
Datum: 23.08.2012
Gericht: Landessozialgericht NRW
Spruchkörper: 16. Senat
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: L 16 (5) KR 168/08
ECLI: ECLI:DE:LSGNRW:2012:0823.L16.5KR168.08.01

Vorinstanz: Sozialgericht Duisburg, S 9 KR 131/06
Nachinstanz: Bundessozialgericht, B 1 KR 62/12 R
Sachgebiet: Krankenversicherung
Rechtskraft: nicht rechtskräftig

Tenor:

Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Duisburg vom 29.08.2008 aufgehoben und die Klage abgewiesen. Die Klägerin trägt die Kosten des Verfahrens in beiden Rechtszügen. Die Revision wird zugelassen. Der Streitwert wird auf 1.734,74 Euro festgesetzt.

Tatbestand: 1

Die Beteiligten streiten über die Rückforderung von nach Diagnosis Related Groups (DRG) berechneten Krankenhausvergütungen. 2

Die bei der Klägerin pflichtversicherte T (Versicherte) wurde im November 2004 in zwei aufeinander folgenden Zeiträumen in dem von der Beklagten betriebenen Krankenhaus vollstationär behandelt. Während des ersten Krankenhausaufenthaltes, der in der Zeit vom 05.11.2004 bis zum 15.11.2004 stattfand, erfolgte eine Behandlung eines akuten Herzinfarktes. Die Beklagte stellte der Klägerin hierfür Behandlungskosten nach der DRG F60B (Kreislauferkrankung mit akutem Myocardinfarkt, ohne invasive kardiologische Diagnostik, ohne äußerst schwere oder schwere CC) in Höhe von 2.674,16 EUR in Rechnung. 3

Während des stationären Behandlungsaufenthaltes vom 22.11.2004 bis zum 24.11.2004 erfolgte eine Herzkathederuntersuchung. Hierfür machte die Beklagte eine Krankenhausvergütung nach der DRG F41B (Kreislaufkrankungen mit akutem Myocardinfarkt, mit invasiver kardiologischer Diagnostik, ohne äußerst schwere oder schwere CC) in Höhe von 2.465,62 EUR geltend, wobei sie einen Abschlag wegen Unterschreitung der Grenzverweildauer berücksichtigte.

Die Klägerin beglich die Rechnungen unter Vorbehalt in Höhe von 5.139,38 EUR und beauftragte anschließend den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) mit der Überprüfung der Abrechnungen. In seinem Gutachten vom 06.07.2005 vertrat der MDK nach Auswertung eines beigezogenen Entlassungsberichts vom 04.01.2005 die Auffassung, dass beide Krankenhausaufenthalte zusammenzuführen seien. Die Anerkennung von zwei Behandlungsfällen mit jeweils eigener DRG würde - auch wenn formal die Voraussetzungen der Wiederaufnahmeregelung des § 2 der Verordnung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2004 (Fallpauschalenverordnung 2004 (KFPV 2004)) nicht erfüllt seien - an übergeordneten Punkten der gesetzlichen Vorschriften vorübergehen. Nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) bildeten die DRG-Entgelte sämtliche Krankenhausleistungen für einen Behandlungsfall ab. Zudem hätten die Krankenhausträger darauf hinzuwirken, dass eine vorzeitige Entlassung aus wirtschaftlichen Gründen unterbleibe. Letzteres sei jedoch im vorliegenden Fall geschehen. Aus medizinischer Sicht handele es sich eindeutig um einen Behandlungsfall, da die Abklärung im ersten Aufenthalt willkürlich unterbrochen und die Komplettierung der im ersten Aufenthalt schon indizierten Diagnostik lediglich in einem zweiten Aufenthalt durchgeführt worden sei. Durch die zwischenzeitliche Entlassung der Versicherten seien zwei virtuelle Fälle geschaffen worden. Aus der Fallpauschalenverordnung für das Jahr 2005 ergebe sich, dass für die Abrechnung zweier DRG-Fallpauschalen der komplette Abschluss der ersten Behandlung, d.h. der Diagnostik und ggf. Therapie der zur Erstaufnahme führenden Erkrankung erforderlich sei. Sei die Behandlung noch nicht abgeschlossen, könne nur eine Beurlaubung, aber keine Entlassung erfolgen. Daher könne die Beklagte eine Krankenhausvergütung nur nach Zusammenführung der Falldaten und Neueinstufung in die DRG F41B mit einem Entgelt in Höhe von 3.405,04 EUR beanspruchen.

5

Gestützt auf diese medizinischen Feststellungen forderte die Klägerin von der Beklagten einen Betrag in Höhe von 1.872,93 EUR zurück. Mit weiterem Schreiben vom 25.08.2005 mahnte sie die Zahlung dieses Betrages bis zum 22.09.2005 an.

6

Die Beklagte lehnte eine Rückerstattung ab. Zwar sei der Beurteilung zuzustimmen, dass es sich bei den beiden stationären Aufenthalten um medizinisch zusammenhängende Fälle handele; diese seien jedoch aus formalrechtlichen Gründen nicht zusammenzuführen. In der Kommentierung werde vertreten, dass die Aufteilung einer Behandlung in zwei kürzere Aufenthalte durchaus im Interesse von Patient und Kostenträgern liege. Die Ansicht des MDK, Fälle jenseits der in der KFPV genannten Fallgruppen zusammenzuführen, verstoße gegen die Intention der Expertengruppe, die die rechtliche Grundlage für die Abrechnung stationärer Leistungen entwickelt habe. Bis zu einer anders lautenden gesetzlichen Regelung sei daher jeglicher Fallzusammenführung außerhalb der Regelungen der KFPV zu widersprechen.

7

Die Klägerin hat am 12.07.2006 vor dem Sozialgericht Duisburg Klage erhoben und den Rückzahlungsanspruch weiterverfolgt. Sie hat vorgetragen: Der Rückzahlungsanspruch ergebe sich aus dem öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch, da die Abrechnung der beiden Krankenhausaufenthalte auf einem unzulässigen Fallsplitting beruhe. Vorliegend

8

seien für den ersten Krankenhausaufenthalt die DRG F60B für die Behandlung eines akuten Herzinfarktes ohne Intervention und für den zweiten Krankenhausaufenthalt die DRG F41B für die Durchführung einer Linksherzkatheteruntersuchung abgerechnet worden. Die Indikation zu der während des zweiten Behandlungsaufenthaltes erfolgten Untersuchung habe sich bereits während des ersten Aufenthaltes ergeben, so dass die Unterbrechung des Behandlungsfalles nicht nachvollziehbar sei. Vor allem habe die Behandlung beim ersten Aufenthalt noch keinen Abschluss gefunden gehabt. Dieses ergebe sich aus der Krankenakte, in der dokumentiert sei, dass die Anmeldung zu der während des zweiten Aufenthaltes durchgeführten Koronarangiographie bereits am 08.11.2004 erfolgt sei. Insoweit habe es sich um eine geplante Wiederaufnahme gehandelt. Der Rückforderungsbetrag in Höhe von 1.734,74 EUR ergebe sich aus der Differenz des bereits gezahlten Gesamtbetrages in Höhe von 5.139,78 EUR und des für beide Aufenthalte tatsächlich geschuldeten Entgelts nach der DRG F41B in Höhe von 3.405,04 EUR.

Zudem könne sie Zinsen in Höhe von 8% als Verzugsschaden beanspruchen. Die Klägerin hat hierzu auf ein Urteil des Sozialgerichts Duisburg vom 13.03.2006 (Az: S 7 KR 56/04) verwiesen. 9

Die Klägerin hat beantragt, 10

die Beklagte zu verurteilen, an sie 1.734,74 EUR nebst 8 Prozentpunkten Zinsen über dem Basiszinssatz seit dem 11.08.2005 zu zahlen. 11

Die Beklagte hat beantragt, 12

die Klage abzuweisen. 13

Sie hat vorgetragen: Der Rückforderungsanspruch sei nicht begründet, da sie die Vergütung auch für den zweiten stationären Behandlungsaufenthalt zu Recht erhalten habe. 14

Nach der KFPV 2004 werde eine Fallpauschale jeweils von dem die Leistung erbringenden Krankenhaus nach dem am Tag der Aufnahme geltenden Fallpauschalenkatalog und den dazugehörigen Abrechnungsregeln abgerechnet. Bei mehreren Aufenthalten sei zu überprüfen, ob eine Zusammenführung der Falldaten zu einem Fall und eine Neueinstufung in eine Fallpauschale vorzunehmen sei. Die Voraussetzungen für eine Zusammenführung der Falldaten nach der KFPV 2004 seien jedoch nicht erfüllt, wovon offenbar selbst der Gutachter des MDK ausgehe. Die Versicherte sei zunächst während des ersten Krankenhausaufenthaltes wegen eines akuten Herzinfarktes behandelt worden; während des zweiten Aufenthaltes sei dann eine Koronarangiographie erfolgt. Entsprechend der zu verschlüsselnden Haupt- und Nebendiagnosen sowie Prozeduren sei der erste stationäre Krankenhausaufenthalt mit der DRG F60B und der zweite zutreffend mit der DRG F41B abgerechnet worden. Eine Einstufung in dieselbe Basis-DRG i.S.v. § 2 Abs. 1 KFPV 2004 liege ebenso wenig vor wie eine Abrechnung der ersten Fallpauschale in der medizinischen Partition/anderen Partition und der anschließenden Fallpauschale in der operativen Partition i.S.v. § 2 Abs. 2 KFPV 2004. Schließlich liege dem zweiten Behandlungsaufenthalt auch keine Komplikation i.S.d. § 2 Abs. 3 KFPV 2004 zugrunde. 15

