
S 9 KR 871/18

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht	Bundessozialgericht
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	-
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	Krankenversicherung – Vergütung stationärer Krankenhausbehandlung – Fallzusammenführung zweier Krankenhausaufenthalte mit Wiederaufnahme innerhalb der gleichen Hauptdiagnosegruppe – zwischenzeitlich weiterer Krankenhausaufenthalt aufgrund anderer Hauptdiagnosegruppe
Leitsätze	Der Fallzusammenführung bei der Vergütung zweier Krankenhausaufenthalte mit Wiederaufnahme in das Krankenhaus aufgrund der gleichen Hauptdiagnosegruppe (MDC) steht nicht entgegen, dass im selben Krankenhaus zwischen diesen beiden Krankenhausaufenthalten ein weiterer Krankenhausaufenthalt stattgefunden hat, der einer anderen Hauptdiagnosegruppe zugeordnet war.
Normenkette	SGB V § 109 Abs 4 S 3 ; KHEntgG § 7 Abs 1 S 1 Nr 1 ; KHEntgG § 9 Abs 1 S 1 Nr 1 ; KHG § 17b ; FPVBG § 2 Abs 2 J; 2015

1. Instanz

Aktenzeichen	S 9 KR 871/18
Datum	14.11.2018

2. Instanz

Aktenzeichen	L 11 KR 4533/18
Datum	23.07.2019

3. Instanz

Datum	16.07.2020
-------	------------

Die Revision des Klägers gegen das Urteil des Landessozialgerichts Baden-Württemberg vom 23. Juli 2019 wird zurückgewiesen. Der Kläger trägt auch die Kosten des Revisionsverfahrens. Der Streitwert für das Revisionsverfahren wird auf 2071,42 Euro festgesetzt.

Gründe:

I

1

Die Beteiligten streiten über die Vergütung stationärer Krankenhausbehandlung.

2

Das nach [§ 108 SGB V](#) zugelassene Krankenhaus des Klägers behandelte die bei der beklagten Krankenkasse (KK) versicherte N. B. (im Folgenden: Versicherte) zunächst vom 12. bis 14.8.2015 stationär wegen einer Entzündung der Bauchspeicheldrüse, Gallensteinen sowie Kopfschmerzen (biliäre Pankreatitis, Cholezystolithiasis, Cephalgie; erste Behandlung). Vom 16. bis 19.8.2015 wurde die Versicherte auf der interdisziplinären Lungenstation wegen einer ausgeprägten allergischen Reaktion nach Infusion von Tramadol (Schmerzmittel) behandelt (zweite Behandlung). Vom 24. bis 28.8.2015 wurde die Versicherte erneut wegen der Bauchbeschwerden behandelt (Entfernung der Gallenblase; dritte Behandlung). Der Kläger berechnete für die erste Behandlung 2033,57 Euro (3.9.2015; Fallpauschale â Diagnosis Related Group (DRG) 2015 H64Z â Erkrankungen von Gallenblase und Gallenwegen; Partition: M), für die zweite Behandlung 1665,59 Euro (22.6.2016 (nach Korrektur); DRG J67Z â Erkrankungen der Mamma außer bösartige Neubildung oder leichte bis moderate Hauterkrankungen; Partition: M) und für die dritte Behandlung 2934,56 Euro (17.9.2015; DRG H08B â Laparoskopische Cholezystektomie ohne sehr komplexe Diagnose, ohne komplizierende Diagnose; Partition: O). Die Beklagte beglich zunächst die Rechnung für die erste Behandlung, verrechnete den Betrag dann jedoch mit anderen, unstreitigen Forderungen des Klägers. Auf die Rechnung für die dritte Behandlung zahlte die Beklagte zunächst nicht. Am 28.3.2017 zahlte die Beklagte für die erste und dritte Behandlung zusammen 2896,71 Euro: Die Fälle dieser beiden Behandlungen seien zusammenzuführen und nach DRG H08B in dieser Höhe zu vergüten; die zwischenzeitliche anderweitige Behandlung stehe dem nicht entgegen. Das SG hat die Klage auf Zahlung der restlichen Vergütung abgewiesen (Gerichtsbescheid vom 14.11.2018). Das LSG hat die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid zurückgewiesen: Die erste und die dritte Behandlung seien nach § 2 Abs 2 der Fallpauschalenvereinbarung für 2015 (FPV) zusammenzuführen und mit einer Fallpauschale (DRG H08B; 2896,71 Euro) abzurechnen. Beide Behandlungen unterfielen der Hauptdiagnosegruppe 7; die erste Behandlung sei in die medizinische (M), die dritte in die operative (O) Partition

