04.05.2016 zu bezahlen. Im Vordergrund der rechtlichen Auseinandersetzung stehe die Frage, wie die "zuvor abrechenbare Fallpauschale" in § 2 Abs. 2 FPV 2015 auszulegen sei. Die übrigen Voraussetzungen für eine Fallzusammenführung (Wiederaufnahme innerhalb von 30 Kalendertagen, gleiche Hauptdiagnosegruppe, Partitionswechsel) des ersten und des dritten Behandlungsfalls seien unstrittig gegeben. Zwischen diesen beiden Aufenthalten habe jedoch ein weiterer stationärer Aufenthalt stattgefunden. Dieser sei in eine andere Hauptdiagnosegruppe einzuordnen, sodass eine Zusammenführung nach § 2 Abs. 2 FPV 2015 des ersten und zweiten bzw. des zweiten und dritten Aufenthalts nicht in Betracht komme. Nach Ansicht des Gerichts seien jedoch auch der erste und dritte Behandlungsfall nicht zusammenzufassen. Ausgehend vom Wortlaut der Regelung sei darauf abzustellen, ob "innerhalb der gleichen Hauptdiagnosegruppe (MDC) die zuvor abgerechnete Fallpauschale" in eine andere Partition einzugruppieren sei. Der Begriff "zuvor abrechenbare Fallpauschale" stelle einen unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang her und verlange eine unmittelbare Abfolge. Dieser Zusammenhang werde vorliegend durch den zweiten stationären Aufenthalt durchbrochen, sodass die Voraussetzungen für eine Fallzusammenführung nicht mehr erfüllt seien. Entgegen der Ansicht der Beklagten sei nicht auf die zuvor abgerechnete Fallpauschale derselben MDC abzustellen. Diese Auslegung sei vom Wortlaut der Norm nicht gedeckt. Der Wortlaut stelle allein auf den zeitlichen Zusammenhang mit der zuvor abgerechneten Fallpauschale ab. Weitere Einschränkungen wie "zuvor abgerechnete Fallpauschale derselben MDC" oder Ähnliches seien der Regelung nicht zu entnehmen. Auch systematische Erwägungen führten nicht zu einem anderen Ergebnis.

Gegen das der Beklagten laut Empfangsbekanntnis am 28.02.2018 zugestellte Urteil hat diese am 22.03.2018 Berufung zum Bayerischen Landessozialgericht (LSG) eingelegt und mit Schriftsätzen vom 16.04.2018, 09.07.2018, 14.12.2018 und 25.01.2019 wie folgt begründet: Das SG gehe zu Unrecht davon aus, dass aus dem Wortlaut des § 2 Abs. 2 FPV "die zuvor abrechenbare Fallpauschale" abzuleiten sei, dass eine Fallzusammenführung bei mehreren Krankenhausaufenthalten nur durchzuführen sei, wenn die beiden zusammenzuführenden Aufenthalte unmittelbar nacheinander folgten. Aus der Formulierung "zuvor" sei nicht abzuleiten, dass das zeitlich Frühere unmittelbar, ohne irgendwelche Zwischenschritte, vorher liegen müsse. Hätten die Parteien der FPV hier etwas anderes regeln wollen, so hätten sie in § 2 Abs. 2 Nr. 2 FPV eine Formulierung wie die "unmittelbar zuvor abrechenbare Fallpauschale" oder "direkt zuvor abrechenbare Fallpauschale" gewählt. Da das Wort "unmittelbar" oder "direkt" jedoch nicht in § 2 Abs. 2 FPV stehe, dürfe dies nach der auch vom SG in Bezug genommenen streng wortlautgetreuen Auslegung von Vergütungsvorschriften nicht in den Wortlaut des § 2 Abs. 2 FPV hineininterpretiert werden. Aus diesem Grund sei auch für die vom SG ergänzend vorgenommene teleologische Auslegung kein Raum. Die Äußerungen des BMG aus dem Jahr 2004 seien für die Vertragsparteien auf Bundesebene ebenso wie für die Parteien des vorliegenden Verfahrens nicht bindend. Vielmehr hätten die Vertragsparteien auf Bundesebene, wenn sie die Sichtweise des BMG hätten übernehmen wollen, dies ausdrücklich in den Fallpauschalenvereinbarungen regeln müssen. Die Tatsache, dass dies in allen Fallpauschalenvereinbarungen seit 2005 gerade nicht geschehen sei, spreche im Umkehrschluss für die Richtigkeit der Auslegung der Beklagten, wonach innerhalb der 30-Tages-Frist auch Fälle zusammenzuführen seien, die nicht unmittelbar aufeinander folgten. Dass die Fallzusammenführung mit EDV-Systemen nicht automatisch abgebildet werden könne, sei für die Tatsache, dass auch bei nicht unmittelbar hintereinanderliegenden Krankenhausaufenthalten bei Vorliegen der sonstigen Voraussetzungen eine Fallzusammenführung vorzunehmen sei, vollkommen

