

## **L 10 KR 208/21 KH**

Land  
Nordrhein-Westfalen  
Sozialgericht  
LSG Nordrhein-Westfalen  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung  
10  
1. Instanz  
SG Duisburg (NRW)  
Aktenzeichen  
S 31 KR 2733/19  
Datum  
16.12.2020  
2. Instanz  
LSG Nordrhein-Westfalen  
Aktenzeichen  
L 10 KR 208/21 KH  
Datum  
16.02.2022  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
B 1 KR 38/22 B  
Datum  
-  
Kategorie  
Urteil

**Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Duisburg vom 16.12.2020 dahingehend abgeändert, dass die Beklagte verurteilt wird, 1.136,12 € nebst Zinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit 24.12.2019 zu zahlen.**

**Die weitergehende Klage wird abgewiesen. Im Übrigen wird die Berufung zurückgewiesen.**

**Die Beklagte trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens.**

**Der Streitwert wird auch für das Berufungsverfahren auf 1.136,12 € festgesetzt.**

### **Tatbestand**

Die Beteiligten streiten über die Erstattung von Kosten für eine vollstationär durchgeführte Krankenhausbehandlung.

Die Beklagte ist Trägerin des nach §§ 108, 109 (Sozialgesetzbuch Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung, nachfolgend: SGB V) zugelassenen A Hospitals in R. In der Zeit vom 17.12.2016 bis zum 22.12.2016 wurde dort bei der Klägerin versicherte Patient T (nachfolgend: der Versicherte) aufgrund einer rapiden Verschlechterung seines Allgemeinzustands bei akutem fieberhaften Harnwegsinfekts und hypoglykämischer Entgleisung vollstationär behandelt. Aufgrund einer bestehenden chronischen Niereninsuffizienz nahm der Versicherte seit Februar 2016 an einem Dialyseprogramm des ebenfalls nach [§§ 108 f SGB V](#) zugelassenen K-Hospitals in V teil und erhielt in diesem Rahmen mehrfach wöchentlich – in der Regel in einem zwei-Tages-Rhythmus – Dialysebehandlungen. Gegenüber der Klägerin rechnete das K-Hospital teilstationäre Dialysebehandlungen des Versicherten (Diagnosis Related Groups [DRG] L90C) ua für den Zeitraum vom 01.10.2016 (Aufnahmetag) bis zum 31.12.2016 (Entlassungstag) ab.

Auch am 17.12.2016 erhielt der Versicherte vormittags eine mehrstündige Dialysebehandlung. Am späten Abend des 17.12.2016 erfolgte sodann die notfallmäßige Aufnahme in das Krankenhaus der Beklagten.

Unter Angabe der DRG K60E (Diabetes mellitus mit schweren CC oder mit komplexer Diagnose, Alter > 15 Jahre, mehr als ein Belegungstag) stellte die Beklagte der Klägerin am 29.12.2016 für die erbrachten Leistungen 3.063,80 € in Rechnung. Die Forderung brachte die Klägerin im Januar 2017 zunächst vollständig zum Ausgleich.

Im Dezember 2019 forderte die Klägerin von der Beklagten – erfolglos – die Erstattung eines Betrages in Höhe von 1.136,12 €. Zur Begründung ihres Rückforderungsbegehrens führte die Klägerin aus, dass unter Berücksichtigung der noch am Tag der Aufnahme erbrachten teilstationären Dialysebehandlung ein Verlegungsabschlag in entsprechender Höhe in Abzug hätte gebracht werden müssen.

Die Klägerin hat am 23.12.2019 Klage erhoben.

Zur Begründung hat die Klägerin ausgeführt, dass mit Blick auf die teilstationäre Dialysebehandlung im K-Hospital am 17.12.2016 und die am gleichen Tag erfolgte Notfallaufnahme im Krankenhaus der Beklagten von einer Verlegung im Sinne des § 1 Abs 1 Satz 4 Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2016 (Fallpauschalenvereinbarung – FPV) auszugehen sei. Gemäß § 3 Abs 2 Satz 1 FPV sei von dem aufnehmenden Krankenhaus im Falle der Verlegung aus einem anderen Krankenhaus ein Abschlag entsprechend den

Vorgaben des Absatzes 1 vorzunehmen, wenn die im Fallpauschalen-Katalog ausgewiesene mittlere Verweildauer im aufnehmenden Krankenhaus unterschritten werde. Die FPV mache insoweit keinen Unterschied zwischen teilstationärer und vollstationärer Behandlung, sodass auch eine Verlegung von einer teil- in eine vollstationäre Behandlung erfasst werde. Die Beklagte habe die DRG K60E (Diabetes mellitus mit schweren CC oder mit komplexer Diagnose, Alter > 15 Jahre, mehr als ein Belegungstag) abgerechnet, welche eine mittlere Verweildauer von 9,3 Tagen habe. Der stationäre Aufenthalt habe hier fünf Belegungstage umfasst, sodass die mittlere Verweildauer unterschritten worden sei.

Die tägliche Behandlung im verlegenden Krankenhaus habe zwar nicht länger als 24 Stunden gedauert, der Wortlaut der FPV (§ 3 Abs 2 Satz 2 FPV) stelle jedoch nicht auf eine tägliche Behandlung, sondern auf die Gesamtbehandlungsdauer ab. Es sei auf die abzurechnende Einheit abzustellen. Der Begriff „Behandlung“ iSd § 3 Abs 2 Satz 2 FPV erfasse auch mehrere, zeitlich durch Aufnahme, Entlassung und Wiederaufnahme voneinander getrennte Behandlungsabschnitte. Die bei dem Versicherten in der Zeit vom 01.10.2016 bis zum 31.12.2016 durchgeführte teilstationäre Dialysebehandlung sei als Behandlungseinheit zu werten – diese habe daher mehr als 24 Stunden umfasst. Der Behandlung habe auch ein über einen längeren Zeitraum angelegtes Behandlungskonzept zugrunde gelegen. So sei der vor der ersten Behandlung gelegte Katheder nicht nur für die einmalige Dialysebehandlung, sondern auch für die folgenden Dialysebehandlungen gelegt worden. Es sei nicht erforderlich, dass eine durchgängige Behandlung erfolgt ist, eine Behandlung im Sinne des § 3 Abs 2 Satz 2 FPV liege auch vor, wenn sie in mehrere, zeitlich durch Aufnahme, Entlassung und Wiederaufnahme voneinander getrennte Behandlungsabschnitte unterteilt sei. Unerheblich sei, ob das vorbehandelnde Krankenhaus den Versicherten willentlich in ein anderes Krankenhaus zur Behandlung habe verlegen wollen. Maßgeblich sei mit Blick auf den Wortlaut von § 1 Abs 1 Satz 4 FPV allein das zeitliche Moment. Ergänzend hat die Klägerin auf die Klarstellungen der Vertragsparteien nach § 17b Abs 2 Satz 1 des Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze – Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) zur FPV 2008 hingewiesen. Danach gelte Folgendes: „Bei der Abrechnung von tagesbezogenen teilstationären Fallpauschalen werde gemäß § 8 Abs 1 Satz 4 für jeden Patienten, der wegen derselben Erkrankung regelmäßig oder mehrfach behandelt wird, je Quartal ein Fall gezählt“.

