S 11KR 503/20

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Berlin-Brandenburg
Sozialgericht	Landessozialgericht Berlin-Brandenburg
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	26
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	Hauptdiagnose, Nebendiagnose Stationäre Behandlung, Verlegung Fallpauschale Ressourcenverbrauch Stationärer Aufenthalt Abschlag Behandlungsmaßnahmen Dokumentation Kausalität Belegungstage Verweildauer
Leitsätze	1. Maßgeblich für die Betrachtung, welche Krankheit i. S. der Bestimmung D002f (DKR 2019) die Ressourcen des Krankenhauses vorrangig in Anspruch genommen hat und die Hauptdiagnose begründet, ist bei Verlegung der jeweilige einzelne Krankenhausaufenthalt. 2. DKR und FPV bilden gleichrangig den

	konkreten vertragsrechtlichen Rahmen, aus dem die für eine Behandlung maßgebliche DRG folgt. Es liegt insoweit ein Zusammenspiel vor.
Normenkette	SGB V § 39 SGB V § 109 KHG § 17b Deutsche Kodierrichtlinien (DKR 2019) §§ 1, 3 Fallpauschalenvereinbarung (2019)
1. Instanz	
Aktenzeichen	S 11KR 503/20
Datum	24.03.2023
2. Instanz	
Aktenzeichen	L 26 KR 127/23
Datum	17.11.2023
3. Instanz	
Datum	-

Die Berufung der KlÃ¤gerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Cottbus vom 24. MÃ¤rz 2023 wird zurÃ¼ckgewiesen.

Â

Die KlÃ¤gerin trÃ¤gt auch die Kosten des Berufungsverfahrens.

Â

Die Revision wird nicht zugelassen.

Â

Â

Tatbestand

Â

Die Beteiligten streiten Ã¼ber die VergÃ¼tung von Leistungen der

Krankenhausbehandlung nebst Zinsen.

Â

Die KlÃ¤gerin, eine gemeinnÃ¼tzige Gesellschaft mit beschrÃ¤nkter Haftung (gGmbH), ist TrÃ¤gerin des E K L, einem Krankenhaus der Grundversorgung. Das Krankenhaus besteht aus fÃ¼nf Kliniken und verfÃ¼gt Ã¼ber 143 vollstationÃ¤re Betten sowie zehn PlÃ¤tze in der Tagesklinik Geriatrie (https://www.d.de/-k). Das Krankenhaus ist mit 153 Betten im Krankenhausplan des Landes Brandenburg aufgenommen.

Â

Die bei der beklagten Krankenkasse (im Folgenden: die Beklagte) versicherte E L (geboren 1940, im Folgenden: die Versicherte) wurde in der Zeit vom 26. Februar 2019 bis zum 27. Februar 2019 wegen einer pertrochantÃ¤ren Femurfraktur rechts (Knochenbruch des Oberschenkelknochens im Bereich zwischen dem groÃen und dem kleinen RollhÃ¼gel) im Elbe-Elster Klinikum stationÃ¤r und operativ auf der Chirurgischen Abteilung versorgt. Postoperativ entwickelte sich bei der Versicherten (manifest im Laufe des Tages nach der OP) eine schwere LungenentzÃ¼ndung mit einer unzureichenden Eigenatmung mit Sauerstoffmangel. Aufgrund eines KapazitÃ¤tsmangels auf der Intensivstation des Krankenhauses Elbe-Elster Klinikum (â□□Beatmungstherapie kann wegen vollstÃ¤ndiger Besetzung der Beatmungsmaschinen nicht gewÃ¤hrleistet werdenâ□□, vgl. dazu die vorlÃ¤ufige Epikrise Elbe-Elster Klinikum vom 27. Februar 2019, Patientenakte) erfolgte am 27. Februar 2019 eine Verlegung der Versicherten in das Krankenhaus der KlÃ¤gerin im Wege des Rettungstransports unter Beatmungsbedingungen und einer Notaufnahme. Im Krankenhaus der KlÃ¤gerin wurde die Versicherte auf der Intensivstation (vgl. dazu Intensivtransportprotokoll vom 27. Februar 2019, Abschlussbericht Intensivstation vom 16. MÃ¤rz 2019 an die Evangelische Lungenklinik Berlin, Patientenakte) aufgenommen und in ein kÃ¼nstliches Koma versetzt sowie durchgehend invasiv (maschinell) beatmet. Es erfolgte die kontinuierliche Messung von Atmung, Herz und Kreislauf sowie weiterer Vitalfunktionen (â□□Intensivstation â□□ Chirurgieâ□□). Nach einem frustran verlaufenden ersten Versuch einer EntwÃ¶hnung von der Beatmung (â□□Weaningversuchâ□□) fÃ¼hrte die KlÃ¤gerin am 9. MÃ¤rz 2019 eine temporÃ¤re Tracheotomie (LuftrÃ¶hrenschnitt) bei der Versicherten durch und setzte ihr im Halsbereich eine AtmungskanÃ¼le ein und die Beatmung Ã¼ber diese TrachealkanÃ¼le fort. Weitere Weaning-Versuche mit Spontanatmung fanden danach fÃ¼r jeweils wenige Stunden statt. AuÃerdem legte das Krankenhaus am 15. MÃ¤rz 2019 der Versicherten zur ErnÃ¤hrung eine Magensonde. Darunter kam es vermutlich zu einer Fehllage der Sonde und Perforation (â□□DurchspieÃungâ□□) des rechten Lungenunterlappens. Den dadurch entstehenden Pneumothorax versorgte das Krankenhaus der KlÃ¤gerin mit einer Thoraxdrainage (so Abschlussbericht der Intensivstation des Krankenhauses vom 16. MÃ¤rz 2019, Patientenakte). Das Krankenhaus erstellte mehrere radiologische Befunde der Lunge der Versicherten. Am 16. MÃ¤rz 2019 wurde die weiter beatmungspflichtige Versicherte in ein anderes Krankenhaus (die Evangelische Lungenklinik Berlin) zur

Thoraxchirurgie verlegt (Diagnose T.81.2 â□□Versehentliche Stich- und Risswunde wÃ¤hrend eines Eingriffes, anderenorts nicht klassifiziertâ□□). Die Sondenspitze der Magensonde wurde dabei von der Lungenklinik Berlin im Rahmen einer thorakoskopischen Operation geborgen.

Â

Die KlÃ¤gerin stellte der Beklagten fÃ¼r die stationÃ¤re Behandlung der Versicherten in ihrem Krankenhaus am 25. MÃ¤rz 2019 einen Betrag in HÃ¶he von 60.428,13 Euro in Rechnung (Endrechnung). Sie verschlÃ¼sselte als Hauptdiagnose S72.10 (gemÃ¤Ã□ ICD-10: PertrochantÃ¤re Fraktur des Femurs, TrochantÃ¤r, nicht nÃ¤her bezeichnet) und forderte als Fallpauschale (Diagnosis Related Group 2019 â□□ DRG) die DRG W36Z (Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 784 / 828 / 828 Aufwandspunkte bei Polytrauma oder Polytrauma mit Beatmung oder Kraniotomie mit endovaskulÃ¤rer Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta).