irrelevant. Für eine andere Sichtweise sei auch in der FPV oder im Gesetz keine Grundlage ersichtlich. Die Klägerin wünsche sich offensichtlich über das Tatbestandsmerkmal der Wiederaufnahme innerhalb von 30 Kalendertagen hinaus eine weitere Begrenzung der Fallzusammenführung, die § 2 Abs. 2 FPV gerade nicht entnommen werden könne. Die zeitliche Begrenzung auf 30 Kalendertage führe hingegen zu einer sinnvollen und ausreichenden Beschränkung der Fallzusammenführung, die die wohl von der Klägerin befürchtete Ausuferung von Fallzusammenführungen verhindere. Zudem würde es dem Gleichbehandlungsgrundsatz widersprechen, wenn innerhalb desselben Zeitraums (30 Kalendertage) in einem Krankenhaus unmittelbar hintereinander stattgefundenene Behandlungen zusammengeführt würden, in einem anderen Krankenhaus (oder Fall) jedoch nur wegen des rein zufälligen Umstands nicht, dass innerhalb der 30 Kalendertage dazwischen ein Krankenhausaufenthalt stattgefunden habe, bei dem die Voraussetzungen zur Zuordnung in die Partitionen des § 2 Abs. 2 Nr. 2 FPV nicht vorgelegen hätten. Ein sachlicher Grund für diese Ungleichbehandlung sei nicht erkennbar.

Demgegenüber hat die Klägerin mit Schriftsätzen vom 09.05.2018, 25.07.2018, 29.12.2018 und vom 13.02.2019 erwidert, das SG Nürnberg sei rechtsfehlerfrei zum zutreffenden Ergebnis gelangt. Nicht nur dem Wortlaut, sondern auch der Entstehungsgeschichte des § 2 Abs. 2 FPV 2015 sei unzweideutig zu entnehmen, dass aufgrund der wortlautidentischen Formulierung zur Fallpauschalenverordnung 2004 seitens der Selbstverwaltungspartner die Grundlagen und Rechtsfolgen des BMG übernommen worden seien. In Kenntnis des Rechtsverständnisses des BMG hätten die Selbstverwaltungspartner über alle Jahre seit 2005 bis heute die wortlautidentische Formulierung verwendet und damit das Rechtsverständnis des BMG Jahr für Jahr bekräftigt. Dies werde auch in der Kommentarliteratur bestätigt. Die Beklagte verkenne die Grundregel der getrennten Abrechnung von Behandlungsfällen laut § 8 Abs. 2 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG).

Die Beklagte beantragt,
das Urteil des SG Nürnberg vom 24.11.2017, Az. [S 21 KR 173/17](#), aufzuheben und die Klage abzuweisen,

hilfsweise,
die Revision zuzulassen.

Die Klägerin beantragt,
die Berufung zurückzuweisen.

Zur Ergänzung des Sachverhalts wird auf die Gerichtsakten erster und zweiter Instanz verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung ([§§ 143, 144, 151](#) Sozialgerichtsgesetz - SGG -) ist zulässig, aber unbegründet. Das SG hat zu Recht der Klage stattgegeben.

