

L 1 KR 315/14

Land

Freistaat Sachsen

Sozialgericht

Sächsisches LSG

Sachgebiet

Krankenversicherung

Abteilung

1

1. Instanz

SG Leipzig (FSS)

Aktenzeichen

S 27 KR 169/13

Datum

21.10.2014

2. Instanz

Sächsisches LSG

Aktenzeichen

L 1 KR 315/14

Datum

13.02.2019

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

Keine Fallzusammenführung über das Wirtschaftlichkeitsgebot bei Ausschlussregelung in der Fallpauschalenvereinbarung

1. Wird in der auf der Grundlage von § 17b Abs. 2 KHG, § 9 Abs. 1 KHEntgG abgeschlossenen Fallpauschalenvereinbarung (FPV) eine ausdrückliche, auf allgemeinen wirtschaftlichen und medizinischen Erwägungen beruhende Regelung für eine bestimmte Fallgestaltung getroffen (hier: § 2 Abs. 2 Satz 2 FPV 2010), so kann sich die Krankenkasse im Rahmen der Auffälligkeitsprüfung nicht darauf berufen, dass die Anwendung dieser Regelung im konkreten Einzelfall gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot verstößt.

2. Nach § 17b Abs. 2 Satz 2 KHG haben die Vertragsparteien bei der normenvertraglichen Ausgestaltung des Vergütungssystems Wirtschaftlichkeitserwägungen zu berücksichtigen, die denjenigen des [§ 12 Abs. 1 SGB V](#) entsprechen.

I. Das Urteil des Sozialgerichts Leipzig vom 21.10.2014 wird abgeändert. Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin 1.780,88 EUR nebst

Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 14.10.2011 zu zahlen. Im Übrigen wird die Berufung zurückgewiesen und die Klage abgewiesen. II. Die Beklagte trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens. III. Die Revision wird zugelassen.

IV. Der Streitwert wird für das Berufungsverfahren auf 1.797,74 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Vergütung stationärer Krankenhausbehandlung.

Das nach [§ 108](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) zugelassene Krankenhaus der Klägerin nahm die bei der beklagten Krankenkasse versicherte X ... (im Folgenden: Versicherte) zunächst für den Zeitraum vom 26.04.2010 bis 30.04.2010 zur stationären Behandlung auf. Diese Behandlung erfolgte zur weiteren Diagnostik einer in einem CT-Befund aufgefallenen Raumforderung im Bereich des linken Lungenoberlappens. Neben EKG- und Laborbefunden wurden am 26.04.2010 eine PET-CT-Untersuchung, am 27.04.2010 eine Untersuchung der Lungenfunktion und am 27.04.2010 eine Bronchoskopie durchgeführt. Im Verlauf konnte bei der Versicherten ein nichtkleinzelliges Lungenkarzinom im Oberlappen links gesichert werden. Bei einem Tumorstadium T1b N0 M0 wurde die Indikation zur Operation gestellt. Ausweislich des Entlassungsberichts vom 30.04.2010 wurde bereits bei Entlassung die stationäre Wiederaufnahme zur Oberlappenresektion für den 07.05.2010 geplant.

Am 07.05.2010 wurde die Versicherte erneut im Krankenhaus der Klägerin aufgenommen. Am 10.05.2010 wurde eine Oberlappenresektion links mit atypischer Keilresektion des Unterlappen links und systematischer Lymphadenektomie durchgeführt. Im Anschluss befand sich die Versicherte bis zum 11.05.2010 auf der Intensivstation, bis zum 25.05.2010 in der Chirurgischen Klinik und im Anschluss bis zur Entlassung am 27.05.2010 in der Klinik für Innere Medizin. Postoperativ kam es bei der Versicherten zu einem Hautemphysem, welches mit Anlage einer Büllau-Drainage behandelt wurde. Weiterhin entwickelte sich bei der Versicherten ein Durchgangssyndrom, welches medikamentös therapiert wurde. Ferner waren postoperativ erhöhte Entzündungsparameter auffällig. Nachdem die Versicherte gut mobilisiert werden konnte, wurde eine palliative Chemotherapie initiiert, wobei der erste Zyklus am 26.05.2010 verabreicht wurde, der zweite Zyklus wurde ambulant beim niedergelassenen Pneumologen geplant. Die Versicherte wurde am 27.05.2010 aus dem Krankenhaus entlassen.

Mit Rechnung vom 17.05.2010 stellte die Klägerin der Beklagten für den ersten Krankenhausaufenthalt einen Betrag in Höhe von 1.803,36 EUR in Rechnung, wobei sie die DRG-Fallpauschale E71B (Neubildungen der Atmungsorgane, ein Belegungstag ohne äußerst schwere CC, ohne starre Bronchoskopie oder ohne komplexe Biopsie der Lunge) zugrunde legte. Der Rechnungsbetrag wurde durch die Beklagte unter dem 28.05.2010 angewiesen. Für den zweiten Krankenhausaufenthalt stellte die Klägerin unter dem 03.06.2010 der Beklagten 10.857,46 EUR in Rechnung. Hier legte sie die DRG-Fallpauschale E01B (Revisionseingriffe, beidseitige Lobektomie, erweiterte Lungenresektionen und

andere komplexe Eingriffe am Thorax ohne komplizierende Konstellation, ohne hochkomplexe Eingriffe, ohne komplizierende Diagnose) zugrunde. Auf die Rechnungen vom 17.05.2010 und 03.06.2010 im Übrigen wird Bezug genommen (vgl. Bl. 9 und 11 der Gerichtsakte). Die Beklagte wies den vollen Rechnungsbetrag für den zweiten stationären Aufenthalt zunächst unter dem Vorbehalt der Rückforderung am 14.06.2010 an.

In zwei von der Beklagten bei ihrem Sozialmedizinischen Dienst (SMD) in Auftrag gegebenen sozialmedizinischen Stellungnahmen vom 27.07.2011 und 09.01.2012 wies der Arzt des SMD Prof. Dr. med. W ... darauf hin, dass im ersten Krankenhausaufenthalt die Diagnostik und im zweiten Krankenhausaufenthalt die chirurgische Therapie erfolgt sei. Damit liege für den ersten Aufenthalt eine medizinische und für den zweiten Aufenthalt eine chirurgische Partition vor und die Fälle seien zusammenzuführen. Darüber hinaus sei die Verweildauer um drei Tage zu kürzen, da der stationäre Aufenthalt vom 07.05.2010 bis 10.05.2010 nicht nachvollziehbar sei. Die Klägerin wiederum verwies in ihrem Widerspruch vom 04.11.2011 darauf, dass die DRG E71B laut Fallpauschalen-Katalog von einer Fallzusammenführung ausgeschlossen sei.

