

L 5 KR 88/15

Land

Schleswig-Holstein

Sozialgericht

Schleswig-Holsteinisches LSG

Sachgebiet

Krankenversicherung

Abteilung

5

1. Instanz

SG Lübeck (SHS)

Aktenzeichen

S 3 KR 519/12

Datum

07.05.2015

2. Instanz

Schleswig-Holsteinisches LSG

Aktenzeichen

L 5 KR 88/15

Datum

23.08.2018

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

B 1 KR 78/18 B

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Lübeck vom 7. Mai 2015 wird zurückgewiesen. Die Beklagte hat die Kosten des Berufungsverfahrens zu tragen. Die Revision wird nicht zugelassen. Der Streitwert wird auf 782,45 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Vergütung einer stationären Krankenhausbehandlung.

Rechtsvorgängerin der Klägerin war bis 2013 die katholische Wohltätigkeitsanstalt zur heiligen Elisabeth, eine rechtsfähige Stiftung des öffentlichen Rechts mit Sitz in R. Im Krankenhaus der Klägerin in L war die bei der Beklagten versicherte Ursula F (Versicherte) ab dem 1. November 2010 in stationärer Behandlung. Die Aufnahme erfolgte wegen vaginaler Blutungen. Ausweislich des Entlassungsberichts vom 16. November 2010 bestanden unter anderem ein hochgradiger Verdacht auf einen Harnblasentumor, eine Makrohämaturie unter oraler Antikoagulation mit Marcumar – induziertem Quick (7 %), ein Verdacht auf begleitenden Harnwegsinfekt, eine Multiple Sklerose seit dem 18. Lebensjahr, eine tiefe Beinvenen-thrombose und tiefe Beckenvenenthrombose 9/2003, seitdem orale Antikoagulation mit Coumadin, aktuell ausgesetzt, Verdacht auf Leberzirrhose mit unklarer Genese, arterielle Hypertonie und Folsäuremangel.

Am 3. November 2010 wurde die Versicherte in die Gemeinschaftsklinik K – /K in K verlegt. Ausweislich des Entlassungsberichts des Elisabethkrankenhauses L sollte eine weitere Diagnostik und Therapie wegen des im CT gesehenen hochgradigen Verdachts auf Harnblasenkarzinom durchgeführt werden. Außerdem sollte noch geklärt werden, ob eine weiterführende orale Antikoagulation erforderlich war.

In der Zeit vom 3. November 2010 bis zum 11. November 2010 war die Versicherte in dem Krankenhaus K in K in stationärer Behandlung. Ausweislich des Entlassungsberichts vom 11. November 2010 wurde die Versicherte mit einer Antibiose weiterbehandelt. Im Rahmen einer diagnostischen Zystoskopie wurde ein Blasentumor ausgeschlossen. Die Versicherte wurde am 11. November 2010 nach Hause entlassen. Die Uhrzeit der Entlassung lässt sich den von der Beklagten vorgelegten Akten nicht entnehmen.

Am 12. November 2010 um 10:20 Uhr wurde die Versicherte durch den Notarzt wegen eines Kollapses in das Elisabethkrankenhaus L eingewiesen. Ausweislich des Entlassungsberichts vom 19. Januar 2012 wurden dort die Diagnosen einer Gastroenteritis nach antibiotischer Therapie gestellt. Die Patientin wurde am 10. Dezember 2010 in die Kurzzeitpflege verlegt.

Die Rechtsvorgängerin der Klägerin machte mit Rechnung vom 26. November 2010 Krankenhausbehandlungskosten für den Zeitraum vom 1. November 2010 bis zum 3. November 2010 in Höhe von 1.127,55 EUR geltend. Diese Rechnung wurde am 17. Dezember 2010 von der Beklagten bezahlt. Mit Rechnung vom 27. Dezember 2010 machte die Rechtsvorgängerin der Klägerin Kosten der Krankenhausbehandlung für den Zeitraum vom 12. November 2010 bis zum 10. Dezember 2010 in Höhe in Höhe von 5.181,62 EUR geltend. Diese Rechnung wurde am 17. Februar 2011 bezahlt.

Mit Schreiben vom 10. November 2011 teilte die Beklagte der Rechtsvorgängerin der Klägerin mit, dass die Behandlungen vom 1. November 2010 bis zum 3. November 2010 und vom 12. November 2010 bis zum 10. Dezember 2010 nicht gesondert abgerechnet werden könnten. Es sei vielmehr eine Fallzusammenführung vorzunehmen, da die Patientin innerhalb 30 Kalendertagen ab Entlassungsdatum des ersten Krankenhausfalls in dasselbe Krankenhaus rückverlegt worden sei. Mit Schreiben vom 28. November 2011 lehnte das Krankenhaus eine Fallzusammenführung und Stornierung der Rechnungen ab.