Die von der Klägerin im Gleichordnungsverhältnis erhobene (echte) Leistungsklage ist zulässig (ständ. Rspr., vgl. z.B. Bundessozialgericht - BSG -, Urteil vom 25.10.2016, [B 1 KR 6/16 R](#) m.w.N.) und begründet. Die Beklagte hat den Anspruch der Klägerin auf Vergütung von Krankenhausbehandlung anderer Versicherter in Höhe von 1.395,78 Euro bislang nicht erfüllt.

Es ist zwischen den Beteiligten nicht streitig, dass die Klägerin aufgrund stationärer Behandlung anderer Versicherter der Beklagten Anspruch auf die dort abgerechnete Vergütung weiterer 1.395,78 Euro hat; eine nähere Prüfung erübrigt sich insoweit (vgl. zur Zulässigkeit dieses Vorgehens z.B. BSG, Urteil vom 06.03.2012, [B 1 KR 14/11 R](#)).

Mangels Gegenforderung der Beklagten (Erstattungsanspruch wegen Fallzusammenführung) ist dieser Vergütungsanspruch nicht infolge der Aufrechnungserklärung der Beklagten erloschen.

Die Aufrechnung von Krankenkassen zur Erfüllung von Vergütungsansprüchen der Krankenhäuser erfolgt entsprechend [§§ 387](#) ff. Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) (z.B. BSG, Urteil vom 02.11.2010, [B 1 KR 11/10 R](#)). Voraussetzung dieses einseitigen Rechtsgeschäfts, mit dem die wechselseitige Tilgung zweier Forderungen bewirkt wird, ist gemäß [§ 387 BGB](#), dass sich zum Zeitpunkt der Aufrechnungserklärung gegenseitige, gleichartige und fällige bzw. erfüllbare Forderungen gegenüberstehen, wobei die Gegenforderung vollwirksam und fällig sein muss, die Hauptforderung dagegen lediglich erfüllbar zu sein braucht (Palandt, BGB, 78. Aufl. 2019, § 387 Rn. 3 ff.).

Diese Voraussetzungen sind hier nicht erfüllt. Dem Vergütungsanspruch des klagenden Krankenhauses (Hauptforderung) steht kein von der beklagten Krankenkasse geltend gemachter fälliger Erstattungsanspruch (Gegenforderung) gegenüber. Denn die Klägerin hat die hier zu beurteilenden drei Behandlungsfälle ordnungsgemäß abgerechnet. Eine Fallzusammenführung im Sinne der FPV 2015 war nicht vorzunehmen.

Die Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse entsteht - unabhängig von einer Kostenzusage - unmittelbar mit Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten kraft Gesetzes, wenn die Versorgung in einem zugelassenen Krankenhaus durchgeführt wird und i.S.v. [§ 39 Abs. 1 Satz 2](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) erforderlich und wirtschaftlich ist. Dafür, dass diese Voraussetzungen nicht gegeben wären, ist nichts ersichtlich oder vorgetragen.

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](#) i.V.m. § 7 KHEntgG und § 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG). Der Anspruch wird auf Bundesebene durch Normsetzungsverträge (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 (i.d.F. vom 15.07.2013) mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft als Vertragsparteien auf Bundesebene mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG einen Fallpauschalenkatalog 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 (i.d.F. vom 15.07.2013). Die vertraglichen Fallpauschalen ergeben sich daraus, dass die nach den aufgezeigten gesetzlichen Regelungen hierzu

berufenen Vertragspartner eine FPV mit einem Fallpauschalenkatalog als Teil derselben und Allgemeine und Spezielle Kodierrichtlinien für die Verschlüsselung von Krankheiten und Prozeduren (Deutsche Kodierrichtlinien - DKR -) vereinbart haben. FPV und DKR bilden den konkreten vertragsrechtlichen Rahmen, aus dem die für eine Behandlung maßgebliche DRG-Position folgt.