Â

Die Beklagte beglich zunÃ¤chst den in Rechnung gestellten Betrag zur GÃ¤nze und beauftragte den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK, seit dem 1. Â Juli 2021: MD) mit der PrÃ¼fung der Rechnung, konkret, ob die DRG korrekt und dabei die Ã¼bermittelten Haupt- und Nebendiagnose sowie die OPS korrekt sind (PrÃ¼fanzeige an das Krankenhaus der KlÃ¤gerin vom 29. MÃ¤rz 2019). Der MDK gelangte in seiner gutachterlichen Stellungnahme vom 29. November 2019 zu dem Ergebnis, die Abrechnung der DRG W36Z sei medizinisch nicht sachgerecht. Vielmehr hÃ¤tte die DRG A11H (Beatmung > 249 Stunden, ohne komplexe oder bestimmte OR-Prozedur, ohne IntK > 588 / 828 / 1104 Punkte, ohne komplizierende Konstellation, Alter > 15 Jahre, ohne komplexe Diagnose oder Prozedur, ohne schwerste CC, mit Ã¤uÃ□erst schweren C) zur Anwendung gelangen mÃ¼ssen. Dies beruhe darauf, dass als Hauptdiagnose J96.90 zu kodieren sei (Respiratorische Insuffizienz, nicht nÃ¤her bezeichnet : Typ I [hypoxisch]). Die Ã¼bermittelten Nebendiagnosen und die abgerechnete Anzahl der Beatmungsstunden (332 Stunden bei Beatmung vom 27. Februar 2019 bis zur Verlegung am 16. MÃ¤rz 2019) seien bis auf die Diagnose S27.0 (Traumatischer Pneumothorax), die bereits mit J95.80 (â□□Iatrogener Pneumothoraxâ□□) abgebildet sei, nicht zu beanstanden.

Â

Die Beklagte verrechnete nach der AnkÃ¼ndigung vom 6. Dezember 2019 den gesamten Rechnungsbetrag mit einer unstreitigen Forderung der KlÃ¤gerin und zahlte am gleichen Tag, dem 12. Dezember 2019, den Betrag in HÃ¶he von 24.434,74 Euro an die KlÃ¤gerin aus.

Â

Nach Widerspruch der KlÃ¤gerin (vom 23. Dezember 2019), wonach der stationÃ¤re Aufenthalt in ihrem Haus eindeutig durch die Femurfraktur rechts veranlasst und die respiratorische Insuffizienz erst am ersten postoperativen Tag aufgetreten sei,

beauftragte die Beklagte erneut den MDK mit einer PrÃ¼fung. Dieser blieb in seiner Stellungnahme vom 21. September 2020 bei seiner bisherigen EinschÃ¤tzung.

Â

Die KlÃ¤gerin hat am 2. Dezember 2020 Klage zum Sozialgericht Cottbus erhoben. Die Behandlung der Versicherten sei auch nach der Verlegung in das Krankenhaus der KlÃ¤gerin als einheitlicher Prozess zu betrachten. Die Hauptdiagnose kÃ¶nne sich daher trotz der Verlegung, die aus KapazitÃ¤tsgrÃ¼nden erfolgt sei, nicht Ã¤ndern. Die Verletzung des Oberschenkels (Femurfraktur) habe letztendlich â□□ die Kausalkette betrachtend â□□ zur Intensivpflichtigkeit der Versicherten gefÃ¼hrt. Nach den Kodierrichtlinien sei die Diagnose (nach Analyse) als Hauptdiagnose zu wÃ¤hlen, die ursÃ¤chlich fÃ¼r den Krankenhausaufenthalt gewesen sei. Die Versicherte sei wegen ihrer Schenkelhalsfraktur in die Beatmungspflichtigkeit â□□gerutschtâ□□. Es komme daher bei der hier erfolgten Verlegung auf die ursprÃ¼ngliche Krankenhausaufnahmediagnose an. Auch mangele es an einer AufrechnungserklÃ¤rung, aus der sich der konkrete Behandlungsfall ergebe.

Â

Die Beklagte hat vorgetragen, fÃ¼r die rechtmÃ¤Ã□ige Abrechnung der DRG W36Z hÃ¤tte die KlÃ¤gerin berechtigt sein mÃ¼ssen, die Hauptdiagnose S72.10 (Fraktur des Femurs, d.Â h.Â des Oberschenkelknochens) zu verschlÃ¼sseln. Das sei aber nicht zutreffend, denn hauptsÃ¤chlich sei die stationÃ¤re Aufnahme und Behandlung im Krankenhaus der KlÃ¤gerin durch das Krankheitsbild der respiratorischen Insuffizienz Typ I (J96.90) bedingt gewesen. Diese EinschÃ¤tzung werde auch durch die im Klageverfahren neu eingeholte MDK-Stellungnahme vom 29. Oktober 2021 bestÃ¤tigt, die die Patientenakte, zum Gegenstand gehabt habe.

Â

Das Sozialgericht hat ein Ã¤rztliches SachverstÃ¤ndigengutachten eingeholt, das der Facharzt fÃ¼r OrthopÃ¤die und Unfallchirurgie, Intensivmedizin, Ã□rztliches QualitÃ¤tsmanagement, Notfallmedizin Dr. A(BG Klinikum Duisburg) am 26. Â Oktober 2022 und ergÃ¤nzend am 20. Januar 2023 erstattet hat. Der SachverstÃ¤ndige hat u.Â a.Â ausgefÃ¼hrt, dass die Diagnose, die die Behandlung im Krankenhaus der KlÃ¤gerin notwendig machte, eine respiratorische Insuffizienz auf dem Boden der LungenentzÃ¼ndung gewesen sei. Die von der KlÃ¤gerin in Ansatz gebrachte DRG W36Z sei in Bezug auf die Hauptdiagnose auch deshalb nicht zutreffend, weil bei der Versicherten kein Polytrauma (Mehrfachverletzung) vorgelegen habe. Die Lungenverletzung mit Pneumothorax sei eine im Rahmen der intensivmedizinischen Behandlung eingetretene Komplikation, begrÃ¼nde aber keine mehrfache Verletzung. Eine weitere Behandlung des Oberschenkelhalsbruchs im Krankenhaus der KlÃ¤gerin sei schlieÃ□lich nicht dokumentiert. Unter BerÃ¼cksichtigung der Hauptdiagnosen J96.90 (Respiratorische Insuffizienz, nicht nÃ¤her bezeichnet Typ I [hypoxisch]) und J18.9 (Pneumonie) ergebe sich unter Verwendung des Web-GroupersÂ 2019 die DRG-Ziffer E36Z und ein Endbetrag in HÃ¶he von 30.764,00 Â Euro. Wegen der Einzelheiten wird auf die gutachterlichen

AusfÃ¼hrungen Bezug genommen.