eingruppiert; die Wiederaufnahme sei innerhalb von 30 Tagen erfolgt. Eine weitere Voraussetzung oder Einschränkung sei dem Wortlaut der Vorschrift nicht zu entnehmen, insbesondere nicht, dass eine Fallzusammenführung ausscheide, wenn zwischen den beiden Behandlungsfällen der gleichen Hauptdiagnosegruppe (hier: 7) weitere, nicht dieser Hauptdiagnosegruppe unterfallende Behandlungen stattgefunden hätten. Ein Kriterium der „Unmittelbarkeit“ sei der Vorschrift nicht zu entnehmen (Urteil vom 23.7.2019).

3

Der Kläger rügt mit seiner Revision die Verletzung von [Â§ 109 Abs 4 Satz 3 SGB V](#) iVm [Â§ 7](#) und [9 KHEntgG](#) und den Bestimmungen der FPV.

4

Der Kläger beantragt, das Urteil des Landessozialgerichts Baden-Württemberg vom 23. Juli 2019 und den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Karlsruhe vom 14. November 2018 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, an ihn 2071,42 Euro nebst Zinsen hieraus in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 29. März 2017 zu zahlen.

5

Die Beklagte beantragt, die Revision zurückzuweisen.

6

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend.

II

7

Die zulässige Revision des Klägers ist unbegründet ([Â§ 170 Abs 1 Satz 1 SGG](#)). Das LSG hat zu Recht die Berufung des Klägers gegen den klageabweisenden Gerichtsbescheid des SG zurückgewiesen. Die vom Kläger erhobene (echte) Leistungsklage ist im hier bestehenden Gleichordnungsverhältnis zulässig ([Â§ 54 Abs 5 SGG](#); stRspr; vgl zB BSG vom 30.6.2009 â€‹ [B 1 KR 24/08 R](#) â€‹ [BSGE 104, 15](#) = [SozR 4-2500 Â§ 109 Nr 17](#), RdNr 12 mwN), jedoch unbegründet. Der dem Grunde nach entstandene Vergütungsanspruch belief sich der Höhe nach lediglich auf 2896,71 Euro, da der erste und dritte Behandlungsfall nach [Â§ 2 Abs 2 FPV](#) zusammenzuführen waren.

8

1. Rechtsgrundlage des von der Beklagten wegen der stationären Behandlungen der Versicherten geltend gemachten Vergütungsanspruchs ist [Â§ 109 Abs 4 Satz 3 SGB V](#) iVm [Â§ 7 KHEntgG](#) und [Â§ 17b KHG](#) (vgl BSG vom 8.11.2011 â€‹ [B 1 KR 8/11](#)

R [BSGE 109, 236](#) = SozR 4-5560 Â§ 17b Nr 2, RdNr 13, 15 f; BSG vom 19.3.2020 [B 1 KR 20/19 R](#) [juris](#) RdNr 11 mwN). Das Gesetz regelt in diesen Vorschriften die Höhe der Vergütung der zugelassenen Krankenhäuser bei stationärer Behandlung gesetzlich Krankenversicherter und setzt das Bestehen des Vergütungsanspruchs als Gegenleistung für die Erfüllung der Pflicht, erforderliche Krankenhausbehandlung nach [   39 SGB V](#) zu gewähren ([   109 Abs 4 Satz 2 SGB V](#)), dem Grunde nach als Selbstverständlichkeit voraus (vgl BSG vom 19.3.2020 [B 1 KR 20/19 R](#) [juris](#) RdNr 11).

9

a) Der Vergütungsanspruch des Klägers ist dem Grunde nach entstanden; dies ist zwischen den Beteiligten auch nicht streitig. Die Zahlungsverpflichtung der 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 Satz 2 SGB V](#) erforderlich und wirtschaftlich ist (vgl zB BSG vom 8.11.2011 [B 1 KR 8/11 R](#) [BSGE 109, 236](#) = SozR 4-5560 Â§ 17b Nr 2, RdNr 13, 15 f; BSG vom 19.11.2019 [B 1 KR 33/18 R](#) [SozR 4-2500 Â§ 109 Nr 77 RdNr 10, 12 f mwN](#)). Dies ist nach den bindenden ([   163 SGG](#)) Feststellungen des LSG hier der Fall.