Nach dem Willen des Gesetzgebers sei jenseits der in § 2 KFPV 2004 genannten Sachverhalte eine Fallzusammenführung nicht vorzunehmen, wie sich aus der amtlichen Begründung zum Referentenentwurf zur KFPV 2004 ergebe. Vorliegend sei die Versicherte aus der stationären Krankenhausbehandlung zunächst entlassen worden, da die Koronarangiographie nicht unmittelbar im Anschluss an die Behandlung des Herzinfarktes 16

habe durchgeführt werden können. Aus medizinischen Gründen müsse zwischen dem Auftreten eines Herzinfarktes und einer diagnostischen Koronarangiographie einige Zeit verstreichen, um das Herz zu stabilisieren. Die Durchführung einer diagnostischen Koronarangiographie innerhalb von zwei Wochen nach einem frischen Herzinfarkt sei kontraindiziert. Im Übrigen weise auch das Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung (BMGS) in seinen "Leitsätzen zur Anwendung der Wiederaufnahmeregelung nach § 2 KFPV 2004" darauf hin, dass eine Fallzusammenfassung nur in den in der KFPV 2004 aufgeführten Fällen zu erfolgen habe.

Der Zinsanspruch in Höhe von 8 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz sei - selbst bei Annahme eines Rückforderungsanspruchs der Klägerin - allenfalls in Höhe von lediglich 2 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz der EZB gegeben. Das Landessozialgericht (LSG) Rheinland-Pfalz habe mit Urteil vom 18.05.2006 (L 5 KN 11/05) sogar einen Anspruch auf Prozesszinsen bei Rückforderung von Krankenhausbehandlungskosten gänzlich verneint.

17

Das Sozialgericht hat zur Frage der medizinischen Voraussetzungen für eine Fallzusammenführung von Amts wegen Beweis erhoben durch Einholung eines internistisch-sozialmedizinischen Gutachtens von Herrn Dr. L, leitender Arzt des sozialmedizinischen Dienstes der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See, N, der die sachverständigen Feststellungen im Zusammenwirken mit Herrn Dr. Q, Arzt für Innere Medizin, Sozialmedizin getroffen hat. In seinem Gutachten vom 28.03.2007 hat der Sachverständige ausgeführt: Für beide stationären Krankenhausaufenthalte bestehe ein zusammenfassender Arztbericht vom 04.01.2005. Nach dessen Inhalt sei bei der Versicherten am 05.11.2004 nach notfallmäßiger Aufnahme ein akuter Hinterwandinfarkt diagnostiziert und entsprechend behandelt worden. Im Rahmen der Echokardiographie habe sich bei sehr schlechten Schallbedingungen eine geringgradig ausgeprägte Wandbewegungsstörung der Hinterwand gezeigt. In der Patientenakte finde sich ein Eintrag vom 11.11.2004, wonach für den 22.11.2004 die Anmeldung zu einer Herzkatheteruntersuchung (Koronarangiographie) erfolgt sei. Auch auf einem Anordnungsbogen vom 08.11.2004 befinde sich bereits der Vermerk "Coro-Anmeldung". Im Entlassungsbericht werde ausgeführt, dass bei der Versicherten nach Entlassung am 15.11.2004 und Wiederaufnahme zum 22.11.2004 sodann am 23.11.2004 eine Koronarangiographie durchgeführt worden sei, die eine koronare Gefäßerkrankung ergeben habe. Der Sachverständige meinte, dass es sich bei den beiden stationären Aufenthalten "eindeutig um einen Behandlungsfall" gehandelt habe. Die Indikation zur Linksherzkatheteruntersuchung sei bereits während des ersten stationären Aufenthaltes gegeben gewesen. Medizinische Gründe, die eine Unterbrechung der stationären Behandlung erfordert hätten, seien nicht erkennbar. Die Koronarangiographie habe bereits während des ersten stationären Aufenthaltes in entsprechendem zeitlichen Abstand zum Infarktgeschehen durchgeführt werden können. Beide stationären Aufenthalte seien zu einem Behandlungsfall zusammenzufassen und einmalig mit der DRG F41B abzurechnen. Zur Begründung seiner Beurteilungen stütze sich der Sachverständige ergänzend auf ein Schreiben des BMGS vom 22.04.2005 zur "Einführung des DRG-Systems für das Jahr 2005".

18

Während sich die Klägerin durch den Inhalt des Sachverständigengutachtens in ihrer Beurteilung bestätigt sah, hielt die Beklagte die Schlussfolgerungen des Sachverständigen für unzutreffend. So könne schon das Schreiben des BMGS vom 22.04.2005 nicht herangezogen werden. Es widerspreche der amtlichen Begründung zur KFPV 2004. Vorliegend sei die Behandlung des akuten Herzinfarktes mittels Lysetherapie mit der Entlassung abgeschlossen worden. Die Durchführung einer Koronarangiographie habe sich auf die Entscheidung über das weitere Vorgehen und die weitere Behandlung der koronaren

19

Herzerkrankung bezogen. Letztlich stünden zwar die Behandlung des Herzinfarkts und die weitere Diagnostik in einem Zusammenhang; sie stellten jedoch zwei unterschiedliche Anlässe zur Krankenhausbehandlung und damit zwei in sich abgeschlossene Behandlungsfälle dar. Soweit das BMGS in seinem Schreiben vom 22.04.2005 Vereinbarungen zum Vorliegen einer "Beurlaubung" oder "Entlassung" empfohlen habe, stünden solche Anregungen im Widerspruch zum Willen des Ordnungsgebers und zu der von dem BMGS geleiteten Expertengruppe. Diese halte nach der amtlichen Begründung - etwa in Fällen onkologischer Behandlungszyklen - eine Fallzusammenführung für nicht geboten.

Der Sachverständige führte in einer eingeholten ergänzenden Stellungnahme aus, es obliege der Entscheidung des Krankenhausarztes, ob eine Herzkatheteruntersuchung unmittelbar nach dem Herzinfarkt oder einige Tage später durchgeführt werde. Dies ändere jedoch nichts daran, dass es sich medizinisch um einen Behandlungsfall handle. Die Beklagte legte daraufhin eine Stellungnahme des Leitenden Oberarztes der Klinik vom 06.07.2007 vor, in der dieser erklärte, dass der während des zweiten stationären Aufenthaltes durchgeführten Linksherzkatheterdiagnostik allein eine prognostische Indikation zugrunde gelegen habe. Die Koronardiagnostik sei aus ärztlicher Sicht während des ersten stationären Aufenthaltes unter Abwägung der verschiedenen Risiken nicht angezeigt gewesen und sei deshalb auf einen späteren Zeitpunkt angesetzt worden. Eine zwischenzeitliche Belassung der Versicherten in stationärer Behandlung sei nicht vertretbar gewesen. 20

In einer weiteren Stellungnahme vom 31.08.2007 führte der Sachverständige aus, dass es der ärztlichen Therapiefreiheit obliege, zu welchem Zeitpunkt eine Herzkatheterdiagnostik durchgeführt werde. Da sich die Gerinnungssituation nach einer Lysetherapie jedoch bereits nach kurzer Zeit wieder normalisiere, hätte die Koronarangiographie nach 10 oder 15 Tagen innerhalb der üblichen Krankenhausverweildauer durchgeführt werden können. Daher habe das Krankenhaus ein künstliches Fallsplitting vorgenommen. 21

Mit Urteil vom 29.08.2008 hat das Sozialgericht die Beklagte antragsgemäß verurteilt, an die Klägerin 1.734,74 EUR nebst Zinsen in Höhe von 8 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz zu zahlen. Der Klägerin stehe der Rückzahlungsanspruch zu, weil hinsichtlich der beiden Krankenhausaufenthalte im November 2004 eine Fallzusammenführung zu erfolgen habe. Der Erstattungsanspruch der Klägerin ergebe sich aus dem Unterschiedsbetrag der erbrachten Zahlungen für die beiden Krankenhausaufenthalte und dem sich nach Zusammenfassung der Falldaten ergebenden Anspruch nach der DRG F41B. Rechtsgrundlage für den Rückzahlungsanspruch sei der öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch. Ein öffentlich-rechtliches Rechtsverhältnis liege vor, da die Abrechnungsbeziehungen zwischen Krankenkasse und Krankenhaus öffentlich-rechtlicher Natur seien. Die Klägerin habe die Behandlungsaufenthalte insoweit ohne Rechtsgrund vergütet, als neben der Fallpauschale DRG F41B eine weitere Fallpauschale in Anwendung der DRG F60B gezahlt worden sei. Die Beklagte habe lediglich Anspruch auf das sich nach Fallzusammenführung nach der DRG F41B ergebende Entgelt. 22