Die Beklagte verrechnete daraufhin am 12. Dezember 2011 einen Betrag in Höhe von 5.181,62 EUR. Am 16. Juni 2012 verrechnete sie 1.127,55 EUR. Am gleichen Tag zahlte sie an die Klägerin 5.526,72 EUR.

Am 30. Juli 2012 hat die Rechtsvorgängerin der Klägerin beim Sozialgericht Lübeck Klage auf Zahlung von 1.910,00 EUR nebst Zinsen erhoben. Während des Klageverfahrens hat sie die Klage teilweise zurückgenommen und zuletzt nur noch die Zahlung von 782,45 EUR nebst Zinsen verlangt.

Zur Begründung hat sie im Wesentlichen ausgeführt, die Beklagte sei nicht berechtigt gewesen, eine Stornierung der Rechnungen vom 26. November 2010 und 27. Dezember 2010 vorzunehmen. Sie habe die Frist des [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) versäumt. Außerdem habe es die Beklagte unterlassen, den medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) einzuschalten. Im Übrigen sei eine Verrechnung der Forderungen nach den Grundsätzen von Treu und Glauben ausgeschlossen, weil zwischen der Rechnungsstellung am 26. November 2010 und dem Schreiben der Beklagten vom 10. November 2011 ein Zeitraum von einem Jahr liege. Im Übrigen seien die Voraussetzungen einer Fallzusammenführung nicht erfüllt. Die Versicherte sei am 11. November 2010 regulär aus dem Krankenhaus K nach Hause entlassen worden. Aufgrund von gesundheitlichen Problemen, die am 12. November 2010 aufgetreten seien, sei die Versicherte am selben Tag erneut in das Krankenhaus der Klägerin stationär aufgenommen worden. Sie sei nicht vom K verlegt worden. Eine Einstufung des Behandlungsfalls ab 12. November 2010 sei auch nicht nach derselben Basis-DRG vorgenommen worden wie im Zeitraum vom 1. November 2010 bis zum 3. November 2010.

Die Klägerin hat beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, an sie 782,45 EUR nebst Zinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 12. Dezember 2011 zu zahlen.

Die Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Zur Begründung hat sie im Wesentlichen ausgeführt, dass eine gesonderte Abrechnung der beiden streitbefangenen Krankenhausaufenthalte nicht korrekt sei. Nach § 3 Abs. 3 Satz 1 der Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser in Rheinland-Pfalz für das Jahr 2010 (FPV 2010) sei eine Fallzusammenführung vorzunehmen. Nach dieser Vorschrift seien bei einer Rückverlegung eines Patienten innerhalb von 30 Tagen nach Entlassungsdatum des ersten Krankenhausaufenthalts in dasselbe Krankenhaus die Falldaten des ersten Krankenhausaufenthalts und aller weiteren, innerhalb dieser Frist in diesem Krankenhaus aufgenommenen Fälle zusammenzufassen und eine Neueinstufung nach den Vorgaben des § 2 Abs. 4 Satz 1–7 FPV 2010 in eine Fallpauschale durchzuführen. Der Fallzusammenführung stehe auch nicht entgegen, dass nicht innerhalb der Frist des [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) der MDK beauftragt worden sei. Einer Hinzuziehung des MDK habe es vorliegend nicht bedurft. Die Rechnungsprüfung der Beklagten verstoße schließlich auch nicht gegen Treu und Glauben.

