

BUNDESSOZIALGERICHT



Im Namen des Volkes

Verkündet am
28. März 2017

Urteil

in dem Rechtsstreit

Az: B 1 KR 3/16 R

LSG Hamburg 21.01.2016 - L 1 KR 172/13
SG Hamburg 10.06.2013 - S 18 KR 1192/09

.....,

Klägerin und Revisionsklägerin,

Prozessbevollmächtigte:

.....,

g e g e n

AOK - Die Gesundheitskasse für Niedersachsen,
Hildesheimer Straße 273, 30519 Hannover,

Beklagte und Revisionsbeklagte.

Der 1. Senat des Bundessozialgerichts hat auf die mündliche Verhandlung vom 28. März 2017 durch den Vorsitzenden Richter Prof. Dr. Hauck, die Richter Coseriu und Dr. Estelmann sowie die ehrenamtliche Richterin Roth-Bleckwehl und den ehrenamtlichen Richter Dr. Bätz für Recht erkannt:

Die Revision der Klägerin gegen das Urteil des Landessozialgerichts Hamburg vom 21. Januar 2016 wird zurückgewiesen.

Die Klägerin trägt auch die Kosten des Revisionsverfahrens.

Der Streitwert für das Revisionsverfahren wird auf 2090,87 Euro festgesetzt.

Gründe:

I

- 1 Die Beteiligten streiten über die Vergütung stationärer Krankenhausbehandlung.
- 2 Die klagende Krankenhausträgerin behandelte den bei der beklagten Krankenkasse (KK) versicherten F in drei Krankenhausaufenthalten vollstationär wegen einer Verletzung an der rechten Hand. Sie amputierte ihm zunächst zwei Finger (20. bis 24.11.2007), versorgte eine Wundheilungsstörung (*Nekroseabtragung, Wunddebridement, Wundabdeckung mit Epigard Kunsthautgewebe; 30.11. bis 7.12.2007*) und schloss die Wunde (*Epigardentfernung, Hauttransplantat; 12. bis 22.12.2007*). Die Klägerin berechnete für den ersten Aufenthalt die Fallpauschale (*Diagnosis Related Group 2007 - DRG*) X05Z (*andere Eingriffe bei Verletzungen der Hand; 1710,11 Euro; 9.10.2008*) und für den dritten Aufenthalt die DRG I32C (*Eingriffe an Handgelenk und Hand ohne mehrzeitigen Eingriff, mit komplexem Eingriff oder bei angeborener Anomalie der Hand, Alter > 5 Jahre; 2632,56 Euro; 4.1.2008*). Die Beklagte bezahlte beide Rechnungen, nicht hingegen die Rechnung für die zweite Behandlungsepisode (*DRG X01A: Gewebetransplantation mit mikrovaskulärer Anastomosierung oder Hauttransplantationen bei Verletzungen außer an der Hand mit äußerst schweren CC; 6771,65 Euro; 9.10.2008*). Der von ihr beauftragte Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) hielt die Kodierung für unzutreffend. Im sich anschließenden Klageverfahren hat die Beklagte gemeint, richtig sei die DRG I12C (*Knochen- und Gelenkinfektion/-entzündung mit verschiedenen Eingriffen am Muskel-Skelettsystem und Bindegewebe ohne äußerst schwere oder schwere CC*). Sie hat der Klägerin deshalb 3505,84 Euro gezahlt. Die Klägerin hat das Teilanerkennntnis angenommen und nur noch 3265,81 Euro gefordert. Das SG hat die Beklagte verurteilt, der Klägerin weitere 2090,87 Euro nebst Zinsen zu zahlen, und die Klage im Übrigen abgewiesen (*Urteil vom 10.6.2013*). Das LSG hat auf die Berufung der Beklagten das Urteil des SG geändert und die Klage insgesamt abgewiesen: Der Vergütungsanspruch sei mangels ordnungsgemäßer Abrechnung nicht fällig. Die Klägerin hätte die zweite und dritte Krankenhausbehandlung zusammen als einen Fall abrechnen müssen mit der DRG X01B (*Gewebetransplantation mit mikrovaskulärer Anastomosierung oder Hauttransplantation bei Verletzung außer an der Hand ohne äußerst schwere CC*). Es bestehe kein Beweisverwertungsverbot (*Urteil vom 21.1.2016*).
- 3 Die Klägerin rügt mit ihrer Revision sinngemäß eine Verletzung von § 275 Abs 1c SGB V (*anzuwenden idF durch Art 1 Nr 185 des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung <GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz - GKV-WSG> vom 26.3.2007, BGBl I 378*), § 17b Abs 1 S 10 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG, *anzuwenden idF des Art 2 Nr 4 Buchst a Doppelbuchst bb des Gesetzes zur Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser <Fallpauschalengesetz - FPG> vom 23.4.2002, BGBl I 1412*), §§ 7 S 1 Nr 1, 9 Abs 1 S 1 Nr 1 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG, *jeweils anzuwenden idF des Art 5 FPG*) und § 2 Fallpauschalenvereinbarung (FPV) 2007. Eine formal ord-