Das Gericht sei nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme und der im Jahre 2004 geltenden Abrechnungsbestimmungen zur Überzeugung gelangt, dass eine Zusammenführung der beiden stationären Krankenhausaufenthalte zu einem Behandlungsfall zu erfolgen habe, so dass allein die DRG F41B abzurechnen sei. Diese Gruppe erfasse Patienten, die einen akuten Myocardinfarkt erlitten hätten. Ein solcher werde als akut beschrieben, solange er sich in einem Zeithorizont von maximal 28 Tagen nach Infarktgeschehen befinde. Die Fälle dieser Gruppe seien mit der Hauptdiagnose I 21.3 (akuter transmuraler Myocardinfarkt an nicht 23

näher bezeichneter Lokalisation) verschlüsselt. Des Weiteren werde im Rahmen der Diagnostik eine Koronarangiographie durchgeführt, die mit dem OPS-Schlüssel 1-275.2 zu verschlüsseln sei. Das Zuteilungskriterium der Basis-DRG F41 sei somit die Hauptdiagnose und eine Prozedur. Die endgültige Zuteilung zur DRG F41 A oder B erfolge anhand der Bewertung der Nebendiagnosen durch die patientenbezogene klinische Komplexitätsstufe. Diese Bewertung habe bei der Versicherten zu einer Einstufung in die DRG F41B geführt, wobei dieser Code den zweithöchsten Ressourcenverbrauch kennzeichne. Die von der Beklagten vorgenommene Abrechnung der DRG F60B für den ersten und einer weiteren nach der DRG F41B für den zweiten stationären Krankenhausaufenthalt führe zu einem unzulässigen Fallsplitting, denn insoweit werde ein Behandlungsfall i.S.d. § 17b Abs. 1 Satz 3 KHG willkürlich in zwei Behandlungsfälle aufgespalten, ohne dass hierfür eine tragfähige medizinische Begründung ersichtlich sei. Diese Verfahrensweise widerspreche auch den § 17c Abs. 1 Nrn. 2 und 3 KHG, wonach der Krankenträger durch geeignete Maßnahmen darauf hinzuwirken habe, dass eine vorzeitige Verlegung oder Entlassung aus wirtschaftlichen Gründen unterbleibe und die Abrechnung der nach § 17b KHG vergüteten Krankenhaufälle ordnungsgemäß erfolge. An den gesetzlichen Maßstäben und den darin zum Ausdruck kommenden Willen des Gesetzgebers seien die untergesetzlichen Vorschriften der KFPV 2004 zu messen.

Das Gericht sehe sich durch den Inhalt des Sachverständigengutachtens darin bestätigt, dass im Hinblick auf die Behandlung des akuten Herzinfarktes und die nachfolgende weitergehende Diagnostik von einem einheitlichen Behandlungsfall i.S.d. § 17b Abs. 1 Satz 3 KHG auszugehen sei. Im Sachverständigengutachten sei überzeugend dargelegt worden, dass es sich bei der Behandlung des akuten Herzinfarktes und der anschließenden Herzkatheterdiagnostik um ein unmittelbar verbundenes Geschehen gehandelt habe und nicht um zwei unterschiedliche Aufnahmearlässe bzw. zwei in sich abgeschlossene Behandlungsfälle. Dies entnehme das Gericht auch dem Umstand, dass schon während des ersten stationären Aufenthaltes die Notwendigkeit einer weitergehenden Diagnostik festgestanden habe und nicht etwa erst nach Entlassung und später aufgetretener Beschwerdesymptomatik notwendig geworden sei. Aus der Behandlungsdokumentation ergebe sich, dass die Anmeldung zur Herzkatheteruntersuchung schon während des ersten Aufenthaltes erfolgt sei. Diese Diagnostik sei von dem vorangegangenen Infarktgeschehen nicht zu trennen und könne daher einen neuen, eigenständig zu vergütenden Behandlungsfall nicht begründen. Überdies hätte die invasive Diagnostik bereits während des ersten stationären Aufenthaltes vorgenommen werden können. Medizinische Gründe hätten einer zeitnahen invasiven Diagnostik nicht entgegen gestanden. Dem Gericht sei aus einer Anzahl von Verfahren bekannt, dass Herzkatheteruntersuchungen häufig eingesetzt würden, um einen Herzinfarkt zu diagnostizieren und dessen Ausmaß festzustellen. Eine medizinische Notwendigkeit, eine solche Untersuchung erst in einem nachfolgenden zweiten stationären Aufenthalt vorzunehmen, scheide daher aus. Zu welchem konkreten Zeitpunkt die Durchführung einer Herzkatheteruntersuchung letztlich geboten erscheine, obliege zwar der Therapiefreiheit des behandelnden Arztes; wenn dieser sich aber dafür entscheide, diese erst im Rahmen eines zweiten stationären Aufenthaltes mit einem zeitlichen Abstand durchzuführen, begründe diese Erwägung keine zwei eigenständig zu vergütenden Behandlungsfälle. Gleiches gelte für den Fall, dass organisatorische Gründe oder Patientenwünsche die Durchführung einer solchen Untersuchung im Rahmen eines stationären Aufenthaltes verzögerten. Jedenfalls solange eine solche Untersuchung im Rahmen der üblichen Verweildauer durchführbar sei, scheide die Abrechnung eines zweiten Behandlungsfalles aus. Soweit die Beklagte vortrage, die Versicherte sei zwischenzeitlich nicht mehr krankenhausbehandlungsbedürftig gewesen und deshalb entlassen worden, führe dies zu keinem anderen Ergebnis. Der Entlassung aus stationärer Behandlung wegen

fehlender stationärer Krankenhausbedürftigkeit trage § 39 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) Rechnung, habe aber nicht zwangsläufig zur Folge, dass der jeweilige Behandlungsfall als abgeschlossen anzusehen sei, wenn noch eine für erforderlich gehaltene Diagnostik ausstehe. Wenngleich auch die Voraussetzungen für die Annahme einer Beurlaubung nach Maßgabe der Vorschriften des einschlägigen Landesvertrages nicht vorlägen und die entsprechenden Regelungen in der KFPV 2005 noch nicht anwendbar seien, handele es sich dennoch auch nach Maßgabe des im Jahre 2004 geltenden Rechts um lediglich einen Behandlungsfall, der eine abrechnungstechnische Aufspaltung in zwei Behandlungsfälle nicht zulasse. Der mithin vorliegende einheitliche Behandlungsfall werde zutreffend von der Fallpauschale DRG F41B abgebildet.

Einer Fallzusammenführung stünden die in § 2 KFPV 2004 getroffenen Regelungen zur Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus nicht entgegen. Zwar liege ein von § 2 Abs. 1 bis 3 KFPV 2004 geregelter Tatbestand zumindest dem ausdrücklichen Wortlaut nach nicht vor. Die Versicherte sei nämlich nicht, wie in § 2 Abs. 1 Satz 1 KFPV 2004 vorgesehen, innerhalb der oberen Grenzverweildauer, bemessen nach der Zahl der Kalendertage ab dem Aufnahmedatum des ersten unter diese Vorschrift zur Zusammenfassung fallenden Krankenhausaufenthalts, wieder aufgenommen worden und für die Wiederaufnahme sei auch keine Einstufung in dieselbe Basis-DRG vorgenommen worden. Die Voraussetzungen für eine Zusammenfassung der Falldaten zu einem Fall und eine Neueinstufung in eine Fallpauschale nach § 2 Abs. 2 Satz 1 KFPV 2004 lägen ihrem Wortlaut nach ebenfalls nicht vor. Hiernach könne eine Zusammenführung nur erfolgen, wenn (1.) ein Patient oder eine Patientin innerhalb von 30 Tagen ab dem Aufnahmedatum des ersten unter diese Vorschrift zur Zusammenfassung fallenden Krankenhausaufenthalts wieder aufgenommen werde und (2.) 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. Hiernach scheide eine Zusammenfassung gleichfalls aus, da nicht innerhalb der gleichen Hauptdiagnosegruppe die zuvor abgerechnete Fallpauschale in die "medizinische Partition" oder die "andere Partition" und die anschließende Fallpauschale in die "operative Partition" einzugruppieren sei. Schließlich sei die Wiederaufnahme auch nicht wegen einer Komplikation in Zusammenhang mit der zuvor durchgeführten Behandlung i.S.d. § 2 Abs. 3 KFPV 2004 erfolgt. Es habe sich vielmehr bei dem zweiten stationären Aufenthalt um eine von vornherein geplante Wiederaufnahme zur weiteren diagnostischen Abklärung und den daraus zu ziehenden therapeutischen Konsequenzen gehandelt. Dieser Fall sei der in § 2 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 KFPV 2004 geregelten Variante seiner Interessenlage nach vergleichbar. Anders als in dem dort definierten Regelfall sei die Diagnostik allerdings auf Grund des Infarktgeschehens, das zunächst behandlungsbedürftig gewesen sei, nicht vor der eigentlichen kausalen Behandlung, sondern erst danach zur weiteren Abklärung der Erkrankung erfolgt. Damit liege eine Umkehrung des geregelten Sachverhaltes insoweit vor, als die Krankenbehandlung lediglich vorgezogen wurde, während die invasive Diagnostik nachgeschaltet sei. Dies könne jedoch bei der Abrechnung nicht dazu führen, dass allein auf Grund der zeitlichen Abfolge von Diagnostik und Behandlung zwei Behandlungsfälle entstünden.