Am 07.10.2011 rechnete die Beklagte den Rechnungsbetrag in Höhe von 10.857,46 EUR gegen andere unstreitige Vergütungsforderungen der Klägerin auf.

Am 21.05.2013 hat die Klägerin Klage vor dem Sozialgericht Leipzig (SG) auf Zahlung des Rechnungsbetrages für den zweiten stationären Aufenthalt erhoben. Nach § 2 Abs. 1 Satz 2 der Fallpauschalenvereinbarung 2010 (FPV 2010) erfolge im vorliegenden Fall keine Zusammenfassung der Falldaten, da die DRG E71B in Spalte 13 zum Fallpauschalen-Katalog gesondert gekennzeichnet sei. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) seien die Abrechnungsbestimmungen streng nach dem Wortlaut anzuwenden. Mit der Klageerwiderung hat die Beklagte eingeräumt, dass ein zu hoher Betrag aufgerechnet worden sei. Der Aufenthalt vom 26.04.2010 bis 30.04.2010 werde nunmehr mit 22,48 EUR und der Aufenthalt vom 07.05.2010 bis 27.05.2010 mit 10.840,60 EUR vergütet, womit sich der streitige Betrag auf 1.797,74 EUR reduziert habe. Die Nachzahlung des zu viel verrechneten Betrages in Höhe von 9.959,72 EUR sei bereits veranlasst worden. In Erwartung der klägerischen Teilerledigungserklärung hat sie den Rechtsstreit insoweit für erledigt erklärt. Für den verbleibenden streitigen Betrag von 1.797,74 EUR bestehe aufgrund unzulässigen Fallsplittings kein Vergütungsanspruch. Kernpunkt des Streites sei nicht, ob die beiden Aufenthalte i. S. der FPV 2010 zusammengeführt hätten werden müssen. Vielmehr hätten die beiden Aufenthalte niemals getrennt werden dürfen, da die Behandlung am 30.04.2010 noch nicht abgeschlossen gewesen sei. Die Klägerin hat das "Anerkenntnis der Beklagten über einen Betrag in Höhe von 9.059,72 EUR nebst Zinsen" angenommen und den Rechtsstreit in dieser Höhe für erledigt erklärt. In der mündlichen Verhandlung vor dem SG hat sie beantragt, die Beklagte zur Zahlung eines Betrags von 1.797,74 EUR zu verurteilen.

Das SG hat der Klage stattgegeben und die Beklagte zur Zahlung von 1.797,74 EUR nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 14.10.2011 verurteilt. Rechtsgrundlage für den restlichen Vergütungsanspruch der Klägerin für die Behandlung der Versicherten sei [§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) i.V.m. der FPV 2010. Die Kammer sei nach Würdigung der Patientenunterlagen zu der Überzeugung gelangt, dass kein unzulässiges Fallsplitting vorliege. Zwar lägen die Voraussetzungen für eine Fallzusammenführung im Sinne von § 2 Abs. 1 FPV 2010 nicht vor. Eine Fallzusammenführung sei jedoch gemäß § 2 Abs. 1 Satz 2 FPV 2010 ausdrücklich ausgeschlossen, wenn die Fallpauschalen dieser Basis-DRG bei Versorgung in einer Hauptabteilung in Spalte 13 oder bei belegärztlicher Versorgung in Spalte 15 des Fallpauschalen-Katalogs gekennzeichnet seien. Hier sei der erste stationäre Krankenhausaufenthalt mit der DRG E71B abgerechnet worden, die nach dem Fallpauschalen-Katalog ausdrücklich von der Regelung des § 2 Abs. 1 Satz 1 FPV 2010 ausgeschlossen sei. Da der erste stationäre Aufenthalt somit ausdrücklich von der Fallzusammenführung ausgeschlossen sei, liege auch kein unzulässiges Fallsplitting vor. Die Ausnahme von der Fallzusammenführung betreffe zum Teil die Erstdiagnose von schweren Krebserkrankungen. Bei diesen Erkrankungen sei es gerechtfertigt, dass der Krankenhausaufenthalt zwischen der Erstdiagnose und der operativen Therapie unterbrochen werde, damit der Patient im häuslichen und familiären Bereich die weiteren Therapiemöglichkeiten für sich abwägen könne. Aus diesem Grund sei für die Diagnose der Erkrankung eine eigene Fallpauschale definiert worden. Auch wenn zum Zeitpunkt des ersten Aufenthaltes der Termin für den operativen Eingriff bestimmt werde, könne der Patient diesen Termin nach Abwägung der Therapieoptionen noch absagen. Die Entscheidung des BSG vom 01.07.2014 – [B 1 KR 62/12 R](#) – sei dagegen für den vorliegenden Fall nicht zutreffend. Im Gegensatz zu dem Verfahren vor dem BSG sei hier zum einen die Diagnostik nicht in zwei Verfahren aufgesplittet worden und zum anderen die DRG bezüglich des ersten stationären Aufenthaltes von der Fallzusammenführung ausgeschlossen.

Gegen das ihr am 28.11.2014 zugestellte Urteil hat die Beklagte am 29.12.2014 Berufung eingelegt. Sie bezieht sich auf das Urteil des BSG vom 01.07.2014 – [B 1 KR 62/12 R](#). Auch vorliegend habe eine einheitliche Behandlung vorgelegen, die unzulässigerweise in zwei stationäre Aufenthalte gesplittet worden sei. Es habe keine medizinische Veranlassung bestanden, Diagnostik und Therapie in zwei stationäre Aufenthalte zu teilen. Von der Klägerin sei auch nicht begründet worden, warum hier zwei Aufenthalte durchgeführt worden seien. Die Klägerin habe gegen das in [§ 12 SGB V](#) normierte Wirtschaftlichkeitsgebot verstoßen. Die Beklagte sei nur verpflichtet, den Betrag zu vergüten, der bei fiktivem wirtschaftlichen Alternativverhalten angefallen wäre. Diesen Betrag habe sie auch vergütet. Die in Spalte 13 des Fallpauschalen-Katalogs gekennzeichneten Fallpauschalen seien nicht generell von einer Fallzusammenführung ausgeschlossen. Es werde dort nur geregelt, dass eine Zusammenfassung nach § 2 Abs. 1 und 2 FPV 2010 nicht erfolge. Sie stimme der Argumentation der Klägerseite insofern zu, als dass die Ausnahme spezieller Fallpauschalen von der Fallzusammenführung vor dem Hintergrund erfolgt sei, dass diese Behandlungsfälle beträfen, die nach ihrer Art der Erkrankung und Behandlung in mehreren Intervallen erfolgten. Dies müsse jedoch nicht immer so sein. Im vorliegenden Fall seien keine Gründe für ein zweizeitiges Vorgehen erkennbar.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Leipzig vom 21.10.2014 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Die in § 2 FPV 2010 geregelten Wiederaufnahmeregelungen seien abschließend, eine Ausdehnung oder Umgehung unzulässig. Die von den Parteien der FPV 2010 in Spalte 13 gekennzeichneten Fallpauschalen seien gezielt aus einer Fallzusammenführung ausgenommen worden. Eine Umgehung würde jedwede Kennzeichnung oder Hervorhebung dieser Fallpauschalen sinnlos machen. Das von der Beklagten zitierte