Mit Urteil vom 7. Mai 2015 hat das Sozialgericht die Beklagte verurteilt, der Klägerin 782,45 EUR nebst Zinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 12. Dezember 2011 zu zahlen. Zur Begründung hat das Sozialgericht unter anderem ausgeführt, dass die Klägerin die streitbefangenen Zeiträume zutreffend abgerechnet habe. Insbesondere habe die Berechtigung bestanden, die geltend gemachten DRG für die beiden streitbefangenen Verhandlungszeiträume geltend zu machen. Eine Neueinstufung in eine Fallpauschale nach § 3 Abs. 3 iVm § 2 Abs. 4 Satz 1–6 FPV 2010 sei nicht durchzuführen. Nach § 3 Abs. 3 Satz 1 FPV 2010 habe das wiederaufnehmende Krankenhaus die Falldaten des ersten Krankenhausaufenthalts und aller weiteren, innerhalb dieser Frist in diesem Krankenhaus aufgenommenen Fälle zusammenzufassen und eine Neueinstufung nach den Vorgaben des § 2 Abs. 4 Satz 1–6 in einer Fallpauschale durchzuführen sowie Abs. 2 Satz 1 anzuwenden, wenn ein Patient oder eine Patientin aus einem Krankenhaus in weitere Krankenhäuser verlegt und von diesen innerhalb von 30 Kalendertagen ab dem Entlassungsdatum des ersten Krankenhausaufenthalts in dasselbe Krankenhaus zurückverlegt werde (Rückverlegung). Diese Voraussetzungen seien hier nicht erfüllt. Zwar sei die Versicherte aus dem Krankenhaus der Klägerin in ein weiteres Krankenhaus (K) verlegt worden und innerhalb von 30 Kalendertagen ab dem Entlassungsdatum in dem Krankenhaus der Klägerin wieder aufgenommen worden. Es fehle jedoch an dem Tatbestand der Rückverlegung. Die Versicherte sei aus dem K nicht in das Krankenhaus der Klägerin zurückverlegt worden. Vielmehr sei die Versicherte nach Durchführung der Diagnostik zum Ausschluss einer Tumorerkrankung nach Hause entlassen worden. Damit sei der Behandlungsverlauf, der mit der Aufnahme der Versicherten im Krankenhaus der Klägerin am 1. November 2010 begonnen habe, abgeschlossen gewesen. Die Versicherte sei erst am 12. November 2010 aufgenommen worden. Die Wiederaufnahme sei nicht auf Veranlassung des Krankenhauses K erfolgt. Es habe sich vielmehr um eine Einweisung durch einen Notarzt gehandelt. Grund für die Einweisung sei auch nicht ein Krankheitsgeschehen, das bereits während des ersten Krankenhausaufenthaltes in der Zeit vom 1. November 2010 bis zum 3. November 2010 vorgelegen habe.

Gegen dieses der Beklagten am 11. August 2015 zugestellte Urteil richtet sich ihre Berufung, die am 17. August 2015 bei dem Schleswig-Holsteinischen Landessozialgericht eingegangen ist. Die Beklagte ist weiterhin der Auffassung, dass die beiden stationären Behandlungsaufenthalte in dem Krankenhaus der Klägerin zusammenzuführen und mit nur einer Fallpauschale abzurechnen seien. Gemäß § 3 Abs. 3 Satz 1 FPV 2010 habe das wiederaufnehmende Krankenhaus für Patienten, die in andere Krankenhäuser verlegt und innerhalb von 30 Kalendertagen ab dem Entlassungsdatum des ersten Krankenhausaufenthalts in dasselbe Krankenhaus zurückverlegt werden (Rückverlegung), die Falldaten des ersten Krankenhausaufenthalts und aller weiteren, innerhalb dieser Frist in diesem Krankenhaus aufgenommenen Fälle zusammenzufassen und eine Neueinstufung nach den Vorgaben des § 2 Abs. 4 Satz 1 bis 7 FPV 2010 in eine Fallpauschale durchzuführen. Diese Vorgaben seien von der Klägerin verletzt worden. Die §§ 1 Abs. 1 Satz 4, 3 Abs. 3 Satz 1 FPV 2010 seien einer Auslegung nicht zugänglich und Vergütungsregelungen nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts grundsätzlich streng nach ihrem Wortlaut auszulegen, um Fehlinterpretationen und Missverständnisse zu vermeiden. Die Regelung des § 3 FPV sei wie die Regelung des § 2 Abs. 2 Satz 1 FPV so angelegt, dass über die Fallzusammenführung anhand von DRG-Nummern und konkreten Fristen entschieden werde. Soweit das Sozialgericht meine, den Tatbestand der Rückverlegung verneinen zu können, liege eine fehlerhafte Auslegung der FPV 2010 zugrunde. Die Definition der Verlegung finde sich in § 1 Abs. 1 Satz 4 FPV. Danach liege eine Verlegung vor, wenn zwischen der Entlassung aus einem Krankenhaus und der Aufnahme in einem anderen Krankenhaus nicht mehr als 24 Stunden vergangen seien. Maßgeblich für die Feststellung der Verlegung sei danach allein der zwischen Entlassung und Aufnahme liegende Zeitraum. Entsprechendes