10

b) Es ist zwischen den Beteiligten zu Recht ebenfalls nicht streitig, dass dem Kläger unter der Voraussetzung, dass der erste und der dritte Behandlungsfall zusammenzuführen waren, nur ein Vergütungsanspruch von 2896,71 Euro für diese stationären Behandlungen der Versicherten zustand, hingegen der Vergütungsanspruch dafür sich auf zusammen 4968,13 Euro belief, wenn keine Fallzusammenführung zu erfolgen hatte. Eine nähere Prüfung des erkennenden Senats zur Höhe der streitigen Beträge erübrigt sich (stRspr; vgl zur Zulässigkeit dieses Vorgehens zB BSG vom 26.5.2020 [B 1 KR 26/18 R](#) [RdNr 11 mwN](#)).

11

2. Dem Kläger stand ein Vergütungsanspruch gegen die Beklagte nur in Höhe von 2896,71 Euro zu. Zu Unrecht rechnete der Kläger den ersten und dritten Behandlungsfall der Versicherten getrennt nach Maßgabe der DRG H64Z und H08B ab. Abzurechnen war stattdessen nach Fallzusammenführung lediglich DRG H08B.

12

a) Die Vergütung für Krankenhausbehandlung der Versicherten bemisst sich bei DRG-Krankenhäusern wie jenem des Klägers nach vertraglichen Fallpauschalen auf gesetzlicher Grundlage. Die Fallpauschalenverg  tung für Krankenhausbehandlung Versicherter in zugelassenen Einrichtungen ergibt sich aus [   109 Abs 4 Satz 3 SGB V](#) iVm [   7 KHEntgG](#) und [   17b KHG](#). Der Anspruch wird

auf Bundesebene durch Normsetzungsverträge (Normenverträge, FPV) konkretisiert. Der Spitzenverband Bund der KKn und der Verband der privaten Krankenversicherung gemeinsam vereinbaren nach [Â§ 9 Abs 1 Satz 1 Nr 1 KHEntgG](#) mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft als Vertragsparteien auf Bundesebene mit Wirkung für die Vertragsparteien nach [Â§ 11 KHEntgG](#) einen Fallpauschalen-Katalog einschließlich der Bewertungsrelationen sowie Regelungen zur Grenzverweildauer und der in Abhängigkeit von diesen zusätzlich zu zahlenden Entgelte oder vorzunehmenden Abschlüsse. Ferner vereinbaren sie insoweit Abrechnungsbestimmungen in den FPV auf der Grundlage des [Â§ 9 Abs 1 Satz 1 Nr 3 KHEntgG](#).

13

Welche DRG-Position abzurechnen ist, ergibt sich rechtsverbindlich aus der Eingabe und Verarbeitung von Daten in einem automatischen Datenverarbeitungssystem, das auf einem zertifizierten Programm basiert (vgl. [Â§ 1 Abs 6 Satz 1 FPV](#); zur rechtlichen Einordnung des Groupierungsvorgangs vgl. BSG vom 8.11.2011 – [B 1 KR 8/11 R](#) – [BSGE 109, 236](#) = SozR 4-5560 [Â§ 17b Nr 2, RdNr 19 ff](#)). Das den Algorithmus enthaltende und ausführende Programm (Grouper) greift dabei auch auf Dateien zurück, die entweder als integrale Bestandteile des Programms mit vereinbart sind (zB die Zuordnung von ICD-10-Diagnosen und Prozeduren zu bestimmten Untergruppen im zu durchlaufenden Entscheidungsbaum) oder an anderer Stelle vereinbarte Regelungen wiedergeben. Zu letzteren gehören die Fallpauschalen selbst, aber auch die internationale Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) in der jeweiligen vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) herausgegebenen deutschen Fassung (ICD-10-GM, Version 2015, idF der Bekanntmachung des BMG gemäß [Â§ 295](#) und [301 SGB V](#) zur Anwendung des Diagnoseschlüssels vom 5.11.2014, BAnz AT 18.11.2014 B2, in Kraft getreten am 1.1.2015), die Klassifikation des vom DIMDI im Auftrag des BMG herausgegebenen Operationen- und Prozedureschlüssel (OPS, zur Grundlage der Rechtsbindung vgl. BSG vom 8.11.2011 – [B 1 KR 8/11 R](#) – [BSGE 109, 236](#) = SozR 4-5560 [Â§ 17b Nr 2, RdNr 24](#)) sowie die von den Vertragspartnern auf Bundesebene getroffene Vereinbarung zu den Deutschen Kodierrichtlinien (DKR, Version 2015 für das G-DRG-System; gemäß [Â§ 17b KHG](#); zu deren normativer Wirkung vgl. BSG vom 8.11.2011 – [B 1 KR 8/11 R](#) – [BSGE 109, 236](#) = SozR 4-5560 [Â§ 17b Nr 2, RdNr 18](#)).