Die Klägerin hat schriftsätzlich beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin 1.136,12 € nebst Zinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit Rechtshängigkeit zu zahlen und die Kosten des Rechtsstreits der Beklagten aufzuerlegen.

Die Beklagte hat schriftsätzlich beantragt,

die Klage kostenpflichtig abzuweisen.

Ihrer Ansicht nach sei der Abzug bei Verlegung/Wechsel zwischen Tagesklinik und stationär behandelndem Krankenhaus nur innerhalb ein und derselben Einrichtung vorgesehen. Dieser Abzug erfolge gemäß § 6 Abs 3 FPV 2016 ausdrücklich nur in der Weise, dass bei Verlegung eines Patienten innerhalb des Krankenhauses für den Verlegetag kein tagesbezogenes teilstationäres Entgelt abgerechnet werden dürfe. Die Regelung eines zusätzlichen Verlegungsabschlages finde sich in dieser Norm nicht. Wenn aber innerhalb eines Krankenhauses kein Verlegungsabschluss bei Übergang von einer teilstationären in eine vollstationäre Behandlung anzusetzen sei, gelte dies im Wege eines Erstrecht-Schlusses auch für die Aufnahme in ein anderes Krankenhaus. Gemäß § 3 Abs 2 Satz 2 FPV fielen darüber hinaus keine Verlegungsabschlüsse an, wenn die Behandlung im verlegenden Krankenhaus nicht länger als 24 Stunden dauere. Bei der stattgehabten Dialysebehandlung werde immer wieder dieselbe Behandlung in Form eines Blutreinigungsverfahrens durchgeführt. Dies führe mit Abschluss der jeweiligen Behandlungseinheit zur Beendigung der stationären Behandlung und zur Entlassung der Patienten. Sobald der Behandlungsturnus abgelaufen sei, werde der Patient erneut (teil-)stationär aufgenommen. Dies spreche gegen die Argumentation der Klägerin, bei einer tagesklinischen Behandlung die Gesamtbehandlungsdauer als Grundlage zu verwenden. Das Verständnis der Klägerin würde zu dem Ergebnis führen, dass sich Dialyse-Patienten in womöglich über Jahre andauernder, stationärer Behandlung befänden. Dies entspräche nicht den Vorgaben des [§ 39 SGB V](#), wonach die stationäre Behandlung nur über die Dauer der medizinischen Notwendigkeit fortbestehen solle. Dies sei hier jede einzelne Dialysebehandlung. Von einer einheitlichen Behandlung könne nicht die Rede sein. Bei der Dialysebehandlung gehe es um die Kontrollierung eines chronischen Verlaufes, der eines speziellen Konzeptes im Sinne eines Behandlungskonzeptes der FPV nicht bedürfe. Ein weiteres Konzept sei diesbezüglich weder möglich noch erforderlich.

Das Sozialgericht Duisburg hat die Beklagte nach entsprechender Zustimmung der Beteiligten ohne mündliche Verhandlung mit Urteil vom 16.12.2020 verurteilt, an die Klägerin 1.136,12 € nebst Zinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz ab dem 23.12.2019 zu zahlen.

Zur Begründung hat das Sozialgericht ausgeführt, dass die Klägerin den vorgenannten Betrag ohne Rechtsgrund an die Beklagte geleistet habe, weil insoweit ein Vergütungsanspruch nicht bestanden habe. Die Voraussetzungen des § 3 Abs 2 FPV seien erfüllt, sodass die Beklagte einen Verlegungsabschluss in Abzug hätte setzen müssen. Das Sozialgericht hat insoweit festgestellt, dass die Aufnahme in das Krankenhaus der Beklagten im Wege einer Verlegung erfolgt sei. Die Regelungen des § 1 Abs 1 FPV bezögen sich sowohl auf voll- als auch auf teilstationäre Behandlungen, eine Differenzierung lasse sich der Norm nicht entnehmen. Im Hinblick auf den Begriff der Verlegung sei ein eng am Wortlaut orientiertes Verständnis geboten. Auf einen Verlegungswillen des erstaufnehmenden Krankenhauses bzw auf eine bewusste Veranlassung der Aufnahme eines Versicherten in einem anderen Krankenhaus komme es demnach nicht an. Die Ausnahmeregelung des § 3 Abs 2 Satz 2 FPV greife indes nicht ein, weil von einer mehr als 24-stündigen Behandlungsdauer auszugehen sei. Die in Rede stehenden Dialysebehandlungen seien als eine Behandlung im Sinne der FPV zu verstehen und ließen sich nicht in einzelne, abgeschlossene Behandlungen differenzieren. Das Sozialgericht ist davon ausgegangen, dass die chronische Niereninsuffizienz des Versicherten über einen längeren Zeitraum auf Grundlage eines übergreifenden Behandlungsplans durchgeführt worden sei, ohne dass es jedoch einer ununterbrochenen Anwesenheit des Versicherten im Krankenhaus bedürft habe. Aus den Patientenunterlagen ergebe sich, dass bei dem Versicherten alle zwei Tage Dialysebehandlungen durchgeführt worden seien und die jeweilige Behandlung und Durchführung auf Grundlage der jeweils gewonnenen Erkenntnisse medikamentös und in der Art der Durchführung angepasst worden sei. Der Versicherte sei demnach über mehrere Wochen teilstationär im Sinne einer Behandlung behandelt worden. Der von der Beklagten gezogene Erstrecht-Schluss greife nicht, da die von § 6 Abs 3 FPV geregelte Situation eine Verlegung innerhalb eines Krankenhauses betreffe und eine Doppelabrechnung dieses Krankenhauses verhindern solle. Die in Rede stehende Konstellation – die Abrechnung zweier Krankenhäuser – sei hiermit nicht zu vergleichen.

Gegen das der Beklagten am 19.02.2021 zugestellte Urteil hat die Beklagte am 19.03.2021 Berufung eingelegt.