Â

Mit Urteil vom 24. MÃ¤rz 2023 hat das Sozialgericht im EinverstÃ¤ndnis der beiden Beteiligten ohne mÃ¼ndliche Verhandlung die Klage der KlÃ¤gerin abgewiesen. Die Leistungsklage sei zwar zulÃ¤ssig, aber unbegrÃ¼ndet. Die KlÃ¤gerin habe gegen die Beklagte keinen Anspruch auf Zahlung von 35.993,39 Euro, denn der Beklagten habe in dieser HÃ¶he ein Erstattungsanspruch aus der hier streitigen Behandlung zugestanden. Die Beklagte habe aufgrund ihrer zunÃ¤chst vollstÃ¤ndigen Zahlung auf die Rechnung der KlÃ¤gerin einen Ã¶ffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch erworben. Denn in HÃ¶he von 35.993,39 Euro habe sie ohne Rechtsgrund auf die aus der streitigen Behandlung der Versicherten geltend gemachte Forderung gezahlt. Mit diesem Erstattungsanspruch habe die Beklagte gegen eine (andere) unstreitige Forderung der KlÃ¤gerin wirksam aufgerechnet.

Â

Zwar seien die Grundvoraussetzungen eines Anspruchs auf die VergÃ¼tung von Krankenhausleistungen dem Grunde nach erfÃ¼llt, denn die Beklagte sei verpflichtet, die stationÃ¤re Krankenhausbehandlung ihrer Versicherten im zur Versorgung zugelassenen Krankenhaus der KlÃ¤gerin zu vergÃ¼ten. Die Behandlung sei auch erforderlich und wirtschaftlich gewesen, denn die Versicherte habe der vollstationÃ¤ren Krankenhausbehandlung in dem erbrachten und abgerechneten Umfang bedurft. Die Notwendigkeit der stationÃ¤ren Behandlung ergebe sich aus dem Gutachten des SachverstÃ¤ndigen Dr. N und sei zwischen den Beteiligten auch unstreitig. Die von der KlÃ¤gerin dafÃ¼r in Ansatz gebrachte DRG sei aber unrichtig. Die von ihr verschlÃ¼sselte Hauptdiagnose sei als Nebendiagnose zu verschlÃ¼sseln. Als Hauptdiagnose sei die ICD J96.90 zu kodieren.

Â

GemÃ¤Ã der Deutschen Kodierrichtlinien in der hier maÃgeblichen Fassung fÃ¼r das Jahr 2019 (DKR 2019) werde die Hauptdiagnose als die Diagnose definiert, die nach Analyse als diejenige festgestellt werde, die hauptsÃ¤chlich fÃ¼r die Veranlassung des stationÃ¤ren Aufenthalts des Patienten verantwortlich sei (so DKR D002f). Ob eine Diagnose als Hauptdiagnose zu verschlÃ¼sseln sei, beurteile sich ausschlieÃlich nach objektiven MaÃstÃ¤ben und unterliege der vollen gerichtlichen NachprÃ¼fung. Die Versicherte sei hier zunÃ¤chst wegen eines kÃ¶rpernahen Oberschenkelhalsbruchs in das Elbe-Elster Â Klinikum aufgenommen worden. Dort sei die Fraktur operativ und belastungsstabil behandelt worden. Wie dem von der Kammer eingeholten SachverstÃ¤ndigengutachten Dr. N zu entnehmen sei, sei die Verlegung in das Krankenhaus der KlÃ¤gerin allein aufgrund der postoperativ aufgetretenen respiratorischen Insuffizienz auf dem Boden einer LungenentzÃ¼ndung erfolgt, da diese wegen fehlender intensivmedizinischer KapazitÃ¤ten im Elbe-Elster Klinikum nicht habe behandelt werden kÃ¶nnen. Im Krankenhaus der KlÃ¤gerin sei dann eine intensivmedizinische Behandlung mit

kÃ¼nstlicher Beatmung, mit einem kÃ¼nstlichen Koma, mit Messung der Vitalfunktionen sowie der zunÃ¤chst nicht erfolgreiche Versuch einer EntwÃ¶hnung und ein LuftrÃ¶hrenschnitt erfolgt. Bei der Anlegung der Magensonde, sei es durch Komplikationen zum Entstehen eines Pneumothorax gekommen. Es sei in diesem Gesamtzusammenhang zu mehreren Befunderhebungen der Lunge bzw. des gesamten Brustkorbs gekommen. All dies zeige, dass diejenigen BehandlungsmaÃnahmen Ã¼berwÃ¶gen, die im Zusammenhang mit der respiratorischen Insuffizienz der Versicherten gestanden hÃ¤tten. DemgegenÃ¼ber habe die Behandlung des Oberschenkelhalsbruchs im Krankenhaus der KlÃ¤gerin ersichtlich nicht im Vordergrund gestanden. Der SachverstÃ¤ndige Dr. N weise nachvollziehbar darauf hin, dass auf den Oberschenkelhalsbruch und dessen Versorgung in dem Abschlussbericht des Krankenhauses der KlÃ¤gerin vom 24. November 2020 Ã¼berhaupt nicht mehr eingegangen werde. SchlieÃlich habe der gerichtliche SachverstÃ¤ndige auch nicht bestÃ¤tigt, dass der Oberschenkelhalsbruch fÃ¼r die aufgetretene LungenentzÃ¼ndung ursÃ¤chlich gewesen sei.

Â

Im Gegensatz zur Auffassung der KlÃ¤gerin kÃ¶nne die Behandlung der Versicherten nicht als âeinheitlicher Prozessâ angesehen werden. Vielmehr sei mit dem Aufenthalt der Versicherten im Krankenhaus der KlÃ¤gerin zumindest abrechnungstechnisch ein neuer Behandlungsfall eingetreten. Dies ergebe sich aus Â§ 1 Abs. 1 Fallpauschalenvereinbarung (FPV 2019). Diese bestimme, dass die Fallpauschalen jeweils von dem die Leistung erbringenden Krankenhaus nach dem am Tag der voll- oder teilstationÃ¤ren Aufnahme geltenden Fallpauschalen-Katalog und den dazu gehÃ¶renden Abrechnungsregeln abgerechnet werden. Die genannte Bestimmung gehe zwar davon aus, dass es sich bei jedem zeitlich unterbrochenen vollstationÃ¤ren oder teilstationÃ¤ren Aufenthalt jeweils um einen abzurechnenden Fall handele (Hinweis auf BSG, Urteil vom 6. MÃ¤rz 2012 â B 1 KR 15/11 R), aber hiervon bei Verlegungen in ein anderes Krankenhaus eine Ausnahme gelte (Â§ 1 Abs. 1 Satz 4 FPV 2019). In diesem (Ausnahme-)Fall rechne jedes beteiligte Krankenhaus eine Fallpauschale ab, die dann (allenfalls) nach MaÃgabe von Â§ 3 FPV gemindert werde. Ausgehend davon komme es nur auf die im Krankenhaus der KlÃ¤gerin durchgefÃ¼hrte Behandlung an.

Â

Die KlÃ¤gerin hat gegen das ihr am 3. April 2023 zugestellte Urteil am 5. April 2023 Berufung eingelegt.