14

Die Anwendung der normenvertraglichen Abrechnungsbestimmungen unterliegt grundsätzlich den allgemeinen Auslegungsmethoden der Rechtswissenschaft. Die für die routinemäßige Abwicklung von zahlreichen Behandlungsfällen vorgesehenen Abrechnungsbestimmungen sind gleichwohl wegen ihrer Funktion im Gefüge der Ermittlung des Vergütungstatbestandes innerhalb eines vorgegebenen Vergütungssystems stets eng nach ihrem Wortlaut und allenfalls ergänzend nach ihrem systematischen Zusammenhang auszulegen; Bewertungen und Bewertungsrelationen bleiben außer Betracht (stRspr; vgl. BSG vom

15

Nach Â§ 2 Abs 2 Satz 1 FPV ist eine Zusammenfassung der Falldaten zu einem Fall und eine Neueinstufung in eine Fallpauschale vorzunehmen, wenn ein Patient oder eine Patientin innerhalb von 30 Kalendertagen ab dem Aufnahmedatum des ersten unter diese Vorschrift zur Zusammenfassung fallenden Krankenhausaufenthalts wieder aufgenommen wird und innerhalb der gleichen Hauptdiagnosegruppe (MDC) die zuvor abrechenbare Fallpauschale in die âmedizinische Partitionâ oder die âandere Partitionâ und die anschlieÃende Fallpauschale in die âoperative Partitionâ einzugruppieren ist. So liegt es hier in Bezug auf den ersten und dritten Behandlungsfall.

16

b) Der erste und der dritte Behandlungsfall sind der gleichen Hauptdiagnosegruppe (MDC) zugeordnet, nÃmlich der MDC 7 (Krankheiten und StÃ¶rungen an hepatobiliÃrem System und Pankreas â H64Z und H08B); die zuvor abgerechnete Fallpauschale DRG H64Z ist nach dem maÃgeblichen Fallpauschalenkatalog fÃ¼r 2015 in die medizinische Partition (M), die anschlieÃende Fallpauschale in die operative Partition (O) einzugruppieren. Dies ist zwischen den Beteiligten dem Grunde nach auch nicht umstritten. Entgegen der Annahme des KlÃ¤gers ist hierfÃ¼r allerdings unerheblich, dass zwischen den beiden der gleichen Hauptdiagnosegruppe zugeordneten BehandlungsfÃllen eine weitere Behandlung stattgefunden hat, die einer anderen Hauptdiagnosegruppe zugeordnet ist (hier: MDC 9 â Krankheiten und StÃ¶rungen an Haut, Unterhaut und Mamma â J67Z). Denn ein entsprechender Ausschluss der FallzusammenfÃ¼hrung wegen eines solchen weiteren Behandlungsfalls lÃsst sich dem klaren Wortlaut des Â§ 2 Abs 2 FPV nicht entnehmen. Dieser lautet:

âEine Zusammenfassung der Falldaten zu einem Fall und eine Neueinstufung in eine Fallpauschale ist auch dann vorzunehmen, wenn 1. ein Patient oder eine Patientin innerhalb von 30 Kalendertagen ab dem Aufnahmedatum des ersten unter diese Vorschrift zur Zusammenfassung fallenden Krankenhausaufenthalts wieder aufgenommen wird und 2. innerhalb der gleichen Hauptdiagnosegruppe (MDC) die zuvor abrechenbare Fallpauschale in die medizinische Partition oder die andere Partition und die anschlieÃende Fallpauschale in die operative Partition einzugruppieren ist. Eine Zusammenfassung und Neueinstufung nach Satz 1 wird nicht vorgenommen, wenn einer der Krankenhausaufenthalte mit einer Fallpauschale abgerechnet werden kann, die bei Versorgung in einer Hauptabteilung in Spalte 13 oder bei belegÃrztlicher Versorgung in Spalte 15 des Fallpauschalen-Katalogs gekennzeichnet ist.â