Sie vertritt die Auffassung, dass das Sozialgericht fehlerhaft davon ausgegangen sei, dass ein Verlegungsabschlag in Abzug zu bringen sei. Die einzelnen Dialysebehandlungen seien als separate, abgeschlossene Behandlungen zu werten. Die dem hiesigen Verfahren zu Grunde liegende Behandlung sei nicht vergleichbar etwa mit einer in einer Tagesklinik erfolgenden psychiatrischen Behandlung, deren Grundlage ein einheitlicher Behandlungsplan sei. Im Rahmen der Dialysebehandlung bedürfe es vielmehr vor jeder Behandlung einer erneuten Diagnostik und der entsprechenden Therapieanpassung, von einem einheitlichen Therapiekonzept könne daher nicht gesprochen werden. Im Übrigen würden Dialyseleistungen gem § 2 Gesetz über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen (Krankenhausentgeltgesetz - KHEntgG) nicht den allgemeinen Krankenhausleistungen unterfallen, weshalb eine teilstationäre Dialyse von vornherein nicht zu einem Verlegungsabschlag führen könne. Die Regelungen in Abschnitt 1 der FPV beträfen überdies die Abrechnung von DRG-Fallpauschalen, die Abrechnung einer teilstationär durchgeführten Dialyse erfolge indes nach Maßgabe von Abschnitt 2 („Abrechnungsbestimmungen für andere Entgeltarten“), sodass die Regelungen des Abschnittes 1 keine Anwendung fänden. Vor dem Hintergrund, dass teilstationäre Fälle mit Quartalsbezug gem § 8 FPV lediglich einmalig im Quartal gezählt würden, sei es außerdem bereits unmöglich, Verlegungszeitpunkte innerhalb eines 24-Stunden-Zeitraums feststellen zu können.

Die Beklagte beantragt schriftsätzlich,

das Urteil des Sozialgerichts Duisburg vom 16.12.2020 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt schriftsätzlich,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie verweist im Wesentlichen auf ihre erstinstanzlichen Ausführungen. Ergänzend weist sie zur Begründung, dass bei der in Rede stehenden Dialysebehandlung von einer einheitlichen Behandlung auszugehen ist, darauf hin, dass sich die Vertragspartner darauf verständigt hätten, teilstationäre Leistungen quartalsweise abzurechnen. Dies sei mit Blick auf die Entscheidung des Bundessozialgerichts vom 06.03.2012 ([B 1 KR 15/11 R](#)) entscheidend.

Die Beteiligten haben im Rahmen der mündlichen Verhandlung vom 24.11.2021 einen Vergleich auf Widerruf geschlossen und für den - hier eingetretenen - Fall des Widerrufs vorab ihr Einverständnis mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung zu Protokoll erklärt.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstands wird Bezug genommen auf den Inhalt der Gerichtsakte, der Verwaltungsakte der Klägerin sowie der Patientenakte des K-Hospitals in V.

### Entscheidungsgründe:

Die gemäß [§ 143](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) statthafte sowie nach [§ 151 Abs 1 SGG](#) form- und fristgemäß eingelegte und auch im Übrigen zulässige Berufung der Beklagten ist im Wesentlichen unbegründet.

Das Sozialgericht hat die Beklagte zu Recht verurteilt, an die Klägerin 1.136,12 € zu zahlen. Die Klage ist zulässig (dazu I.) und in weiten Teilen begründet (II.). Lediglich hinsichtlich des Beginns der Zinszahlung ist die Berufung insoweit begründet, als Zinsen erst ab dem 24.12.2019, also einen Tag nach Rechtshängigkeit, zu zahlen sind. Die Klage ist insoweit unbegründet und war abzuweisen. Die weitergehende Berufung war zurückzuweisen.

I.

Die Klage ist als (echte) Leistungsklage nach [§ 54 Abs 5 SGG](#) statthaft. Bei einer auf Zahlung der (Rest-)Behandlungskosten eines Versicherten gerichteten Klage eines Krankenhauses bzw. eines Krankenträgers gegen eine Krankenkasse oder - wie hier - umgekehrt bei einer auf Erstattung einer gezahlten Vergütung gerichteten Klage einer Krankenkasse gegen ein Krankenhaus oder eines Krankenträgers handelt es sich um einen sogenannten Parteienstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt (vgl etwa Bundessozialgericht [BSG], Urteil vom 17.06.2000 - [B 3 KR 33/99 R](#); Urteil vom 23.07.2002 - [B 3 KR 64/01 R](#)), sodass es eines Vorverfahrens nicht bedurfte und eine Klagefrist nicht einzuhalten war.

II.

Die Klage ist im Wesentlichen auch begründet.

1.

Die Klägerin hat gegen die Beklagte einen Erstattungsanspruch gegen die Beklagte in Höhe der geltend gemachten Forderung.

a)

Anspruchsgrundlage für die Forderung der Klägerin ist der allgemeine öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch. Der im öffentlichen Recht auch ohne ausdrückliche Normierung seit langem anerkannte öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch ist aus allgemeinen Grundsätzen des Verwaltungsrechts, insbesondere der Gesetzmäßigkeit der Verwaltung herzuleiten. Er setzt voraus, dass im Rahmen eines öffentlichen Rechtsverhältnisses Leistungen ohne rechtlichen Grund erbracht oder sonstige rechtsgrundlose Vermögensverschiebungen vorgenommen worden sind. Seine Anspruchsvoraussetzungen und Rechtsfolgen entsprechen, soweit sie nicht spezialgesetzlich geregelt sind, weitestgehend denen des zivilrechtlichen Bereicherungsanspruchs (BSG, Urteil vom 08.11.2011 - [B 1 KR 8/11 R](#) - zitiert nach juris, Rn 11, mwN; BSG, Urteil vom 28.09.2006 - [B 3 KR 20/05 R](#)).

Ein öffentlich-rechtliches Rechtsverhältnis (vgl hierzu BSG, Urteil vom 08.11.2011 - [B 1 KR 8/11 R](#)) bestand zwischen den Beteiligten. Ferner hat die Klägerin die Leistungen für die stationäre Behandlung des Versicherten T in Höhe der Klageforderung ohne Rechtsgrund erbracht.

Der Beklagten stand ein Vergütungsanspruch für die in Rede stehende Behandlung nicht in der mit Rechnung vom 29.12.2016 geforderten

Höhe zu. Die Beklagte hätte einen Verlegungsabschlag nach Maßgabe von § 1 Abs 1 Satz 4 iVm § 3 Abs 2 FPV in Abzug bringen müssen.