Urteil des BSG vom 01.07.2014 - [B 1 KR 62/12 R](#) - betreffe gerade nicht einen solchen Fall. In dem vom BSG entschiedenen Fall sei die Diagnostik entgegen der Kalkulation, den Vorschriften und dem medizinischen Standard aufgesplittet worden. Daneben habe auch keine Fallpauschale vorgelegen, die gesondert in Spalte 13 des Fallpauschalen-Katalogs von der Fallzusammenführung ausgenommen sei. Auch nach Auffassung des BSG schließe eine Kennzeichnung in Spalte 13 die Fallzusammenführung aus (Hinweis auf BSG, Urteil vom 28.03.2017 - [B 1 KR 3/16 R](#)). Auf gerichtliche Nachfrage, worin die Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit der Versicherten in dem Zeitraum 07.05.2010 bis 09.05.2010 bestanden habe, erklärt die Klägerin, dass die Versicherte von auswärts angereist sei. Zur Sicherstellung der Durchführung der Operation sei die vorherige Aufnahme einschließlich der notwendigen vorbereitenden Maßnahmen (aktuelles Labor, EKG-Untersuchungen) notwendig gewesen. Des Weiteren sei eine Konditionierung zur Vorbereitung der Belastbarkeit nach der Operation erfolgt.

Dem Senat haben die Verwaltungsakte der Beklagten, die Patientenakten der Klägerin sowie die Gerichtsakten beider Rechtszüge vorgelegen. Hierauf und auf die in den Gerichtsakten enthaltenen Schriftsätze der Beteiligten sowie den übrigen Akteninhalt wird zur Ergänzung des Tatbestandes Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung der Beklagten ist zulässig, aber ganz überwiegend unbegründet.

Zu Recht hat das SG die Beklagte zur Zahlung eines Betrages in Höhe von 1.780,88 EUR nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz verurteilt; lediglich in Höhe eines Betrages in Höhe von 16,86 EUR hat die Berufung Erfolg.

Die von der Klägerin erhobene (echte) Leistungsklage ist im hier bestehenden Gleichordnungsverhältnis zulässig (BSG, Urteil vom 16.12.2008 - [B 1 KN 1/07 KR R](#) - juris Rn. 9; Urteil vom 26.09.2017 - [B 1 KR 9/17 R](#) - juris Rn. 7).

Es ist zwischen den Beteiligten nicht streitig, dass die Klägerin aufgrund stationärer Krankenhausbehandlung anderer Versicherter der Beklagten gegen diese einen Anspruch auf Zahlung weiterer 1.797,74 EUR hatte; eine nähere Prüfung erübrigt sich insoweit (zur Zulässigkeit dieses Vorgehens: BSG, Urteil vom 19.06.2018 - [B 1 KR 39/17 R](#) - juris Rn. 29). Streitig ist zwischen den Beteiligten allein, ob dieser Zahlungsanspruch entsprechend [§ 387](#) Bürgerliches Gesetzbuch durch die Aufrechnung der Beklagten mit einem öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch wegen Überzahlung der Vergütung für die stationäre Krankenhausbehandlung der Versicherten im April und Mai 2010 erloschen ist (zur entsprechenden Anwendung auf überzahlte Krankenhausvergütung: BSG, Urteil vom 19.12.2017 - [B 1 KR 19/17 R](#) - juris Rn. 8). Dies ist mit Ausnahme eines Betrages von 16,86 EUR nicht der Fall.

Der Klägerin stand wegen der stationären Krankenhausbehandlung der Versicherten für den ersten stationären Aufenthalt vom 26.04.2010 bis 30.04.2010 ein Vergütungsanspruch in Höhe von 1.803,36 EUR und für den zweiten stationären Aufenthalt vom 07.05.2010 bis 27.05.2010 ein Vergütungsanspruch in Höhe von 10.840,60 EUR zu.

Rechtsgrundlage des Vergütungsanspruchs der Klägerin gegen die Beklagte für die Behandlung des Versicherten ist [§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) i.V.m. [§ 7 Satz 1 Nr. 1, § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1](#) Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG), [§ 17b](#) Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG), [§ 1](#) FPV 2010 sowie Anlage 1 der FPV 2010 (Fallpauschalen-Katalog 2010), jeweils in der im Behandlungszeitraum geltenden Fassung. Denn der Behandlungspflicht zugelassener Krankenhäuser nach [§ 109 Abs. 4 Satz 2 SGB V](#) steht ein Vergütungsanspruch gegenüber, dessen Höhe gemäß [§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) nach Maßgabe des KHG, des KHEntG und - sofern das Krankenhaus nicht in das DRG-Vergütungssystem einbezogen ist - der Bundespflegesatzverordnung vertraglich abschließend festgelegt wird (siehe nur BSG, Urteil vom 17.12.2009 - [B 3 KR 12/08 R](#) - juris Rn. 8 f.; Urteil vom 16.12.2008 - [B 1 KN 3/08 KR R](#) - juris Rn. 15; Urteil vom 16.12.2008 - [B 1 KN 1/07 KR R](#) - juris Rn. 11). Der Vergütungsanspruch des Krankenhauses und dazu korrespondierend die Zahlungsverpflichtung der Krankenkasse entstehen - unabhängig von einer Kostenzusage - unmittelbar mit Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten, wenn die Versorgung in einem zugelassenen Krankenhaus durchgeführt wird sowie i.S. von [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) erforderlich und wirtschaftlich ist (BSG, Urteil vom 16.12.2008 - [B 1 KN 1/07 KR R](#) - juris Rn.11; Urteil vom 08.11.2011 - [B 1 KR 8/11 R](#) - juris Rn. 13; Urteil vom 19.06.2018 - [B 1 KR 30/17 R](#) - juris Rn. 9).