Â

Es habe sich trotz Verlegung der Versicherten in ein anderes Krankenhaus um einen âeinheitlichen Behandlungsfallâ gehandelt. Entgegen der Auffassung des Sozialgerichts habe es sich bei der von der KlÃ¤gerin kodierten Hauptdiagnose nicht um einen allgemeinen Gesundheitszustand der Versicherten gehandelt, sondern um den vorrangig fÃ¼r den Aufenthalt im Haus der KlÃ¤gerin maÃgeblichen

Sachverhalt. Â§ Â 1 Abs. 1 der FPV (2019) stehe dem nicht entgegen, denn maÃgebend seien die Bestimmungen der DKR (2019), wonach nach Analyse festgestellt werden mÃ¼sse, welche Ursache der Krankenhausaufenthalt habe. Die Ursache habe hier zweifelsfrei im kÃ¶rpernahen Oberschenkelhalsbruch der Versicherten gelegen, in dessen Folge sich dann die respiratorische Insuffizienz auf dem Boden einer LungenentzÃ¼ndung als klassische Komplikation einer solchen ImmobilitÃ¤t entwickelt habe. Bei zutreffender BerÃ¼cksichtigung der Hauptdiagnose S72.10 ergebe sich die in Rechnung gestellte DRG W36Z. Eine Doppelzahlung seitens der Beklagten dÃ¼rfte auszuschlieÃen sein, denn das erstaufnehmende Krankenhaus (Elbe-Elster Klinikum) werde wohl kaum die intensivmedizinische Behandlungsprozedur zur Abrechnung gebracht haben. Ein einheitlicher Behandlungsfall ergebe sich schlieÃlich deshalb, weil die klÃ¤gerische Klinik an die Stelle der Klinik Elbe-Elster getreten sei, welche aus KapazitÃ¤tsgrÃ¼nden nicht in der Lage gewesen sei, die intensivmedizinische Behandlung zu gewÃ¤hrleisten. Insgesamt seien die medizinisch relevanten Tatsachen vom Sozialgericht zwar aufgeklÃ¤rt worden, dessen Schlussfolgerungen seien aber rechtlich fehlerhaft.

Â

Die KlÃ¤gerin beantragt,

Â

das Urteil des Sozialgerichts Cottbus vom 24. MÃ¤rz 2023 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, an sie 35.993,39 Euro nebst Zinsen in HÃ¶he von zwei Prozentpunkten Ã¼ber dem Basiszinssatz seit dem 12. Dezember 2019 zu zahlen.

Â

Die Beklagte beantragt,

Â

Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â die Berufung zurÃ¼ckzuweisen.

Â

FÃ¼r die klÃ¤gerische Annahme, wonach die Behandlungskette aus Drittkrankenhaus (Elbe-Elster Klinikum) und dem Krankenhaus der KlÃ¤gerin einheitlich zu bewerten sei, fehle die rechtliche Grundlage. Das Sozialgericht habe zu Recht an die Rechtsprechung des 1. Senats des Landessozialgerichts Berlin-Brandenburg zu einem Verlegungsfall angeknÃ¼pft, welches u.Â a.Â auf Â§ 1 Abs. 1 Satz 1 und Satz 2 der FPV abgestellt habe, wonach im Fall der Verlegung jedes Krankenhaus eine Fallpauschale abrechnen dÃ¼rfe. Die Diagnose S70.24 (Oberschenkelhalsbruch) habe dabei ersichtlich nicht im Vordergrund der Behandlung im Krankenhaus der KlÃ¤gerin gestanden und sei auch nicht ursÃ¤chlich fÃ¼r die intensivmedizinische Behandlung gewesen.

Â

Wegen der Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die ausgetauschten SchriftsÃ¤tze nebst Anlagen sowie die Gerichts- und Verwaltungsakte und die Patientenakte verwiesen, die Gegenstand der mÃ¼ndlichen Verhandlung und Entscheidung gewesen sind.

Â

Â

EntscheidungsgrÃ¼nde

Â

Â

Die Berufung der KlÃ¤gerin ist zulÃ¤ssig, aber unbegrÃ¼ndet. Das Sozialgericht hat ihre Klage zu Recht abgewiesen.

Â

Die KlÃ¤gerin hat keinen Anspruch auf eine hÃ¶here VergÃ¼tung in HÃ¶he von noch 35.993,39 Euro aus der stationÃ¤ren Behandlung der Versicherten der Beklagten in der Zeit vom 27. Februar 2019 bis zum 16. MÃ¤rz 2019.

Â

1. Die KlÃ¤gerin verfolgt ihr Begehren zulÃ¤ssigerweise im Wege der allgemeinen Leistungsklage, konkret der Zahlungsklage. Der geltend gemachte Zahlungsanspruch kann sich hier aus einer anderen unstreitigen VergÃ¼tungsforderung ergeben, gegen welche die Beklagte nach ihrer AnkÃ¼ndigung vom 6. Dezember 2019 (nach Angaben der KlÃ¤gerin) am 12. Dezember 2019 mit einem behaupteten Erstattungsanspruch aus der hier streitigen Behandlung der Versicherten aufgerechnet hat. Ein noch offener Zahlungsanspruch aus der unstreitigen Forderung besteht nur dann, wenn die AufrechnungserklÃ¤rung der Beklagten (zumindest teilweise) ohne ErfÃ¼llungswirkung bleibt. Das ist dann der Fall, wenn der KlÃ¤gerin die streitige und zuletzt zur Abrechnung gestellte VergÃ¼tung fÃ¼r die stationÃ¤re Behandlung der Versicherten (in voller HÃ¶he) zustand. Das ist aber nicht der Fall.

Â

Zwar hat die Beklagte zunÃ¤chst in HÃ¶he des gesamten Rechnungsbetrags aus der Behandlung der Versicherten, nÃ¤mlich in HÃ¶he von 60.428,13 Euro, die Aufrechnung mit einer behaupteten Erstattungsforderung gegenÃ¼ber einer unstreitigen weiteren Forderung aus einer anderen Behandlung erklÃ¤rt; in HÃ¶he der unmittelbar danach erfolgten Zahlung von 24.434,74 Euro auf den

Rechnungsbetrag der unstreitigen weiteren Forderung hat die Beklagte aber bereits zugestanden, dass die zuvor erklÃ¤rte Aufrechnung in dieser HÃ¶he ins Leere ging, weil sie insoweit keinen Erstattungsanspruch hatte und somit die unstreitige (Gegen-)Forderung in dieser HÃ¶he nicht durch Aufrechnung (gemÃ¤Ã Â§ 69 Abs. 1 Satz 3 Sozialgesetzbuch FÃ¼nftes Buch â SGB V- i.Â V.Â m.Â Â§ 387 â 389 BÃ¼rgerliches Gesetzbuch â BGB) zum ErlÃ¶schen gekommen sein konnte. Denn die AufrechnungserklÃ¤rung der Beklagten bleibt dann ohne ErfÃ¼llungswirkung, wenn der KlÃ¤gerin die streitige VergÃ¼tung fÃ¼r die stationÃ¤re Behandlung der Versicherten zustand. In HÃ¶he von 24.434,74 Euro ist das jedenfalls der Fall. Insoweit ist erst mit der Zahlung der Beklagten vom Dezember 2019 auf die unstreitige Forderung ErfÃ¼llung eingetreten.