Anspruchsgrundlage für den Zahlungsanspruch eines Krankenhauses bzw eines Krankenhausträgers für die stationäre Behandlung eines gesetzlich versicherten Patienten ist [§ 109 Abs 4 Satz 3 SGB V](#), iVm § 7 KHEntgG, iVm der Fallpauschalenvereinbarung, iVm § 17b KHG, iVm der zwischen den Beteiligten für die Versorgung geschlossenen Budget- und Entgeltvereinbarung sowie iVm dem nordrhein-westfälischen Landesvertrag nach [§ 112 Abs 2 Satz 1 Nr 1 SGB V](#).

Der Vergütungsanspruch eines Krankenhauses bzw eines Krankenhausträgers und damit einhergehend auch die Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse entsteht dabei unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch eine versicherte Person, wenn die Versorgung in einem zugelassenen Krankenhaus durchgeführt wird und iSd [§ 39 Abs 1 Satz 2 SGB V](#) erforderlich ist. Der Behandlungspflicht der zugelassenen Krankenhäuser nach [§ 109 Abs 4 Satz 2 SGB V](#) steht ein Vergütungsanspruch gegenüber. Der Zahlungsanspruch des Krankenhauses korrespondiert in aller Regel mit dem Anspruch des Versicherten auf Krankenhausbehandlung. Demgemäß müssen beim Versicherten bei der Aufnahme in das Krankenhaus grundsätzlich die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für die Inanspruchnahme von Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung sowie Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit (vgl BSG, Urteil vom 14.10.2014 - [B 1 KR 27/13 R](#)) vorliegen.

b)

Zwischen den Beteiligten unstreitig ist, dass die (voll-)stationäre Behandlung des Versicherten im Zeitraum vom 17.12.2016 bis zum 22.12.2016 medizinisch indiziert war. Anhaltspunkte, die Anlass geben könnten, hieran zu zweifeln, konnte der Senat nicht erkennen. Gleiches gilt für die von der Beklagten vorgenommene Ansetzung der Diagnosen und Prozeduren.

c)

Die Abrechnung der Beklagten ist jedoch insoweit unrichtig, als darin ein Verlegungsabschlag nach Maßgabe von § 1 Abs 1 Sätze 2-4 iVm § 3 FPV (in der seinerzeit geltenden Fassung vom 01.01.2016) in Höhe der Klageforderung hätte vorgenommen werden müssen.

§ 1 Abs 1 FPV bestimmt für die Abrechnung im Falle einer Verlegung Folgendes:

*Die Fallpauschalen werden jeweils vom 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; dies gilt nicht für Fallpauschalen, die im Fallpauschalen-Katalog als Verlegungs-Fallpauschalen gekennzeichnet sind; für diese Verlegungsfälle sind beim verlegenden Krankenhaus die Regelungen des Absatzes 3 entsprechend anwendbar (Satz 3). Eine Verlegung im Sinne des Satzes 2 liegt vor, wenn zwischen der Entlassung aus einem Krankenhaus und der Aufnahme in einem anderen Krankenhaus nicht mehr als 24 Stunden vergangen sind (Satz 4).*

§ 3 Abs 2 FPV bestimmt ferner:

*Im Falle einer Verlegung aus einem anderen Krankenhaus ist von dem aufnehmenden Krankenhaus ein Abschlag entsprechend den Vorgaben des Absatzes 1 vorzunehmen, wenn die im Fallpauschalen-Katalog ausgewiesene mittlere Verweildauer im aufnehmenden Krankenhaus unterschritten wird (Satz 1). Dauerte die Behandlung im verlegenden Krankenhaus nicht länger als 24 Stunden, so ist im aufnehmenden Krankenhaus kein Verlegungsabschlag nach Satz 1 vorzunehmen; bei einer frühzeitigen Entlassung durch das aufnehmende Krankenhaus ist die Regelung zur unteren Grenzverweildauer nach § 1 Abs 3, bei einer Weiterverlegung die Abschlagsregelung nach Abs 1 anzuwenden (Satz 2).*

aa)

Die in §§ 1 ff FPV erfassten Regelungen zu den Verlegungsabschlägen finden entgegen der Auffassung der Beklagten auch auf die hier in Rede stehende Konstellation Anwendung.

Die Regelungen zum Verlegungsabschlag setzen stets voraus, dass sowohl die Behandlung im abgebenden Krankenhaus als auch im aufnehmenden Krankenhaus unter das Vergütungsregime der DRG fällt (vgl Überschrift zu Abschnitt 1). Dies ist hier gegeben.

Ein Verlegungsabschlag würde mangels Anwendbarkeit der Regelungen zunächst dann nicht in Betracht kommen, wenn im „vorbehandelnden“ Krankenhaus eine ambulante Behandlung durchgeführt worden wäre. Denn derartige Leistungen unterfallen regelmäßig einem anderen Vergütungsregime und können daher nicht unter die in Abschnitt 1 der FPV geregelten Abrechnungsbestimmungen für DRG-Fallpauschalen subsumiert werden. Ein derartiger Fall liegt hier aber nicht vor. Der Versicherte ist – was zwischen den Beteiligten auch unstreitig ist – nicht im Rahmen einer ambulanten, sondern im Rahmen einer teilstationären Behandlung dialysiert worden. Dies ergibt sich zum einen aus dem Entlassungsbrief des K-Hospitals V vom 10.08.2016 („haben wir (...) in unser teilstationäres Dialyseprogramm aufgenommen“) und zum anderen aus der Verwaltungsakte der Klägerin, der zu entnehmen ist, dass für die Dialysebehandlungen (jedenfalls für den Zeitraum vom 01.10.2016 bis zum 31.12.2016) die DRG L90C (Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter > 14 Jahre ohne Peritonealdialyse) abgerechnet worden ist. Anhaltspunkte dafür, dass eine teilstationär durchgeführte Dialyse nicht medizinisch erforderlich war, bestehen nicht, entsprechendes ist von den Beteiligten auch nicht vorgetragen worden (zur Erforderlichkeit einer teilstationären Behandlung vgl zuletzt BSG, Urteil vom 19.04.2016 - [B 1 KR 21/15 R](#) - zitiert nach juris, Rn 12 ff).