nungsgemäße Abrechnung liege vor. Die Prüfung der Fallzusammenführung sei durch Fristablauf ausgeschlossen.

- 4 Die Klägerin beantragt,
das Urteil des Landessozialgerichts Hamburg vom 21. Januar 2016 aufzuheben und die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Hamburg vom 10. Juni 2013 zurückzuweisen.
- 5 Die Beklagte beantragt,
die Revision zurückzuweisen.
- 6 Sie hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend.

II

- 7 Die zulässige Revision der Klägerin ist unbegründet (§ 170 Abs 1 S 1 SGG). Zu Recht hat das LSG auf die Berufung der Beklagten das Urteil des SG geändert und die Klage abgewiesen. Die von der Klägerin erhobene (*echte*) Leistungsklage ist im hier bestehenden Gleichordnungsverhältnis zulässig (*stRspr*, zB BSGE 102, 172 = SozR 4-2500 § 109 Nr 13, RdNr 9; BSGE 104, 15 = SozR 4-2500 § 109 Nr 17, RdNr 12), jedoch unbegründet. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Zahlung weiterer 2090,87 Euro nebst Zinsen. Die Beklagte beruft sich zu Recht darauf, dass die zweite und dritte Behandlungsepisode nicht isoliert, sondern mit einer gemeinsamen DRG abzurechnen seien (*dazu 1.*). Die Beklagte erfüllte vollständig den danach zu berechnenden Anspruch auf Krankenhausvergütung (*dazu 2.*). Ein Zinsanspruch kommt nicht in Betracht (*dazu 3.*).
- 8 1. Die Klägerin durfte sachlich-rechnerisch korrekt für die drei betroffenen Behandlungsepisoden nur zwei Fallpauschalen verlangen. Sie hatte dem Grunde nach Anspruch auf Vergütung aller drei Episoden (*dazu a*). Neben der ersten durfte sie jedoch nur eine weitere Fallpauschale abrechnen, weil die zweite und dritte Episode zusammenzuführen waren (*dazu b*).
- 9 a) 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; BSGE 109, 236 = SozR 4-5560 § 17b Nr 2, RdNr 13; *alle mwN*). Diese Voraussetzungen waren nach dem Gesamtzusammenhang der unangegriffenen, den Senat bindenden Feststellungen des LSG (§ 163 SGG) für alle drei Episoden erfüllt.