Â

In HÃ¶he von (weiteren) 35.993,39 Euro hat die Beklagte aber trotz des Widerspruchs der KlÃ¤gerin im Vorfeld der erhobenen Klage an der Wirksamkeit ihrer erklÃ¤rten Aufrechnung festgehalten, so dass fÃ¼r die Leistungsklage in dieser HÃ¶he ein RechtsschutzbedÃ¼rfnis besteht.

Â

2. Die KlÃ¤gerin hat keinen Anspruch auf Zahlung in HÃ¶he der mit ihrer Klage geltend gemachten Forderung. Denn die Aufrechnung erfolgte zu Recht, der Beklagten stand in HÃ¶he des streitigen Betrags ein Ã¶ffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch zu. Dieser resultierte aus der rechtsgrundlosen Zahlung in HÃ¶he von 35.993,39 Euro fÃ¼r die stationÃ¤re Behandlung der Versicherten in der Zeit vom 27. Februar 2019 bis zum 16. MÃ¤rz 2019. Die KlÃ¤gerin hat fÃ¼r diese Behandlung nur einen VergÃ¼tungsanspruch in HÃ¶he von 24.434,74 Euro erworben. Mit ihrer auf die Endabrechnung erfolgten (hÃ¶heren) Zahlung in HÃ¶he von 60.428,13 Euro ohne Vorbehalt hat die Beklagte einen Erstattungsanspruch in HÃ¶he des Betrags von 35.993,39 Euro erworben. Denn der KlÃ¤gerin stand ein VergÃ¼tungsanspruch in dieser HÃ¶he tatsÃ¤chlich nicht zu.

Â

a. Rechtsgrundlage fÃ¼r die VergÃ¼tung der Behandlung der Versicherten der Beklagten im Krankenhaus der KlÃ¤gerin ist Â§ 109 Abs. 4 Satz 3 FÃ¼nftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V).

Â

Das Gesetz regelt â u.Â a. in Â§ 109 Abs. 3 SGB V â zwar einen Zahlungsanspruch nicht ausdrÃ¼cklich, setzt ihn aber in den Bestimmungen Ã¼ber die HÃ¶he des Entgelts als Gegenleistung fÃ¼r die ErfÃ¼llung der Pflicht, erforderliche Krankenhausbehandlung nach Â§ 39 SGB V zu gewÃ¤hren (Â§ 109 Abs. 3 Satz 2) dem Grunde nach als bestehend und SelbstverstÃ¤ndlichkeit voraus (BSG, Urteil vom 26. Mai 2020 â B Â 1 Â KR Â 26/18 Â R, Rn. 11; zuletzt, Urteil vom 7. MÃ¤rz 2023 â B 1 KR 4/22 R, Rn. 11 juris). Die Zahlungsverpflichtung

einer Krankenkasse entsteht unabhÃ¤ngig von einer Kostenzusage einer Krankenkasse unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch Versicherte, wenn die Versorgung in einem zugelassenen Krankenhaus durchgefÃ¼hrt wird und im Sinne von Â§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V objektiv erforderlich gewesen ist (BSG, Urteil vom 7. MÃ¤rz 2023 â B 1 KR 4/22 R â Rn. 11, juris).

Â

b. Gemessen daran hat die KlÃ¤gerin dem Grunde nach einen VergÃ¼tungsanspruch aus der stationÃ¤ren Behandlung der Versicherten der Beklagten erworben. Denn als in den Landeskrankenhausplan aufgenommen ist das von der KlÃ¤gerin betriebene Krankenhaus zugelassen, ohne dass es eines Versorgungsvertrages bedarf (sog. Plankrankenhaus, vgl. Â§ 108 Nr. 2 SGB V). Auch steht die (medizinische) Erforderlichkeit der stationÃ¤ren Behandlung der Versicherten, insbesondere die intensivmedizinische Behandlung mit 332 Beatmungsstunden als solche zwischen den Beteiligten auÃer Streit. An ihr bestehen zur Ãberzeugung des Senats nach Auswertung der Patientenakte keine Zweifel.

Â

c. Allein streitig ist die HÃ¶he des fÃ¼r die Behandlung von der KlÃ¤gerin in Rechnung gestellten und der Beklagten zu entrichtenden Entgelts, konkret die dafÃ¼r maÃgebliche Kodierung der erbrachten Leistungen.

Â

Die Entgelte fÃ¼r die voll- und teilstationÃ¤ren Leistungen des Krankenhauses (Â§Â 2 Nr.Â 4 Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der KrankenhÃ¤user und zur Regelung der KrankenhauspflegesÃ¤tze â Krankenhausfinanzierungsgesetz â KHG) werden Ã¼berwiegend krankenhausÃ¼bergreifend durch den auf Bundesebene zu vereinbarenden Fallpauschalenkatalog fÃ¼r DRG-KrankenhÃ¤user und fÃ¼r das Land Brandenburg ergÃ¤nzend nach dem Brandenburger Vertrag Ã¼ber Allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung (Â§ 112 Abs. 12 Nr. 1 SGB V) vom 8. Oktober 1996 in der Fassung vom 22. September 1997 geregelt (nÃ¤her Wahl in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 4. Aufl. 2020, Â§Â 109 SGB V Rn. 144 â Stand: 13. Â Juli Â 2023). Die Entgelte decken nach Â§ 7 Abs. 1 Satz 2 des Gesetzes Ã¼ber die Entgelte fÃ¼r voll- und teilstationÃ¤re Krankenhausleistungen (Krankenhausentgeltgesetz â KHEntgG) alle allgemeinen Krankenhausleistungen ab. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Verband der Privaten Krankenversicherung haben mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft Fallpauschalen und ein VergÃ¼tungssystem zu vereinbaren, das sich an einem international bereits eingesetzten VergÃ¼tungssystem auf der Grundlage der sog. Diagnosis Related Groups (DRG) orientiert und jÃ¤hrlich weiterzuentwickeln und anzupassen ist (Â§Â 9 Abs.Â 1 SatzÂ 1 Nr.Â 1 KHEntgG i.V.m. Â§Â 17b KHG). Das VergÃ¼tungssystem der allgemeinen Krankenhausleistungen soll nach Â§ Â 17b Abs. 1 Satz 1 KHG durchgÃ¤ngig, leistungsorientiert und pauschalierend sein.