gelte für die Rückverlegung, die einen Unterfall der Verlegung darstelle. Die Beklagte beruft sich insoweit auf die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (Urteil vom 1. Juli 2014 – [B 1 KR 2/13 R](#) – und Urteil vom 17. Dezember 2013 – [B 1 KR 57/12](#) –) und des Hessischen Landessozialgerichts (Urteil vom 14. Juni 2017 – [L 8 KR 27/16](#) –). Danach fordere § 1 Abs. 1 Satz 4 FPV im Gegensatz zu § 2 Abs. 2 FPV keinen prägenden sachlichen Zusammenhang, sondern stelle lediglich auf die Zeitkomponente ab und sei streng nach Wortlaut auszulegen.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Lübeck vom 7. Mai 2015 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das Urteil des Sozialgerichts für zutreffend und macht geltend, dass eine Fallzusammenführung nach § 2 FPV 2010 nur vorzunehmen sei, wenn bei der Wiederaufnahme eine Einstufung in dieselbe Basis-DRG vorgenommen werde. Das sei hier nicht geschehen. Die Abrechnung für den ersten Aufenthalt sei nach DRG I.62.A und für den zweiten nach DRG G87A erfolgt. Weiterhin regele § 2 Abs. 2 FPV 2010, dass eine Zusammenführung der Falldaten zu einem Fall und eine Neueinstufung der Fallpauschale nur dann vorzunehmen sei, wenn innerhalb der gleichen Hauptdiagnosegruppe (MDC) die zuvor abrechenbare Fallpauschale in die "medizinische Partition" oder die "andere Partition" und die anschließende Fallpauschale in die "operative Partition" einzugruppieren sei. Die Versicherte sei bei ihrem ersten stationären Aufenthalt in die Hauptdiagnosegruppe (MDC) 11 und bei dem stationären Aufenthalt ab 2. November 2010 in die Hauptdiagnosegruppe 06 eingestuft worden. Mithin sei keine Fallzusammenführung vorzunehmen. Ein Rückverlegungsabschlag gemäß § 3 Abs. 3 FPV 2010 sei ebenfalls nicht zu berücksichtigen. Die Versicherte sei aus dem K K am 11. November 2010 regulär entlassen worden. Die Aufnahme im Krankenhaus der Klägerin sei am 12. November 2010 aufgrund notärztlicher Einweisung erfolgt. Der Wortlaut von § 3 Abs. 3 FPV 2010 fordere eine Rückverlegung durch das Krankenhaus (hier des K s K) in das verlegende Krankenhaus (St. Elisabeth-Krankenhaus L). Hier ergebe sich jedoch eindeutig aus den Entlassungsberichten, dass die Behandlung im K K abgeschlossen gewesen und die Patientin nach Hause entlassen worden sei. Außerdem macht die Klägerin geltend, dass die Beklagte nicht nachgewiesen habe, dass zwischen der Entlassung der Versicherten am 11. November 2010 und der erneuten Aufnahme am 12. November 2010 ein Zeitraum von 24 Stunden liege.

Die Beteiligten haben sich schriftsätzlich mit einer Entscheidung des Senats ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird Bezug genommen auf den Inhalt der Gerichtsakten, der Verwaltungsakten der Beklagten und der Krankenakten. Diese haben dem Senat vorgelegen und sind Gegenstand der Beratung gewesen.

Entscheidungsgründe:

Im Einverständnis der Beteiligten konnte der Senat gemäß [§ 124 Abs. 2](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) ohne mündliche Verhandlung entscheiden.

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung ist zulässig; sie ist jedoch nicht begründet.

Die Klägerin macht einen Anspruch auf Zahlung der Vergütung für eine vollstationäre Behandlung der Versicherten gegen die Beklagte zu Recht mit der echten Leistungsklage nach [§ 54 Abs. 5 SGG](#) geltend. Die Klage eines Krankenhausträgers auf Zahlung der Kosten für die Behandlung einer Versicherten gegen eine Krankenkasse ist ein Beteiligtenstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt, kein Vorverfahren durchzuführen und keine Klagefrist zu beachten ist (vgl. Bundessozialgericht, Urteil vom 16. Dezember 2008, [B 1 KN 3/08 KR R](#) mwN).

Rechtsgrundlage des streitigen Vergütungsanspruchs der Klägerin in Höhe von 782,45 EUR ist [§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) in Verbindung mit den Bestimmungen der für das Land Rheinland-Pfalz abgeschlossenen FPV 2010. Dies hat das Sozialgericht zutreffend entschieden.

Die Zahlungsverpflichtung der Krankenkasse entsteht unabhängig von einer schriftlichen Kostenzusage unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch die Versicherte, wenn die Versorgung in einem – wie hier – zugelassenen Krankenhaus durchgeführt wird und im Sinne von [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) erforderlich ist. Die Voraussetzungen des streitigen Vergütungsanspruchs sind erfüllt. Es besteht zwischen den Beteiligten kein Streit darüber, dass die Versicherte in den Zeiträumen vom 1. November 2010 bis 3. November 2010 und 12. November 2010 bis 10. Dezember 2010 überhaupt der Krankenhausbehandlung bedurfte und dass die erbrachte Behandlungsleistung der Klägerin die Voraussetzung der abgerechneten Positionen als solche erfüllte. Die Beteiligten streiten ausschließlich darüber, ob eine Fallzusammenführung gemäß § 3 Abs. 3 Satz 1 FPV 2010 geboten ist oder nicht.