25

Das Gericht betrachte die in der KFPV 2004 aufgeführten Fälle als nicht abschließende, beispielhafte Aufzählung, die einer Gleichbehandlung gleichgelagerter Sachverhalte nicht entgegenstehe. Dieses entnehme das Gericht der amtlichen Begründung zum Referentenentwurf der KFPV 2004 sowie den mit der Einführung der DRG verfolgten Zielsetzungen. Hiernach sei durch die Vorschriften zur Fallzusammenführung insbesondere bezweckt worden, eine künstliche Erhöhung der Fallzahlen durch eine Aufspaltung eines

26

Krankenhausaufenthaltes in mehrere Aufenthalte zu verhindern. Beispielhaft werde etwa die Aufteilung in einen Aufenthalt für die Diagnostik und einen späteren Aufenthalt für eine elektive Operation genannt. Dieser Zielsetzung sei auch durch die Fallzusammenführung der Falldaten zu einem Behandlungsfall Geltung zu verschaffen, zumal es sich nicht um eine Behandlung im Rahmen einer sinnvollen Behandlungskette auf Grund eines Behandlungsschemas handle. Bei dieser Sachlage sei eine Fallzusammenführung auch unabhängig vom Wortlaut der KPFV 2004 orientiert am Gesetzeszweck vorzunehmen.

Soweit das BMGS in seinen "Leitsätzen zur Anwendung der Wiederaufnahmeregelung nach § 2 KFPV 2004" die Auffassung vertrete, dass nach § 2 Abs. 4 KFPV 2004 nur die unter § 2 Abs. 1 bis 3 KFPV 2004 zu subsumierenden Fallgestaltungen zusammenzufassen seien, sei dies nicht überzeugend. Insoweit sei das untergesetzliche Verordnungsrecht an den gesetzlichen Vorgaben in den §§ 17b Abs. 3 Satz 1 und 17c Abs. 1 Nr. 2 KHG zu messen. Vorliegend führe die Trennung von therapeutischer Akutbehandlung und nachfolgender weiterführender Diagnostik zu einer vom Gesetzgeber nicht gewollten Trennung eines einheitlichen medizinischen Behandlungsfalles. Die in den Leitlinien des BMGS vertretene Auffassung für die Entscheidung des Einzelfalles auch nicht rechtlich verbindlich. 27

Der Zinsanspruch sei in Höhe von 8 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz ab dem 11.08.2005 begründet. Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den Inhalt der angefochtenen Entscheidung Bezug genommen. 28

Gegen das am 08.09.2008 zugestellte Urteil hat die Beklagte am 06.10.2008 schriftlich Berufung eingelegt. Zur Begründung hat sie im Wesentlichen ausgeführt: Das Sozialgericht habe einen einheitlichen Behandlungsfall zu Unrecht angenommen; ebenso wenig überzeuge die Auffassung, dass trotz Fehlens der Voraussetzungen des § 2 KFPV 2004 eine Fallzusammenführung zu erfolgen habe. Zudem sei die Verurteilung zur Zahlung von Zinsen in Höhe von 8 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz fehlerhaft, da es insoweit an einer rechtlichen Grundlage fehle. 29

Die auf die Beurteilung des Sachverständigen gestützten Feststellungen des Sozialgerichts zum Vorliegen eines einheitlichen Behandlungsfalles seien nicht überzeugend. Soweit der Sachverständige überhaupt mit einer Feststellung eines einheitlichen Behandlungsfalles beauftragt worden sei, sei die Beweisfrage bereits unzureichend formuliert, da sie die - erst festzustellende Tatsache - bereits vorgegeben habe. Im Übrigen seien die von dem Sachverständigen getroffenen Feststellungen nicht hinreichend begründet worden. Dessen Hinweis, dass die Indikation zur Durchführung einer Herzkathederuntersuchung bereits während des ersten Behandlungsaufenthaltes gestellt worden sei, reiche für die Annahme eines einheitlichen Behandlungsfalles nicht aus. So seien durchaus Situationen denkbar, in denen eine völlig andere Krankheit während eines stationären Krankenhausaufenthaltes diagnostiziert werde, aber wegen der vorrangigen Behandlung einer anderen Erkrankung erst zu einem späteren Zeitpunkt - ggf. unter stationären Bedingungen - behandelt werden könne. Darüber hinaus sei unberücksichtigt geblieben, dass die Herzkathederuntersuchung der Diagnostik und Therapie eines Herzinfarktes keinesfalls zwangsweise nachfolge, sondern einen konkreten anderen Behandlungsanlass darstelle. Die Feststellung des Sozialgerichts, dass eine Herzkathederuntersuchung der Diagnostik eines Herzinfarktes und der Feststellung seines Ausmaßes diene, sei unrichtig. Die Herzkathederdiagnostik beziehe sich nicht auf die Diagnostik des Herzinfarktes, da diese Gesundheitsstörung ausschließlich durch die Anfertigung eines EKG und die Bestimmung verschiedener Blutwerte bestätigt oder ausgeschlossen werde. Die Therapie eines Herzinfarktes erfolge mittels Lysetherapie. Eine solche sei während der in der Zeit vom 05.11.2004 bis zum 15.11.2004 durchgeführten 30

Krankenhausbehandlung zu einem Zeitpunkt angewandt worden, zu dem die Herzkathederdiagnostik noch nicht erwogen worden sei. Auch einem medizinischen Laien erschließe sich, dass eine ärztliche Maßnahme nicht der Diagnostik einer Erkrankung dienen könne, wenn die konkrete Erkrankung schon längst diagnostiziert und therapiert sei. Eine Herzkathederdiagnostik befasse sich vorrangig mit der Darstellung der Herzkranzgefäße. Sie solle Verengungen an den Herzkranzgefäßen darstellen und könne damit allenfalls nachträglich Aufschluss über die Ursache eines Herzinfarktes geben und ermögliche die Klärung des therapeutischen Vorgehens, um einen (künftigen) Herzinfarkt zu vermeiden. Mit der Diagnostik und Therapie eines bereits eingetretenen Herzinfarktes habe die Kathederuntersuchung indessen nichts zu tun. Zudem habe der Sachverständige in seinem Gutachten selbst festgestellt, dass im vorliegenden Verfahren in Anbetracht des Alters der Versicherten eine Kathederdiagnostik nicht habe zwingend durchgeführt werden müssen.

Jenseits dessen fehle es für die Zusammenfassung der Falldaten an einer rechtlichen Grundlage. Die Voraussetzungen der vorliegend allein in Betracht kommenden Zusammenfassung nach Maßgabe des § 2 KFPV 2004 seien nicht gegeben. Dass eine Zusammenfassung der Falldaten zu einem Fall und eine Neueinstufung in eine Fallpauschale in direkter Anwendung des § 2 KFPV 2004 nicht in Betracht komme, habe das Sozialgericht zutreffend festgestellt. Auch die Beteiligten seien übereinstimmend dieser Auffassung. Entgegen der Auffassung des Sozialgerichts scheide allerdings auch eine Zusammenfassung der Falldaten in erweiternder Auslegung des § 2 KFPV 2004 aus. Insoweit nimmt die Beklagte Bezug auf das Vorbringen in dem erstinstanzlichen Verfahren und verweist erneut auf die amtliche Begründung zum Referentenentwurf zur KFPV 2004. Dort habe der Verordnungsgeber das Ziel formuliert, maschinell überprüfbare Regeln aufzustellen, die im täglichen Abrechnungsgeschäft auch bei hohen Fallzahlen praktikabel und mit wenig Aufwand umsetzbar seien. Dabei sei durchaus anerkannt worden, dass bereits bestehende, sinnvolle Behandlungsketten grundsätzlich nicht der Zusammenfassung zu einem Gesamtfall unterworfen werden sollten. Gerade der Implementierung maschinell überprüfbarer Regeln sei der Vorzug eingeräumt worden, um eine Vielzahl von Nachfragen, Rechtfertigungen und Streitfälle zu vermeiden.