Die Regelungen der FPV zur Berücksichtigung von Verlegungspauschalen sind auf den vorliegenden Sachverhalt auch nicht deshalb unanwendbar, weil Abschnitt 1 – wie die Beklagte meint – Abrechnungsbestimmungen für DRG-Fallpauschalen erfasst, die teilstationäre Dialyse aber nach Maßgabe der Regelungen des Abschnitts 2 („Abrechnungsbestimmungen für andere Entgeltarten“) abgerechnet werden müsste. Zutreffend ist zwar, dass in § 6 Abrechnungsbestimmungen für teilstationäre Leistungen erfasst sind und diese nach Abs 1 mit tagesbezogenen teilstationären Fallpauschalen oder mit Entgelten abzurechnen sind, die nach § 6 Abs 1 Satz 1 KHEntgG krankenhaushausindividuell vereinbart worden sind. Dass die Vertragsparteien damit die Anwendbarkeit der unter Abschnitt 1 gefassten Regelungen für teilstationär erbrachte Leistungen haben ausschließen wollen, vermag der Senat indes nicht zu erkennen. Bereits der Wortlaut von § 1 Abs 1 FPV spricht gegen ein derartiges Verständnis. Nach § 1 Abs 1 Satz 1 FPV werden Fallpauschalen von dem die

Leistung erbringenden Krankenhaus nach dem am Tag der voll- oder teilstationären Aufnahme geltenden Fallpauschalen-Katalog und den dazu gehörenden Abrechnungsregeln abgerechnet (hervorgeh durch den erkennenden Senat). Auch § 1 Abs 6 Satz 2 FPV bezieht teilstationäre Leistungen mit ein, wenn dort geregelt wird, dass für Art und Höhe der nach dieser Vereinbarung (gemeint ist die FPV) abzurechnenden Entgelte der Tag der voll- oder teilstationären Aufnahme in das Krankenhaus maßgeblich ist. Darüber hinaus bestimmt § 1 Abs 6 Satz 3 FPV, dass für die Abrechnung tagesbezogener teilstationärer Leistungen als Aufnahmetag jeweils der erste Behandlungstag im Quartal gilt. Hätten Leistungen wie die hier in Rede stehende nicht von den weitergehenden Regelungen des Abschnitts 1 erfasst werden sollen hätte es nahe gelegen, dies etwa vor Beginn des Abschnitts 1 oder aber jedenfalls innerhalb der Vorschriften deutlich zu machen. Es wäre indes nicht nachvollziehbar, wenn einerseits der unter Abschnitt 1 gefasste § 1 Abs 1 Satz 1 FPV die teilstationär erbrachten Leistungen explizit einbezieht, andererseits aber derartige Leistungen in den nachfolgenden, die Verlegungsabschlüsse betreffenden Regelungen unberücksichtigt gelassen werden sollten. Auch unter Berücksichtigung der Abschnittsüberschriften vermag die Ansicht der Beklagten, wonach im Falle einer teilstationär erbrachten Leistung die Regelungen der §§ 1 ff FPV im Hinblick auf die Verlegungsabschlüsse nicht einschlägig sein sollen, nicht zu überzeugen. Abschnitt 1 ist überschrieben mit der Formulierung „Abrechnungsbestimmungen für DRG-Fallpauschalen“. Auch die Vergütung für teilstationäre Behandlung bemisst sich jedoch grundsätzlich bei DRG-Krankenhäusern wie jenem in V nach vertraglichen Fallpauschalen auf gesetzlicher Grundlage. Wie sich auch aus dem von der Beklagten in Bezug genommenen § 6 FPV (Abs 1) ergibt, werden auch teilstationäre Leistungen ggf mit – tagesbezogenen – (DRG-)Fallpauschalen vergütet. So verhält es sich auch hier. Das K-Hospital in V hat für die teilstationäre Behandlung – wie bereits zuvor dargelegt – die DRG L90C (Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter > 14 Jahre ohne Peritonealdialyse) in Ansatz gebracht. Auch insoweit ist zur Überzeugung des Senats kein Anhaltspunkt dafür ersichtlich, dass teilstationär erbrachte Leistungen nicht unter die §§ 1 ff FPV fallen sollen.

Auch das weitere von der Beklagten vorgetragene Argument zur Nichtanwendbarkeit der §§ 1 ff FPV, wonach es sich bei „chronischen Dialysebehandlungen“, wie sie für den Versicherten im K-Hospital in V durchgeführt wurden, nicht um allgemeine Krankenhausleistungen handelt und eine insoweit erbrachte teilstationäre Dialyse infolgedessen auch keinen Verlegungsabschlag nach sich ziehen könne, geht fehl. Aus § 2 Abs 2 Satz 3 KHEntgG folgt ausweislich seines Wortlautes bereits nicht, dass Dialysebehandlungen generell nicht als allgemeine Krankenhausleistungen zu werten sind. Die Norm erfasst nur solche Dialysebehandlungen, die im Rahmen einer stationären Aufnahme zu erbringen sind, obgleich sie nicht Anlass der Aufnahme waren (sog interkurrente Erkrankungen). Mit § 2 Abs 2 Satz 3 KHEntgG wird klargestellt, dass eine Dialysebehandlung dann keine allgemeine Krankenhausleistung im Sinne von § 2 Abs 2 Satz 2 Nr 2 KHEntgG (als vom Krankenhaus veranlasste Leistung Dritter) darstellt, wenn hierdurch eine entsprechende Behandlung fortgeführt wird, das Krankenhaus keine eigene Dialyseeinrichtung hat und ein Zusammenhang mit dem Grund der Krankenhausbehandlung nicht besteht. Auf diese Weise wird eine Ausnahme vom grundsätzlichen Verbot vertragsärztlicher Parallelbehandlung bei vollständiger Krankenhausbehandlung gemacht (BSG, Urteil vom 12.11.2013 – B 1 KR 22/12 R). Aus welchem Grund „die Klägerin“ (gemeint sein dürfte das verlegende Krankenhaus in Geldern) diese Leistungen nicht als allgemeine Leistungen hat selbst erbringen dürfen, wie die Beklagte meint, ist nicht recht nachvollziehbar. Der Senat kann nicht erkennen, dass und aus welchem Grund die Ausnahmeregelung für die Dialysebehandlung durch das K-Hospital in V hier greifen sollte. Denn soweit ersichtlich verfügt das Krankenhaus über eine eigene Dialyseeinrichtung, sodass die in § 2 Abs 2 Satz 3 Nr 1 KHEntgG normierte Ausnahme schon aus diesem Grund nicht einschlägig ist und es auf die an sich vorausgehende Frage, ob es sich überhaupt um eine vom Krankenhaus (in Geldern) veranlasste Leistung Dritter im Sinne von § 2 Abs 2 Satz 2 Nr 2 KHEntgG gehandelt hat, nicht ankommt. Auch das Bundessozialgericht hat in der von der Beklagten in Bezug genommenen Entscheidung vom 19.04.2016 (B 1 KR 34/15 R) Dialyseleistungen im Übrigen nicht generell als nicht abrechnungsfähige Leistungen eingestuft. Es hat vielmehr in der og Weise differenziert. In der betreffenden Fallkonstellation wurde während eines stationären Krankenhausaufenthalts eine ambulante Dialysebehandlung in einem Medizinischen Versorgungszentrum durch- bzw fortgeführt (vgl BSG, aaO – juris, Rn 21).