Die Höhe der Vergütung für die stationäre Krankenhausbehandlung Versicherter bemisst sich bei DRG-Krankenhäusern, wie jenem der Klägerin, nach vertraglichen Fallpauschalen auf gesetzlicher Grundlage. Die Fallpauschalenvergütung für die stationäre Krankenhausbehandlung in zugelassenen Einrichtungen ergibt sich aus [§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) i.V.m. [§ 7](#) KHEntG und [§ 17b](#) KHG. Der Anspruch wird auf Bundesebene durch Normenverträge konkretisiert. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung gemeinsam vereinbaren nach [§ 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1](#) KHEntG mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft als "Vertragsparteien auf Bundesebene" mit Wirkung für die Vertragsparteien nach [§ 11](#) KHEntG 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 auf der Grundlage des [§ 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3](#) KHEntG Abrechnungsbestimmungen in der Fallpauschalenvereinbarung (FPV).

Die vertraglichen Fallpauschalen ergeben sich daraus, dass die nach den aufgezeigten gesetzlichen Regelungen hierzu berufenen Vertragsparteien eine FPV mit einem Fallpauschalen-Katalog als Teil derselben und Allgemeine und Spezielle Kodierrichtlinien für die Verschlüsselung von Krankheiten und Prozeduren (Deutsche Kodierrichtlinien (DKR)) vereinbart haben. DKR und FPV bilden den konkreten vertragsrechtlichen Rahmen, aus dem die für eine Behandlung maßgebliche DRG-Position folgt (vgl. BSG, Urteil vom 08.11.2011 - [B 1 KR 8/11 R](#) - juris Rn. 17). Im vorliegenden Fall ist mit normativer Wirkung maßgebend (vgl. dazu BSG, a.a.O., Rn.18) die am 29.09.2009 getroffene Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2010 (FPV 2010) einschließlich der Anlagen 1 bis 6. Welche DRG-Position abzurechnen ist, ergibt sich gemäß [§ 1 Abs. 6 Satz 1](#) FPV 2010 rechtsverbindlich aus der Eingabe und Verarbeitung von Daten - insbesondere Diagnosen und Prozeduren - in einem automatischen Datenverarbeitungssystem, das auf einem zertifizierten Programm basiert (näher dazu BSG, Urteil vom 08.11.2011 - [B 1 KR 8/11 R](#) - juris Rn. 19 ff.). Die Anwendung der normenvertraglichen Abrechnungsbestimmungen der FPV ist dagegen nicht automatisiert und unterliegt als Mitsteuerung der prozesshaften Tatbestandsbildung im Zusammenspiel mit den Vorgaben zertifizierter Grouper ihrerseits 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. Denn 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 und keinen Spielraum für weitere Bewertungen sowie Abwägungen belässt. Demgemäß sind Vergütungsregelungen stets eng nach ihrem Wortlaut und allenfalls ergänzend nach ihrem systematischen Zusammenhang auszulegen; Bewertungen und Bewertungsrelationen bleiben außer Betracht (BSG, Urteil vom 21.02.2002 - [B 3 KR 30/01 R](#) - juris Rn. 27; Urteil vom 24.09.2003 - [B 8 KN 3/02 KR R](#) - juris Rn. 26; Urteil vom 08.09.2009 - [B 1 KR 11/09 R](#) - juris Rn. 17; Urteil vom 17.06.2010 - [B 3 KR 4/09 R](#) - juris Rn. 14; Urteil vom 08.11.2011 - [B 1 KR 8/11 R](#) - juris Rn. 27; Urteil vom 01.07.2014 - [B 1 KR 29/13 R](#) - juris Rn. 12; Urteil vom 17.11.2015 - [B 1 KR 41/14 R](#) - juris Rn. 13; Urteil vom 19.06.2018 - [B 1 KR 30/17 R](#) - juris Rn. 14). Da das DRG-basierte Vergütungssystem gemäß § 17b Abs. 2 Satz 1 KHG vom Gesetzgeber als jährlich weiter zu entwickelndes 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 08.09.2009 - [B 1 KR 11/09 R](#) - juris Rn. 18; Urteil vom 08.11.2011 - [B 1 KR 8/11 R](#) - juris Rn. 27; Urteil vom 17.11.2015 - [B 1 KR 41/14 R](#) - juris Rn. 13).

Die Abrechnung der beiden Krankenhausaufenthalte durch die Klägerin stellt sich sachlich-rechnerisch richtig dar. Abzurechnen ist nach der FPV das tatsächliche, nicht ein fiktives Geschehen. Die sachlich-rechnerische Richtigkeit ist unabhängig von hypothetischen Geschehensabläufen ausschließlich am tatsächlichen Behandlungsverlauf zu messen (BSG, Urteil vom 28.03.2017 - [B 1 KR 3/16 R](#) - juris Rn. 12). Die Klägerin hat den ersten stationären Aufenthalt vom 26.04.2010 bis 30.04.2010 zutreffend auf der Grundlage der DRG-Fallpauschale E01B und von vier Belegungstagen mit insgesamt 1.803,36 EUR abgerechnet. Den zweiten stationären Aufenthalt vom 07.05.2010 bis 27.05.2010 hat die Klägerin sachlich-rechnerisch richtig auf der Grundlage der DRG-Fallpauschale E01B, des Zusatzentgelts ZE 63.02 und der weiteren im Einzelnen in der Rechnung vom 03.06.2010 ausgewiesenen Zuschläge mit 10.857,46 EUR abgerechnet. Die Beklagte und der SMD haben jenseits des behaupteten unzulässigen Fallsplittings keine Einwendungen gegen die Abrechnung der beiden Krankenhausaufenthalte geltend gemacht.

Zutreffend hat die Klägerin bei der Abrechnung keine Fallzusammenführung der beiden Krankenhausaufenthalte vorgenommen. § 2 FPV 2010 regelt, wann und unter welchen Voraussetzungen bei Wiederaufnahmen des Patienten eine Zusammenfassung der Falldaten zu einem Fall vorzunehmen ist. Eine der Konstellationen, in denen § 2 FPV 2010 eine Fallzusammenführung vorsieht, liegt hier nicht vor.