- 10 b) Die Klägerin durfte sachlich-rechnerisch nur die erste und gemeinsam die zweite und dritte Episode abrechnen. Die Vergütung für Krankenhausbehandlung der Versicherten bemisst sich bei DRG-Krankenhäusern wie jenem der Klägerin nach vertraglichen Fallpauschalen auf gesetzlicher Grundlage. Die Fallpauschalenvergütung für Krankenhausbehandlung Versicherter in zugelassenen Einrichtungen ergibt sich aus § 109 Abs 4 S 3 SGB V (*idF durch Art 1 Nr 3 FPG vom 23.4.2002, BGBl I 1412*) iVm § 7 KHEntgG (*idF durch Art 2 Nr 5 Zweites Gesetz zur Änderung der Vorschriften zum diagnose-orientierten Fallpauschalensystem und zur Änderung anderer Vorschriften <Zweites Fallpauschalenänderungsgesetz - 2. FPÄndG> vom 15.12.2004, BGBl I 3429*) und § 17b KHG (*idF durch Art 18 Nr 4 GKV-WSG; vgl entsprechend BSGE 109, 236 = SozR 4-5560 § 17b Nr 2, RdNr 15 f; BSG SozR 4-2500 § 109 Nr 14 RdNr 15; BSG Urteil vom 5.7.2016 - B 1 KR 40/15 R - Juris RdNr 12, für SozR 4-2500 § 109 Nr 58 vorgesehen*). Der Anspruch wird auf Bundesebene durch Normsetzungsverträge (*Normenverträge, Fallpauschalenvereinbarungen*) konkretisiert. Die Spitzenverbände der KKn (*ab 1.7.2008: Spitzenverband Bund der KKn*) und der Verband der privaten Krankenversicherung gemeinsam vereinbaren nach § 9 Abs 1 S 1 Nr 1 KHEntgG (*idF durch Art 5 FPG*) mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft als "Vertragsparteien auf Bundesebene" mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG (*idF durch Art 2 Nr 8 2. FPÄndG*) einen Fallpauschalen-Katalog einschließlich der Bewertungsrelationen sowie Regelungen zur Grenzverweildauer und der in Abhängigkeit von diesen zusätzlich zu zahlenden Entgelte oder vorzunehmenden Abschläge. Ferner vereinbaren sie insoweit Abrechnungsbestimmungen in den FPV auf der Grundlage des § 9 Abs 1 S 1 Nr 3 KHEntgG (*idF durch Art 5 FPG*).
- 11 Welche DRG-Position abzurechnen ist, ergibt sich rechtsverbindlich nicht aus einem schriftlich festgelegten abstrakten Tatbestand, sondern aus der Eingabe von im Einzelnen von einem Programm vorgegebenen, abzufragenden Daten in ein automatisches Datenverarbeitungssystem und dessen Anwendung (*zur rechtlichen Einordnung des Groupierungsvorgangs vgl BSGE 109, 236 = SozR 4-5560 § 17b Nr 2, RdNr 19 ff*). Nach § 1 Abs 6 S 1 FPV 2007 sind in diesem System zur Einstufung des Behandlungsfalls in die jeweils abzurechnende Fallpauschale Programme (*Groupier*) einzusetzen. Zugelassen sind nur solche Programme, die von der InEK GmbH - Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus -, einer gemeinsamen Einrichtung der in § 17b Abs 1 S 1 KHG (*idF durch Art 1 Nr 2 Buchst a DBuchst aa FPÄndG*) und § 9 Abs 1 S 1 Nr 1 KHEntG genannten Vertragspartner auf Bundesebene, zertifiziert worden sind (*BSG Urteil vom 5.7.2016 - B 1 KR 40/15 R - Juris RdNr 13, für SozR 4-2500 § 109 Nr 58 vorgesehen*).
- 12 Abzurechnen ist nach den FPV das tatsächliche, nicht ein fiktives Geschehen. Die KKn - und bei Anrufung die Gerichte - können die Abrechnung gesetzeskonform auf ihre sachlich-rechnerische Richtigkeit hin überprüfen (*stRspr, vgl nur BSG Urteil vom 25.10.2016 - B 1 KR 22/16 R - Juris, zur Veröffentlichung in BSGE und SozR vorgesehen*). Die sachlich-rechnerische Richtigkeit einer Krankenhausabrechnung ist unabhängig von hypothetischen Geschehensabläufen ausschließlich am tatsächlichen Behandlungsverlauf zu messen. Es stellt sich bei dieser Prüfung nicht die Frage eines "wirtschaftlichen Alternativverhaltens" (*vgl BSG SozR 4-2500 § 109 Nr 52*).

LS 1 und RdNr 14 f, dort zu § 3 Abs 3 FPV 2009; vgl auch BSG Urteil vom 10.3.2015 - B 1 KR 3/15 R - Juris RdNr 20 = USK 2015-6). 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 (vgl BSG SozR 4-2500 § 109 Nr 52 RdNr 16). Unterlässt das Krankenhaus eine solche Kürzung, kann die KK dies im Rahmen einer Auffälligkeitsprüfung geltend machen (stRspr, vgl zur Auffälligkeitsprüfung nur BSG Urteil vom 25.10.2016 - B 1 KR 22/16 R - Juris RdNm 9 ff, zur Veröffentlichung in BSGE und SozR vorgesehen). Das Überprüfungsrecht der KKn auf sachlich-rechnerische Richtigkeit besteht unabhängig von den engeren Anforderungen einer Auffälligkeitsprüfung. Es dient dazu, die Einhaltung der Abrechnungs- und Informationspflichten der Krankenhäuser zu überwachen und unterliegt einem eigenen Prüfreime (stRspr, vgl zB BSG Urteil vom 25.10.2016 - B 1 KR 22/16 R - Juris RdNr 16, für BSGE und SozR vorgesehen; BSGE 119, 141 = SozR 4-2500 § 108 Nr 4, RdNr 24 f; BSGE 116, 165 = SozR 4-2500 § 301 Nr 4, RdNr 17). Dementsprechend greift das Beweisverwertungsverbot für Behandlungsunterlagen wegen Verfristung der Prüfanzeige nur bei Auffälligkeitsprüfungen, nicht aber bei Prüfungen der sachlich-rechnerischen Richtigkeit von Krankenhausabrechnungen ein (vgl BSGE 116, 165 = SozR 4-2500 § 301 Nr 4, RdNr 20 ff).