Dem vorliegenden Abrechnungsfall sind die FPV 2015 einschließlich Anlagen (insbesondere Anlage 1 - Fallpauschalenkatalog gemäß § 1 Abs. 1 Satz 1 FPV -) und die DKR 2015 zugrunde zu legen.

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 (vgl. § 1 Abs. 6 Satz 1 FPV 2015). Zugelassen sind nur solche Programme, die vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK), einer gemeinsamen Einrichtung der in § 17b Abs. 2 Satz 1 KHG und § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG (i.d.F. vom 15.07.2013) genannten Vertragspartner auf Bundesebene, zertifiziert worden sind (vgl. insg. zur Vergütung von DRG-Krankenhäusern z.B. BSG, Urteil vom 20.03.2018, [B 1 KR 25/17 R](#)).

Nach Maßgabe dieser Grundsätze hat die Klägerin sachlich-rechnerisch korrekt für die drei dem Rechtsstreit zugrunde liegenden Behandlungsepisoden drei Fallpauschalen, nämlich E77I für die Behandlung vom 12.08.2015 bis 18.08.2015, X62Z für die Behandlung vom 20.08.2015 bis 27.08.2015 und E02C für die Behandlung vom 07.09.2015 bis 09.09.2015 abgerechnet.

Eine Fallzusammenführung nach § 2 Abs. 1 FPV 2015 kommt nicht in Betracht, weil alle drei streitgegenständlichen Behandlungsepisoden in verschiedene Basis-DRG einzustufen sind (E 77, X62 und E02). Auch ist keine in den Verantwortungsbereich des Krankenhauses fallende Komplikation bei der Versicherten ersichtlich oder vorgetragen, sodass auch eine Fallzusammenführung nach § 2 Abs. 3 FPV 2015 ausscheidet. Die zweite Behandlungsepisode ist weder mit der ersten noch mit der dritten nach § 2 Abs. 2 FPV 2015 zusammenzufassen, weil sie einer anderen Hauptdiagnosegruppe als die beiden anderen Aufenthalte zuzuordnen ist.

Zur Überzeugung des Senats sind jedoch auch der erste und der dritte Behandlungsfall nicht nach § 2 Abs. 2 FPV 2015 zusammenzufassen. Demnach ist eine Fallzusammenführung vorzunehmen, wenn ein Patient innerhalb von 30 Kalendertagen ab dem Aufnahmedatum des ersten unter diese Vorschrift fallenden Krankenhausaufenthalts wieder aufgenommen wird und innerhalb der gleichen Hauptdiagnosegruppe die zuvor abrechenbare Fallpauschale in die "medizinische Partition" oder die "andere Partition" und die anschließende Fallpauschale in die "operative Partition" einzugruppieren ist.

Die DRG E77I für die erste Behandlung vom 12.08.2015 bis 18.08.2015 gehört zur Hauptdiagnosegruppe (MDC) 04 "Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane" und ist der medizinischen Partition zuzuordnen. Die DRG E02C für die dritte Behandlung vom 07.09.2015 bis 09.09.2015 gehört ebenfalls zur Hauptdiagnosegruppe (MDC) 04. Damit kommt es entscheidend für eine Fallzusammenführung nach § 2 Abs. 2 FPV 2015 darauf an, wie die Formulierung "die zuvor abrechenbare Fallpauschale" in Nr. 2 der Regelung auszulegen ist bzw. welche Bedeutung dem zweiten, dazwischenliegenden Behandlungsfall im Hinblick auf diese Formulierung beizumessen ist. Denn die übrigen Voraussetzungen für eine Fallzusammenführung (Wiederaufnahme innerhalb von 30 Kalendertagen, gleiche Hauptdiagnosegruppe, Partitionswechsel) des ersten und dritten Behandlungsfalls sind nach dem Vorgesagten erfüllt.