Entgegen der Auffassung der Beklagten liegen die Voraussetzungen für eine solche Fallzusammenführung nach § 3 Abs. 3 Satz 1 FPV 2010 nicht vor, der lautet:

"Wird ein Patient oder eine Patientin aus einem Krankenhaus in weitere Krankenhäuser verlegt und von diesem innerhalb von 30 Kalendertagen ab dem Entlassungsdatum eines ersten Krankenhausaufenthalts in dasselbe Krankenhaus zurückverlegt (Rückverlegung), hat das wieder aufnehmende Krankenhaus die Falldaten des ersten Krankenhausaufenthalts und alle weiteren innerhalb dieser Frist in diesem Krankenhaus aufgenommenen Fälle zusammenzufassen und eine Neueinstufung nach den Vorgaben des § 2 Abs. 4 Satz 1-6 in eine Fallpauschale durchzuführen sowie Abs. 2 Satz 1 anzuwenden."

Wann eine Verlegung in diesem Sinne vorliegt, ist § 1 Abs. 1 Satz 4 FPV 2010 zu entnehmen. Danach liegt eine Verlegung vor, wenn zwischen der Entlassung aus einem Krankenhaus und der Aufnahme in einem anderen Krankenhaus nicht mehr als 24 Stunden vergangen sind. Ob hier zwischen der Entlassung der Versicherten und Aufnahme im Krankenhaus der Klägerin am 12. November 2010 keine 24

Stunden vergangen waren, ist nicht geklärt. Dies konnte jedoch letztlich dahinstehen. Denn bei der gebotenen Auslegung führt § 3 Abs. 3 Satz 1 FPV 2010 iVm mit § 1 Abs. 1 Satz 4 FPV 2010 nur dann zu einer Fallzusammenführung, wenn im Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus die erforderliche medizinische Behandlung für die Versicherte noch nicht abgeschlossen ist (Thüringer Landessozialgericht, Urteil vom 28. August 2012, [L 6 KR 295/11](#) in juris Rn. 24 ff.).

Zur Begründung hat das Thüringer Landessozialgericht ausgeführt:

"Die Anwendung der FPV-Abrechnungsbestimmungen unterliegt nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts grundsätzlich den allgemeinen Auslegungsmethoden der Rechtswissenschaft. Im Gegensatz zu früheren Entscheidungen (vgl. BSG, Urteil vom 16. Dezember 2008 – Az.: [B 1 KR 10/08 R](#), zitiert nach Juris, Rn. 13) hat das BSG nunmehr ausgeführt, dass die Abrechnungsbestimmungen wegen ihrer Funktion im Gefüge der Ermittlung des Vergütungstatbestandes innerhalb eines vorgegebenen Vergütungssystems zwar eng am Wortlaut orientiert, aber auch unterstützt durch systematische Erwägungen auszulegen sind (BSG, Urteil vom 6. März 2012 – Az.: [B 1 KR 15/11 R](#), zitiert nach Juris, Rn. 17). Das DRG basierte Vergütungssystem sei vom Gesetzgeber als jährlich weiter zu entwickelndes und damit lernendes System angelegt. Daher seien bei Unrichtigkeiten oder Fehlsteuerungen in erster Linie die Vertragsparteien berufen, hieran Änderungen vorzunehmen. Auch unter Berücksichtigung dieses verengten Auslegungsmaßstabes ergibt sich aus dem Wortlaut und dem Regelungssystem der FPV 2005, dass von einer Verlegung im Sinne der Vorschriften nur dann gesprochen werden kann, wenn zum Zeitpunkt der Entlassung des Versicherten die Krankenhausbehandlung zumindest vorläufig als abgeschlossen anzusehen ist. Diese Auslegung steht auch mit dem Wortlaut der Vorschrift des § 1 Abs. 1 Satz 4 FPV 2005 im Einklang. Die Definition des Begriffs der Verlegung knüpft dabei an denjenigen der Entlassung aus einem Krankenhaus an. Zwar ist unter Entlassung zunächst der rein tatsächliche Vorgang einer Beendigung der Krankenhausbehandlung zu verstehen. Jedoch ergibt die vorzunehmende Auslegung unter Berücksichtigung der Systematik der Fallpauschalenvereinbarung für das Jahr 2005, dass im Fall einer unmittelbaren, das heißt in einem Zeitraum von 24 Stunden erfolgenden Wiederaufnahme in ein anderes Krankenhaus, von einer Entlassung beziehungsweise Verlegung nur die Rede sein kann, wenn die Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit des Patienten zum Zeitpunkt der Entlassung noch weiter besteht. Denn die gesetzlichen Grundlagen für das Fallpauschalensystem im Krankenhausentgeltgesetz und dem Krankenhausfinanzierungsgesetz gehen im Grundsatz davon aus, dass das Krankenhaus für einen Behandlungsfall vergütet wird. Den Auftrag des § 17b Abs. 1 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG), mit den Entgelten nach Satz 1 die allgemeinen vollstationären und teilstationären Krankenhausleistungen für einen Behandlungsfall zu vergüten, setzt die Vorschrift des § 8 Abs. 2 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntG) um. Sie stellt im Einklang mit den Vorgaben des § 17b Abs. 1 Satz 3 KHG auf einen Behandlungsfall ab. Für diesen sind entsprechend § 8 Abs. 2 Satz 1 KHEntG Fallpauschalen zu berechnen, die in dem Fallpauschalenkatalog nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KHEntG näher bestimmt sind. Ausgehend von diesen Grundsätzen ist unter Behandlungsfall bei einer stationären Behandlung im Fallpauschalensystem die gesamte Behandlung derselben Erkrankung zu verstehen, die ein Patient von der stationären Aufnahme bis zur Entlassung aus der stationären Behandlung erhält. Ein neuer medizinischer Behandlungsfall kann unter Berücksichtigung des Sinns und Zwecks des Fallpauschalensystems erst zur Abrechnung gelangen, wenn der vorhergehende medizinische Behandlungsfall als abgeschlossen anzusehen ist. Dies ist erst anzunehmen, wenn der/die Versicherte die aus medizinischer Sicht erforderliche Behandlung in vollem Umfang erhalten hat. Abzustellen ist dabei, wie bei der Frage der Notwendigkeit einer stationären Krankenhausbehandlung, auf den im Entscheidungszeitpunkt verfügbaren Wissens- und Kenntnisstand des verantwortlichen Krankenhausarztes (vgl. zum Prüfungsmaßstab bei der Frage der Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung BSG, Beschluss vom 25. September 2007 – Az.: [GS 1/06](#) = BSGE 99, 111-122).