§ 2 Abs. 1 Satz 1 FPV 2010 bestimmt, dass das Krankenhaus eine Zusammenfassung der Falldaten zu einem Fall und eine Neueinstufung in eine Fallpauschale vorzunehmen hat, wenn ein Patient innerhalb der oberen Grenzverweildauer wieder aufgenommen (Nr. 1) und für die Wiederaufnahme eine Einstufung in dieselbe Basis-DRG vorgenommen wird (Nr. 2). Hierfür fehlte es vorliegend bereits an der Einordnung in dieselbe Basis-DRG, da einerseits die DRG E71B (erster Krankenhausaufenthalt) und andererseits die DRG E01B (zweiter Krankenhausaufenthalt) angesteuert wurden. Nach § 2 Abs. 2 Satz 1 FPV 2010 ist eine Zusammenfassung der Falldaten zu einem Fall und eine Neueinstufung in eine Fallpauschale auch dann vorzunehmen, wenn ein Patient innerhalb von 30 Kalendertagen ab dem Aufnahmedatum des ersten Krankenhausaufenthalts wieder aufgenommen wird (Nr.1) und innerhalb der gleichen Hauptdiagnosegruppe die zuvor abrechenbare Fallpauschale in die "medizinische Partition" (M) oder die "andere Partition" (A) und die anschließende Fallpauschale in die "operative Partition" (O) einzugruppieren ist (Nr. 2). Nach § 2 Abs. 2 Satz 2 FPV 2010 erfolgt eine Fallzusammenführung nach Satz 1 nicht, wenn einer der Krankenhausaufenthalte mit einer Fallpauschale abgerechnet werden kann, die bei Versorgung in einer Hauptabteilung in Spalte 13 oder belegärztlicher Versorgung in Spalte 15 des Fallpauschalen-Katalogs gekennzeichnet ist. Hier liegen zwar die Voraussetzungen des § 2 Abs. 2 Satz 1 FPV 2010 vor, da die Versicherte innerhalb von 30 Kalendertagen wieder aufgenommen wurde und die zuvor abgerechnete Fallpauschale E71B im Fallpauschalen-Katalog in die "medizinische Partition" eingruppiert ist und die anschließende Fallpauschale E71B in die "operative Partition". Zugunsten der Klägerin greift jedoch die Ausnahmeregelung in § 2 Abs. 2 Satz 2 FPV 2010, da die Fallpauschale E71B in der mit "Ausnahme von Wiederaufnahme" überschriebenen Spalte 13 des Fallpauschalen-Katalogs gekennzeichnet ist. Zusätzlich zu der Regelung des § 2 Abs. 2 Satz 2 FPV 2010 ist die Spalte 13 im Fallpauschalen-Katalog mit der folgenden Fußnote versehen: "Eine Zusammenfassung von Fällen bei Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus nach § 2 Abs. 1 und 2 erfolgt nicht". Eine Fallzusammenführung war schließlich nicht nach § 2 Abs. 3 Satz 1 FPV 2010 vorzunehmen. Die Vorschrift setzt voraus, dass ein Patient wegen einer Komplikation im Zusammenhang mit der durchgeführten Leistung innerhalb der oberen Grenzverweildauer, bemessen nach der Zahl der Kalendertage ab dem Aufnahmedatum des ersten Aufenthalts, wieder aufgenommen wird. Die erneute Aufnahme der Versicherten beruhe jedoch nicht auf einer Komplikation, sondern war bereits im Rahmen des ersten Aufenthalts bei Entlassung geplant worden.

Entgegen der Ansicht der Beklagten waren die beiden Krankenhausaufenthalte auch nicht im Rahmen der von ihr veranlassten Auffälligkeitsprüfung über das Wirtschaftlichkeitsgebot zusammenzuführen und als ein Krankenhausaufenthalt abzurechnen. Aus dem Wirtschaftlichkeitsgebot ([§ 12 Abs. 1 SGB V](#)) folgt, dass ein Krankenhaus nur Anspruch auf die Vergütung einer wirtschaftlichen Krankenhausbehandlung hat. Die Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots verlangt, dass bei Existenz verschiedener gleich zweckmäßiger und notwendiger Behandlungsmöglichkeiten die Kosten für den gleichen zu erwartenden Erfolg geringer oder zumindest nicht höher sind (BSG, Urteil vom 28.03.2017 - [B 1 KR 29/16 R](#) - juris Rn. 21; Urteil vom 19.04.2016 - [B 1 KR 23/15 R](#) - juris Rn. 13; Urteil vom 21.04.2015 - [B 1 KR 6/15 R](#) - juris Rn. 12; Urteil vom 10.03.2015 - [B 1 KR 2/15 R](#) - juris Rn. 20; Urteil vom 01.07.2014 - [B 1 KR 62/12 R](#) - juris Rn. 24). Wählt das Krankenhaus einen unwirtschaftlichen Behandlungsweg, kann es allenfalls die Vergütung beanspruchen, die bei fiktivem wirtschaftlichem Alternativverhalten angefallen wäre (BSG, Urteil vom 01.07.2014 - [B 1 KR 62/12 R](#) - juris Rn. 17 ff.; Urteil vom 10.03.2015 - [B 1 KR 2/15 R](#) - juris Rn. 14 ff.; Urteil vom 28.03.2017 - [B 1 KR 29/16 R](#) - juris Rn. 21 ff.). Bei zwei aufeinanderfolgenden Krankenhausaufenthalten kann dies nach der Rechtsprechung des BSG dazu führen, dass die Gesamtbehandlung in der Abrechnung wie ein einziger Krankenhausaufenthalt zu vergüten ist (BSG, Urteil vom 01.07.2014 - [B 1 KR 62/12 R](#) - juris Rn. 25; Urteil vom 10.03.2015 - [B 1 KR 3/15 R](#) - juris Rn. 28).

Vorliegend verbietet sich jedoch eine Fallzusammenführung der beiden Krankenhausaufenthalte über das Wirtschaftlichkeitsgebot. Denn in dem hier einschlägigen § 2 Abs. 2 Satz 2 FPV 2010 haben die Vertragsparteien nach § 17b Abs. 2 Satz 1 KHG eine Ausschlussregelung für die Fallzusammenführung getroffen, die auf Wirtschaftlichkeitserwägungen beruht und damit das Wirtschaftlichkeitsgebot mit normativer Wirkung konkretisiert. Die Regelung in § 2 FPV 2010 ist Bestandteil des durchgängigen, leistungsorientierten und pauschalierenden Vergütungssystems i.S. von § 17b Abs. 1 Satz 1 KHG, das nach § 17b Abs. 2 Satz 1 KHG der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Verband der privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft in Normenverträgen zu vereinbaren, weiterzuentwickeln und anzupassen haben. Vorgaben für die Ausgestaltung dieses Vergütungssystems hat der Gesetzgeber den Vertragsparteien in § 17b KHG und §§ 8, 9 KHEntG gemacht. Danach sind Gegenstand der normenvertraglichen Regelung nicht nur die

