BUNDESSOZIALGERICHT

Im Namen des Volkes

Verkündet am
28. März 2017

Urteil

in dem Rechtsstreit

BSG Az.: **B 1 KR 29/16 R**

LSG Rheinland-Pfalz 02.06.2016 - L 5 KR 38/16
SG Mainz 14.12.2015 - S 16 KR 439/12

.....,

Klägerin und Revisionsbeklagte,

Prozessbevollmächtigte: .....,

g e g e n

BARMER,
Axel-Springer-Straße 44, 10969 Berlin,

Beklagte und Revisionsklägerin,

Prozessbevollmächtigte: ..... .

Der 1. Senat des Bundessozialgerichts hat auf die mündliche Verhandlung vom 28. März 2017 durch den Vorsitzenden Richter Prof. Dr. H a u c k , die Richter C o s e r i u und Dr. E s t e l m a n n sowie die ehrenamtliche Richterin R o t h - B l e c k w e h l und den ehrenamtlichen Richter Dr. B a t z
für Recht erkannt:

Auf die Revision der Beklagten wird das Urteil des Landessozialgerichts Rheinland-Pfalz vom 2. Juni 2016 geändert und das Urteil des Sozialgerichts Mainz vom 14. Dezember 2015 aufgehoben. Die Klage wird abgewiesen.

Die Klägerin trägt die Kosten des Rechtsstreits in allen Rechtszügen.

Der Streitwert für das Revisionsverfahren wird auf 2570,64 Euro festgesetzt.

ECLI:DE:BSG:2017:280317UB1KR2916R0

Gründe:

I

1 Die Beteiligten streiten über die Vergütung stationärer Krankenhausbehandlung sowie die Zahlung einer Aufwandspauschale.

2 Das zur Versorgung Versicherter zugelassene Krankenhaus der Klägerin untersuchte den bei der beklagten Krankenkasse (KK) versicherten W. (im Folgenden: Versicherter) stationär *(Ureterorenoskopie, Biopsie; 31.3. bis 4.4.2011)*. Es stellte die Hauptdiagnose ICD-10-GM C64 *(Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken)*. Es schlug als Therapie bei der Entlassung ua vor, den Versicherten zur Teilresektion der linken Niere am 14.4.2011 wieder stationär aufzunehmen. So geschah es *(Operation 15.4.2011, Entlassung 22.4.2011)*. Die Klägerin berechnete für die Behandlung 9079,32 Euro abzüglich 140 Euro vom Versicherten geleisteter Zuzahlung *(vom 31.3. bis 4.4.2011: 2270,64 Euro nach Fallpauschale - Diagnosis Related Group 2011 - DRG L20C; vom 14. bis 22.4.2011: 6808,68 Euro nach DRG L13A)*. Die Beklagte zahlte hierauf lediglich 6668,68 Euro *(unter Berücksichtigung der Zuzahlung insgesamt 6808,68 Euro)*: Die beiden stationären Aufenthalte des Versicherten seien - auch nach dem Prüfergebnis des hiermit beauftragten Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) - als ein Behandlungsfall nach DRG L13A abzurechnen. Das SG hat die Beklagte zur Zahlung von weiteren 2270,64 Euro Vergütung nebst Zinsen und 300 Euro Aufwandspauschale nebst Zinsen in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz verurteilt. Das LSG hat die Zinsen auf die Aufwandspauschale auf zwei Prozentpunkte über dem Basiszinssatz beschränkt und im Übrigen die Berufung der Beklagten zurückgewiesen: Die Voraussetzungen des Anspruchs auf Zahlung einer Aufwandspauschale, nicht aber diejenigen einer Fallzusammenführung *(§ 2 Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2011 - FPV 2011)* oder einer Beurlaubung *(§ 1 Abs 7 S 5 FPV 2011)* hätten vorgelegen. Der Versicherte habe wegen der Operationsrisiken nachvollziehbar eine Zweitmeinung einholen wollen *(Urteil vom 2.6.2016)*.

3 Die Beklagte rügt mit ihrer Revision die Verletzung der §§ 12 Abs 1, 70 Abs 1 S 2 SGB V und des § 1 Abs 7 S 5 FPV 2011. Die Klägerin habe mit der Abrechnung von zwei Fallpauschalen ein unzulässiges Fallsplitting vorgenommen. Der Versicherte sei nach oder entsprechend § 1 Abs 7 S 5 FPV 2011 beurlaubt gewesen, sodass die beiden stationären Aufenthalte als ein Behandlungsfall nach DRG L13A abzurechnen seien. Jedenfalls hätte die Klägerin unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots nur einen Behandlungsfall abrechnen dürfen.