Diese Systematik liegt der Regelung des § 1 Abs. 1 Satz 1 FPV 2005 zu Grunde, dass als Behandlung die jeweils abzurechnende Einheit versteht. Entsprechend sieht § 1 Abs. 1 Satz 1 FPV 2005 jeden zeitlich ununterbrochenen vollstationären oder teilstationären Krankenhausaufenthalt jeweils als einen abzurechnenden Fall an (BSG, Urteil vom 6. März 2012 – Az.: [B 1 KR 15/11 R](#), zitiert nach Juris, Rn. 19). § 1 Abs. 1 Satz 2 FPV 2007 schafft hiervon insoweit eine Ausnahme für Verlegungen in ein anderes Krankenhaus, in dem jedem beteiligten Krankenhaus die Abrechnung eines Falles gestattet wird. Dabei sind allerdings Abschlüsse nach § 3 FPV 2005 in Ansatz zu bringen. Wann, abgesehen von Fällen der Verlegung, eine Zusammenfassung der Falldaten zu einem Fall und eine Neueinstufung in eine Fallpauschale vorzunehmen ist, bestimmt § 2 FPV 2005 (Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus). In dieser Vorschrift wird im Einzelnen geregelt, unter welchen Voraussetzungen eine Mehrheit von Behandlungsabschnitten zu einem Fall als einer abrechnungstechnisch selbstständigen Behandlung zusammenzufassen oder als eine Mehrheit selbstständiger Behandlungen abzurechnen ist. § 3 Abs. 1 und § 3 Abs. 2 Satz 1 FPV 2005 knüpfen hieran an. § 3 FPV 2005 unterscheidet nicht zwischen der einmaligen nicht unterbrochenen Behandlung und den zu einer Behandlung zusammengefassten zeitlich voneinander getrennten mehreren Behandlungsabschnitten. Diese Systematik verdeutlicht, dass die Regelung über die Berechnung des Verlegungsabschlages und seinen Ausschluss unterschiedslos alle Varianten einer selbstständigen Behandlung, eben die Behandlung als solche, betreffen. Da somit der Begriff der Verlegung und insbesondere die Berechnung des Verlegungsabschlages an den Begriff Behandlung als abzurechnende Einheit anknüpfen, hat dies zugleich zur Folge, dass ein Verlegungsabschluss nur vorgenommen werden kann, wenn zum Zeitpunkt der Entlassung des Versicherten aus dem Krankenhaus seine Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit noch nicht aufgehoben, sondern eine weitere Behandlung erforderlich war. Sofern diese Behandlung dann innerhalb von 24 Stunden mit Aufnahme in einem anderen Krankenhaus fortgesetzt wird, ordnet § 3 FPV 2005 entsprechende Abschlüsse bei der Vergütung an. Dieses Auslegungsergebnis entspricht auch dem Sinn und Zweck der Vorschriften der FPV 2005, wie sie in den §§ 2 und 3 FPV 2005 zum Ausdruck kommt. Die Entscheidung der Vertragsparteien in § 1 Abs. 1 Satz 2 FPV 2005, im Falle einer Verlegung jedem beteiligten Krankenhaus die Abrechnung der Fallpauschale zu ermöglichen, kann zu ökonomischen Fehlanreizen führen. Insbesondere besteht die Gefahr rein wirtschaftlich motivierter Verlegungen von Versicherten. Um dem entgegenzuwirken, wurden zugleich die Regelungen der §§ 2 und 3 FPV 2005 vereinbart. Diese entsprechen den gesetzgeberischen Zielvorstellungen, dass jeweils der konkrete Behandlungsfall abzurechnen ist. Einen Rückgriff auf Sinn und Zweck der Abrechnungsvorschriften hält der Senat auch unter Berücksichtigung der neuen Rechtsprechung des BSG zur Auslegung der Vorschriften der FPV für möglich, solange der Sinn und Zweck in der Systematik der FPV – wie hier – deutlich zutage tritt. Daher ist die Annahme einer Verlegung im Sinne der §§ 3 Abs. 3 Satz 1, 1 Abs. 1 Satz 4 FPV 2005 ausgeschlossen, wenn zum Zeitpunkt der Entlassung des Versicherten aus dem Krankenhaus eine weitere Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit nicht mehr bestand und seine Aufnahme in einem anderen Krankenhaus – wie hier – auf einem unerwarteten Geschehensverlauf beruht. Für die Richtigkeit dieses Ergebnisses spricht auch, dass in der vorliegenden Fallkonstellation für den Fall, dass das Krankenhaus der Klägerin zugleich über eine orthopädische Abteilung mit Operationsmöglichkeit verfügt hätte, eine Fallzusammenführung nach § 2 FPV 2005 bei einer Wiederaufnahme der Versicherten am selben Tag nach der Oberschenkelfraktur hier deshalb nicht vorzunehmen gewesen wäre, weil gemäß § 2 Abs. 1 Nr. 2 FPV 2005 bei einer Wiederaufnahme eine Einstufung in dieselbe Basis-DRG nicht vorzunehmen gewesen wäre."