Die Anwendung der normenvertraglichen Abrechnungsbestimmungen unterliegt zwar grundsätzlich den allgemeinen Auslegungsmethoden der Rechtswissenschaft. Die Abrechnungsbestimmungen sind gleichwohl wegen ihrer Funktion im Gefüge der Ermittlung des Vergütungstatbestands innerhalb eines vorgegebenen Vergütungssystems eng am Wortlaut orientiert und unterstützt durch systematische Erwägungen auszulegen. Eine Vergütungsregelung, die für die routinemäßige Abwicklung von zahlreichen Behandlungsfällen vorgesehen ist, kann ihren Zweck nur erfüllen, wenn sie allgemein streng nach ihrem Wortlaut sowie den dazu vereinbarten Anwendungsregeln gehandhabt wird; Bewertungen und Bewertungsrelationen bleiben außer Betracht (ständ. Rspr., z.B. BSG, Urteil vom 19.06.2018, [B 1 KR 30/17 R](#), m.w.N.). Dies gilt auch für die in der FPV enthaltenen Abrechnungsbestimmungen (BSG, Beschluss vom 19.06.2018, [B 1 KR 16/17 B](#)).

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 nach der Rspr. des BSG bei zutage tretenden Unrichtigkeiten oder Fehlsteuerungen in erster Linie die Vertragsparteien berufen, diese mit Wirkung für die Zukunft zu beseitigen. Insofern verfährt der 1. Senat des BSG rechtsähnlich wie der 6. Senat bei der Auslegung vertragsärztlicher Vergütungsregelungen (vgl. BSG, Urteil vom 23.06.2015, [B 1 KR 13/14 R](#)).

Nach dem primär maßgeblichen Wortlaut des § 2 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 FPV 2015 ist für eine Fallzusammenführung auf die unmittelbar vorausgehende abrechenbare Fallpauschale abzustellen. Dies ist vorliegend bezogen auf den dritten Behandlungsfall (DRG E02C) der zweite Behandlungsfall (DRG X62Z). Der Wortlaut von Nr. 2 stellt allein auf den zeitlichen Zusammenhang mit der zuvor abrechenbaren Fallpauschale ab, unabhängig davon, zu welcher Hauptdiagnosegruppe sie gehört. Es geht allein um "die" zuvor abrechenbare Fallpauschale, nicht um (irgend)eine zuvor abrechenbare Fallpauschale (innerhalb von 30 Kalendertagen). Maßgeblich kann deshalb nur eine einzige Fallpauschale sein, nämlich die für den unmittelbar vorausgehenden Behandlungsfall, egal welcher Hauptdiagnosegruppe sie angehört. Die von der Beklagten präferierte Auslegung käme nur dann in Betracht, wenn die Wortgruppe "innerhalb der gleichen Hauptdiagnosegruppe (MDC)" nicht vorangestellt am Anfang der Nr. 2 stünde, sondern wenn es in Nr. 2 hieße: "die zuvor innerhalb der gleichen Hauptdiagnosegruppe (MDC) abrechenbare Fallpauschale".

Für die Anwendung von § 2 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 FPV 2015 sind deshalb nach dessen Wortlaut die Fallpauschalen X62Z und E02C für den zweiten und dritten Behandlungsfall maßgeblich, sodass eine Zusammenfassung nach dieser Vorschrift mangels gleicher Hauptdiagnosegruppe ausscheidet.

Sofern man dennoch von einem unklaren Wortlaut des § 2 Abs. 2 FPV 2015 ausginge, ist, in Anlehnung an die Rechtsprechung des BSG zum Kassenarztrecht, die auch auf andere Normsetzungsverträge wie diejenigen über die Krankenhausvergütung anwendbar ist, vgl. oben, Folgendes anzumerken: Auch für die Auslegung vertragsärztlicher Vergütungsbestimmungen ist nach der ständ. Rspr. des BSG in erster Linie der Wortlaut der Regelungen maßgeblich. Soweit indessen der Wortlaut einer Regelung unklar oder mehrdeutig ist, kommt auch eine entstehungsgeschichtliche Auslegung in Betracht - allerdings nur anhand von Dokumenten, in denen die Urheber der Bestimmungen diese in der Zeit ihrer Entstehung selbst erläutert haben (z.B. BSG, Urteil vom 11.12.2013, [B 6 KA 14/13 R](#), m.w.N.).