- 13 Die Beklagte macht die sachlich-rechnerische Unrichtigkeit der Kodierung des zweiten und dritten Krankenhausaufenthalts unter Missachtung des § 2 FPV 2007 geltend (zu Abgrenzung vgl BSG Urteil vom 10.3.2015 - B 1 KR 3/15 R - Juris RdNr 16 ff = USK 2015-6; BSG Urteil vom 28.3.2017 - B 1 KR 29/16 R - RdNr 11, zur Veröffentlichung in BSGE und SozR vorgesehen). Eine Verfristung der Prüfanzeige ist hierfür ohne Belang. Das erstinstanzlich angenommene Teilerkenntnis (§ 101 Abs 2 SGG) der Beklagten steht einer Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit ebenfalls nicht entgegen. Es bejaht lediglich den prozessualen Anspruch (vgl BSGE 119, 293 = SozR 4-1500 § 101 Nr 2, RdNr 11, 14), hier auf Zahlung weiterer 3505,84 Euro wegen der Krankenbehandlung des Versicherten ab 30.11.2007 durch die Klägerin, ohne die weiteren Rechtsüberlegungen der Beteiligten einzubeziehen. Die auf der Grundlage von § 112 Abs 2 Nr 1 SGB V für Hamburg vereinbarte landesrechtliche Regelung des § 11 Abs 2 Vertrag Allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung vom 19.12.2002 steht einer Überprüfung nicht entgegen, denn sie ist unwirksam. Sie bestimmt, dass Beanstandungen rechnerischer oder sachlicher Art auch nach Bezahlung der Rechnung (nur) innerhalb von sechs Monaten geltend gemacht werden können. Nach der Rspr des erkennenden Senats verbietet das Wirtschaftlichkeitsgebot, Überprüfungsmöglichkeiten der KKn gegenüber Vergütungsansprüchen der Krankenhäuser über die allgemeinen gesetzlichen Rahmenvorgaben hinaus zeitlich einzuschränken (BSGE 112, 156 = SozR 4-2500 § 114 Nr 1, RdNr 35 ff; BSGE 112, 141 = SozR 4-2500 § 275 Nr 8, RdNr 45; zum Ausschluss von Erstattungsansprüchen BSG SozR 4-2500 § 69 Nr 10 RdNr 17 ff; BSG Urteil vom 19.4.2016 - B 1 KR 33/15 R - Juris RdNr 10, zur Veröffentlichung in BSGE und SozR 4-2500 § 109 Nr 57 vorgesehen).