4 Die Beklagte beantragt,

> das Urteil des Landessozialgerichts Rheinland-Pfalz vom 2. Juni 2016 zu ändern, das Urteil des Sozialgerichts Mainz vom 14. Dezember 2015 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

5 Die Klägerin beantragt,

die Revision zurückzuweisen.

6 Sie hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend.

II

7 Die zulässige Revision der beklagten KK ist in vollem Umfang begründet *(§ 170 Abs 2 S 1 SGG)*. Zu Unrecht hat das LSG insoweit die Berufung der Beklagten gegen das SG-Urteil zurückgewiesen. Die klagende Krankenhausträgerin hat keinen Anspruch auf Zahlung weiterer Krankenhausvergütung und einer Aufwandspauschale nebst Zinsen.

8 Die Klägerin macht die Ansprüche auf Zahlung weiterer 2270,64 Euro Vergütung (Differenz zwischen geleisteten 6808,68 Euro und geforderten 9079,32 Euro) und von 300 Euro Aufwandspauschale nebst Zinsen zulässigerweise mit der (echten) Leistungsklage geltend *(§ 54 Abs 5 SGG; stRspr, 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; BSGE 109, 236 = SozR 4-5560 § 17b Nr 2, RdNr 8, alle mwN)*. Die Klägerin erfüllte die Voraussetzungen lediglich für einen Vergütungsanspruch von höchstens 6808,68 Euro für die Krankenhausbehandlung des Versicherten statt der beanspruchten 9079,32 Euro nebst Zinsen. Der Vergütungsanspruch entstand dem Grunde nach und belief sich - ausgehend von zwei Behandlungsfällen - der Höhe nach sachlich-rechnerisch richtig auf 9079,32 Euro *(dazu 1.)*. Die Klägerin hatte unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots aber nur Anspruch auf Vergütung eines durch eine Beurlaubung unterbrochenen Behandlungsfalles *(dazu 2.)*. Ihr steht auch kein Anspruch auf eine Aufwandspauschale zu *(dazu 3.)*.

9 1. Der Vergütungsanspruch für die Krankenhausbehandlung und damit korrespondierend die Zahlungsverpflichtung einer KK entsteht - unabhängig von einer Kostenzusage - unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten kraft Gesetzes, wenn die Versorgung in einem zugelassenen Krankenhaus erfolgt 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 102, 181 = SozR 4-2500 § 109 Nr 15, RdNr 15; BSGE 109, 236 = SozR 4-5560 § 17b Nr 2, RdNr 13; BSG SozR 4-2500 § 109 Nr 27 RdNr 9)*. Es steht nach dem Gesamtzusammenhang der unangegriffenen, den erkennenden Senat bindenden Feststellungen des LSG *(§ 163 SGG)* fest, dass der Versicherte vom 31.3. bis 4.4. und vom 14. bis 22.4.2011 stationärer Krankenhausbehandlung zur Untersuchung einer "Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens Nierenbecken" *(ICD-10-GM 2011 D41.1)* und späterer Teilresektion der linken Niere bedurfte.

10 Die Klägerin berechnete die Höhe der Vergütung für zwei Behandlungsepisoden sachlich-rechnerisch zutreffend. Die Höhe der Vergütung für die Behandlung Versicherter im Jahr 2011 bemisst sich bei DRG-Krankenhäusern wie jenem der Klägerin nach § 109 Abs 4 S 3 SGB V *(idF durch Art 1 Nr 3 Gesetz zur Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser <Fallpauschalengesetz - FPG> vom 23.4.2002, BGBl I 1412)* iVm § 7 Krankenhausentgeltgesetz *(<KHEntgG> idF durch Art 8 Nr 2 Gesetz zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung <GKV-Finanzierungsgesetz - GKV-FinG> vom 22.12.2010, BGBl I 2309)* und § 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz *(<KHG> idF durch Art 1 Nr 4 Gesetz zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 <Krankenhausfinanzierungsreformgesetz - KHRG> vom 17.3.2009, BGBl I 534; vgl entsprechend BSGE 109, 236 = SozR 4-5560 § 17b Nr 2, RdNr 15 f; BSG SozR 4-2500 § 109 Nr 14 RdNr 15)*. Der Anspruch wird auf Bundesebene durch Normsetzungsverträge (Normenverträge, Fallpauschalenvereinbarungen) konkretisiert. Der Spitzenverband Bund der KKn und der Verband der privaten Krankenversicherung gemeinsam vereinbaren nach § 9 Abs 1 S 1 Nr 1 KHEntgG *(idF durch Art 2 Nr 9 Buchst a KHRG vom 17.3.2009, BGBl I 534)* mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft als "Vertragsparteien auf Bundesebene" mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG *(idF durch Art 2 Nr 11 KHRG)* 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 19 Nr 3 Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung <GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz - GKV-WSG> vom 26.3.2007, BGBl I 378)*.

