

BUNDESSOZIALGERICHT



Im Namen des Volkes

Verkündet am
17. November 2015

Urteil

in dem Rechtsstreit

Az: B 1 KR 13/15 R

L 1 KR 330/13 (LSG Berlin-Brandenburg)
S 3 KR 143/11 (SG Potsdam)

.....,

Klägerin und Revisionsklägerin,

Prozessbevollmächtigte:

.....,

g e g e n

AOK Nordost - Die Gesundheitskasse,
Behlertstraße 33 A, 14467 Potsdam,

Beklagte und Revisionsbeklagte.

Der 1. Senat des Bundessozialgerichts hat auf die mündliche Verhandlung vom 17. November 2015 durch den Richter Prof. Dr. H a u c k als Vorsitzenden, die Richter C o s e r i u und Dr. E s t e l m a n n sowie den ehrenamtlichen Richter T e e t z und die ehrenamtliche Richterin K a n d r a s c h o w für Recht erkannt:

Die Revision der Klägerin gegen das Urteil des Landessozialgerichts Berlin-Brandenburg vom 10. Dezember 2014 wird zurückgewiesen.

Die Klägerin trägt auch die Kosten des Revisionsverfahrens.

Der Streitwert für das Revisionsverfahren wird auf 1322,97 Euro festgesetzt.

Gründe:

I

- 1 Die Beteiligten streiten über Krankenhausvergütung.
- 2 Die Klägerin ist Trägerin eines zugelassenen Krankenhauses. Sie nahm die bei der beklagten Krankenkasse (KK) versicherte C. K. (im Folgenden: Versicherte) in der Klinik für Chirurgie ihres Krankenhauses wegen einer Fraktur des Oberschenkelknochens auf und versorgte sie operativ (4.1.2009). Es zeigte sich eine Knochenmetastase eines mäßig differenzierten Karzinoms. Die Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe desselben Krankenhauses diagnostizierte ein Mammakarzinom der linken Brustdrüse. Sie verlegte die Versicherte zur weiteren postoperativen Mobilisierung in die Geriatrie des S. krankenhauses (3. bis 17.2.2009). Nach Rückverlegung in das Krankenhaus der Klägerin erfolgte eine diagnostische Teil- und komplikationslose Vollentfernung der linken Brustdrüse sowie der Lymphknoten (Entlassung 7.3.2009). Die Klägerin berechnete 11 489,43 Euro für die Fallpauschale (Diagnosis Related Groups <DRG> 2009) I08E (Andere Eingriffe am Hüftgelenk und Femur mit Mehrfacheingriff, komplexer Prozedur oder Diagnose oder äußerst schweren CC oder mit Osteotomie oder Muskel-/Gelenkplastik; Verweildauer 48 Tage). Die Beklagte bezahlte die Rechnung und ließ den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) die Abrechnung prüfen. Der MDK zeigte der Klägerin die Prüfung an (24.3.2009). Er hielt nur eine um 13 Tage kürzere Verweildauer für erforderlich, gekürzt um die Zeit vom 22.1. bis 3.2.2009. Es sei nicht plausibel, warum die Diagnostik des Karzinoms so lange gedauert habe. Die Beklagte verrechnete einen Differenzbetrag in Höhe von 2563,38 Euro mit einer unstreitigen Forderung der Klägerin (12.3.2010). Die Klägerin hat nach Klageerhebung (5.5.2011) ihre bisherige Rechnung "storniert" und insgesamt 10 249,02 Euro berechnet (16.4.2013: 5218,66 Euro für die Fallpauschale I08E vom 4. bis 22.1.2009; 5030,36 Euro für die Fallpauschale J23Z - Große Eingriffe an der Mamma bei bösartiger Neubildung - Behandlung vom 17.2.2009 bis 7.3.2009). Während das SG die Beklagte verurteilt hat, den verbleibenden Differenzbetrag iHv 1322,97 Euro nebst Zinsen hierauf in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 16.4.2013 zu zahlen (Urteil vom 26.9.2013), hat das LSG unter Aufhebung des SG-Urteils die Klage abgewiesen: Die Klägerin habe nur 8926,05 Euro für einen Behandlungsfall abrechnen dürfen (§ 3 Abs 3 Fallpauschalenvereinbarung <FPV> 2009). Sie habe die Versicherte aus ihrem Krankenhaus in ein anderes Krankenhaus verlegt, welches die Versicherte danach innerhalb von 30 Kalendertagen zurückverlegt habe. Die Abrechnung sei um die nicht medizinisch notwendigen 13 Behandlungstage zu kürzen (Urteil vom 10.12.2014).
- 3 Die Klägerin rügt mit ihrer Revision die Verletzung des § 3 Abs 3 und des § 2 Abs 1 FPV 2009 sowie des Wirtschaftlichkeitsgebots (§ 12 Abs 1; § 70 Abs 1 S 2 SGB V). Bei korrektem Behandlungsverlauf hätte eine Entlassung und keine Verlegung der Versicherten stattgefunden. § 3 Abs 3 FPV 2009 finde unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots deshalb keine An-