Abrechnungsregelungen seien nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) grundsätzlich eng auszulegen. Dieser auf das DRG-System übertragbare Grundsatz gewährleiste eine einheitliche Abrechnung der Fallpauschalen. Eine anderslautende Beurteilung würde die Funktion von Abrechnungsregelungen ad absurdum führen.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Duisburg aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie verweist auf das erstinstanzliche Vorbringen und verteidigt die angefochtene Entscheidung. Eine Zusammenfassung der Falldaten entspreche auch dem Gebot des Krankenhauses, eine für die Krankenkasse finanziell günstigste Art der Durchführung einer Behandlung zu wählen.

Das Gericht hat Auskünfte vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband), vom Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (PKV) und von der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) beigezogen. Der PKV führt in seiner

Stellungnahme vom 14.12.2011 aus, dass seiner Auffassung nach eine Zusammenführung immer und nur dann zu erfolgen habe, wenn die Voraussetzungen des § 2 KFPV 2004 erfüllt seien. Die in § 2 KFPV 2004 eingeführten Regelungen zum Umgang mit Wiederaufnahmen seien in den Fallpauschalenvereinbarungen der Folgejahre weitgehend unverändert geblieben, weil sie grundsätzlich sachgerecht gewesen seien. Sie seien auch deshalb nicht mehr substantiell angegriffen worden, weil ein weiterer Konsens zwischen den Beteiligten nicht habe erwartet werden können und "dies den Preis des Scheiterns nicht wert" gewesen sei. Die DKG führt in der Stellungnahme vom 19.12.2011 aus, dass dem BMGS mit Schreiben vom 02.07.2003 das Scheitern des in § 9 KHEntgG geregelten Vereinbarungsverfahrens angezeigt worden sei. Hintergrund des Scheiterns der Verhandlungen seien u.a. unterschiedliche Auffassungen der Beteiligten zu Abrechnungsbestimmungen gewesen, die sich jedoch auf Abrechnungsbestimmungen für teilstationäre Leistungen bezögen hätten. Ihrer Auffassung nach sei eine Zusammenfassung der Falldaten zu einem Fall bei einer Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus nur bei Vorliegen der Voraussetzungen des § 2 KFPV vorzunehmen. Der GKV-Spitzenverband führt in seiner Stellungnahme vom 09.03.2012 aus, die Intention, die der Ordnungsgeber mit den Regelungen zur Wiederaufnahme verfolgt habe, ergebe sich aus der amtlichen Begründung zum Referentenentwurf. Der Ordnungsgeber habe durch die in § 2 KFPV 2004 enthaltenen Vorschriften der Gefahr eines unzulässigen Fallsplittings entgegengewirkt. Zielsetzung sei die Aufstellung maschinell überprüfbarer Regelungen für die aufwandsarme Umsetzung im täglichen Abrechnungsgeschäft bei hohen Fallzahlen. Ausgangspunkt bleibe dabei die in § 17b Abs. 1 KHG normierte pauschalierende Vergütung eines Behandlungsfalles. Er teile die von dem Sozialgericht Duisburg vertretene Rechtsauffassung.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den Inhalt der Gerichtsakte und den Inhalt der beigezogenen Verwaltungsvorgänge der Beteiligten Bezug genommen. Dieser ist Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen. 39

Entscheidungsgründe: 40

Die Berufung der Beklagten ist zulässig und begründet. 41

I. Die am 06.10.2008 schriftlich eingelegte Berufung der Beklagten gegen das am 08.09.2008 zugestellte Urteil ist gem. §§ 143, 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG ohne Zulassung statthaft und auch im Übrigen zulässig, insbesondere fristgerecht (§ 151 Abs. 1 SGG) eingelegt worden. 42

II. Die Berufung der Beklagten ist auch begründet. Das Sozialgericht Duisburg hat die Beklagte zu Unrecht verurteilt, der Klägerin 1.734,74 EUR nebst Zinsen in Höhe von 8 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 11.08.2005 zu zahlen, da die Klage zulässig, aber nicht begründet ist. 43

1. Die Klage ist zulässig. Sie ist als (echte) Leistungsklage nach § 54 Abs. 5 SGG statthaft, weil es sich bei dem mit der Klage verfolgten Anspruch der Klägerin auf Rückzahlung eines Teils der für die Krankenhausbehandlung der Versicherten gezahlten Vergütung um einen Parteienstreit im Gleichordnungsverhältnis handelt, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt (BSG SozR 4-5560 § 17b Nr. 2). Ein Vorverfahren war mithin nicht durchzuführen. Die Einhaltung einer Klagefrist war nicht geboten (ständige Rechtsprechung, vgl. z.B. BSGE 90, 1 f. = SozR 3-2500 § 112 Nr. 3; BSGE 100, 164 = SozR 4-2500 § 39 Nr. 12; BSGE 102, 172 = SozR 4-2500 § 109 Nr. 13; BSGE 104, 15 = SozR 4-2500 § 109 Nr. 17; BSG, Urteil vom 10.04.2008 - B 3 KR 20/07 R (juris Rn. 10)). 44

2. Die Klage ist jedoch nicht begründet, da die Klägerin keinen Anspruch auf die begehrte Rückzahlung der Krankenhausvergütung gegenüber der Beklagten hat.

Die Rechtsgrundlage für den mit der Klage verfolgten Zahlungsanspruch bildet der öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch. Diese gesetzlich nicht im Einzelnen ausgestaltete Anspruchsgrundlage ist allgemein anerkannt (vgl. nur BSGE 16, 151, 156 = SozR Nr. 1 zu § 28 BVG m.w.N.) und aus allgemeinen Grundsätzen des Verwaltungsrechts, insbesondere dem Gebot der Gesetzmäßigkeit der Verwaltung (Art. 20 Abs. 3 Grundgesetz (GG)) herzuleiten (BSG SozR 4-2500 § 264 Nr. 2 Rn. 27). Der öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch setzt voraus, dass im Rahmen eines öffentlichen Rechtsverhältnisses Leistungen ohne rechtlichen Grund erbracht oder sonstige rechtsgrundlose Vermögensverschiebungen vorgenommen worden sind (BSGE 16, 151, 156; BSG SozR 3-1300 § 113 Nr. 1; BSG SozR 4-2500 § 264 Nr. 3 Rn. 15; BSG SozR 4-5560 § 17b Nr. 2). Seine Anspruchsvoraussetzungen entsprechen zwar, soweit sie - wie vorliegend - nicht spezialgesetzlich geregelt sind, denen des zivilrechtlichen Bereicherungsanspruchs (vgl. BSG SozR 4-2500 § 264 Nr. 2 Rn. 27 m.w.N. zur Rspr. des BVerwG). Es scheidet aber ein Rückgriff auf die zivilrechtlichen Normen aus, soweit der vom öffentlichen Recht selbstständig entwickelte Erstattungsanspruch reicht (BSG SozR 2200 § 1409 Nr. 1 S. 1 f). Dieses gilt namentlich für die Nichtanwendbarkeit der bereicherungsrechtlichen Vorschriften, denen öffentlich-rechtliche Wertungszusammenhänge entgegenstehen (vgl. z.B. zur Nichtanwendbarkeit des § 818 Abs. 3 BGB bei der Rückforderung von Berufsausbildungsbeihilfe wegen des Vorrangs von § 152 Abs. 3 AFG a.F. BSG SozR 4100 § 40 Nr. 17 S. 54 m.w.N.).

a. Das Sozialgericht hat zutreffend festgestellt, dass vorliegend ein öffentlich-rechtliches Bereicherungsverhältnis im Streit steht. Die Abrechnungsbeziehungen zwischen der klagenden Krankenkasse und dem beklagten Krankenhaus sind öffentlich-rechtlich ausgestaltet. Dieses ergibt sich explizit aus § 69 Satz 2 SGB V (i.d.F. durch Art. 1 Nr. 1c des Gesetzes zur Einführung des diagnoseorientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser (Fallpauschalengesetz - FPG); BSG, Urteil vom 08.11.2011 - B 1 KR 8/11 R (juris Rn. 10)). Hiernach sind die Rechtsbeziehungen der Krankenkassen und ihrer Verbände zu den Krankenhäusern und ihren Verbänden abschließend im Vierten Kapitel des SGB V, in den §§ 63, 64 SGB V und in dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG), dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) sowie den hiernach erlassenen Rechtsverordnungen geregelt. Da es sich bei diesen Vorschriften um solche des öffentlichen Rechts handelt, sind auch die hierauf beruhenden Rechtsbeziehungen zwischen den Beteiligten öffentlich-rechtlicher Natur (vgl. auch BSG SozR 4-5565 § 14 Nr. 10 Rn. 10; BSG, Urteil vom 08.11.2011 - B 1 KR 8/11 R (juris Rn. 10)). Die für den öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch tatbestandlich erforderliche Vermögensverschiebung liegt vor. Die Beklagte hat durch die Zahlung von zwei Fallpauschalen nach Maßgabe der DRG F60B und DRG F41B durch die Klägerin eine mit einem Auszahlungsanspruch gegenüber der Bank korrespondierende Gutschrift erhalten.

b. Die Vermögensverschiebung ist jedoch nicht ohne Rechtsgrund erfolgt. Die Beklagte durfte für den (zweiten) stationären Behandlungsaufenthalt der Versicherten vom 22.11.2004 bis zum 24.11.2004 eine eigene Fallpauschalvergütung abrechnen, weil die Falldaten beider im November 2004 durchgeführten Behandlungsaufenthalte nicht zu einem Fall zusammenzufassen und eine Neueinstufung in eine Fallpauschale nicht vorzunehmen war.