11 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 - zur Veröffentlichung in BSGE und SozR 4 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 - RdNr 9 ff, zur Veröffentlichung in BSGE und SozR 4 vorgesehen)*.

12 Nach diesen Grundsätzen kodierte die Klägerin zutreffend für die beiden Krankenhausaufenthalte des Versicherten die Fallpauschalen DRG L20C *(Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und komplexe Ureterorenoskopien ohne ESWL, ohne komplexen Eingriff, ohne fluoreszenzgestützte TUR der Hamblase oder andere Eingriffe an der Urethra außer bei Para-/Tetraplegie, ohne äußerst schwere CC)* und DRG L13A *(Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter > 18 Jahre, ohne Kombinationseingriff, mit CC)*. Dem Gesamtzusammenhang der insoweit unangegriffenen Feststellungen des LSG ist zu entnehmen, dass jeweils für sich genommen die erste Behandlungsepisode die Voraussetzungen der DRG L20C und die zweite Behandlungsepisode diejenigen der DRG L13A erfüllte.

13 Die Behandlungen erfüllten dagegen nicht die Voraussetzungen einer abrechnungstechnisch gebotenen Fallzusammenführung. Weder waren sie in dieselbe Basis-DRG einzustufen *(§ 2 Abs 1 S 1 FPV 2011; dazu a)* noch war die zweite Fallpauschale in die "operative Partition" einzugruppieren *(vgl § 2 Abs 2 S 1 FPV 2011; dazu b)* noch erfolgte eine Wiederaufnahme bei Komplikation *(§ 2 Abs 3 S 1 FPV 2011; dazu c)* oder eine Beurlaubung *(vgl § 1 Abs 7 S 5 FPV 2011; dazu d)*.

14 a) § 2 Abs 1 S 1 FPV 2011 bestimmt, dass das Krankenhaus eine Zusammenfassung der Falldaten zu einem Fall und eine Neueinstufung in eine Fallpauschale vorzunehmen hat, 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 Krankenhausaufenthalts, wieder aufgenommen wird und 2. für die Wiederaufnahme eine Einstufung in dieselbe Basis-DRG *(vgl dazu BSGE 109, 236 = SozR 4-5560 § 17b Nr 2, RdNr 29 und 31)* vorgenommen wird. Hierfür fehlte es bereits an der Einordnung in dieselbe Basis-DRG. Die erste Behandlung erfüllte nämlich - wie dargelegt - die Voraussetzungen der DRG L20C und die zweite diejenigen der DRG L13A. Die FPV 2011 geht stillschweigend von der Maßgeblichkeit der korrekten Einstufung aus *(vgl BSG Urteil vom 10.3.2015 - B 1 KR 3/15 R - Juris RdNr 16 = USK 2015-6)*. Zudem nahm die Klägerin den Versicherten auch nicht innerhalb der oberen Grenzverweildauer wieder auf, bemessen nach der Zahl der Kalendertage ab dem Aufnahmedatum des ersten Krankenhausaufenthalts. Die obere Grenzverweildauer beträgt bei der DRG L20C acht Tage. Der Versicherte wurde am 31.3.2011 im Krankenhaus der Klägerin aufgenommen. Die Wiederaufnahme erfolgte erst am 14.4.2011.

15 b) Nach § 2 Abs 2 S 1 FPV 2011 ist eine Zusammenfassung der Falldaten zu einem Fall und eine Neueinstufung in eine Fallpauschale 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 die zuvor abrechenbare Fallpauschale in die "medizinische Partition" (M) oder die "andere Partition" (A) und die anschließende Fallpauschale in die "operative Partition" (O) einzugruppieren ist. Die Regelung war nicht einschlägig,

da nicht nur die DRG L13A, sondern auch die für den ersten Aufenthalt abzurechnende DRG L20C gemäß Anlage 1 Teil a) FPV 2011 der operativen Partition zuzuordnen ist.