wendung. Eine Fallzusammenführung nach § 2 FPV 2009 scheidet mangels Vorliegens der dort genannten Voraussetzungen aus.

- 4 Die Klägerin beantragt,
das Urteil des Landessozialgerichts Berlin-Brandenburg vom 10. Dezember 2014 aufzuheben und die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Potsdam vom 26. September 2013 zurückzuweisen.
- 5 Die Beklagte beantragt,
die Revision zurückzuweisen,
hilfsweise,
das Urteil des Landessozialgerichts Berlin-Brandenburg vom 10. Dezember 2014 aufzuheben und den Rechtsstreit zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das Landessozialgericht zurückzuverweisen.
- 6 Sie hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend.

II

- 7 Die zulässige Revision der klagenden Krankenhausträgerin ist unbegründet (§ 170 Abs 1 S 1 SGG). Das LSG hat zu Recht das SG-Urteil aufgehoben und die Klage abgewiesen. Die von der Klägerin erhobene (echte) Leistungsklage (§ 54 Abs 5 SGG) ist im hier bestehenden Gleichordnungsverhältnis zulässig (vgl. zB BSGE 102, 172 = SozR 4-2500 § 109 Nr 13, RdNr 9 mwN; BSGE 104, 15 = SozR 4-2500 § 109 Nr 17, RdNr 12), aber unbegründet. Der ursprünglich entstandene Anspruch der Klägerin gegen die beklagte KK auf Vergütung von Krankenhausbehandlungsleistungen für andere Versicherte (*dazu 1.*) erlosch dadurch in Höhe von noch streitig gebliebenen 1322,97 Euro, dass die Beklagte auch insoweit wirksam mit ihrem Erstattungsanspruch wegen Überzahlung der Vergütung für die Krankenhausbehandlung der Versicherten aufrechnete. Der Klägerin stand wegen der stationären Behandlung der Versicherten neben den von der Beklagten gezahlten und nicht zurückgeforderten 8926,05 Euro jedenfalls kein weitergehender Vergütungsanspruch in Höhe der darüber hinaus gezahlten 1322,97 Euro und damit auch kein Zinsanspruch zu (*dazu 2. bis 4.*).
- 8 1. Zu Recht ist zwischen den Beteiligten nicht streitig, dass der Klägerin aufgrund stationärer Behandlungen anderer Versicherter der Beklagten zunächst Anspruch auf die abgerechnete Vergütung iHv 1322,97 Euro zustand; eine nähere Prüfung des erkennenden Senats erübrigt sich insoweit (vgl. zur Zulässigkeit dieses Vorgehens zB BSG SozR 4-2500 § 129 Nr 7 RdNr 10; BSG SozR 4-2500 § 130 Nr 2 RdNr 15; BSG SozR 4-5562 § 9 Nr 4 RdNr 8).