Fallpauschalen selbst (§ 9 Abs. 1 Nr. 1 KHEntgG), die den Kern des Vergütungssystems ausmachen, sondern auch die Abrechnungsbestimmungen für die Entgelte (§ 9 Abs. 1 Nr. 3 KHEntgG). Zu den Abrechnungsbestimmungen gehören Regelungen über die Fallzusammenführung (vgl. Quaas in: Quaas/Zuck/Clemens, Medizinrecht, 4. Aufl., § 26 Rn. 371), die das Gesetz in § 8 Abs. 5 KHEntgG für Wiederaufnahmen wegen Komplikationen verlangt und den Vertragsparteien dabei ausdrücklich die Möglichkeit einräumt, Abweichendes vorzusehen. Hinter dieser Ausnahme von dem Grundsatz, dass für jeden Krankenhausaufenthalt eine Fallpauschale abrechenbar ist, stehen Erwägungen des Wirtschaftlichkeitsgebotes: Ziel ist es, den Krankenhäusern keine finanziellen Anreize zu geben, Patienten zu früh zu entlassen ([BT-Drucks. 15/994, S. 22](#)). Derartige Erwägungen sind auch sonst dem Krankenhausentgeltrecht nicht fremd. Denn nach § 17b Abs. 2 Satz 2 KHG haben sich die Vertragsparteien bei der normenvertraglichen Ausgestaltung des Vergütungssystems unter Wahrung der Qualität der Leistungserbringung an wirtschaftlichen Versorgungsstrukturen und Verfahrensweisen zu orientieren. Wirtschaftlicher Verfahrensweise i.S. von § 17b Abs. 2 Satz 2 KHG wie auch dem Wirtschaftlichkeitsgebot des [§ 12 Abs. 1 SGB V](#) entspricht es, unter mehreren gleichwertigen Behandlungswegen denjenigen zu beschreiten, der geringere Kosten verursacht.

Wie jedem untergesetzlichen Normgeber kommt auch den Vertragsparteien nach § 17b Abs. 2 Satz 1 KHG ein Gestaltungsspielraum zu, den die Gerichte zu respektieren haben (vgl. zum Gemeinsamen Bundesausschuss: BSG, Urteil vom 24.04.2018 – [B 1 KR 13/16 R](#) – juris Rn. 35; Urteil vom 15.12.2015 – [B 1 KR 30/15 R](#) – juris Rn. 25; Urteil vom 06.03.2012 – [B 1 KR 24/10 R](#) – juris Rn. 25; zum Bewertungsausschuss: BSG, Urteil vom 25.01.2017 – [B 6 KA 6/16 R](#) – juris Rn. 23; Urteil vom 17.02.2010 – [B 6 KA 41/08 R](#) – juris Rn. 14; Urteil vom 09.12.2004 – [B 6 KA 44/03 R](#) – juris Rn. 99; zu den Vertragsparteien nach [§ 112 SGB V](#): BSG, Urteil vom 19.06.2018 – [B 1 KR 26/17 R](#) – juris Rn. 28; Urteil vom 13.11.2012 – [B 1 KR 27/11 R](#) – juris Rn. 27 zu den Vertragsparteien nach [§ 115b SGB V](#): BSG, Urteil vom 04.03.2014 – [B 1 KR 16/13 R](#) – juris Rn. 26). Wie weit dieser Gestaltungsspielraum ist, unterscheidet sich je nach Ermächtigungsgrundlage und Regelungsauftrag. Dabei sperrt sich das Wirtschaftlichkeitsgebot nicht gegen untergesetzliche Normgebung; vielmehr kann der Gestaltungsspielraum untergesetzlicher Normgeber auch normative Konkretisierungen des Wirtschaftlichkeitsgebots umfassen (BSG, Urteil vom 31.05.2006 – [B 6 KA 13/05 R](#) – juris Rn. 68). Das Krankenhausentgeltrecht macht den Vertragsparteien gemäß § 17b Abs. 2 Satz 1 KHG bisweilen weitgehende Vorgaben – so in § 8 Abs. 5 KHEntgG hinsichtlich der Fallzusammenführung bei Komplikationen. Zugleich ermächtigt es die Vertragsparteien in § 17b Abs. 1 Satz 1 KHG umfassend zu Pauschalierungen und zwar nicht nur dazu, die einzelnen Leistungen einer Krankenhausbehandlung in Pauschalen zusammenzufassen, sondern auch dazu, das leistungsorientierte Vergütungssystem im Übrigen pauschalierend auszugestalten, weshalb – wie § 17b Abs. 1 Satz 2 Halbs. 2 KHG eigens betont – dessen Differenzierungsgrad praktikabel sein soll. Diese gesetzliche Ermächtigung vermittelt den Vertragsparteien den auch sonst Normgebern bei der Ordnung von Massengeschäften zugebilligten Spielraum, zur notwendigen Praktikabilität und Einfachheit des Rechts Verallgemeinerungen in Form von Generalisierungen, Pauschalierungen oder Standardisierungen vorzunehmen; Besonderheiten, die im Tatsächlichen durchaus bekannt sind, dürfen dabei generalisierend vernachlässigt werden, auch wenn dies naturgemäß zu Lasten der Einzelfallgerechtigkeit geht (vgl. Bundesverfassungsgericht, Urteil vom 19.12.2017 – [1 BvL 3/14](#) – juris Rn. 187).