Für die im Jahr 2004 eingeführte Vergütung nach Fallpauschalen kam zunächst keine Fallpauschalenvereinbarung der Vertragspartner auf Bundesebene nach § 17b Abs. 3 KHG, § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 KHEntgG (i.d.F. vom 15.07.2013) zustande, weshalb das BMG mit Wirkung ab 01.01.2004 die Verordnung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2004 (KFPV 2004 vom 13.10.2003, BGBl 2003 Teil I, S. 1995) erließ, vgl. § 17b Abs. 7 Satz 1 Nr. 1 KHG. Flankierend hierzu stellte das BMG, als Urheber der KFPV 2004, im Jahr 2004 "Leitsätze zur Anwendung der Wiederaufnahmeregelung nach § 2 KFPV 2004" auf. Darin heißt es bei den "Leitsätzen zur Vorgehensweise bei mehr als zwei Krankenhausaufenthalten" unter 4. Prüfkriterium "Reihenfolge der Partitionen" (Diagnostik-Operation): "Bei der Abfrage der Reihenfolge der Partitionen von innerhalb der gleichen Hauptdiagnosegruppe erfolgenden Wiederaufnahmen (§ 2 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 KFPV 2004) wird auf die Partition der unmittelbar zuvor abrechenbaren Fallpauschale abgestellt." In Abgrenzung dazu heißt es unter 3. Prüfkriterium "Einstufung in dieselbe Basis-DRG": "Das Prüfkriterium "Einstufung in dieselbe Basis-DRG" (§ 2 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KFPV 2004) ist gegen jeden vorhergehenden Aufenthalt zu prüfen, der innerhalb der oberen Grenzverweildauer des ersten Falles der Zusammenfassungskette liegt. Im Gegensatz zur Abfrage der Partitionsreihenfolge (siehe 4.) ist eine direkte Fallabfolge nicht erforderlich."

Damit wurde im Jahr 2004 unmissverständlich zum Ausdruck gebracht, dass es im Rahmen des § 2 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 KFPV 2004 auf eine direkte Fallabfolge ankommt.

Ab dem Jahr 2005 haben die Vertragspartner auf Bundesebene jährlich Fallpauschalenvereinbarungen getroffen, deren § 2 identisch mit § 2 KFPV 2004 ist. Neue Leitsätze zur Anwendung der Wiederaufnahmeregelung nach § 2 FPV haben die Selbstverwaltungspartner dabei nicht aufgestellt. Sie haben jedoch im Jahr 2015 eine "Ergänzende Klarstellung der "Leitsätze zur Anwendung der Wiederaufnahmeregelung nach § 2 KFPV 2004" zur Fallzusammenführung bei mehr als zwei Aufenthalten" vorgenommen und dabei explizit darauf hingewiesen, dass die Vertragsparteien auf Bundesebene sich verständigt hätten, auf Grundlage der "Leitsätze zur Anwendung der Wiederaufnahmeregelung nach § 2 KFPV 2004" des BMG 16.09.2004 Klarstellungen zur chronologischen Fallzusammenführung bei mehr als zwei zusammenzuführenden Krankenhausaufenthalten abzustimmen. Eine Änderung oder Erläuterung zu Ziff. 4. der Leitsätze des BMG aus dem Jahr 2004 betreffend § 2 Abs. 2 FPV erfolgte dabei nicht. Die allgemeine Bezugnahme der Vertragsparteien auf Bundesebene auf die Leitsätze des BMG von 2004 bei ihrer ergänzenden Klarstellung im Jahr 2015 kann deshalb nur so verstanden werden, dass nach dem Willen der Selbstverwaltungspartner Krankenhausabrechnungen sich weiter an den dortigen Ausführungen zu orientieren haben.