Die Rechtsgrundlage für den Vergütungsanspruch eines zugelassenen Krankenhauses gegenüber einer Krankenkasse bildet § 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V i.V.m. § 7 Abs. 1 KHEntgG

und § 17b KHG und der Anlage 1 zur KFPV 2004. Der zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen trotz Kündigung aufgrund Vereinbarung vom 13.04.2005 weiterhin Anwendung findende Sicherstellungsvertrag nach § 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V ("Allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung") stellt für den Vergütungsanspruch keine unmittelbare Anspruchsgrundlage dar (BSGE 92, 300 = SozR 4-2500 § 39 Nr. 2; BSG SozR 4-2500 § 109 Nr. 1; BSG, Urteil vom 10.04.2008 (juris Rn. 12)).

aa. Die für die Vergütung der Krankenhausbehandlung notwendige "Erforderlichkeit" der Krankenhausbehandlung der Versicherten ist gegeben. Die Zahlungsverpflichtung der Krankenkasse entsteht nach ständiger Rechtsprechung unabhängig von einer Kostenzusage unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten, wenn die Versorgung in einem zugelassenen Krankenhaus durchgeführt wird und i.S.d. § 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V erforderlich ist (BSG, Urteil vom 30.06.2009 - B 1 KR 24/08 R). Vorliegend steht die Erforderlichkeit der Krankenhausbehandlung der Versicherten zwischen den Beteiligten nicht im Streit. Die Klägerin ist lediglich der Auffassung, dass es sich bei den beiden stationären Aufenthalten um einen einheitlichen Behandlungsfall gehandelt hat, der einmalig auf Grundlage der DRG F41B abzurechnen war.

50

bb. Die Vergütung eines zugelassenen Krankenhauses für die Krankenhausbehandlung von nach dem SGB V versicherten Personen bemisst sich - vorbehaltlich etwaiger nach § 17b Abs. 7 KHG erlassener Rechtsverordnungen - nach vertraglichen Fallpauschalen auf Grundlage des § 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V i.V.m. § 7 KHEntgG und § 17b KHG (BSG, Urteil vom 08.11.2011 - B 1 KR 8/11 R (juris Rn. 15)).

51

Nach § 17b Abs. 1 Satz 1 Halbsatz 1 KHG ist für die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem einzuführen. Das Vergütungssystem hat Komplexitäten und Komorbiditäten abzubilden; sein Differenzierungsgrad soll praktikabel sein (§ 17b Abs. 1 Satz 2 KHG). Mit den Entgelten nach § 17b Abs. 1 Satz 1 KHG werden die allgemeinen vollstationären und teilstationären Krankenhausleistungen für einen Behandlungsfall vergütet (§ 17b Abs. 1 Satz 3 KHG). Nach § 17b Abs. 2 Satz 1 Halbsatz 1 KHG vereinbaren die Spitzenverbände der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung gemeinsam entsprechend den Vorgaben der § 17b Abs. 1 und 3 KHG mit der DKG als Vertragsparteien auf Bundesebene ein Vergütungssystem, das sich an einem international bereits eingesetzten Vergütungssystem auf der Grundlage der DRG's orientiert; nach dieser Vorschrift vereinbaren die Vertragspartner ferner die jährliche Weiterentwicklung und Anpassung des Vergütungssystems, insbesondere an medizinische Entwicklungen, Kostenentwicklungen, Verweildauerverkürzungen und Leistungsverlagerungen zu und von anderen Versorgungsbereichen, und die Abrechnungsbestimmungen, soweit diese nicht im KHEntgG vorgegeben werden. Sie orientieren sich dabei unter Wahrung der Qualität der Leistungserbringung an wirtschaftlichen Versorgungsstrukturen und Verfahrensweisen (§ 17b Abs. 2 Satz 2 KHG). Der Anspruch wird auf Bundesebene durch Normsetzungsverträge (Normenverträge) konkretisiert. Nach § 1 Abs. 1 KHEntgG werden die vollstationären und teilstationären Leistungen der Krankenhäuser nach dem KHEntgG und dem KHG vergütet. § 7 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG bestimmt, dass die allgemeinen Krankenhausleistungen gegenüber den Patienten oder ihren Kostenträgern u.a. mit Fallpauschalen nach dem auf Bundesebene vereinbarten Entgeltkatalog (§ 9 KHEntgG) abgerechnet werden. Mit diesen Entgelten werden alle für die Versorgung des Patienten erforderlichen allgemeinen Krankenhausleistungen vergütet (§ 7 Abs. 1 Satz 2 KHEntgG). Der GKV-Spitzenverband und der Verband der privaten Krankenversicherung gemeinsam vereinbaren nach § 9 Abs. 1 Satz

52

1 Nr. 1 KHEntgG mit der DKG als Vertragspartnerin auf Bundesebene mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG einen Fallpauschalenkatalog einschließlich der Bewertungsrelationen sowie Regelungen zur Grenzverweildauer und der in Abhängigkeit von diesen zusätzlich zu zahlenden Entgelte oder vorzunehmenden Abschläge. Ferner vereinbaren sie insoweit Abrechnungsbestimmungen nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 KHEntgG.

Für den Fall des Scheiterns des Vereinbarungsverfahrens ermächtigt § 17b Abs. 7 Satz 1 Nr. 1 KHG das BMGS durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates Vorschriften über das Vergütungssystem zu erlassen, soweit eine Einigung der Vertragsparteien nach § 17b Abs. 2 KHG ganz oder teilweise nicht zustande gekommen ist und eine der Vertragsparteien insoweit das Scheitern der Verhandlungen erklärt hat; die Vertragsparteien haben zu den strittigen Punkten ihre Auffassungen und die Auffassungen sonstiger Betroffener darzulegen und Lösungsvorschläge zu unterbreiten. Hiernach waren die Voraussetzungen für den Erlass der KFPV 2004 nach § 17b Abs. 7 Satz 1 Nr. 1 KHG gegeben, nachdem die DKG nach erfolglosen Verhandlungen nach § 17b Abs. 2 KHG über die Abrechnungsbestimmungen für Entgelte gem. § 9 Abs. 1 Satz 1 Nrn. 1 bis 3 KHEntgG mit Schreiben vom 02.07.2003 gegenüber dem Verordnungsgeber die Verhandlungen für gescheitert erklärt hatte. 53

cc. Ob die Beklagte für die in Rede stehenden Behandlungsfälle lediglich eine nach der DRG F41B berechnete Fallpauschale beanspruchen kann, bemisst sich daher maßgeblich nach dem Inhalt der KFPV 2004 einschließlich der in deren Abschnitt 1 enthaltenen Abrechnungsbestimmungen. Soweit das Sozialgericht die Auffassung vertritt, die zu beanspruchende Krankenhausvergütung richte sich in erster Linie nach der einfachgesetzlichen Regelung des § 17b Abs. 1 Satz 3 KHG, folgt der Senat diesem rechtstechnischen Ansatz nicht. Vielmehr ist bei der Bemessung der zu beanspruchenden Krankenhausvergütung auch unmittelbar auf den Inhalt der KFPV 2004 einschließlich der in den §§ 1 ff. enthaltenen Abrechnungsbestimmungen zurückzugreifen. Der Gesetzgeber hat nämlich die - auch für den vorliegenden Rechtsstreit maßgebenden - Abrechnungsbestimmungen gem. § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 KHEntgG und § 17b Abs. 2 Satz 1 KHG ausdrücklich den Vertragsparteien überantwortet und diesen auch insoweit einen vertragsautonomen Gestaltungsspielraum zugewiesen. Damit kommt nach Auffassung des Senats den in § 2 KFPV 2004 enthaltenen Regelungen zur Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus unmittelbare Rechtswirkung zu. 54

Nach § 1 Satz 1 KFPV 2004 werden Fallpauschalen jeweils von dem die Leistung erbringenden Krankenhaus nach dem am Tag der Aufnahme geltenden Fallpauschalen-Katalog und den dazu gehörenden Abrechnungsregeln abgerechnet. Die KFPV 2004 geht demnach konzeptionell erkennbar davon aus, dass für jeden stationären Behandlungsaufenthalt grundsätzlich eine Fallpauschale abzurechnen ist. Abweichend hierzu bestimmt § 2 KFPV 2004, in welchen Fällen bei einer Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus zwei an sich eigenständige Fallpauschalen zu einem Fall zusammenzufassen und eine Neueinstufung in eine Fallpauschale vorzunehmen ist. Hiernach scheidet indessen eine Zusammenfassung der Falldaten des (ersten) Behandlungsaufenthalts vom 05.11.2004 bis zum 15.11.2004 mit den Falldaten des im Zeitraum vom 22.11.2004 bis zum 24.11.2004 durchgeführten (zweiten) stationären Aufenthaltes aus. Eine Zusammenfassung der Falldaten und Neueinstufung in eine Fallpauschale ist nach Auffassung des Senats nämlich weder in unmittelbarer noch in entsprechender Anwendung des § 2 KFPV 2004 zulässig. 55

(1) Eine Zusammenfassung der Falldaten und eine Neueinstufung in eine Fallpauschale in unmittelbarer Anwendung des § 2 KFPV 2004 kommt - wie das Sozialgericht zutreffend 56

dargelegt hat - nicht in Betracht.