16 c) Eine Fallzusammenführung war auch nicht nach § 2 Abs 3 S 1 FPV 2011 vorzunehmen. Die Regelung setzt voraus, dass ein Patient, für den eine Fallpauschale abrechenbar ist, wegen einer in den Verantwortungsbereich des Krankenhauses fallenden 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 Aufenthalts, wieder aufgenommen wird. Die erneute Aufnahme des Versicherten beruhte nicht auf einer Komplikation (Folgen einer medizinischen Behandlung); sie erfolgte vielmehr zur Durchführung der indizierten Teilresektion der linken Niere. Die diesbezügliche Indikationsstellung war gerade ein Ergebnis der Erkenntnisse des ersten, diagnostischen Zwecken dienenden stationären Aufenthalts.

17 d) Die Klägerin rechnete auch nicht sachlich-rechnerisch unzutreffend ab wegen Beurlaubung des Versicherten in der Zeit zwischen dem ersten und dem zweiten Krankenhausaufenthalt. Nach § 1 Abs 7 S 5 FPV 2011 liegt eine Beurlaubung vor, wenn ein Patient mit Zustimmung des behandelnden Krankenhausarztes die Krankenhausbelegung zeitlich befristet unterbricht, die stationäre Behandlung jedoch noch nicht abgeschlossen ist. Bei Fortsetzung der Krankenhausbehandlung nach einer Beurlaubung liegt keine Wiederaufnahme iS von § 2 FPV 2011 vor *(§ 1 Abs 7 S 6 FPV 2011)*. Vollständige Tage der Beurlaubung sind gesondert in der Rechnung auszuweisen und zählen nicht zur Verweildauer *(§ 1 Abs 7 S 4 FPV 2011)*. Insgesamt bewirkt die Beurlaubung, dass für die DRG-Abrechnung nur von einem Behandlungsfall im Rechtssinne auszugehen ist. Die Gesetzesregelung in § 8 Abs 2 S 1 KHEntgG verweist hierzu auf den Fallpauschalen-Katalog nach § 9 Abs 1 S 1 Nr 1 KHEntgG. Die Abrechnungsbestimmungen in § 1 Abs 7 FPV 2011 setzen die Gesetzeskonzeption auf der Grundlage des § 9 Abs 1 S 1 Nr 3 KHEntgG gesetzeskonform um.

18 Unabhängig von der Frage, ob die Klägerin den Versicherten hätte beurlauben müssen, ist für die sachlich-rechnerische Richtigkeit der Abrechnung entscheidend, dass die Klägerin dies jedenfalls nicht umsetzte. Sie entließ den Versicherten tatsächlich formal aus der stationären Behandlung, schloss seine Behandlung am 4.4.2011 ab und beurlaubte ihn nicht förmlich.

19 2. Die Beklagte rügt mit Recht die Verletzung des Wirtschaftlichkeitsgebots, auf die sie sich berufen kann *(dazu a)*. Die Klägerin verstieß gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot, indem sie den Versicherten entließ, statt ihn zu beurlauben *(dazu b)*. Sie kann nach den Grundsätzen des fiktiven wirtschaftlichen Alternativverhaltens nur die Vergütung beanspruchen, die angefallen wäre, wenn sie den Versicherten in wirtschaftlicher Weise behandelt hätte *(dazu c)*.

20 a) Die Beklagte kann sich grundsätzlich im Rahmen einer Auffälligkeitsprüfung auf die fehlende Erforderlichkeit zweier Aufenthalte berufen *(vgl oben II. 1.)*. Es bestanden in Form des Fallsplit-

tings Auffälligkeiten *(vgl zum Rechtsbegriff der Auffälligkeit iS des § 275 Abs 1 SGB V, BSG Urteil vom 25.10.2016 - B 1 KR 22/16 R - Juris RdNr 12 ff, 32 f, für BSGE und SozR vorgesehen)*, die die Beklagte zur Einleitung einer Abrechnungsprüfung unter Anforderung einer gutachtlichen Stellungnahme des MDK berechtigten, um die Wirtschaftlichkeit der durchgeführten zwei stationären Behandlungen mit zweifacher Aufnahme und Entlassung des Versicherten zu prüfen. Es fehlen allerdings Feststellungen des LSG dazu, dass die Beklagte die Sechs-Wochen-Frist des § 275 Abs 1c S 2 SGB V wahrte. Die Beklagte und die Vorinstanzen sind aber auch bei Fristüberschreitung nicht gehindert, die von der Klägerin im Rahmen einer Krankenhausbegehung des MDK am 29.8.2011 und im Klageverfahren freiwillig zur Verfügung gestellten Behandlungsinformationen zu verwerten *(vgl BSG SozR 4-2500 § 275 Nr 15 RdNr 21)*.