- 14 Die Klägerin durfte die erste Episode sachlich-rechnerisch isoliert von den weiteren Episoden abrechnen. Die Voraussetzungen einer abrechnungstechnisch gebotenen Fallzusammenführung (§ 2 FPV 2007) schon mit dem zweiten, erst recht mit dem dritten Krankenhausaufenthalt waren nicht erfüllt. Die Fallzusammenführung setzt nach § 2 Abs 1 und Abs 3 FPV 2007 jeweils voraus, dass ein Patient innerhalb der oberen Grenzverweildauer, bemessen nach der Zahl der Kalendertage ab dem Aufnahmedatum des ersten unter diese Vorschrift zur Zusammenfassung fallenden Krankenhausaufenthalts, wieder aufgenommen wird. Daran fehlte es. Die obere Grenzverweildauer für die während der ersten Episode (20. bis 24.11.2007) maßgebliche DRG X05Z belief sich auf 8 Tage, während die Wiederaufnahme erst am 30.11.2007 erfolgte. Eine Zusammenfassung nach § 2 Abs 2 FPV 2007 bei Wiederaufnahme innerhalb von 30 Tagen ab dem Aufnahmedatum des ersten unter diese Vorschrift zur Zusammenfassung fallenden Krankenhausaufenthalts setzt voraus, dass 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. Demgegenüber sind sowohl die DRG X05Z als auch die anschließende DRG X01B in die "operative Partition" einzugruppieren.
- 15 Die Klägerin musste dagegen den zweiten (30.11. bis 7.12.2007) und dritten Krankenhausaufenthalt (12. bis 22.12.2007) zu einer DRG zusammenfassen (§ 2 Abs 1 FPV 2007). Das Krankenhaus hat danach eine Zusammenfassung der Falldaten zu einem Fall und eine Neueinstufung in eine Fallpauschale vorzunehmen. Die Regelung setzt voraus, dass (1.) ein Patient innerhalb der oberen Grenzverweildauer, bemessen nach der Zahl der Kalendertage ab dem Aufnahmedatum des ersten unter diese Vorschrift zur Zusammenfassung fallenden Krankenhausaufenthalts, wieder aufgenommen wird und (2.) für die Wiederaufnahme eine Einstufung in dieselbe Basis-DRG vorgenommen wird (§ 2 Abs 1 S 1 FPV 2007). Maßgebend für die Einstufung in dieselbe Basis-DRG ist hierbei nicht, welche Einstufung die Klägerin vorgenommen hat, sondern welche Einstufung tatsächlich zutreffend war (BSG Urteil vom 10.3.2015 - B 1 KR 3/15 R - Juris RdNr 16 = USK 2015-6). Eine Zusammenfassung und Neueinstufung nach S 1 wird nicht vorgenommen, wenn die Fallpauschalen dieser Basis-DRG bei Versorgung in einer Hauptabteilung in Spalte 13 oder bei belegärztlicher Versorgung in Spalte 15 des Fallpauschalen-Katalogs gekennzeichnet sind (§ 2 Abs 1 S 2 FPV 2007).
- 16 Diese Voraussetzungen einer Fallzusammenführung liegen hier nach den nicht mit durchgreifenden Rügen angegriffenen, den erkennenden Senat bindenden Feststellungen des LSG (§ 163 SGG) vor. Beide Aufenthalte sind zu kodieren nach der DRG X01B (*Gewebetransplantation mit mikrovaskulärer Anastomosierung oder Hauttransplantation bei Verletzungen außer an der Hand ohne äußerst schwere CC*). Sowohl bei dem zweiten als auch bei dem dritten Krankenhausaufenthalt waren die nach ICD-10-GM (2007) zu bestimmenden Voraussetzungen der Hauptdiagnose T79.8 (*sonstige Frühkomplikationen eines Traumas*) erfüllt. D002f Deutsche Kodierrichtlinien Version 2007 (DKR 2007) definiert die Hauptdiagnose als die Diagnose, die