Soweit die Beklagte meint, dass die FPV in § 6 Abs 3 einen Verlegungsabschlag bei einem Wechsel von einer tagesbezogenen (teilstationär durchgeführten) in eine stationäre Behandlung nur im Falle einer Verlegung innerhalb eines Krankenhauses vorsehe, eine Regelung zur Berücksichtigung eines anderweitigen Verlegungsabschlags in der FPV nicht existiere und die Regelung daher im Wege eines Erst-recht-Schlusses auch für die hier in Rede stehende Konstellation einer stationären Aufnahme in einem anderen Krankenhaus gelten müsse, folgt der Senat dieser Auffassung nicht. Auch insoweit hat das Sozialgericht zutreffend festgestellt, dass § 6 Abs 3 FPV ausschließlich eine Regelung für eine Verlegung innerhalb eines Krankenhauses betrifft und dies nicht auf eine Konstellation wie der hier vorliegenden zu übertragen ist, vor allem nicht im Wege eines Erst-recht-Schlusses. Vermieden werden soll mit der Regelung ersichtlich eine Doppelabrechnung ein und desselben Krankenhauses. Inwiefern und aus welchem Grund diese Intention erst recht für eine Verlegung von einem Krankenhaus in ein anderes gelten soll, vermag der Senat nicht zu erkennen. Abgesehen davon verbietet sich eine derartige Auslegung auch mit Blick auf das von der bundessozialgerichtlichen Rechtsprechung bereits mehrfach statuierte Gebot einer eng am Wortlaut orientierten Auslegung von Abrechnungsbestimmungen. Das Bundessozialgericht hat explizit im Hinblick auf die FPV Folgendes ausgeführt:

*„Die Anwendung der FPV-Abrechnungsbestimmungen unterliegt grundsätzlich den allgemeinen Auslegungsmethoden der Rechtswissenschaft. Die Abrechnungsbestimmungen sind gleichwohl wegen ihrer Funktion im Gefüge der Ermittlung des Vergütungstatbestandes innerhalb eines vorgegebenen Vergütungssystems eng am Wortlaut orientiert und unterstützt durch systematische Erwägungen auszulegen. Da das DRG-basierte Vergütungssystem vom Gesetzgeber als jährlich weiter zu entwickelndes (§ 17b Abs 2 S 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz) 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“* (BSG, Urteil vom 06.03.2012 – B 1 KR 15/11 R – juris, Rn 17).

Die Vertragsparteien haben in § 1 FPV explizit geregelt, dass und wann eine Verlegung anzunehmen ist und wie eine solche abzurechnen ist. Maßgeblich ist insoweit zunächst nur, dass sowohl das aufnehmende als auch das abgebende Krankenhaus dem DRG-Vergütungsregime unterfällt. Eine weitergehende Differenzierung zwischen einer Verlegung von teil- in vollstationäre Behandlung ist nicht getroffen worden, Anknüpfungspunkt kann sowohl die teilstationäre als auch die vollstationäre Behandlung sein (im Ergebnis wie hier bereits Hessisches Landessozialgericht, Urteil vom 14.06.2017 – L 8 KR 27/16 – juris, Rn 39 ff).

bb)

Die am 17.12.2016 erfolgte stationäre Aufnahme im Krankenhaus der Beklagten stellte auch eine Verlegung im Sinne des § 1 Abs 1 FPV dar. Gem. § 1 Abs 1 Satz 4 FPV liegt eine Verlegung vor, wenn zwischen der Entlassung aus einem Krankenhaus und der Aufnahme in einem Krankenhaus nicht mehr als 24 Stunden vergangen sind. Diese Voraussetzung war hier erfüllt, denn noch am Vormittag des Aufnahmetages

(17.12.2016) wurde der Versicherte im K-Hospital in V im Rahmen einer teilstationären Behandlung dialysiert und nach Durchführung dieser Behandlung entlassen.

Auf eine über diesen zeitlichen Zusammenhang hinaus gehende willensgesteuerte Aktivität des „abgebenden“ Krankenhauses kommt es – entgegen der zunächst von der Beklagten vertretenen Auffassung – dabei nicht an. Das Bundessozialgericht hat mit Urteil vom 27.10.2020 ([B 1 KR 12/20 R](#)) im Hinblick auf die insoweit mit der hier maßgeblichen FPV übereinstimmenden FPV 2013 klargestellt, dass eine Verlegung – entsprechend dem Wortlaut von § 1 Abs 1 Satz 4 FPV – nur voraussetze, dass ein Versicherter innerhalb von 24 Stunden aus einem Krankenhaus entlassen und in ein anderes aufgenommen wurde. Zur Begründung hat das BSG Folgendes ausgeführt:

*„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“.*

*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.*

*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).*

*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 Abholscenario. 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.*

*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 hineinzudeuteln, setzte sich über diese Systematik hinweg. Schließlich brächte aber auch eine Orientierung an der behandelten Erkrankung ungelöste Folgefragen mit sich. Sie schlosse 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.*

*Höherrangiges Recht gebietet kein anderes Verständnis des Verlegungsbegriffs. Insbesondere lässt sich § 8 Abs 2 Satz 1 KHEntG keine Vorgabe dahingehend entnehmen, dass Verlegungsabschlüsse 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 KHEntG, 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 KHEntG 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“ (BSG, Urteil vom 27.10.2020 - [B 1 KR 12/20 R](#) - juris, Rn 18-23; vgl auch BSG, Urteil vom 27.10.2020 - [B 1 KR 8/20 R](#)).

Dass der Versicherte sich zwischenzeitlich in häuslicher Umgebung aufgehalten hat, weil er - wie die Beklagte vorträgt - in die Häuslichkeit entlassen wurde, ändert unter Berücksichtigung des Wortlauts der Regelung nichts daran, dass hier begrifflich von einer Verlegung auszugehen ist

Die hier relevante, von der Beklagten abgerechnete Pauschale (K60E - Diabetes mellitus mit schweren CC oder mit komplexer Diagnose, Alter > 15 Jahre, mehr als ein Belegungstag) ist und war im Fallpauschalenkatalog auch nicht als Verlegungspauschale gekennzeichnet (§ 1 Abs 1 Satz 3 FPV).

cc)

Auch die Voraussetzungen für die Ansetzung eines Verlegungsabschlages durch die Beklagte gem § 3 Abs 2 FPV waren erfüllt.