21 b) Die Klägerin musste den Versicherten zwecks Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots beurlauben, um ihm die Einholung einer ärztlichen Zweitmeinung zu ermöglichen, statt ihn zu entlassen. Das Wirtschaftlichkeitsgebot gilt für alle Leistungsbereiche des SGB V. Danach müssen die Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die KKn nicht bewilligen *(vgl § 12 Abs 1 S 2 SGB V sowie § 2 Abs 1 S 1, § 4 Abs 3, § 70 Abs 1 SGB V)*. Das Wirtschaftlichkeitsgebot gilt uneingeschränkt auch im Leistungserbringungsrecht. Ein Krankenhaus hat stets, auch bei der Vergütung der Krankenhausbehandlung durch Fallpauschalen, einen Vergütungsanspruch gegen einen Träger der GKV nur für eine erforderliche, wirtschaftliche Krankenhausbehandlung. Das Wirtschaftlichkeitsgebot zwingt auch Krankenhäuser bei der Behandlungsplanung, die Möglichkeit wirtschaftlichen Alternativverhaltens zu prüfen. Wählt das Krankenhaus einen unwirtschaftlichen Behandlungsweg, kann es allenfalls die Vergütung beanspruchen, die bei fiktivem wirtschaftlichem Alternativverhalten angefallen wäre *(zur Aufgabe entgegenstehender Rspr des für das Krankenhausrecht nicht mehr zuständigen 3. BSG-Senats vgl BSGE 118, 219 = SozR 4-2500 § 109 Nr 43, RdNr 11 mwN)*. Der Nachweis der Wirtschaftlichkeit erfordert, dass bei Existenz verschiedener gleich zweckmäßiger und notwendiger Behandlungsmöglichkeiten die Kosten für den gleichen zu erwartenden Erfolg geringer oder zumindest nicht höher sind *(stRspr, vgl ausführlich BSGE 116, 138 = SozR 4-2500 § 12 Nr 4, RdNr 17 ff mwN, insbesondere RdNr 26 mwN; Hauck, SGb 2010, 193, 197 f mwN; s ferner zB BSG Urteil vom 10.3.2015 - B 1 KR 3/15 R - Juris RdNr 23 ff; BSGE 118, 155 = SozR 4-2500 § 39 Nr 23, RdNr 14 mwN; BSGE 118, 219 = SozR 4-2500 § 109 Nr 43, RdNr 11 mwN; BSG SozR 4-2500 § 109 Nr 52 RdNr 18; BSG Urteil vom 25.10.2016 - B 1 KR 22/16 R - Juris RdNr 15, für BSGE und SozR vorgesehen)*. Das Wirtschaftlichkeitsgebot zwingt Krankenhäuser bereits bei der Behandlungsplanung dazu, die Möglichkeit wirtschaftlichen Alternativverhaltens zu prüfen und ggf zu nutzen *(vgl BSGE 116, 138 = SozR 4-2500 § 12 Nr 4, RdNr 17, 25)*. Soweit die Behandlung kostengünstiger durch einen stationären Aufenthalt statt durch zwei stationäre Behandlungsepisoden tatsächlich möglich ist und medizinische Gründe nicht entgegenstehen, hat das Krankenhaus seine Behandlungsplanung zwingend daran auszurichten. Entgegenstehende binnenorganisatorische Gründe des Krankenhauses, denen durch eine Änderung der

Planung zu begegnen ist, sind hierfür ebenso ohne Belang wie etwa Zusatzprivatinteressen des Versicherten an einer Chefarztbehandlung *(aA unzutreffend LSG Rheinland-Pfalz Urteil vom 5.11.2015 - L 5 KR 257/14 - Juris RdNr 14)*.