Im Übrigen wurde etwa auch im "Leitfaden der Spitzenverbände der Krankenkassen und des Verbandes der privaten Krankenversicherung zu Abrechnungsfragen 2006 nach dem KHEntgG und der PSV 2006" unter Ziff. 3 "Wiederaufnahme in die gleich Hauptdiagnosegruppe (MDC)" ausgeführt: "Bei Abfrage der Reihenfolge der Partitionen wird auf die Partition der unmittelbar zuvor abrechenbaren Fallpauschale abgestellt."

Zwar wird demgegenüber im "Leitfaden der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene und des Verbandes der privaten Krankenversicherung zu Abrechnungsfragen 2015 nach dem KHEntgG und der FPV 2015" unter Ziff. 3.1.2 "Wiederaufnahme in die gleiche Hauptdiagnosegruppe (MDC)" Folgendes ausgeführt: "Bei der Abfrage der Reihenfolge der Partitionen wird auf die Partition der zuvor abrechenbaren Fallpauschale der gleichen MDC abgestellt. Weitere zwischenzeitlich erfolgte Aufenthalte einer anderen MDC im gleichen oder einem anderen Krankenhaus verhindern nicht die Fallzusammenfassung, sofern die Voraussetzungen nach § 2 Abs. 2 FPV erfüllt sind."

Diese interne, offensichtlich geänderte Sichtweise der Krankenkassenseite kann der Beklagten jedoch nicht zu einer Auslegung entgegen dem Wortlaut des § 2 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 FPV 2015 verhelfen. Denn auch der Wortlaut von Normsetzungsverträgen ist im Zweifel nach dem objektiven Empfängerhorizont, nicht nach den subjektiven Vorstellungen eines Vertragspartners auszulegen. Da der Wortlaut von § 2 FPV seit dem Jahr 2004 nicht geändert wurde und die Vertragsparteien auf Bundesebene, und damit auch die Krankenkassenseite, ihren Auslegungshilfen zur Fallzusammenführung auch im Jahr 2015 weiter die "Leitsätze zur Anwendung der Wiederaufnahmeregelung nach § 2 KFPV 2004" des BMG zugrunde legen (vgl. die oben zit. "Ergänzende Klarstellung der "Leitsätze zur Anwendung der Wiederaufnahmeregelung nach § 2 KFPV 2004" zur Fallzusammenführung bei mehr als zwei Aufenthalten"), war § 2 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 FPV auch im Jahr 2015 dahingehend zu verstehen, dass auf die Partition der unmittelbar zuvor abrechenbaren Fallpauschale abzustellen ist.

Schließlich ist zu berücksichtigen, dass nach § 8 Abs. 2 KHEntgG einzelne Behandlungsfälle grundsätzlich auch mit getrennten Fallpauschalen abzurechnen sind. Die Regelungen des § 2 FPV stellen insoweit Ausnahmen dar. Als solche sind sie eng am Wortlaut orientiert (ständ. Rspr., z.B. BSG, Urteil vom 23.05.2017, [B 1 KR 24/16 R](#)) und im Hinblick auf eine Erweiterung ihres Anwendungsbereichs eher zurückhaltend anzuwenden (vgl. zum grundsätzlichen Gebot der engen Auslegung von Ausnahmenvorschriften auch Bundesverfassungsgericht - BVerfG -, Beschluss vom 07.10.1980, [1 BvR 1289/78](#); Bundesfinanzhof - BFH -, Urteil vom 05.03.2014, [XI R 29/12](#)).

Unabhängig von der Frage, inwieweit bei Abrechnungsstreitigkeiten überhaupt auf Grundrechte, hier den Gleichbehandlungsgrundsatz, Bezug genommen werden kann, kann die Beklagte daraus kein für sich günstigeres Ergebnis ableiten. Ein sachlicher Grund dafür, zwei Behandlungsfälle bei einem dazwischenliegenden, mit keinem der beiden Behandlungsfälle zu verbindenden weiteren Behandlungsfall nicht nach § 2 Abs. 2 FPV zusammenzufassen, liegt darin, dass bei Vorliegen einer solchen Konstellation generell von einem komplexeren Krankheits- bzw. Behandlungsgeschehen ausgegangen werden kann, als wenn der dazwischenliegende Behandlungsfall nicht stattgefunden hätte.