Voraussetzung hierfür ist zunächst, dass die im Fallpauschalen-Katalog ausgewiesene mittlere Verweildauer im aufnehmenden Krankenhaus unterschritten wird (§ 3 Abs 2 Satz 1 FPV). Dies war hier der Fall. Die von der Beklagten in Ansatz gebrachte Fallpauschale K60E wird im Fallpauschalen-Katalog mit einer mittleren Verweildauer von 9,3 Tagen ausgewiesen, die stationäre Behandlung dauerte indes nur vom 17.12.2016 bis zum 22.12.2016.

Das Sozialgericht hat ferner zutreffend entschieden, dass die in § 3 Abs 2 Satz 2 Hs 1 FPV normierte Ausnahmeregelung hier nicht greift. Danach ist im aufnehmenden Krankenhaus kein Verlegungsabschlag vorzunehmen, wenn die Behandlung im verlegenden Krankenhaus nicht länger als 24 Stunden dauerte. Ein derartiger Fall wäre anzunehmen, wenn man - mit der Beklagten - annähme, dass allein die am Vormittag des 17.12.2016 erfolgte Dialysebehandlung bereits eine Behandlung in diesem Sinne darstellte. Der Senat ist indes der Überzeugung, dass (auch) in einem Fall wie dem hier zu entscheidenden - in dem regelmäßig mehrstündige Dialysebehandlungen teilstationär in einem Krankenhaus durchgeführt werden - auf einen Behandlungszeitraum und nicht lediglich auf eine einzelne Behandlungseinheit abzustellen ist. Maßgeblich ist vorliegend der Behandlungszeitraum vom 01.10.2016 bis zum 31.12.2016.

Der Senat geht in Übereinstimmung mit dem Bundessozialgericht davon aus, dass eine Behandlung im vorgenannten Sinne auch mehrere, zeitlich durch Aufnahme, Entlassung und Wiederaufnahme voneinander getrennte Behandlungsabschnitte im verlegenden Krankenhaus umfassen kann. Eine Differenzierung zwischen einmaligen, nicht unterbrochenen Behandlungen einerseits und zu einer Behandlung zusammengefassten, zeitlich voneinander getrennten mehreren Behandlungsschritten andererseits geht aus § 3 FPV nicht hervor (BSG, Urteil vom 06.03.2012 - [B 1 KR 15/11 R](#) - juris, Rn 17 f).

Das Bundessozialgericht hat insoweit Folgendes ausgeführt:

*„§ 3 Abs 2 S 2 FPV 2007 (erfasst) als Ausnahmen vom Verlegungsabschlag nur Fälle, in denen "die Behandlung im verlegenden Krankenhaus nicht länger als 24 Stunden" dauert. Das sind Konstellationen, in denen das verlegende Krankenhaus erstmalig einen Patienten aufnimmt, ununterbrochenen weniger als 24 Stunden tatsächlich behandelt und anschließend verlegt, oder in denen es einen Patienten zunächst behandelt, sodann entlässt, ihn wieder aufnimmt und anschließend binnen 24 Stunden verlegt, wenn die Voraussetzungen für die Zusammenfassung dieser Behandlungsabschnitte nach § 2 FPV 2007 nicht erfüllt sind. Bilden mehrere Behandlungsabschnitte beim verlegenden Krankenhaus dagegen eine abrechenbare Behandlung im Rechtssinne, schließt § 3 Abs 2 S 2 FPV 2007 einen Verlegungsabschlag nach § 3 Abs 2 S 1 FPV 2007 auch dann nicht aus, wenn der letzte Behandlungsabschnitt im verlegenden Krankenhaus mit einer tatsächlichen Verweildauer von weniger als 24 Stunden verknüpft war“* (BSG, aaO, Rn 21).

Maßgeblich zur Beantwortung der Frage, ob und unter welchen Umständen in - mehr oder weniger - regelmäßigen Abständen durchgeführte (Einzel-)Behandlungen als Behandlung im Sinne des § 3 Abs 2 Satz 2 FPV zu werten sind, ist demnach, ob es sich jeweils um selbstständige Maßnahmen im Rechtssinne handelt. Dies ist bei der hier fraglichen Dialysebehandlung aufgrund einer chronischen Niereninsuffizienz nicht der Fall.

Das Bundessozialgericht stellt - wie ausgeführt - zur Interpretation des Begriffs „Behandlung“ in § 3 Abs 2 Satz 2 FPV auf die Abrechenbarkeit einer Leistung ab („Bilden mehrere Behandlungsabschnitte beim verlegenden Krankenhaus dagegen eine abrechenbare Behandlung im Rechtssinne (...)\", „Vielmehr betrifft ‚die Behandlung‘ im Sinne dieser Vorschrift stets nur den abrechenbaren Fall“, BSG, aaO, Rn 21, 22). § 3 Abs 2 Satz 2 FPV (in der mit der hier maßgeblichen Fassung insoweit übereinstimmenden Fassung aus dem Jahr 2007) spreche hingegen ausweislich seines Wortlauts nicht von einem unselbstständigen, rein zeitlich abgegrenzten Behandlungsabschnitt. Die hier fraglichen teilstationären Dialysebehandlungen waren nicht separat, sondern - wie auch die Klägerin zu Recht vorgetragen hat - quartalsweise abzurechnen. Nach § 8 Abs 1 Satz 4 FPV wird bei Abrechnung von tagesbezogenen teilstationären Fallpauschalen für jeden Patienten, der wegen derselben Erkrankung regelmäßig oder mehrfach behandelt wird, je Quartal ein Fall gezählt. Diese Regelung gilt auch für die Abrechnung (BSG, Urteil vom 19.06.2018 - [B 1 KR 30/17 R](#) - juris, Rn 15). Dementsprechend ist die Abrechnung von Seiten des K-Hospitals V auch vorgenommen worden, und zwar im hier maßgeblichen Zeitraum für die Zeit vom 01.10.2016 bis zum 31.12.2016. Der Senat vermag keinen Grund zu erkennen, für den hier zu entscheidenden Fall von dieser Maßgabe abzuweichen.