22 Eine Beurlaubung eines Versicherten zur Einholung einer Zweitmeinung ist rechtlich zulässig. Eine Beurlaubung setzt nach Wortlaut und Regelungssystem *(vgl oben II. 1. d) zu § 1 Abs 7 FPV 2011)* eine bereits zum Zeitpunkt der Unterbrechung der Krankenhausbehandlung beabsichtigte Wiederaufnahme in das Krankenhaus voraus *(vgl BSG Urteil vom 10.3.2015 - B 1 KR 3/15 R - Juris RdNr 19 = USK 2015-6)*. Hierfür genügt es entgegen der Ansicht des LSG, dass der Therapieplan des Krankenhauses eine - oder wie hier nacheinander mehrere - Wiederaufnahmen in überschaubarer Zeit vorsieht. Es muss nicht etwa - wie das LSG meint - bereits zum Zeitpunkt der Unterbrechung der Krankenhausbehandlung feststehen, dass der Patient nach der Unterbrechung wieder aufgenommen wird. Eine solche Anforderung können derartige Zukunftsplanungen aufgrund der Unkenntnis über die Zukunft nie erfüllen. Vielmehr reicht es hierfür aus, dass das Krankenhaus bei der Behandlungsunterbrechung die Indikation für die Wiederaufnahme stellt, um die Behandlung zeitnah fortzusetzen. An Erkenntnisgrundlagen für eine solche Indikationsstellung für eine Wiederaufnahme fehlte es in dem vom LSG zitierten vermeintlichen Parallelfall *(vgl BSG Urteil vom 10.3.2015 - B 1 KR 3/15 R - Juris RdNr 2 = USK 2015-6)*.

23 Es ist für eine Beurlaubung entgegen der Ansicht des LSG ebenfalls unschädlich, dass die beabsichtigte Wiederaufnahme von der Entscheidung des Patienten abhängt, sich im Wiederaufnahmezeitpunkt weiterbehandeln zu lassen. Auch diese Bedingung besteht stets bei einer beabsichtigten Wiederaufnahme, da die Patientenautonomie ausnahmslos zu achten ist *(vgl dazu zB BSGE 115, 95 = SozR 4-2500 § 2 Nr 4, RdNr 25 mwN; Hauck, SGb 2014, 8, 9 ff)*. In gleicher Weise ist es hierbei ohne Belang, dass der Patient seine erforderliche Einwilligung in die Weiterbehandlung bei Wiederaufnahme noch von einer zwischenzeitlichen weiteren ärztlichen Beratung durch andere Ärzte (Zweitmeinung) abhängig machen will. Diese Möglichkeit besteht unter Berücksichtigung des konkreten therapeutischen Zeitfensters und der Dringlichkeit des Eingriffs ebenfalls regelmäßig für Patienten *(vgl zur Rechtzeitigkeit der Aufklärung inzwischen die Regelung der § 630e Abs 1, § 630e Abs 2 Nr 2, § 630e Abs 3 BGB, eingefügt durch Art 1 Nr 4 Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten vom 20.2.2013, BGBl I 277 mWv 26.2.2013; Gesetzentwurf der Bundesregierung eines Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten, BT-Drucks 17/10488 S 24 f; siehe insbesondere S 25: "Bei operativen Eingriffen wird es regelmäßig ausreichen, wenn die Aufklärung am Vortag des Eingriffs erfolgt. Ist der Eingriff hingegen eilig, kann die Bedenkfrist im Einzelfall verkürzt sein, um einen Eingriff noch am gleichen Tage zuzulassen."; BGH Urteil vom 25.3.2003 - VI ZR 131/02 - NJW 2003, 2012, 2013 = Juris RdNr 18; zu einem längeren Vorlauf bei - anders als vorliegend - elektivem Eingriff vgl BGH Urteil vom 10.10.2006 - VI ZR 74/05 - NJW 2007, 217; Glanzmann in Bergmann/Pauge/Steinmeyer, Gesamtes Medizinrecht, 2. Aufl 2014, § 630h BGB RdNr 82 ff; siehe im Übrigen zB die Rspr-Übersicht in Martis/Winkhart, Arzthaftungsrecht, 4. Aufl 2014, RdNr A 1634 ff, A 1656 ff; zu Ausnahmen bzgl*

Zweitmeinungen bei dramatischen Befunden vgl zB OLG Dresden Urteil vom 18.10.2016 - 4 U 86/16 - Juris RdNr 24; OLG Koblenz Urteil vom 22.7.2015 - 5 U 758/14 - Juris RdNr 19). Dies gilt unabhängig davon, ob die Einholung einer Zweitmeinung im konkreten Fall in den Leistungskatalog der GKV fällt oder nicht.