- 9 2. Der anderweitige Vergütungsanspruch für Krankenhausbehandlung erlosch dadurch, dass die Beklagte wirksam mit ihrem öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch wegen Überzahlung der Vergütung für die Krankenhausbehandlung der Versicherten analog § 387 BGB die Aufrechnung erklärte (*zur entsprechenden Anwendung auf überzahlte Krankenhausvergütung vgl zB BSGE 109, 236 = SozR 4-5560 § 17b Nr 2, RdNr 9 ff mwN, stRspr*). Der Vergütungsanspruch der Klägerin und der von der Beklagten aufgerechnete öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch waren gegenseitig und gleichartig (*vgl hierzu BSG SozR 4-2500 § 264 Nr 3 RdNr 16*), der öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch war fällig und der Vergütungsanspruch der Klägerin erfüllbar. Die Voraussetzungen des Gegenanspruchs aus öffentlich-rechtlicher Erstattung iHv ursprünglich 2563,38 Euro und jetzt noch im Streit stehender 1322,97 Euro waren erfüllt. Die Beklagte konnte Erstattung in dieser Höhe beanspruchen, weil die von ihr bezahlten Rechnungen über die Behandlung der Versicherten jedenfalls um diesen Betrag überhöht waren.
- 10 3. Die Klägerin erfüllte die Grundvoraussetzungen eines Anspruchs auf Krankenhausvergütung, indem sie die Versicherte vom 4.1. bis 3.2.2009 und nach ihrer Rückverlegung vom 17. bis 7.3.2009 stationär behandelte, abgesehen von der Behandlungszeit vom 22.1. bis 3.2.2009, in der keine Krankenhausbehandlung erforderlich war. Die Zahlungsverpflichtung einer KK entsteht - unabhängig von einer Kostenzusage - unmittelbar mit Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten kraft Gesetzes, wenn die Versorgung - wie hier - in einem zugelassenen Krankenhaus durchgeführt wird und iS von § 39 Abs 1 S 2 SGB V erforderlich und wirtschaftlich ist (*stRspr, vgl zB BSGE 102, 172 = SozR 4-2500 § 109 Nr 13, RdNr 11; BSGE 104, 15 = SozR 4-2500 § 109 Nr 17, RdNr 15; BSG SozR 4-2500 § 109 Nr 19 RdNr 11; BSG SozR 4-5565 § 14 Nr 10 RdNr 11; BSGE 109, 236 = SozR 4-5560 § 17b Nr 2, RdNr 13; alle mwN*). Diese Voraussetzungen waren - sieht man von der genannten Zeitspanne der stationären Behandlung ab - nach den unangegriffenen, den Senat bindenden Feststellungen des LSG (§ 163 SGG) erfüllt.
- 11 4. Der Vergütungsanspruch für die stationäre Behandlung der Versicherten überstieg jedenfalls nicht 8926,05 Euro. Die Beklagte erkannte den Anspruch nach Überprüfung in dieser Höhe an, er steht insoweit außer Streit. Die Voraussetzungen der um 1322,97 Euro höheren, von der Klägerin berechneten Vergütung waren dagegen nicht erfüllt. Zu Recht sind die Beteiligten darüber einig, dass der Anspruch auf die höhere Vergütung voraussetzt, dass neben der DRG I08E für die Behandlung vom 4. bis 22.1.2009 auch die DRG J23Z für die Behandlung vom 17.2. bis 7.3.2009 abzurechnen war. Die Voraussetzungen hierfür lagen aber nicht vor. Die tatsächlichen Krankenhausaufenthalte der Versicherten vom 4.1. bis 3.2.2009 und vom 17.2. bis 7.3.2009 waren nach § 3 Abs 3 FPV 2009 in eine DRG zusammenzufassen (*dazu a*). Die dagegen erhobenen Einwendungen der Klägerin greifen nicht durch (*dazu b*). Wegen der gebotenen Kürzung stand der Klägerin lediglich ein Vergütungsanspruch iHv 8926,05 Euro zu (*dazu c*).