Entgegen der Auffassung der Beklagten und mit dem Sozialgericht geht der Senat - dessen ungeachtet - davon aus, dass die Dialysebehandlungen hier auch aufgrund eines einheitlichen Behandlungsplans erfolgten und auch infolgedessen von einer Behandlungseinheit auszugehen ist (ein einheitliches, festgelegtes Therapieschema voraussetzend zB auch BSG, Urteil vom 19.04.2016 - [B 1 KR 21/15 R](#) - juris, Rn 18). Der Auffassung der Beklagten, wonach von einem einheitlichen Behandlungsplan nicht ausgegangen werden könne, weil im Vorfeld jeder einzelnen Behandlungseinheit ein „erneutes Überprüfen der Parameter und entsprechend der Einstellung der Behandlung“ erforderlich sei, vermag sich der Senat nicht anzuschließen. Es ist nicht in Abrede zu stellen, dass im Vorfeld einer Dialysebehandlung zu prüfen ist, ob am jeweiligen Behandlungstag Besonderheiten etwa im Hinblick auf die Blutwerte des Patienten vorliegen. Dies allein führt indes nicht dazu, die jeweiligen Behandlungstage als separate Behandlungen zu werten. Vielmehr basierten die Behandlungen auf einem Therapieplan, der vorsah, dass der Versicherte dreimal wöchentlich (Montags, Mittwochs, Freitags) teilstationär in

der vorgenommenen Weise dialysiert wird. Dafür sprechen zunächst die Ausführungen im ärztlichen Bericht des K-Hospitals V vom 10.08.2016, ausweislich derer bei dem Versicherten ab dem 03.02.2016 eine dauerhafte Nierenersatztherapie habe eingeleitet werden müssen und dieser nach Entlassung aus der Geriatrie in das dortige teilstationäre Dialyseprogramm aufgenommen worden sei. Die Aufnahme in ein Dialyseprogramm allein spricht bereits für ein planmäßiges, konzeptionelles Vorgehen. Auch die weiteren Ausführungen, wonach der Allgemeinzustand des Versicherten zunächst nur mäßig gewesen sei, sich im weiteren Verlauf indes verbessert habe, sodass ein Transport ohne fachliche Betreuung möglich gewesen sei, und wonach eine ausreichende Dialyseeffektivität erst nach einer Verlängerung der Dialysebehandlungen auf jeweils 4,5 Stunden habe erreicht werden können, lassen nur darauf schließen, dass es sich um ein ganzheitliches Therapiekonzept handelte, das unter Berücksichtigung der gemachten Behandlungserfahrungen angepasst wurde. Eine Dialysebehandlung bedarf nach dem Verständnis des Senats stets der vorherigen Planung von Art und Häufigkeit der Sitzungen, die maßgeblich vom gesundheitlichen Zustand des Patienten (zB auch hinsichtlich der Frage, ob Multimorbidität vorliegt) zu Beginn der Planung abhängt. Eine spätere Anpassung spricht dabei nicht gegen die Annahme eines einheitlichen Konzepts. Es wäre – im Gegenteil – fatal, wenn von Seiten des Leistungserbringers unverändert an einem einmal festgelegten Konzept festgehalten würde, obgleich die medizinische Situation eine Anpassung erforderte. Insofern besteht – entgegen der Auffassung der Beklagten – kein Unterschied zu einer psychiatrischen Behandlung in einer Tagesklinik (vgl hierzu Hessisches Landessozialgericht, Urteil vom 14.06.2017 – [L 8 KR 27/16](#)).

Ein derartiges Verständnis mag letztlich zur Folge haben, dass sich Patienten mit einer chronischen Niereninsuffizienz – rechtlich gesehen – dauerhaft und über Jahre hinweg in teilstationärer Behandlung befinden, mit der Folge, dass bei zwischenzeitlichen, ggf aus anderen Gründen erforderlichen stationären Krankenhausaufenthalten des Öfteren Verlegungsabschlüsse anfallen können. Wie das Bundessozialgericht jedoch klargestellt hat, bleibt es den Vertragsparteien unbenommen, eine ggf nicht erwünschte Rechtsfolge durch die Vornahme entsprechender Regelungsanpassungen zu vermeiden.

Bedenken gegen die Höhe des angesetzten Abschlags bestehen nicht und sind auch von Seiten der Beklagten zu keinem Zeitpunkt erhoben worden.

2.

Abzuändern war das Urteil des Sozialgerichts allerdings hinsichtlich des Zeitraumes, für den die Beklagte Zinsen zu zahlen hat. Der Zinsanspruch ist zwar unter dem Gesichtspunkt des Verzuges begründet. Der Zinsanspruch beginnt aber – anders als das Sozialgericht entschieden hat – erst mit dem Tag *nach* Rechtshängigkeit der Klage, hier also am 24.12.2019.

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, was im Hinblick auf die von der Klägerin geltend gemachten Erstattungsforderung nicht der Fall ist (vgl hierzu BSG, Urteil vom 21.04.2015 – [B 1 KR 10/15 R](#) – juris, Rn 18, mwN). Die Klägerin hat hier Prozesszinsen nach [§ 69 Abs 1 Satz 3 SGB V](#) iVm [§§ 291, 288 Abs 1 Satz 2 BGB](#) geltend gemacht. Nach Maßgabe der insoweit geänderten Rechtsprechung des Bundessozialgerichts – der sich der Senat anschließt – gilt Folgendes: Ist Rechtshängigkeit ([§ 94 SGG](#)) eingetreten, beginnt der Lauf des Zinsanspruchs in entsprechender Anwendung von [§ 187 Abs 1 BGB](#) mit dem *folgenden* Tag (vgl BSG, Urteil vom 16.07.2020 – [B 1 KR 15/19 R](#) – juris, Rn 33; ausführlich Urteil vom 09.04.2019 – [B 1 KR 5/19 R](#) – juris, Rn 39; aA – Beginn der Verzinsung ab dem Tag der Rechtshängigkeit – etwa noch BSG, Urteil vom 23.06.2015 – [B 1 KR 24/14 R](#) – juris, Rn 16).

Hinsichtlich der Höhe ist das Sozialgericht zutreffend – mit dem Antrag der Klägerin – von einer Verzinsung iHv von 2 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz ausgegangen (vgl. zur Verzinsung von Erstattungsansprüchen im Rahmen von Abrechnungsstreitigkeiten BSG, Urteil vom 08.09.2009 – [B 1 KR 8/09 R](#), LSG NRW, Urteil vom 26.02.2009 – [L 16 KR 119/08](#)).

III.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 197a Abs 1 Satz 1 SGG](#) iVm [§ 154 Abs 1](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO). Wenngleich die Beklagte hinsichtlich des unter Ziff 2 genannten Aspekts obsiegt hat, war ihr aufgrund ihres Unterliegens im Übrigen die gesamte Kostenlast aufzuerlegen ([§ 155 Abs 1 Satz 3 VwGO](#)).

IV.

Anlass, die Revision nach [§ 160 Abs 2 SGG](#) zuzulassen, bestand nicht. Insbesondere vermochte der Senat der Rechtssache keine grundlegende Bedeutung zuzumessen.

V.

Die Streitwertfestsetzung folgt aus [§ 197a Abs 1 Satz 1](#), 1. HS SGG iVm [§§ 63 Abs 2](#), [52 Abs 1 und Abs 3](#), [47 Abs 1](#) des Gerichtskostengesetzes.

Rechtskraft  
Aus  
Saved  
2022-04-28