Â

Der vereinbarte Fallpauschalenkatalog sieht fÃ¼r die Zuordnung eines bestimmten Behandlungsfalls zu einer DRG zwei Schritte vor: ZunÃ¤chst ist die durchgefÃ¼hrte Behandlung entsprechend ihrem Gegenstand und ihren prÃ¤genden Merkmalen nach einem vom Deutschen Institut fÃ¼r medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) herausgegebenen Kode zu verschlÃ¼sseln. Dazu haben die Vertragspartner Kodierrichtlinien beschlossen, die ebenfalls jÃ¤hrlich Ã¼berprÃ¼ft und angepasst werden. Aus den Kodierungen ergibt sich nach bestimmten vorgegebenen, vom Krankenhaus nicht zu beeinflussenden Kriterien die Zuordnung zu einer bestimmten DRG. Aus dieser wird dann nach MaÃgabe des Fallpauschalenkatalogs und der Pflegesatzvereinbarung die von der Krankenkasse zu zahlende VergÃ¼tung berechnet (vgl. BSG, Urteil vom 8. November 2011 â B 1 KR 8/11 R, Rn. 17-21, Urteil vom 18. September 2008 â B 3 KR 15/07 R, Rn. 16, juris). Welche der Ã¼ber die HÃ¶he der VergÃ¼tung entscheidenden DRG-Positionen abzurechnen ist, ergibt sich damit nicht aus einem abstrakten Tatbestand, sondern steht am Ende des Verarbeitungsprozesses der einzugebenden Daten. Nach Â§ 1 Abs. 6 Satz 1 Vereinbarung zum Fallpauschalensystem fÃ¼r KrankenhÃ¤user (FPV) in der hier maÃgeblichen Fassung von 2019 sind zur Zuordnung eines Behandlungsfalles zu einer Fallpauschale Programme (sog. Grouper) einzusetzen, die von dem Institut fÃ¼r das Entgeltsystem im Krankenhaus zertifiziert sein mÃ¼ssen. Ãber die in das Programm einzugebenden Daten bestimmt der ICD-10 in der deutschen Fassung sowie der vom DIMDI herausgegebene Operationen- und ProzedurenschlÃ¼ssel (OPS). MaÃgebend ist jeweils die im Behandlungsjahr geltende Fassung.

Â

3. Die KlÃ¤gerin hat ihre Rechnung grundsÃ¤tzlich nach diesen Vorgaben erstellt. Sie hat aber zu Unrecht die DRG W36Z abgerechnet, weil die gemÃ¤Ã den obigen Bestimmungen zu erfolgenden VerschlÃ¼sselungen und Kodierungen nicht zu dieser DRG fÃ¼hren.

Â

Konkret war die zu kodierende Hauptdiagnose nach dem ICD 10 im streitigen Fall J96.90 (Respiratorische Insuffizienz, nicht nÃ¤her bezeichnet: Typ I [hypoxisch]) und nicht, wie die KlÃ¤gerin vertritt, S72.10 (Femurfraktur: TrochantÃ¤r, nicht nÃ¤her bezeichnet). Der Auffassung der KlÃ¤gerin, es sei im Fall der Versicherten von einem einheitlichen Behandlungsfall auszugehen und bei kausaler Betrachtung sei die Diagnose der Femurfraktur auch verantwortlich fÃ¼r die stationÃ¤re Behandlung im Krankenhaus der KlÃ¤gerin und damit die fÃ¼r die Abrechnung maÃgebliche Hauptdiagnose, ist gemÃ¤Ã den oben genannten Abrechnungsregelungen nicht zu folgen.

Â

a. Die Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) in der hier maÃgeblichen fÃ¼r das Jahr

2019 geltenden Fassung definieren unter D002f Satz 1 die maÃgebliche Hauptdiagnose. Diese ist â□□die Diagnose, die nach Analyse als diejenige festgestellt wurde, die hauptsÃ¤chlich fÃ¼r die Veranlassung des stationÃ¤ren Krankenhausaufenthaltes des Patienten verantwortlich istâ□□.

Â

Die ErlÃ¤uterung der D002f fÃ¼hrt ergÃ¤nzend aus, dass der in Satz 1 verwendete Begriff â□□nach Analyseâ□□ die Evaluation der Befunde am Ende des stationÃ¤ren Aufenthaltes bezeichnet, um diejenige Krankheit festzustellen, die hauptsÃ¤chlich verantwortlich fÃ¼r die Veranlassung des stationÃ¤ren Krankenhausaufenthaltes war. Die dabei evaluierten Befunde kÃ¶nnen Informationen enthalten, die aus der medizinischen und pflegerischen Anamnese, einer psychiatrischen Untersuchung, Konsultationen von Spezialisten, einer kÃ¶rperlichen Untersuchung, diagnostischen Tests oder Prozeduren, chirurgischen Eingriffen und pathologischen oder radiologischen Untersuchungen gewonnen wurden. FÃ¼r die Abrechnung relevante Befunde, die nach der Entlassung eingehen, sind fÃ¼r die Kodierung heranzuziehen. Die nach Analyse festgestellte Hauptdiagnose muss schlieÃlich nicht der Aufnahmediagnose oder Einweisungsdiagnose entsprechen (D002f SÃ¤tze 2 â□□ 4).

Â

Abrechnungsbestimmungen wie die DKR 002f sind wegen ihrer Funktion im GefÃ¼ge der Ermittlung des VergÃ¼tungstatbestandes innerhalb eines vorgegebenen VergÃ¼tungssystems eng am Wortlaut orientiert und allenfalls unterstÃ¼tzt durch systematische ErwÃ¤gungen auszulegen; Dabei bleiben Bewertungen und Bewertungsrelationen auÃer Betracht (stÃ¤ndige Rechtsprechung des Bundessozialgerichts, zuletzt Urteil vom 7. MÃ¤rz 2023 â□□ B 1 KR 4/22 R, Rn. 16, juris).

Â

b. Ausgehend von diesen Vorgaben ist die im streitigen Behandlungsfall maÃgebliche Hauptdiagnose nicht die von der KlÃ¤gerin berÃ¼cksichtigte S72.10. Bereits mit Blick darauf ist die von der KlÃ¤gerin ihrer Kodierung zugrunde gelegte Hauptdiagnose und damit auch die dadurch angesteuerte DRG (W36Z) unrichtig. Zwischen den Beteiligten ist insoweit nicht streitig, dass die in der Endabrechnung angesteuerte DRG die von der KlÃ¤gerin fÃ¼r zutreffend gehaltene Hauptdiagnose (zwingend) erfordert.