- (a) Nach § 2 Abs. 1 Satz 1 KPFV 2004 hat das Krankenhaus eine Zusammenfassung der Falldaten zu einem Fall und eine Neueinstufung in eine Fallpauschale vorzunehmen, wenn (1.) ein Patient oder eine Patientin innerhalb der oberen Grenzverweildauer, bemessen nach der Zahl der Kalendertage ab dem Aufnahmedatum des ersten unter diese Vorschrift zur Zusammenfassung fallenden Krankenhausaufenthaltes, wieder aufgenommen wird und (2.) für die Wiederaufnahme eine Einstufung in dieselbe Basis-DRG vorgenommen wird. Hiernach scheidet eine Zusammenfassung der Falldaten und eine Neueinstufung schon deshalb aus, weil für die Wiederaufnahme der Versicherten am 22.11.2004 keine Einstufung in dieselbe Basis-DRG vorgenommen wurde. Der Fallpauschale für die Erstaufnahme lag die Basis-DRG F60 zugrunde, während für die Wiederaufnahme der Versicherten die Basis-DRG F41 maßgeblich war. Aus diesem Grund kann offen bleiben, ob die Wiederaufnahme der Versicherten innerhalb der oberen Grenzverweildauer erfolgt ist. 57
- (b) Eine Zusammenfassung der Falldaten und eine Neueinstufung in eine Fallpauschale erfolgt gem. § 2 Abs. 2 Satz 1 KFPV 2004 außerdem, wenn (1.) ein Patient oder eine Patientin innerhalb von 30 Kalendertagen ab dem Aufnahmedatum des ersten unter diese Vorschrift fallenden Krankenhausaufenthaltes wieder aufgenommen wird und (2.) 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 ist. Hiernach ist eine Zusammenfassung der Falldaten gleichfalls nicht vorzunehmen, weil die Wiederaufnahme der Versicherten zwar innerhalb der gleichen Hauptdiagnosegruppe (MDC 05 (Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems)) erfolgt ist, die zuvor abrechenbare Fallpauschale DRG F60B für den ersten Krankenhausaufenthalt vom 05.11.2004 bis zum 15.11.2004 allerdings - insoweit entgegen den Feststellungen des Sozialgerichts Duisburg - zwar der "medizinischen Partition (M)" angehörte, die anschließende Fallpauschale für den Aufenthalt 22.11.2004 bis 24.11.2004 allerdings der "anderen Partition (A)" zuzuordnen war. Die in unmittelbarer Anwendung des § 2 Abs. 2 Satz 1 KFPV 2004 für eine Zusammenführung tatbestandlich gebotene Einordnung in eine "operative Partition" lag damit - wie auch das Sozialgericht im Ergebnis zutreffend festgestellt hat - nicht vor. 58
- (c) Werden Patienten oder Patientinnen, für die eine Fallpauschale abrechenbar ist, wegen einer Komplikation im Zusammenhang mit der durchgeführten Leistung innerhalb der oberen Grenzverweildauer, bemessen nach der Zahl der Kalendertage ab dem Aufnahmedatum des ersten unter diese Vorschrift zur Zusammenfassung fallenden Aufenthaltes wieder aufgenommen, hat das Krankenhaus eine Zusammenfassung der Falldaten zu einem Fall und eine Neueinstufung in eine Fallpauschale vorzunehmen (§ 2 Abs. 3 KFPV 2004). Hiernach kommt eine Zusammenfassung vorliegend gleichfalls nicht in Betracht, da die Wiederaufnahme der Versicherten am 22.11.2004 nicht wegen einer Komplikation erfolgt ist (zum Begriff der "Komplikation" i.S.d. § 2 Abs. 3 FPV 2008 jüngst BSG, Urteil vom 12.07.2012 - B 3 KR 15/11 R). 59
- (2) Der Senat hält auch eine Zusammenfassung der Falldaten und eine Neueinstufung in eine Fallpauschale in erweiternder Auslegung des § 2 KFPV 2004 für nicht zulässig. Zwar könnte hierfür sprechen, dass das Interesse eines Krankenhausträgers an einer missbräuchlichen Aufspaltung eines Behandlungsaufenthaltes in einen Aufenthalt für die Diagnostik und einen nachfolgenden Aufenthalt für eine Behandlung (etwa in Form einer elektiven Operation) im Interesse einer bloßen Erlösmaximierung nicht gänzlich fernliegend erscheint. Gleichwohl hält es der Senat für unzulässig, eine Fallzusammenführung auch unabhängig vom Wortlaut der 60

KFPV 2004 orientiert am Gesetzeszweck vorzunehmen. Nach Auffassung des Senats regelt § 2 KFPV 2004 nicht etwa beispielhaft, sondern abschließend, in welchen Fällen eine Fallzusammenfassung der Falldaten und Neueinstufung in eine Fallpauschale geboten ist. Eine erweiternde Auslegung des § 2 KFPV 2004 scheidet nach Ansicht des Senats aus.

(a) Nach ständiger Rechtsprechung des BSG unterliegt die Anwendung der KFPV-Abrechnungsbestimmungen grundsätzlich den allgemeinen rechtswissenschaftlichen Auslegungsmethoden. Die Abrechnungsbestimmungen sind dennoch wegen ihrer Funktion im Gefüge der Ermittlung des Vergütungstatbestandes innerhalb eines vorgegebenen Vergütungssystems eng am Wortlaut orientiert und unterstützt durch systematische Erwägungen auszulegen (vgl. allgemein bereits BSG SozR 4-2500 § 109 Nr. 19, Rn. 17; BSG SozR 4-2500 § 109 Nr. 11, Rn. 18; BSG, Urteil vom 12.07.2012 - B 3 KR 15/11 R, Rn. 21). Da das DRG-basierte Vergütungssystem vom Gesetzgeber als jährlich weiter zu entwickelndes (§ 17b Abs. 2 Satz 1 KHG) und damit "lernendes" System angelegt ist, sind bei zutage tretenden Unrichtigkeiten oder Fehlsteuerungen in erster Linie die Vertragsparteien berufen, diese mit Wirkung für die Zukunft zu beseitigen (so jüngst BSG, Urteil vom 06.03.2012 - B 1 KR 15/11 R (juris Rn. 17); BSG SozR 4-2500 § 109 Nr. 11, Rn. 18; BSG SozR 4-2500 § 109 Nr. 19, Rn. 18 m.w.N.; BSG SozR 4-5560 § 17b Nr. 2, Rn. 27). Entsprechend verfahren der 1. Senat und der 6. Senat des BSG bei der Auslegung vertragsärztlicher Vergütungsregelungen (vgl. BSG SozR 4-2500 § 28 Nr. 4, Rn. 13; BSG SozR 4-2500 § 106a Nr. 4, Rn. 12; BSG SozR 4-2500 § 75 Nr. 10, Rn. 13). Nach dem Wortlaut und dem Regelungssystem des § 2 KFPV 2004 erfolgt bei voneinander getrennten Behandlungsabschnitten eine Zusammenfassung der Falldaten und eine Neueinstufung in eine Fallpauschale bei einer Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus innerhalb von 30 Kalendertagen ab dem ersten Aufnahmedatum nach § 2 Abs. 2 Satz 1 KFPV 2004 nur, wenn die erste abrechenbare Fallpauschale in die medizinische oder andere Partition und die anschließende (zweite) Fallpauschale in die operative Partition einzugruppieren ist. Ein solcher Fall liegt dem vorliegenden Abrechnungsstreit - wie vorstehend dargelegt - gerade nicht zugrunde, da die zweite DRG F41B der "anderen Partition" und nicht der "operativen" Partition zugehört.