Damit scheidet eine Fallzusammenführung der ersten und dritten Behandlungsepisode vom 12.08.2015 bis 18.08.2015 und vom 07.09.2015 bis 09.09.2015 aus, weil diese nicht unmittelbar aufeinanderfolgten, wie von § 2 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 FPV 2015 vorausgesetzt.

Im Ergebnis besteht somit der geltend gemachte Vergütungsanspruch der Klägerin für die Krankenhausbehandlung anderer Versicherter. Er ist nicht durch Aufrechnung mit einem Erstattungsanspruch der Beklagten wegen der Behandlung des Versicherten erloschen, weil ein solcher Erstattungsanspruch nicht besteht. Die ursprüngliche Abrechnung dreier Fallpauschalen für die drei Krankenhausbehandlungen der Versicherten war korrekt.

Die Klägerin hat auch Anspruch auf Verzugszinsen im Umfang der beantragten und vom SG zuerkannten Zinsen in Höhe von 4 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 04.05.2016 auf den nicht erfüllten Vergütungsanspruch nach Maßgabe des [§ 288 Abs. 1 Satz 1 BGB](#) i.V.m. § 22 Nr. 1 Satz 2 der für die Klägerin maßgeblichen Pflegesatzvereinbarung für das Jahr 2015.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 2](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO). Die Streitwertfestsetzung folgt aus [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i.V.m. [§ 63 Abs. 2](#), [§ 52 Abs. 3](#), [§ 47 Abs. 1](#) Gerichtskostengesetz (GKG).

Die Revision war nicht zuzulassen. Denn ein gesetzlicher Grund hierfür lag nicht vor.

Eine Rechtssache hat grundsätzliche Bedeutung i.S.v. [§ 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG](#), wenn es dabei um eine klärungsbedürfte und klärungsfähige Rechtsfrage geht, deren Entscheidung über den Einzelfall hinaus Bedeutung zukommt. Dies ist zu bejahen, wenn die Klärung einer Rechtsfrage zugleich mit Rücksicht auf eine unbestimmte Anzahl ähnlich liegender Fälle erwünscht ist (Meyer-Ladwig, SGG, 12. Aufl. 2017, § 160 Rn. 7b m.w.N.). Die Beklagte konnte dies nicht darlegen. Obwohl die streitgegenständliche Regelung des § 2 Abs. 2 Nr 2 FPV seit über 15 Jahren mit unverändertem Wortlaut besteht, gibt es zur vorliegenden Fallkonstellation mit drei Behandlungsfällen hintereinander, soweit ersichtlich, keine einzige veröffentlichte Gerichtsentscheidung. Diesbezüglich anhängige Gerichtsverfahren sind aktuell nur in Bayern und nur mit der hiesigen Beklagten auf Krankenkassenseite bekannt. Auch von anderen AOKs konnte die Beklagtenvertreterin in der mündlichen Verhandlung am 19.03.2019 nur berichten, dass man dort auf Justitiarebene der Fragestellung gewahr sei. Klagen anderer AOKs sind dagegen nicht bekannt. Ferner bedarf die vorliegend entscheidungserhebliche Frage der Auslegung des § 2 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 FPV 2015 auch deshalb nicht einer höchstrichterlichen Klärung, weil sich nach Auffassung des Senats aus der oben zitierten Rechtsprechung des 1. und 6. Senats des BSG bereits ausreichende Anhaltspunkte dafür ergeben, wie die aufgeworfene Frage bzgl. der Auslegung des § 2 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 FPV 2015 zu beantworten ist.

Auch der Zulassungsgrund der Divergenz ([§ 160 Abs. 2 Nr. 2 SGG](#)) ist nicht gegeben. Der Senat weicht mit dem vorliegenden Urteil nicht von einer Entscheidung des BSG, des Gemeinsamen Senats der obersten Gerichtshöfe des Bundes oder des Bundesverfassungsgerichts ab.

Rechtskraft
Aus
Login
FSB
Saved
2019-04-26