Â

Die in D002f genannten Kriterien fÃ¼r die Hauptdiagnose zeichnen sich dadurch aus, die Krankheit herauszufiltern, die vorrangig im Krankenhaus behandelt wurde und so die meisten Ressourcen verbraucht hat. Liegen z.Â B.Â â□□ ex post betrachtet â□□ bereits zum Zeitpunkt der Aufnahme in ein Krankenhaus mehrere Leiden objektiv vor, die jeweils stationÃ¤r behandlungsbedÃ¼rftig sind, so sind sie

allein nach dem Grad ihres Ressourcenverbrauchs zu gewichten und daraus ist die Hauptdiagnose zu bestimmen. Dabei ist die â□□Veranlassung des stationÃ¤ren Aufenthaltsâ□□ nicht subjektiv ex ante, sondern objektiv ex post zu verstehen. Das ergibt sich aus dem verwendeten Begriff â□□nach Analyseâ□□ (zuletzt deutlich, BSG, Urteil vom 29. August 2023 â□□ B 1 KR 25/22 R, Terminbericht 32/23 zur im Text unverÃ¤nderten Kodierregel D002f DKR 2013). Daraus folgt: Eine bei Versicherten bestehende GesundheitsstÃ¶rung wird nicht als Hauptdiagnose kodiert, wenn sie wÃ¤hrend des Krankenhausaufenthaltes nicht behandelt wird. Die Fokussierung auf die behandelte Erkrankung wird anhand der ebenfalls unter D002f bestehenden Regelung Ã¼ber die Zuweisung eines â□□Symptomsâ□□ als Hauptdiagnose deutlich, wonach das Symptom als Hauptdiagnose und die ihm zugrunde liegende Krankheit nur als Nebendiagnose zu kodieren ist, wenn sich Patienten mit dem Symptom im Krankenhaus vorstellen, die zugrundeliegende Krankheit zum Zeitpunkt der Aufnahme bekannt ist, jedoch nur das Symptom behandelt wird (so LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 25. Juni 2020 â□□ L 1 KR 111/18, Rn. 22 zur insoweit unverÃ¤nderten Bestimmung in der DKR Version 2010 â□□ in DKR 2019 auf S. 5 unten).

Â

MaÃ□gebend fÃ¼r die Kodierung der Hauptdiagnose ist damit nur die im Krankenhaus der KlÃ¤gerin vorgenommene Behandlung, nicht diejenige im Elbe-Elster Klinikum, in welchem die Versicherten zuvor war. Denn maÃ□geblich fÃ¼r die Betrachtung, welche Krankheit i.Â S.Â der Bestimmung die Ressourcen des Krankenhauses vorrangig in Anspruch genommen hat und die Hauptdiagnose begrÃ¼ndet, ist grundsÃ¤tzlich der jeweilige Krankenhausaufenthalt. Im Fall einer (nahtlosen) Verlegung von Versicherten von einem Krankenhaus in ein anderes ist jeweils der Aufenthalt maÃ□gebend, dagegen grundsÃ¤tzlich keine einheitliche (Gesamt-)Betrachtung der Behandlung vorzunehmen (so auch LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 29. August 2019 â□□ L 1 KR 326/18, Rn. 25, juris). Das gilt selbst in dem Fall, in welchem mit der Verlegung eine medizinische Behandlung nur fortgesetzt wird.

Â

Zwar definiert die Kodierregel D002f in ihrem Text, konkret ihrem Wortlaut, nicht explizit, auf welches Krankenhaus es fÃ¼r die Bestimmung des Ressourcenverbrauchs ankommt. Dabei stellt sich die Frage stets dann, wenn Versicherte nicht nur in einem Krankenhaus allein behandelt werden, sondern nach Beginn eines stationÃ¤ren Aufenthaltes in einem Krankenhaus nahtlos in ein weiteres, anderes Krankenhaus zur stationÃ¤ren (Weiter-)Behandlung verlegt werden. Sowohl die einzelnen Fallgestaltungen, die unter D002f zur Bestimmung der Hauptdiagnose beschrieben werden, wie auch systematische ErwÃ¤gungen im Ã□brigen belegen, dass die Kodierregel D002f selbst davon ausgeht, dass es fÃ¼r den die Hauptdiagnose bestimmenden Ressourcenverbrauch und die maÃ□gebliche Behandlung (grundsÃ¤tzlich) auch im Fall der Verlegung auf das einzelne Krankenhaus ankommt (aa.). Diese Festlegung wird bestÃ¤tigt durch die Entstehungsgeschichte der Fallpauschale und das Zusammenspiel der

Kodierrichtlinien mit den Regelungen zu den Fallpauschalen (FPV, dazu unter bb.).

Â

aa. Die Kodierregel D002f selbst trifft fÃ¼r den Fall einer Wiederaufnahme in dasselbe Krankenaus wie auch den Fall der RÃ¼ckverlegung von Patienten aus anderen KrankenhÃ¤usern in dasselbe Krankenhaus, in dem bereits eine stationÃ¤re Behandlung erfolgte, spezielle Bestimmungen konkret zu der Frage, wann in solchen FÃ¤llen eine Abrechnung mittels nur einer Fallpauschale und damit eine gemeinsame Betrachtung zur Ermittlung der maÃgeblichen Hauptdiagnose angezeigt ist (S. 7 und 8 DKR 2019 â zu D002f). Dieser Sonderregelungen hÃ¤tte es nicht bedurft, wenn bei einer Behandlung in mehreren KrankenhÃ¤usern mit zwischenzeitlicher Verlegung bereits kraft der allgemeinen Grundbestimmung stets eine gesamthafte Betrachtung des Ressourcenverbrauchs anzustellen wÃ¤re.

Â

bb. Die o.Â g.Â DKR-Kodierrungsregel bestimmt schlieÃlich deshalb nur SonderfÃ¤lle einer einheitlichen Betrachtung explizit, weil sie â bereits strukturell â im notwendigen Zusammenhang mit der Fallpauschalenvereinbarung (FPV) steht. Letztere ordnet â worauf bereits das Sozialgericht hingewiesen hat â die getrennte Abrechnung bei VerlegungsfÃ¤llen explizit an. Konkret ergibt sich das aus Â§ 1 Abs. 1 Satz 1 und Satz 2 FPV (2019). Dort wird bestimmt, dass die Fallpauschalen jeweils von dem die Leistung erbringenden Krankenhaus abgerechnet werden (dazu BSG, Urteil vom 6. MÃ¤rz 2012 â B 1 KR 15/11 R, Rn. 19, juris). Im Fall der Verlegung in ein anderes Krankenhaus rechnet also jedes beteiligte Krankenhaus eine (eigene) Fallpauschale ab. Diese wird nach MaÃgabe des Â§ 3 FPV 2019 im Fall der Verlegung, die Â§ 1 Abs. 1 Satz 4 FPV 2019 begrifflich definiert, gemindert. GemÃ¤Ã Â§ 3 Abs. 1 Satz 1 FPV (2019) ist im Falle einer Verlegung in ein anderes Krankenhaus von dem verlegenden Krankenhaus ein Abschlag vorzunehmen, wenn die im Fallpauschalen-Katalog ausgewiesene mittlere Verweildauer unterschritten wird. Selbiges gilt, wenn durch die Verlegung im aufnehmenden Krankenhaus die mittlere Verweildauer unterschritten wird. Auch dieses (aufnehmende) Krankenhaus hat dann einen entsprechenden (Verlegungs-)Abschlag zu berÃ¼cksichtigen (so Â§ 3 Abs. 1 Satz 1 FPV 2019)

Â

Die Verlegung setzt lediglich voraus, dass Patienten innerhalb von 24 Stunden aus einem Krankenhaus entlassen und in ein anderes Krankenhaus aufgenommen wurden. Von weiteren Voraussetzungen machen die vorgenannten Regelungen der FPV die getrennte Abrechnung eines Verlegungsfalles durch das verlegende und das aufnehmende Krankenhaus nicht abhÃ¤ngig (vgl. BSG, Urteil vom 7. MÃ¤rz 2023Â â B 1 KR 4/22 R, Rn. 18, juris). Bereits daraus ergibt sich, dass im Fall der Verlegung jede Fallpauschale fÃ¼r sich zu kodieren ist, das bedingt, dass fÃ¼r jeden Aufenthalt separat eine ressourcenbezogene Hauptdiagnose zu bilden ist (so auch LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 29. August 2019 â L 1 KR 326/18, Rn. 25, juris).