- 12 a) Die Klägerin musste für eine sachlich-rechnerisch richtige Abrechnung die Krankenhausaufenthalte der Versicherten, die tatsächlich stattfanden, in ihrem Krankenhaus zusammenfassen und sie in eine Fallpauschale einstufen, die DRG I08E. Nach § 3 Abs 3 FPV 2009 ist eine Neueinstufung nach den Vorgaben des § 2 Abs 4 S 1 bis 6 FPV 2009 in eine Fallpauschale durchzuführen sowie § 3 Abs 2 S 1 FPV 2009 (Vornahme eines Abschlags von dem aufnehmenden Krankenhaus) anzuwenden, wenn ein Patient oder eine Patientin aus einem Krankenhaus in weitere Krankenhäuser verlegt und von diesen innerhalb von 30 Kalendertagen ab dem Entlassungsdatum eines ersten Krankenhausaufenthalts in dasselbe Krankenhaus zurückverlegt (Rückverlegung) wird. So lag der Fall hier. Die Versicherte wurde am 3.2.2009 aus dem Krankenhaus der Klägerin in das S. Krankenhaus verlegt und von diesem am 17.2.2009 und damit innerhalb von 30 Kalendertagen gerechnet ab dem 3.2.2009 wieder in das Krankenhaus der Klägerin zurückverlegt. Dies ist zwischen den Beteiligten auch nicht streitig.
- 13 b) Die hiergegen erhobenen Einwendungen der Klägerin greifen nicht durch. Die Anwendung der FPV-Abrechnungsbestimmungen erfolgt eng am Wortlaut orientiert und unterstützt durch systematische Erwägungen; Bewertungen und Bewertungsrelationen bleiben außer Betracht (vgl. *allgemein bereits BSG SozR 4-2500 § 109 Nr 19 RdNr 17 mwN; BSG SozR 4-5562 § 9 Nr 3 RdNr 17; BSGE 109, 236 = SozR 4-5560 § 17b Nr 2, RdNr 27; BSG SozR 4-2500 § 301 Nr 1 RdNr 14; BSG Urteil vom 1.7.2014 - B 1 KR 29/13 R - SozR 4-2500 § 301 Nr 4 RdNr 12, auch für BSGE 116, 165 vorgesehen*). Nur dann kann eine Vergütungsregelung, die für die routinemäßige Abwicklung von zahlreichen Behandlungsfällen vorgesehen ist, ihren Zweck erfüllen. Da das DRG-basierte Vergütungssystem vom Gesetzgeber als jährlich weiter zu entwickelndes (§ 17b Abs 2 S 1 *Krankenhausfinanzierungsgesetz <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 (vgl. *zum Ganzen BSGE 107, 140 = SozR 4-2500 § 109 Nr 21, RdNr 18 mwN; BSG SozR 4-2500 § 109 Nr 11 RdNr 18; BSG SozR 4-2500 § 109 Nr 19 RdNr 18 mwN; BSGE 109, 236 = SozR 4-5560 § 17b Nr 2, RdNr 27; zur Bundespflegesatzverordnung <BPflV>: BSG SozR 4-5565 § 14 Nr 10 RdNr 14; BSG SozR 3-5565 § 14 Nr 2 S 15; BSG SozR 3-5565 § 15 Nr 1 S 6*). Rechtsähnlich verfahren der erkennende 1. und der 6. Senat des BSG bei der Auslegung vertragsärztlicher Vergütungsregelungen (vgl. *BSG SozR 4-2500 § 28 Nr 4 RdNr 13; BSG SozR 4-2500 § 106a Nr 4 RdNr 12; BSG SozR 4-2500 § 75 Nr 10 RdNr 13*).
- 14 Die am Wortlaut der FPV 2009 orientierte Auslegung lässt nur die Zusammenfassung der Krankenhausaufenthalte, die die Versicherten tatsächlich absolvierten, unabhängig von hypothetischen Geschehensabläufen zu. § 3 Abs 3 FPV 2009 stellt ausschließlich auf den tatsächlichen Behandlungsverlauf ab. Insbesondere regelt § 3 Abs 3 FPV 2009 keine Ausnahmen für Fälle, in denen eine Entlassung eines Versicherten wegen Entfallens der Erforderlichkeit der Krankenhausbehandlung möglich gewesen wäre.