17

Eine Voraussetzung dahingehend, dass die beiden Krankenhausaufenthalte âinnerhalb der gleichen Hauptdiagnosegruppeâ unmittelbar aufeinander folgen

müssen und dazwischen keine weiteren, anderen Hauptdiagnosegruppen unterfallende Krankenhausaufenthalte liegen dürfen, lässt sich diesem Wortlaut nicht entnehmen. Vielmehr regelt die Vorschrift nur die Reihenfolge der Partitionen, denen abgerechnete Fallpauschalen innerhalb der gleichen Hauptdiagnosegruppe zugeordnet sind. Der Wortlaut stellt sogar ausdrücklich klar, dass sich die geregelte Reihenfolge der Partitionen nur auf einen unter diese Vorschrift zur Zusammenfassung fallenden Krankenhausaufenthalt bezieht, also einen Krankenhausaufenthalt der gleichen Hauptdiagnosegruppe. Der Wortlaut des Â§ 2 Abs 2 FKV regelt damit entgegen der Ansicht des Klägers keine Unmittelbarkeit des Aufeinanderfolgens der Krankenhausaufenthalte innerhalb der gleichen Hauptdiagnosegruppe. Die Entstehungsgeschichte (norm)vertraglicher Regelungen der FKV unter Heranziehung der Leitsätze des BMG zur FKV 2004 hat keine Bedeutung für die Auslegung der Regelung.

18

Lediglich ergänzend weist der Senat darauf hin, dass Nr 4 der vom BMG am 16.9.2004 herausgegebenen Leitsätze zur Anwendung der Wiederaufnahmeregelung nach Â§ 2 FKV 2004 die Auffassung des Klägers ohnehin nicht stützt (so aber das Bayerische LSG vom 19.3.2019 – [L 20 KR 148/18](#) – juris RdNr 41). Dort heißt es, dass bei der Abfrage der Reihenfolge der Partitionen von innerhalb der gleichen Hauptdiagnosegruppe erfolgenden Wiederaufnahmen (Â§ 2 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 FKV 2004) () auf die Partition der unmittelbar zuvor abrechenbaren Fallpauschale abgestellt wird. Das Kriterium des unmittelbaren Aufeinanderfolgens bezieht sich nach dem klaren Wortlaut auch dieses Leitsatzes auf die Reihenfolge der Partitionen von innerhalb der gleichen Hauptdiagnosegruppe erfolgenden Wiederaufnahmen, nicht hingegen auf die Reihenfolge von allen Krankenhausaufenthalten, also auch solchen, die anderen Hauptdiagnosegruppen zuzuordnen sind. Schließlich lässt sich die Auffassung des Klägers auch nicht auf die von den Vertragsparteien auf Bundesebene am 3.12.2015 beschlossene Ergänzende Klarstellung der Leitsätze zur Anwendung der Wiederaufnahmeregelung nach Â§ 2 FKV 2004 zur Fallzusammenführung bei mehr als zwei Aufenthalten stützen. Diese beziehen sich wie es dort ausdrücklich heißt ausschließlich auf chronologische Fallzusammenführung(en) bei mehr als zwei zusammenzuführenden Krankenhausaufenthalten, nicht hingegen auf die Frage, wie bei zwei zusammenzuführenden Krankenhausaufenthalten zu verfahren ist, zwischen denen weitere, nicht zusammenzuführende Krankenhausaufenthalte liegen.

19

3. Die Kostenentscheidung folgt aus [Â§ 197a Abs 1 Satz 1 Teilsatz 3 SGG](#) iVm [Â§ 154 Abs 2 VwGO](#). Die Streitwertentscheidung folgt aus [Â§ 197a Abs 1 Satz 1 Teilsatz 1 SGG](#) iVm [Â§ 63 Abs 2 Satz 1](#), [Â§ 52 Abs 1](#) und 3, [Â§ 47 Abs 1 GKG](#).

Erstellt am: 22.10.2020

Zuletzt verändert am: 21.12.2024