24 Wenn Versicherte für ihre Entscheidung über die Fortsetzung einer stationären Behandlung die Einholung einer externen Zweitmeinung bei medizinisch vertretbarer Beurlaubung wünschen, haben die Krankenhäuser sie von sich aus über den Anspruch auf ein Versorgungsmanagement zu informieren und ihnen dies anzubieten. Seit April 2007 haben Versicherte Anspruch auf ein Versorgungsmanagement insbesondere zur Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche. Die betroffenen Leistungserbringer sorgen für eine sachgerechte Anschlussversorgung des Versicherten und übermitteln sich gegenseitig die erforderlichen Informationen *(vgl § 11 Abs 4 SGB V, hier anzuwenden idF durch Art 6 Nr 3 Pflege-Weiterentwicklungsgesetz vom 28.5.2008, BGBl I 874 mWv 1.7.2008; zu den Folgen für den Behandlungsanspruch vgl BSGE 120, 82 = SozR 4-2500 § 39 Nr 26, LS 1).* Der Gesetzgeber hat die Regelungen inzwischen ergänzt durch die später in Kraft getretenen Regelungen des Entlassmanagements *(§ 39 Abs 1 S 4 bis 6 SGB V idF durch Art 1 Nr 8 Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung <GKV-Versorgungsstrukturgesetz - GKV-VStG> vom 22.12.2011, BGBl I 2983, mWv 1.1.2012, aufgehoben mWv 23.7.2015 durch Art 1 Nr 9 Buchst a Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung <GKV-Versorgungsstärkungsgesetz - GKV-VSG> vom 16.7.2015, BGBl I 1211; § 39 Abs 1a SGB V idF durch Art 1 Nr 9 Buchst b GKV-VSG mWv 23.7.2015).*

25 Soweit der Landesvertrag Rheinland-Pfalz *(LV-RP in der Gestalt des Schiedsspruchs vom 19.11.1999)* eine Beurlaubung nach vorstehenden Grundsätzen ausschließt, ist er nichtig. Die Vertragspartner von Landesverträgen nach § 112 SGB V (und an ihrer Stelle die Landesschiedsstelle) können die bundesrechtlichen Vorgaben des Gesetzes und der Normenverträge über DRGs und Abrechnungsbestimmungen nicht wirksam ändern. Die Vertragspartner sind nur berechtigt, die bundesrechtlichen Vorgaben ergänzend im Rahmen der gesetzlichen und bundesvertraglichen Vorgaben auszufüllen. Die landesvertraglichen Regelungen sollen sicherstellen, dass Art und Umfang der Krankenhausbehandlung den bundesrechtlichen Anforderungen des SGB V entsprechen *(§ 112 Abs 1 SGB V; vgl BSGE 99, 111 = SozR 4-2500 § 39 Nr 10, RdNr 31; BSG SozR 4-2500 § 69 Nr 10 RdNr 18; vgl zudem den Rechtsgedanken des Art 31 GG)*; zu diesen Anforderungen gehört auch die nach § 69 Abs 1 S 2 SGB V mit dem dortigen Verweis auf das KHG und das KHEntgG in das SGB V einbezogene FPV. Die Landesverträge dürfen keine Regelungen treffen, die dazu in Widerspruch stehen. Nur innerhalb dieser gesetzlichen Rahmenbedingungen und der bundesvertraglichen Vorgaben können die Verträge auf Landesebene - wie hier der LV-RP - deshalb die allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung einschließlich der Aufnahme und Entlassung der Versicherten, Kostenübernahme, Abrechnung der Entgelte, Berichte und Bescheinigungen regeln *(§ 112 Abs 2 S 1 Nr 1 Buchst a und b SGB V; siehe auch BSGE 112, 156 = SozR 4-2500 § 114 Nr 1, RdNr 32; allein auf die*

Wiederaufnahmeabsicht der Beurlaubungsregelung in § 8 LV Hamburg bezogen BSG Urteil vom 10.3.2015 - B 1 KR 3/15 R - Juris RdNr 19). Dazu gehören zB Zahlungsfristen, Verrechnungsmodalitäten sowie Verzugszinsen bei Überschreitung des Zahlungsziels *(vgl BSGE 112, 156 = SozR 4-2500 § 114 Nr 1, RdNr 35; BSG SozR 4-2500 § 69 Nr 10 RdNr 20).*

26 Mit den aufgezeigten Grundsätzen über die Beurlaubung nach § 1 Abs 7 FPV 2011 kollidieren die Regelungen in § 6 Abs 1 bis Abs 3 LV-RP. Sie engen die Möglichkeiten einer Beurlaubung nach der FPV unter Berücksichtigung der Vorgaben des SGB V unzulässig ein. Danach ist mit der Notwendigkeit stationärer Behandlung eine Beurlaubung regelmäßig nicht vereinbar *(Abs 1).* Beurlaubungen sollen während der stationären Behandlung, insbesondere für Langzeitpatienten, aus therapeutischen Gründen nur ausgesprochen werden, wenn sie unumgänglich notwendig oder den Behandlungserfolg zu fördern geeignet sind. Die Beurlaubung soll für höchstens vier fortlaufenden Tage (einschließlich der Tage des Urlaubsantritts und der Rückkehr aus dem Urlaub) ausgesprochen werden *(Abs 2).* Zur Erledigung unaufschiebbarer persönlicher Angelegenheiten dürfen Patienten in begründeten Ausnahmefällen, wenn ärztlich vertretbar, in der Regel bis 24 Stunden aus der stationären Behandlung beurlaubt werden. Dauert die Erledigung persönlicher Angelegenheiten mehr als 24 Stunden, dann soll der Patient, sofern ärztlich vertretbar, entlassen werden *(Abs 3).* Diese Regelungen des LV-RP könnten Krankenhäuser sogar dazu verpflichten, Versicherte in Widerspruch zum Wirtschaftlichkeitsgebot zu entlassen statt zu beurlauben.