- 15 Auch systematische Erwägungen rechtfertigen kein anderes Ergebnis. Fiktive Abrechnungen sieht das Gesetz auf der Ebene sachlich-rechnerisch richtiger Fallpauschalen nicht vor. Abzurechnen ist das tatsächliche Geschehen, das auf seine sachlich-rechnerische Richtigkeit hin überprüft wird. Deshalb stellt sich auf dieser Ebene entgegen der Auffassung der Klägerin auch nicht die Frage eines "wirtschaftlichen Alternativverhaltens". Der erkennende Senat hat bereits zur früher geltenden, sachlich vergleichbaren FPV 2005 ausgeführt, dass die FPV 2005 nicht ausdrücklich regelt, ob und wie Abschläge im Falle "nicht erforderlicher" Krankenhausbehandlungstage vorzunehmen sind, sondern sich von vornherein lediglich mit der Vergütung erforderlicher, tatsächlich durchgeführter Krankenhausbehandlung befasst (*vgl BSGE 104, 15 = SozR 4-2500 § 109 Nr 17, RdNr 26*). Gleiches muss aufgrund vergleichbarer rechtlicher Grundlagen für die Fallpauschalen gemäß FPV 2009 gelten.
- 16 Der Senat weist aber klarstellend darauf hin, dass kein Zwang zur Abrechnung von Unwirtschaftlichem besteht: Das Krankenhaus, das eine das tatsächliche Geschehen zutreffend abbildende, sachlich-rechnerisch richtige Abrechnung erstellt, aber erkennt, dass es den in Rechnung gestellten Betrag wegen Verstoßes gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot (*§ 12 Abs 1 SGB V*) mindern muss, hat eine dies in geeigneter Weise verdeutlichende gekürzte Abrechnung vorzunehmen. Mit der Abrechnung muss die KK vollständig und zutreffend von der Kürzung Kenntnis erhalten, notfalls im Wege einer "manuell" korrigierten Abrechnung.
- 17 c) Bei der gebotenen Zusammenfassung der Krankenhausaufenthalte vom 4.1. bis 3.2.2009 und vom 17. bis 7.3.2009 stand der Klägerin nur ein Vergütungsanspruch nach der Fallpauschale DRG I08E iHv 8926,05 Euro zu, weil die Krankenhausbehandlung vom 22.1. bis 3.2.2009 nach den den Senat bindenden Feststellungen des LSG (*§ 163 SGG*) unbestritten nicht erforderlich war.
- 18 aa) Behandelt ein Krankenhaus einen Versicherten bei erforderlicher Krankenhausbehandlung in unwirtschaftlichem Umfang, hat es allenfalls Anspruch auf die Vergütung, die bei fiktivem wirtschaftlichen Alternativverhalten anfiel (*stRspr, vgl zB BSG Urteil vom 10.3.2015 - B 1 KR 2/15 R - Juris RdNr 14 mwN, für BSGE und SozR 4-2500 § 39 Nr 23 SozR vorgesehen; BSG Urteil vom 10.3.2015 - B 1 KR 3/15 R - Juris RdNr 27; BSG Urteil vom 21.4.2015 - B 1 KR 6/15 R - Juris RdNr 11 mwN, für BSGE und SozR 4-2500 § 109 Nr 43 vorgesehen; BSGE 116, 138 = SozR 4-2500 § 12 Nr 4, RdNr 26*). Nach der Rechtsprechung des erkennenden Senats sind in Fällen, in denen die Verweildauer teilweise nicht erforderlich ist, die nicht erforderlichen Tage der Krankenhausbehandlung bei der Vergütung nicht zu berücksichtigen. Weil es insoweit - nachvollziehbar - in der FPV 2009 an einer ausdrücklichen Regelung fehlt, ging die Beklagte zu Recht nach den Rechtsgedanken von *§ 17b KHG, § 2 Abs 2, § 7 S 1, § 8 Abs 1 und § 9 Krankenhausentgeltgesetz* sowie dem daran anknüpfenden Regelungssystem der FPV 2009 davon aus, dass nicht erforderliche Tage wie Tage ohne Krankenhausbehandlung anzusehen sind. Insoweit gilt im Ergebnis nichts anderes als bei früheren Abrechnungen nach der BPfIV (*vgl dazu BSGE 102, 172 = SozR 4-2500 § 109 Nr 13, RdNr 10 ff, 15 ff; BSGE 102, 181*