61

Durch eine erweiternde Auslegung des § 2 KFPV 2004 in dem Sinne, dass auch bei einer der "anderen Partition" zugehörigen zweiten Fallpauschale eine Zusammenführung zu erfolgen hat, würde das Regelungsmodell des § 2 Abs. 2 Satz 1 KFPV 2004 wesentlich verändert. Eine solche Änderung der Abrechnungsbestimmungen ist jedoch kraft Gesetzes den Vertragsparteien vorbehalten und kann nach Auffassung des Senats bei Ausbleiben einer Einigung der Vertragsparteien bzw. bei Fehlen einer entsprechenden Regelung in einer nach § 17b Abs. 7 KHG erlassenen Verordnung den Verantwortlichen im Wege erweiternder Auslegung nicht durch die Rechtsprechung aufoktroiert werden. Der Senat sieht sich in dieser Beurteilung auch durch die Stellungnahme des PKV als einem der Vertragsparteien bestätigt. Dieser hat in der vom Senat eingeholten Stellungnahme vom 14.12.2012 erklärt, dass die in § 2 KFPV 2004 enthaltene Wiederaufnahmeregelung nicht mehr substantiell angegriffen worden sei, da ein weiterführender Konsens nicht habe erwartet werden können und dieses den Preis des Scheiterns der Verhandlungen nicht wert gewesen sei. Dieser Erklärung entnimmt der Senat, dass die Vertragsparteien kraft ihrer individuellen Vertragsautonomie eine wesentliche Änderung der hier in Rede stehenden Abrechnungsvorschriften zur Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus entweder nicht angestrebt haben oder aber nicht durchsetzen konnten. Die den Vertragsparteien nach § 17b Abs. 2 KHG zugewiesene Entscheidungsautonomie würde jedoch weitgehend leerlaufen, wenn die von ihnen erzielten Ergebnisse der Vergütungsverhandlungen einschließlich der vereinbarten Abrechnungsbestimmungen im Wege erweiternder richterlicher Auslegung

62

wesentlich verändert würden.

Auch das LSG Saarland hat mit Urteil vom 18.04.2012 (L 2 KR 127/09 (juris Rn. 31)) zur Frage einer entsprechenden Anwendung des § 2 Abs. 2 Satz 1 FKV 2006 unter dem Gesichtspunkt einer tatsächlich nicht erfolgten, aber nach Auffassung der Krankenkasse möglichen Aufnahme innerhalb der 30-Tage-Frist betont, dass die Regelung des § 2 FKV 2006 so angelegt ist, dass über die Fallzusammenführung anhand von DRG-Nummern oder Partitionen sowie von Fristen entschieden wird. Nur so könnten Entscheidungen im Massengeschäft der Abrechnung durch die EDV getroffen und Beurteilungsspielräume der Betroffenen und damit Streit zwischen den Krankenkassen und Krankenhäusern vermieden werden.

63

Soweit der Kläger schließlich zur Begründung seiner Rechtsauffassung auf die Entscheidungen des BSG vom 12.07.2012 (B 3 KR 15/11 R; B 3 KR 18/11 R) verweist, ergibt sich hieraus keine andere Beurteilung. Das BSG hat in diesen Entscheidungen - der bisherigen Linie der höchstrichterlichen Rechtsprechung folgend - betont, dass auch die Vergütungsregelung des § 2 Abs. 3 FKV 2008 nach Wortlaut sowie Sinn und Zweck auszulegen ist. Hierbei hat das BSG innerhalb des durch den Wortlaut des § 2 Abs. 3 FKV 2008 begrenzten Regelungsbefehls betont, dass eine die Fallzusammenführung nach § 2 Abs. 3 FKV 2008 rechtfertigende "in den Verantwortungsbereich des Krankenhauses fallende Komplikation im Zusammenhang mit der durchgeführten Leistung" ein schuldhaftes Verhalten des Krankenhauses nicht voraussetzt.

64

(b) Der Senat geht überdies davon aus, dass eine Fallzusammenfassung bei der Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus jenseits der in § 2 FKV 2004 genannten Sachverhalte dem Willen des Ordnungsgebers nicht entspricht. Dies ergibt sich schon daraus, dass der Ordnungsgeber ausweislich der amtlichen Begründung zum Referentenentwurf zur FKV 2004 die dem DRG-Vergütungssystem immanente Missbrauchsgefahr erkannt und in Kenntnis der diesem Vergütungssystem zugrunde liegenden Anreize in § 2 FKV 2004 normative Schutzmechanismen aufgestellt hat. So hat der Ordnungsgeber aufgrund der von ihm erkannten Gefahr, Fallzahlen künstlich zu erhöhen und bisher in einem Krankenhausaufenthalt durchgeführte Behandlungen auf mehrere Aufenthalte aufzuteilen, in § 2 FKV 2004 detailliert ausgestaltete Abrechnungsvorschriften zur Wiederaufnahme aufgenommen. Hierbei hat er streng danach differenziert, welcher Partition die erste DRG angehört und welcher die für den zweiten Aufenthalt auszuwerfende DRG. Vor diesem Hintergrund kann nach Auffassung des Senats nicht davon ausgegangen werden, dass die Regelungen des § 2 FKV 2004 eine bloß beispielhafte Aufzählung darstellen soll.

65

Die von dem BMGS veröffentlichten "Leitsätze zur Anwendung der Wiederaufnahmeregelung nach § 2 FKV 2004" vom 16.09.2004 betonen zudem, dass nach § 2 Abs. 4 Satz 2 FKV 2004 alle Aufenthalte zusammenzufassen sind, die die Kriterien der Absätze 1 bis 3 erfüllen, "aber eben auch nur diese". Auch dieser Hinweis spricht dafür, dass eine Fallzusammenführung jenseits der von § 2 FKV 2004 tatbestandlich erfassten Fallgruppen nach der Vorstellung des BMGS nicht erfolgen sollte. Hierbei ist sich der Senat bewusst, dass die Leitsätze - worauf das Sozialgericht zutreffend hingewiesen hat - keinen normativen Anspruch genießen; sie spiegeln nach Überzeugung des Senats aber dennoch den Willen des Ordnungsgebers wider.

66

Entgegen der Auffassung der Klägerin verpflichtet schließlich das Wirtschaftlichkeitsgebot (§§ 12 Abs. 1, 70 Abs. 1 Satz 2 SGB V) ein Krankenhaus nicht dazu, die für eine Krankenkasse finanziell günstigste Art der Durchführung einer Krankenhausbehandlung zu wählen (BSG,

67

Urteil vom 24.07.2003 - B 3 KR 28/02 R (juris Rn. 27); LSG Saarland, Urteil vom 18.04.2012 - L 2 KR 127/09 (juris Rn. 32)). Das Wirtschaftlichkeitsgebot begründet nämlich keine Fürsorgepflicht des Krankenhauses für die sparsame Mittelverwendung des Vertragspartners. Der Gesetzgeber hat vielmehr zur Erfüllung der Sachleistungsverpflichtung der Krankenkassen gegenüber ihren Versicherten vorgesehen, dass sich die Krankenkassen der verschiedenen Leistungserbringer bedienen, mit denen sie über Art und Umfang der Leistungen sowie die Vergütung Verträge abschließen. Diesem Vertragsmodell liegt dabei die Vorstellung zugrunde, dass jede Seite ihre Interessen zu wahren sucht, der Einigungsdruck aber zu einem angemessenen Interessenausgleich führt. Insoweit überantwortet der Gesetzgeber den Auftrag zur sparsamen Mittelverwendung der Krankenkasse, von der erwartet werden kann, dass sie dieser Pflicht durch entsprechende Vertragsgestaltung nachkommt (LSG Saarland, a.a.O. (juris Rn. 32 unter Hinweis auf BSG, Urteil vom 24.07.2003 - B 3 KR 28/02 R (juris Rn. 27))).

III. Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Abs. 1 Satz 1, Halbsatz 3 SGG i.V.m. § 154 Abs. 2 Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO). 68

IV. Die Revision ist gem. § 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG wegen grundsätzlicher Bedeutung der Rechtssache zuzulassen. Hierbei hat der Senat berücksichtigt, dass die in § 2 Abs. 2 KFPV 2004 enthaltenen Regelungen in den in den Folgejahren getroffenen Fallpauschalvereinbarungen übernommen wurden. Auslegungsfragen im Zusammenhang mit der Abrechnung im Fall der Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus werden sich daher auch weiterhin stellen können. Die im Berufungsverfahren von dem GKV-Spitzenverband geäußerte Rechtsauffassung unterstreicht einen höchstrichterlichen Klärungsbedarf. 69

V. Die Festsetzung des Streitwerts ergibt sich aus § 197a Abs. 1 Satz 1 Halbsatz 1 SGG i.V.m. §§ 63, Abs. 2, 52 Abs. 3, 47 Abs. 1 Gerichtskostengesetz (GKG). 70