Diesen Ausführungen schließt sich der Senat an. Der dem entgegenstehenden Auffassung des Hessischen Landessozialgerichts (Urteil vom 14.06.2017, [L 8 KR 27/16](#) in juris Rn. 29 ff.) vermag der Senat hingegen nicht zu folgen. Das Hessische Landessozialgericht stützt sich darauf, dass eine streng wortlautbezogene Auslegung von § 1 Abs. 1 Satz 4 FPV vorzunehmen sei. Danach liege immer eine Verlegung vor, wenn eine Entlassung aus einem Krankenhaus binnen 24 Stunden die Aufnahme in einem anderen Krankenhaus folge. Der Wortlaut knüpfe nicht an den allgemeinen Sprachgebrauch an, sondern werde allein durch ein zeitliches Moment bestimmt. Das Anknüpfen an ein eindeutig definiertes zeitliches Moment erfülle im Massengeschäft der Krankenhausabrechnungen das Anliegen nach klaren und handhabbaren Abrechnungsbestimmungen, weil Aufnahmedatum und Aufnahmezeit unmittelbar aus den übermittelten Krankenhausdaten hervorgingen. Demgegenüber würde die Normauslegung durch das Thüringer Landessozialgericht zu einer Vielzahl von Zweifelsfragen und Abgrenzungsschwierigkeiten führen, da jeweils im Einzelfall zu klären wäre, ob die Aufnahme in das zweite Krankenhaus durch das erste Krankenhaus veranlasst worden sei.

Die Auffassung des Hessischen Landessozialgerichts hat den Senat nicht überzeugt. Es trifft zwar zu, dass eng am Wortlaut ausgelegt werden muss, dies jedoch innerhalb des vorgegebenen Vergütungssystems unterstützt durch systematische Erwägungen (Bundessozialgericht, Urteil vom 6. März 2012, [B 1 KR 15/11 R](#)). Dies hat das Hessische Landessozialgericht nicht genügend berücksichtigt.

Man kann schon Zweifel daran haben, ob die Vertragsparteien den Begriff "Verlegung" hier anders definieren wollten, als es dem allgemeinen Sprachgebrauch entspricht. Dann hätte man einen anderen Begriff wählen können. Deshalb könnte der Wortlaut auch so aufgefasst werden, dass eine Verlegung nur dann angenommen werden kann, wenn sie innerhalb von 24 Stunden erfolgt.