= SozR 4-2500 § 109 Nr 15, RdNr 13 ff). Auch dort waren die nicht erforderlichen Tage der Krankenhausbehandlung bei der Vergütung nicht zu berücksichtigen, ohne dass es einer ausdrücklichen Regelung in der BpflV bedurfte (vgl insgesamt grundlegend BSGE 104, 15 = SozR 4-2500 § 109 Nr 17, RdNr 26 mwN).

- 19 Zieht man nach diesen Grundsätzen von den Gesamtbehandlungstagen der sachlich-rechnerisch richtigen Abrechnung die unwirtschaftlichen, nicht erforderlichen Tage der Krankenhausbehandlung ab, resultiert eine Verminderung der Überschreitung der oberen Grenzverweildauer um 13 Tage und damit ein Gesamtbetrag von 8926,05 Euro. Dies entspricht einem Behandlungsverlauf bei fiktivem wirtschaftlichen Alternativverhalten. Hierbei hätte die Klägerin die Versicherte nicht erst am 3.2.2009, sondern bereits am 22.1.2009 in die Geriatrie einer Fremdklinik verlegt mit der Folge, dass sie bereits wieder am 4.2.2009 bei der Klägerin aufgenommen und dort 13 Tage früher als geschehen entlassen worden wäre. Dass ein solcher Ablauf medizinisch ausgeschlossen gewesen wäre, ist weder vorgetragen noch sonst ersichtlich. Das LSG hat dies nicht festgestellt.
- 20 bb) Entgegen der Auffassung der Klägerin ist keine Alternativberechnung aufzustellen, die von zwei Behandlungsepisoden der Versicherten vom 4. bis 22.1.2009 mit der DRG I08E, keiner Verlegung in die Geriatrie, sondern anschließender Entlassung nach Hause und einer weiteren Behandlung bei der Klägerin vom 17.2. bis 7.3.2009 mit der DRG J23Z ausgeht. Zu diesem Vorschlag gelangt die Klägerin, indem sie nicht nur die von der Beklagten beanstandete und gerichtlich festgestellte Unwirtschaftlichkeit zugrunde legt. Vielmehr kennzeichnet sie zusätzlich noch ein weiteres, von der Beklagten nicht beanstandetes vermeintlich unwirtschaftliches Verhalten als solches, nämlich die Verlegung der Versicherten in die Geriatrie. Dieses ersetzt sie durch ein fiktives Alternativverhalten, durch die fiktive Entlassung der Versicherten am 22.1.2009 nach Hause und ihre spätere Behandlung vom 3. bis 17.2.2009 in der Geriatrie. Die Überprüfung auffälliger Krankenhausabrechnungen auf Unwirtschaftlichkeit - veranlasst durch die KK - dient aber nicht dazu, dem Krankenhaus die Gelegenheit zu verschaffen, durch Angaben weiterer Unwirtschaftlichkeit seine Abrechnung zu optimieren. Zu Recht weist die Beklagte darauf hin, dass sich im Übrigen bei diesem neuen, von der Klägerin fingierten Sachverhalt die Frage stellen würde, warum es überhaupt zu einer Entlassung der Versicherten und nicht zu ihrer einheitlichen Gesamtbehandlung gekommen ist.
- 21 5. Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Abs 1 Teils 3 SGG iVm § 154 Abs 2 VwGO. Die Streitwertfestsetzung folgt aus § 197a Abs 1 Teils 1 SGG iVm § 63 Abs 2, § 52 Abs 1 und 3, § 47 Abs 1 GKG.