27 Der erkennende Senat weist nur ergänzend darauf hin, dass die dargelegten Grundsätze zu Hinweispflichten des Krankenhauses führen können, wenn Versicherte den noch nicht abgeschlossenen stationären Aufenthalt tatsächlich abbrechen wollen. Das Krankenhaus hat den Versicherten die rechtlich gebotene wirtschaftliche Durchführung der Behandlung anzubieten, indem es den Versicherten die Möglichkeit der bloßen Beurlaubung aufzeigt, diese Vorgehensweise auch als die rechtlich gebotene wirtschaftliche Durchführung der Behandlung darstellt und seine Zustimmung durch den behandelnden Krankenhausarzt erklärt, soweit medizinische Gründe nicht entgegenstehen. Diese Aufklärung muss das Krankenhaus in den Behandlungsunterlagen nach allgemeinen Grundsätzen dokumentieren *(vgl BSGE 118, 219 = SozR 4-2500 § 109 Nr 43, RdNr 14, zu Verlegungsbemühungen; siehe inzwischen die Regelung des § 630f BGB, eingefügt durch Art 1 Nr 4 Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten vom 20.2.2013, BGBl I 277 mWv 26.2.2013; zuvor grundlegend BGHZ 72, 132, 138; vgl auch zB BGH Urteil vom 24.1.1989 - VI ZR 170/88 - Juris RdNr 8 = NJW 1989, 2330, 2331; BGH Urteil vom 18.3.1986 - VI ZR 215/84 - Juris RdNr 10 = NJW 1986, 2365, 2366; Schlund in Laufs/Kern, Handbuch des Arztrechts, 4. Aufl 2010, § 55 RdNr 1 mwN).*

28 Nach diesen Grundsätzen war entgegen der Auffassung des LSG vorliegend eine Beurlaubung des Versicherten nicht aus Rechtsgründen ausgeschlossen, sondern geboten. Die Klägerin hatte die Indikation zur stationären Weiterbehandlung in ihrem Therapieplan gestellt. Dem Gesamtzusammenhang der Feststellungen des LSG ist auch zu entnehmen, dass keine medizi-

nischen Gründe gegen eine Beurlaubung in der Zeit vom 5. bis 11. und vom 11. bis 13.4.2011 sprachen. Dementsprechend entließ die Klägerin den Versicherten am 4.4.2011 und plante seine Wiederaufnahme vorstationär für den 11.4. und vollstationär für den 14.4.2011, ohne auch nur Bedenken zu äußern.

29 c) Die Klägerin kann bei der gebotenen Beurlaubung keine höhere Vergütung als die bereits geleisteten 6808,68 Euro beanspruchen. Die als einheitlicher Fall mit DRG L13A zu kodierende Behandlung begründete - wie oben dargelegt - sachlich-rechnerisch richtig einen Anspruch auf diesen Betrag. Die Zusammenfassung der Behandlungsepisoden erstreckt sich auf einen Zeitraum, der die obere Grenzverweildauer der DRG L13A unterschreitet. Hierfür ist erst der 18. Behandlungstag der erste Tag mit zusätzlichem Entgelt.

30 3. Die Klägerin hat wegen der berechtigten Kürzung mit der Folge einer Minderung des Abrechnungsbetrags keinen Anspruch auf Zahlung einer Aufwandspauschale *(vgl § 275 Abs 1c S 3 SGB V)*.

31 4. Die Kostenentscheidung stützt sich auf § 197a Abs 1 S 1 Teils 3 SGG iVm § 154 Abs 1 VwGO. Die Streitwertfestsetzung beruht auf § 197a Abs 1 S 1 Teils 1 SGG iVm § 63 Abs 2, § 52 Abs 3, § 47 Abs 1 GKG.