Auf dieser Grundlage haben die Vertragsparteien in § 2 Abs. 1 Satz 1, Abs. 2 Satz 1 und Abs. 3 Satz 1 FPV 2010 vereinbart, wann mehrere Krankenhausaufenthalte als ein Fall abzurechnen sind. Ohne ihren Gestaltungsspielraum zu überschreiten, haben sie die Zusammenfassung der Falldaten zu einem Fall, die § 8 Abs. 5 KHEntgG für Wiederaufnahmen wegen Komplikationen vorgibt, auf andere Wiederaufnahmen ausgedehnt, bei denen die Vertragsparteien in typisierender Betrachtungsweise ebenfalls von einem medizinisch nicht gerechtfertigten Fallsplitting ausgegangen sind. Die Fallzusammenführung erfolgt dabei unabhängig davon, ob die Unterbrechung zwischen den beiden Aufenthalten im konkreten Einzelfall medizinisch gerechtfertigt ist. Das Krankenhaus kann bei Vorliegen der Voraussetzungen der § 2 Abs. 1 Satz 1, Abs. 2 Satz 1 und Abs. 3 Satz 1 FPV 2010 gegen die Fallzusammenführung im Abrechnungstreit nicht einwenden, dass zwei Aufenthalte medizinisch gerechtfertigt waren und entsprechende Mehrkosten verursacht haben. In einem zweiten Schritt haben die Vertragsparteien in § 2 Abs. 1 Satz 2, Abs. 2 Satz 2 und Abs. 3 Satz 2 FPV 2010 Fallgruppen gebildet, in denen trotz Vorliegen der Voraussetzungen der § 2 Abs. 1 Satz 1, Abs. 2 Satz 1 und Abs. 3 Satz 1 FPV 2010 keine Fallzusammenfassung erfolgt. Dabei haben sie in pauschalierender Betrachtungsweise Fallpauschalen benannt, bei denen sie davon ausgehen, dass typischerweise zwei oder mehrere Krankenhausaufenthalte statt eines einzigen Aufenthalts medizinisch und wirtschaftlich gerechtfertigt sind – nämlich in Bezug auf Komplikationen bei bestimmten onkologischen Behandlungen (§ 2 Abs. 3 Satz 2 FPV 2010) und im Übrigen bei Kennzeichnung entsprechender Fallpauschalen in Spalte 13 bzw. 15 des Fallpauschalen-Katalogs. Dabei ist – wie zwischen den Beteiligten unstrittig ist – die Kennzeichnung spezieller Fallpauschalen in Spalte 13 bzw. 15 vor dem Hintergrund erfolgt, dass es sich hierbei um Behandlungsfälle handelt, die der Art der Erkrankung und der Behandlung nach in mehreren Intervallen erfolgt. Wird in der FPV eine ausdrückliche, auf allgemeinen wirtschaftlichen und medizinischen Erwägungen beruhende Regelung für eine bestimmte Fallgestaltung getroffen, so kann sich die Krankenkasse im Rahmen der Auffälligkeitsprüfung nicht darauf berufen, dass die Anwendung dieser Regelung im konkreten Einzelfall gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot verstößt. Eine andere Sichtweise würde die gesetzlich vorgesehene und gewünschte Pauschalierung der Abrechnungsbestimmungen konterkarieren. Es geht nicht an, auf der einen Seite eine pauschalierende Vorschrift zu Lasten der Krankenhäuser auch dann anzuwenden, wenn zwei Aufenthalte medizinisch erforderlich waren, auf der anderen Seite aber zugunsten der Krankenkassen gegen die gleiche pauschalierende Vorschrift eine Berufung auf die Unwirtschaftlichkeit im Einzelfall zuzulassen.

Die Einhaltung des Wirtschaftlichkeitsgebots wird dagegen im Rahmen der Anwendung der Vorschriften der FPV auf andere Weise sichergestellt. Das Vergütungssystem ist samt seiner Abrechnungsbestimmungen vom Gesetzgeber als "lernendes System" angelegt, das nach § 17b Abs. 2 Satz 1 KHG durch die Vertragsparteien jährlich an medizinische Entwicklungen, Verweildauerverkürzungen und Leistungsverlagerungen zu und von anderen Versorgungsbereichen anzupassen ist. Dabei müssen sich die Vertragsparteien gemäß § 17b Abs. 2 Satz 2 KHG unter Wahrung der Qualität der Leistungserbringung an wirtschaftlichen Versorgungsstrukturen und Verfahrensweisen orientieren. Es ist daher Aufgabe und Pflicht der in § 17b Abs. 2 Satz 1 KHG genannten Vertragsparteien, Wirtschaftlichkeitserwägungen im Rahmen der jährlichen Anpassung der Abrechnungsvorschriften zu berücksichtigen. In dem "lernenden System" sind bei zutage tretenden Unrichtigkeiten oder Fehlsteuerungen in erster Linie die Vertragsparteien berufen, diese mit Wirkung für die Zukunft zu beseitigen (BSG, Urteil vom 19.06.2018 – [B 1 KR 30/17 R](#) – juris Rn. 14; Urteil vom 17.11.2015 – [B 1 KR 41/14 R](#) – juris Rn. 13; Urteil vom 28.11.2013 – [B 3 KR 33/12 R](#) – juris Rn. 18; Urteil vom 12.07.2012 – [B 3 KR 18/11 R](#) – juris Rn. 24; Urteil vom 08.11.2011 – [B 1 KR 8/11 R](#) – juris Rn. 27; Urteil vom 25.11.2010 – [B 3 KR 4/10 R](#) – juris Rn. 18). Können sich die Vertragsparteien über die Anpassung von Abrechnungsbestimmungen (§ 9 Abs. 1 Nr. 3 KHEntgG) nicht einigen, entscheidet gemäß § 9 Abs. 2 Satz 1 Halbs. 2 KHEntgG die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 6 KHG. Die Schiedsstelle ihrerseits hat bei ihrem Schiedsspruch zu beachten, dass die vereinbarten Vergütungsregelungen einer wirtschaftlicher Verfahrensweise i.S. von § 17b Abs. 2 Satz 2 KHG und damit zugleich dem Wirtschaftlichkeitsgebot entsprechen (zum Schiedsspruch einer Schiedsstelle nach [§ 114 SGB V](#): BSG, Urteil vom 13.11.2012 – [B 1 KR 27/11 R](#) – juris Rn. 35 ff.).