Auch hilft in diesem Zusammenhang ein Rückgriff auf den Sinn und Zweck der Regelung zum Verlegungsabschlag weiter. Hierzu hat das Bundessozialgericht (Urteil vom 17. Dezember 2013, [B 1 KR 57/12 R](#), in juris Rn. 15) ausgeführt, dass der Verlegungsabschlag beim aufnehmenden Krankenhaus seinen sachlichen Grund unter anderem darin habe, dass die Verweildauer in diesem Krankenhaus geringer sei als die Zahl der Tage, die bei der Kalkulation der Fallpauschale zu Grunde gelegt worden sind (vergleiche bereits Begründung zum Referentenentwurf K FPV 2004, Stand 2.9.2003 zu B. Einzelbegründung zum § 3 Satz 9f). Das beinhaltet inzident, dass man davon ausgegangen ist, dass die Behandlung im aufnehmenden Krankenhaus nicht wegen einer völlig anderen Erkrankung stattfindet.

Außerdem muss man die Regelungen zur Verlegung/Rückverlegung im Kontext zu den Regelungen über die Wiederaufnahme in § 2 FPV 2010 sehen. Denn die Fallzusammenführungen haben die Vertragsparteien bewusst an eine Kombination aus einem prägenden sachlichen Zusammenhang und einem Zeitmoment geknüpft, wobei beide Elemente kumulativ vorliegen müssen (Bundessozialgericht, Urteil vom 28. Januar 2013, [B 3 KR 33/12 R](#) in juris Rn. 20). Wäre die Versicherte statt im Krankenhaus der Klägerin im zuvor behandelnden Krankenhaus aufgenommen worden, hätten dort die Voraussetzungen für eine Fallzusammenführung nicht vorgelegen. Das Gleiche gilt, wenn das Krankenhaus der Klägerin die Versicherte nach dem ersten Aufenthalt dort wieder aufgenommen hätte, ohne dass es danach zu einem Aufenthalt der Versicherten in einem anderen Krankenhaus gekommen ist. Denn es wäre keine Einstufung in dieselbe Basis-DRG vorgenommen worden. Die Abrechnung für den ersten stationären Aufenthalt erfolgte nach DRG I.62A und für den zweiten nach DRG G.67A. Außerdem müsste innerhalb der gleichen Hauptdiagnosegruppe (MDC) die zuvor abgerechnete Fallpauschale in die "medizinische Partition" und die anschließende Fallpauschale in die "operative Partition" einzugruppieren seien. Hier liegen aber unterschiedliche Hauptdiagnosegruppen vor. Die Versicherte wurde bei ihrem ersten stationären Aufenthalt in die Hauptdiagnosegruppe (MDC) 11 und bei dem zweiten in die Hauptdiagnosegruppe 06 eingestuft. Es ist systematisch und unter Gleichheitsgesichtspunkten nicht nachvollziehbar, dass dieselbe Behandlung im vorliegenden Fall weniger erlöst als bei der Wiederaufnahme. Deshalb stellt das Thüringer Landessozialgericht zu Recht darauf ab, ob die Behandlung zuvor abgeschlossen war. Entgegen der Auffassung des hessischen Landessozialgerichts wäre dies auch praktisch handhabbar. So ist die Frage, ob ein oder mehrere Behandlungsfälle vorliegen, allein danach zu beurteilen, ob die Behandlung durch das Krankenhaus (zunächst) abgeschlossen wurde. Dementsprechend verweist § 8 Abs. 2 Satz 1 Krankenhausentgeltgesetz auf den Fallpauschalenkatalog nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 Krankenhausentgeltgesetz. Eine erneute Aufnahme und sei es auch wegen derselben Erkrankung rechtfertigt deshalb nicht retrospektiv die Annahme, dass nur ein Behandlungsfall vorlag (vgl. Bundessozialgericht, Urteil vom 20. März 2015, [B 1 KR 3/15 R](#)). Es ist also durchaus nicht "systemfremd", dass Vergütungsvoraussetzung ist, ob eine Behandlung zuvor abgeschlossen wurde und dass dies dementsprechend geklärt werden muss.

Daher ist der von der Klägerin geltend gemachte Anspruch auf Zahlung von Krankenhausbehandlungskosten begründet. Ob noch die weiteren von der Klägerin vorgebrachten Gründe ihren Zahlungsanspruch stützen, konnte daher dahinstehen.

Der Zahlungsanspruch der Klägerin ist auch in der geltend gemachten Höhe zu verzinsen gemäß der zwischen den Beteiligten abgeschlossenen Pflegesatzvereinbarung.

Die Entscheidung über die Kosten beruht auf [§ 197a Abs. 1 Satz 1 Halbsatz 3 SGG](#) iVm [§ 154 Abs. 2](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).

Die Revision war nicht zuzulassen, weil die Voraussetzungen des [§ 160 Abs. 2 SGG](#) nicht vorliegen.

Die Streitwertfestsetzung beruht auf den [§§ 52 Abs. 3, 47 Abs. 2](#) Gerichtskostengesetz.

Rechtskraft

Aus

Login

SHS

Saved

2019-07-03