nach Analyse als diejenige festgestellt wurde, die hauptsächlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthaltes des Patienten verantwortlich ist. Nach der operativ versorgten traumatischen Verletzung der rechten Hand des Versicherten war Gewebe abgestorben. Nach der Entfernung des nekrotischen Gewebes erfolgte zunächst eine (*nur*) temporäre Weichteildeckung mit Epigard. Die von der Beklagten und dem MDK für den zweiten Aufenthalt gewählte Hauptdiagnose T84.6 (*Infektion und entzündliche Reaktion durch eine interne Osteosynthesevorrichtung*) war unzutreffend, da die Osteosynthesevorrichtung nicht zu einer entzündlichen Reaktion führte. Für den dritten Aufenthalt war die gleiche Hauptdiagnose wie für den zweiten Aufenthalt zu bejahen, da das Anlegen der Lappenplastik zur weiteren Behandlung des abgestorbenen Gewebes erfolgte. Zudem waren die Nebendiagnosen J41.0 (*einfache chronische Bronchitis*) und F17.1 (*psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak*) zu kodieren. Die Voraussetzungen der Nebendiagnose T84.1 (*mechanische Komplikation durch eine interne Osteosynthesevorrichtung an Extremitätenknochen*) waren nicht erfüllt. D003d DKR 2007 definiert Nebendiagnosen als eine Krankheit oder Beschwerde, die entweder gleichzeitig mit der Hauptdiagnose besteht oder sich während des Krankenhausaufenthaltes entwickelt und diagnostische oder therapeutische Maßnahmen oder einen erhöhten Betreuungs-, Pflege- und/oder Überwachungsaufwand zur Folge hat. T84.1 ist als ein Aspekt der Nekrose in der umfassenden Hauptdiagnose T79.8 enthalten. Auch fehlte es an den Voraussetzungen der Nebendiagnose J96.1 (*chronische respiratorische Insuffizienz*). So erfolgte nach den den Senat bindenden (§ 163 SGG) Feststellungen des LSG weder eine Röntgendiagnostik des Brustkorbes noch eine Vorstellung beim Lungenfacharzt. Im Ergebnis unerheblich ist die Kodierung der Nebendiagnosen I10.90 (*Hypertonus*) und E66.0 (*Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr*). Zutreffend waren die jeweiligen, nach dem Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) Version 2007 zu kodierenden Prozeduren (*hinsichtlich des zweiten Aufenthalts: OPS 5-984 R, 5-983 R, 5-893.29 R, 5916.29 R, 5840x4 R; hinsichtlich des dritten Aufenthalts: OPS 5906.19 R, 8-191.41 R, 5-984 R, 5-983 R, 5901.18 R, 5-904.19 R*). Die Klägerin nahm den Versicherten auch innerhalb der oberen Grenzverweildauer von 31 Tagen wieder in das Krankenhaus auf (*Aufnahme am 30.11.2007, Wiederaufnahme am 12.12.2007*). Die DRG ist schließlich nicht in Spalte 13 gekennzeichnet.

- 17 2. Die Klägerin hatte gegen die Beklagte Anspruch auf 4492,84 Euro für die Behandlung des Versicherten vom 30.11. bis 7.12. und vom 12. bis 22.12.2007 unter Zugrundelegung eines Basisfallwertes von 2463,18 Euro mit der DRG X01B. Der Anspruch erlosch, da die Beklagte hierfür jedoch bereits 6138,40 Euro zahlte (*dritte Abrechnung 2632,56 Euro; Teilanerkennnis 3505,84 Euro*).
- 18 3. Die Klägerin hat gegen die Beklagte keinen Zinsanspruch. Die Klägerin erteilte der Beklagten für die zusammenfassende Behandlung der zweiten und dritten Episode keine die Fälligkeit begründende Rechnung. Nach der Regelung des § 2 Abs 4 FPV 2007 ist bei der Anwendung der Abs 1 bis 3 für jeden Krankenhausaufenthalt eine DRG-Eingruppierung vorzunehmen. Auf dieser Grundlage hat das Krankenhaus eine Neueinstufung in eine Fallpauschale mit den Fall-

daten aller zusammenzuführenden Krankenhausaufenthalte durchzuführen. Dabei sind zur Ermittlung der Verweildauer die Belegungstage der Aufenthalte in diesem Krankenhaus zusammenzurechnen. Die obere Grenzverweildauer, die nach § 2 Abs 1 S 1 Nr 1 FPV 2007 für die Fallzusammenführung maßgeblich ist, ergibt sich aus dem Aufnahmedatum und der DRG-Eingruppierung des ersten unter diese Vorschrift zur Zusammenfassung fallenden Aufenthalts in diesem Krankenhaus. Hat das Krankenhaus einen der zusammenzuführenden Aufenthalte bereits abgerechnet, ist die Abrechnung zu stornieren.

- 19 Selbst wenn danach zunächst ein erster Aufenthalt zutreffend abgerechnet war, sich aber ein zweiter, mit ersterem zusammenfassender Aufenthalt anschließt, entfällt die Fälligkeit der ersten Abrechnung mit Zugang der zweiten, die Aufenthalte zusammenfassenden Abrechnung, die ihrerseits Fälligkeit begründet. Eine die Zusammenführung missachtende Abrechnung des zweiten Aufenthalts begründet mangels sachlich-rechnerischer Richtigkeit keine Fälligkeit. Es fehlt für einen Zinsanspruch der Klägerin an einer sachlich-rechnerisch richtigen Rechnung über die zweite und dritte Behandlungsepisode.
- 20 4. Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Abs 1 S 1 Teils 3 SGG iVm § 154 Abs 2 VwGO. Die Streitwertfestsetzung folgt aus § 197a Abs 1 S 1 Teils 1 SGG iVm § 63 Abs 2, § 52 Abs 3 sowie § 47 Abs 1 GKG.