Der Senat weicht damit nicht von der Rechtsprechung des BSG zum Fallsplitting ab. In den von dem BSG entschiedenen Fällen (Urteil vom 01.07.2014 - [B 1 KR 62/12 R](#) - juris; Urteil vom 10.03.2015 - [B 1 KR 3/15 R](#) - juris; Urteil vom 28.03.2017 - [B 1 KR 29/16 R](#) - juris) war die Fallzusammenführung in der FPV weder ausdrücklich angeordnet noch ausdrücklich ausgeschlossen. Nur zu Fallgestaltungen, in denen die Regelungen der FPV über die Fallzusammenführung nicht anwendbar waren, hat das BSG entschieden, dass eine Fallzusammenführung aufgrund des Wirtschaftlichkeitsgebots zu prüfen ist. Um eine solche Fallgestaltung geht es hier aber nicht. Vorliegend ist mit § 2 Abs. 2 FPV 2010 i.V.m. Spalte 13 Fallpauschalen-Katalog eine ausdrückliche Regelung über die Fallzusammenführung und deren Ausnahmen einschlägig, die zwar auf Wirtschaftlichkeitserwägungen beruht, bei der aber - wie dargestellt - nicht im Einzelfall die Wirtschaftlichkeit der Vorgehensweise zu prüfen ist. Soweit das BSG in den vorgenannten Entscheidungen betont, dass auch das Vertragsrecht dem Wirtschaftlichkeitsgebot genügen muss (Urteil vom 01.07.2014 - [B 1 KR 62/12 R](#) - juris Rn. 22; Urteil vom 10.03.2015 - [B 1 KR 3/15 R](#) - juris Rn. 25), führt dies zu keinem anderen Ergebnis. Auch der erkennende Senat geht davon aus, dass das Vertragsrecht dem Wirtschaftlichkeitsgebot entsprechen muss - und zwar über § 17b Abs. 2 Satz 2 KHG selbst dasjenige der FPV. Hieraus folgt aber nicht, dass in der Anwendung der FPV bei jedem abzurechnenden stationären Aufenthalt, der von der Fallzusammenführung vertraglich ausgeschlossen ist, zusätzlich geprüft werden muss, ob im Einzelfall eine wirtschaftliche Behandlung vorgelegen hat. Vielmehr ist es Sache der Vertragsparteien nach § 17b Abs. 2 Satz 1 KHG in den Regelungen der FPV das Wirtschaftlichkeitsgebot zu konkretisieren. Soweit sie dies - wie hier in § 2 Abs. 2 FPV 2010 für die Fallzusammenführung bei Folgebehandlung in "operativer Partition" - getan haben, ohne dabei ihren Gestaltungsspielraum zu überschreiten, dürfen die Gerichte ihre eigenen Wertungen nicht an die Stelle der vom Normgeber getroffenen Wertungen setzen (vgl. BSG, Urteil vom 24.04.2018 - [B 1 KR 13/16 R](#) - juris Rn. 35). Der Senat weicht auch nicht von der vom BSG in den vorgenannten Entscheidungen zitierten Rechtsprechung ab. Nach dem dort zitierten Beschluss des Großen Senats des BSG (vom 25.09.2007 - [GS 1/06](#) - juris Rn. 31) soll durch Verträge nach [§ 112 SGB V](#) sichergestellt werden, dass Art und Umfang der Krankenhausbehandlung den Anforderungen des Gesetzes entsprechen, weshalb die Krankenkassen keine Verträge nach [§ 112 SGB V](#) abschließen dürfen, die dem Wirtschaftlichkeitsgebot widersprechen. Das weiter zitierte Urteil des 1. Senats des BSG (vom 13.11.2012 - [B 1 KR 27/11 R](#) - juris) betraf die Frage, ob die Schiedsstelle nach [§ 114 SGB V](#) das Wirtschaftlichkeitsgebot zu beachten hat, was vom BSG bejaht wurde. Diesen Entscheidungen kann entnommen werden, dass abstrakt-generelle Regelungen in Normenverträgen dem Wirtschaftlichkeitsgebot zu entsprechen haben. Den Entscheidungen kann hingegen nicht entnommen werden, dass dem Wirtschaftlichkeitsgebot genügende abstrakt-generelle Regelungen im Einzelfall unter Berufung auf das Wirtschaftlichkeitsgebot durchbrochen werden können. Vielmehr geht auch das BSG davon aus, dass das DRG-basierte Vergütungssystem gemäß § 17b Abs. 2 Satz 1 KHG vom Gesetzgeber als jährlich weiter zu entwickelndes und damit als "lernendes" System angelegt ist und dass demzufolge bei zutage tretenden Unrichtigkeiten oder Fehlsteuerungen in erster Linie die Vertragsparteien berufen sind, diese mit Wirkung für die Zukunft zu beseitigen (BSG, Urteil vom 08.11.2011 - [B 1 KR 8/11 R](#) - juris Rn. 27; Urteil vom 08.09.2009 - [B 1 KR 11/09 R](#) - juris Rn. 18; Urteil vom 17.11.2015 - [B 1 KR 41/14 R](#) - juris Rn. 13).

Allerdings greift der von der Beklagten geltend gemachte Einwand der Fehlbelegung für die ersten drei Tage des zweiten Krankenhausaufenthaltes durch. Der Vergütungsanspruch für die Krankenhausbehandlung entsteht nur, wenn diese erforderlich und wirtschaftlich ist (BSG, Urteil vom 23.06.2015 - [B 1 KR 26/14 R](#) - juris Rn. 34, m.w.N.). Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit ist ein Krankheitszustand, dessen Behandlung den Einsatz der besonderen Mittel eines Krankenhauses erforderlich macht (vgl. BSG, a.a.O., Rn. 35, m.w.N.). Ob einem Versicherten vollstationäre Krankenhausbehandlung zu gewähren ist, richtet sich allein nach den medizinischen Erfordernissen. Ermöglicht es der Gesundheitszustand des Patienten, das Behandlungsziel durch andere Maßnahmen, insbesondere durch ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege, zu erreichen, so besteht kein Anspruch auf stationäre Behandlung und damit auch kein Vergütungsanspruch des Krankenhauses (BSG, a.a.O.). Im vorliegenden Fall konnte die Klägerin nicht nachweisen, dass eine vollstationäre Krankenhausbehandlung in den ersten drei Tagen vor der Operation, d.h. in der Zeit vom 07.05.2010 bis 09.05.2010, nach dem vorgenannten Maßstab erforderlich war. Die von der Klägerin vorgetragene Gründe für die Aufnahme der Versicherten bereits am Freitag, den 07.05.2010, konnten den Senat nicht davon überzeugen, dass in dem Zeitraum 07.05.2010 bis 09.05.2010 Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit im vorgenannten Sinne vorgelegen hat. Der Senat folgt insoweit der Einschätzung des SMD, dass die von der Klägerin genannten vorbereitenden Maßnahmen auch ambulant hätten erfolgen können. Die Klägerin selber geht in ihrem Schriftsatz vom 14.01.2010 davon aus, dass "sich zwischenzeitlich ein anderes Vorgehen etabliert hat" (Bl. 94 f. der Gerichtsakte). Die Klägerin konnte daher für diese Tage den tagesbezogenen Investitionszuschlag in Höhe von 5,62 EUR nicht beanspruchen. Von der von der Klägerin geltend gemachten Forderung in Höhe 10.857,46 EUR war daher ein Betrag in Höhe von 16,86 EUR abzuziehen. Eine weitere Änderung des Rechnungsbetrages ergibt sich wegen der dreitägigen Fehlbelegung nicht. Selbst die von der Klägerin angenommenen 20 Belegungstage überschritten nämlich nicht die obere Grenzverweildauer, so dass auch die Rechnung vom 03.06.2010 keinen Zuschlag gemäß § 1 Abs. 2 FPV 2010 enthalten hatte.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) i.V.m. [§ 154 Abs. 2](#) und [§ 155 Abs. 1 Satz 3](#) Verwaltungsgerichtsordnung.

Der Senat hat die Revision wegen grundsätzlicher Bedeutung zugelassen, [§ 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG](#).

Die Festsetzung des Streitwerts ergibt sich aus [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i.V.m. [§ 63 Abs. 2 Satz 1](#), [§ 52 Abs. 1, Abs. 3 Satz 1](#) und [§ 47 Abs. 1 Satz 1](#) Gerichtskostengesetz.

Rechtskraft

Aus

Login

FSS

Saved

2019-08-29