Â

Â§ 1 Abs. 1 Satz 2 FPV (2019) folgt damit bewusst nicht dem abweichenden frÃ¼heren System von Â§ 14 Abs. 5 und Abs. 11 BPflV, wonach bei Verlegungen im Rahmen einer (dauerhaften) Zusammenarbeit von KrankenhÃ¤usern einheitliche Fallpauschalen abzurechnen waren, die zwischen den beteiligten KrankenhÃ¤usern aufzuteilen waren (dies betont zuletzt BSG, Urteil vom 7. MÃ¤rz 2023 â B 1 KR 4/22 R â zur Verlegung von Uniklinik in wohnortnahes Krankenhaus; bereits zuvor, BSG, Urteil vom 19. September 2007 â B 1 KR 39/06 R Rn. 19 ff., juris, noch zur Situation der Fallpauschale nach Â§ 14 Abs. 4, Abs. 5 und Abs. 7 BPflV in der Fassung vom 9. Dezember 1997). Diese getrennte Abrechnung gilt auch dann, wenn es sich medizinisch um einen Behandlungsfall handelt, dessen Leistungen nach der Verlegung z.Â B.Â aus KapazitÃ¤tsgrÃ¼nden in zwei KrankenhÃ¤usern erbracht werden.

Â

Die Regelungen der FPV und der DKR greifen als vereinbarte Abrechnungsbestimmungen (NormenvertrÃ¤ge) ineinander und binden sowohl die KostentrÃ¤ger (Krankenkassen) wie auch die zur Leistungserbringung verpflichteten TrÃ¤ger der KrankenhÃ¤user (BSG, Urteil vom 8. November 2011 â B 1 KR 8/11 R , Rn. 17 und 18, juris). Entgegen der Auffassung der KlÃ¤gerin gibt es dabei gerade keinen Vorrang der Regelungen der DKR im VerhÃ¤ltnis zu den Regelungen der Fallpauschalenvereinbarung. Vielmehr bilden DKR und FPV den konkreten vertragsrechtlichen Rahmen, aus dem die fÃ¼r eine Behandlung maÃgebliche DRG folgt (so zutreffend: Lungstras/Bockholdt, NZS 2021, 1, 6) und liegt ein Zusammenspiel vor. Auch die Kodierregel in D002f Satz 6, wonach âbei der Festlegung der Hauptdiagnose die vorliegenden Kodierrichtlinien Vorrang vor allen anderen Richtlinienâ haben (D002f DKR 2019, S. 5 oben), steht dazu nicht im Widerspruch, denn sie verhÃ¤lt sich bereits nach ihrem Wortlaut nicht zur Fallpauschalenvereinbarung, sondern zu konkurrierenden Richtlinien, wohl auch medizinischer Natur.

Â

Vor diesem normativ-vertraglichen Hintergrund erhellt, dass die DKR D002f fÃ¼r die Verlegung selbst keine weiteren AusfÃ¼hrungen zur Frage enthÃ¤lt, auf welches Krankenhaus fÃ¼r die Bestimmung der Hauptdiagnose abzustellen ist, sondern nur die Ausnahmen von dem Grundsatz der getrennten Abrechnung und Betrachtung explizit regelt. Das Schweigen der DKR im Ãbrigen ist insoweit ein mit Blick auf die oben beschriebenen Regelungen der FPV beredtes.

Â

Die getrennte Betrachtung des Ressourcenverbrauchs begrÃ¼ndet ihrerseits im Fall der Verlegung Pflichten der daran beteiligten KrankenhÃ¤user aus dem Wirtschaftlichkeitsgebot. Gerade wegen der getrennten Abrechnung nach Fallpauschalen im Fall einer Verlegung, die trotz der VerlegungsabschlÃ¤ge sowohl

fÃ¼r das verlegende wie fÃ¼r das aufnehmende Krankenhaus regelmÃ¤Ãig zu hÃ¶heren Gesamtbehandlungskosten fÃ¼r die Krankenkassen fÃ¼hrt, hat das Bundessozialgericht zuletzt betont, aus dem Wirtschaftlichkeitsgebot und aus Â§ 109 Abs. 4 Satz 2 SGB V ergebe sich die Verpflichtung fÃ¼r zugelassene KrankenhÃ¤user, Versicherte grundsÃ¤tzlich nicht ohne sachlichen (medizinischen) Grund in ein anderes Krankenhaus zu verlegen. Verletzt ein Krankenhaus diese (Neben-)Pflicht, kann daraus ein Schadensersatzanspruch der Krankenkasse gegen das verlegende Krankenhaus nach Â§Â 69 Abs. 1 SatzÂ 3 SGB V i.Â V.Â m.Â Â§Â 280 Abs. 1 BGB erwachsen (nÃ¤her BSG, Urteil vom 7. MÃ¤rz 2023Â â B 1 KR 4/22 RÂ , Rn. 24 ff., Rn. 29, 39, juris).

Â

c. Ausgehend von diesen zwingenden Vorgaben musste die KlÃ¤gerin als Hauptdiagnose â wie das Sozialgericht vÃ¶llig zutreffend ausgefÃ¼hrt hat â die ICD-10 J96.90 (Respiratorische Insuffizienz, nicht nÃ¤her bezeichnet Typ I [hypoxisch]) der Kodierung zugrunde legen. Denn die damit umschriebene Krankheit bildete den Schwerpunkt des Ressourcenverbrauchs wÃ¤hrend des stationÃ¤ren Aufenthaltes der Versicherten im Krankenhaus der KlÃ¤gerin ab dem 27. Februar 2019 bis zu ihrer (weiteren) Verlegung in die Evangelische Lungenklinik Berlin am 16. MÃ¤rz 2019. Das ergibt sich sowohl aus der Patientenakte als auch den Feststellungen des Gutachters Dr. N. Die Verlegung in das Krankenhaus der KlÃ¤gerin aus dem Elbe-Elster Klinikum erfolgte allein wegen einer notwendigen invasiven Beatmungspflicht auf dem Boden einer respiratorischen Insuffizienz bei gesicherter schwerer LungenentzÃ¼ndung (ICD-10 J18.9), die sich am Tag nach der OP der Femurfraktur manifestierte. Die in der vorliegenden Patientenakte dokumentierten BehandlungsmaÃnahmen des Krankenhauses der KlÃ¤gerin sind im Schwerpunkt solche der Behandlung der respiratorischen Insuffizienz. In der Patientenakte dokumentierte MaÃnahmen sind solche der Ãberwachung bei (invasiver) Beatmung (u.Â a.Â des Kreislaufs), Pflege nach Extubation (z.Â B.Â am 3. MÃ¤rz 2019), so z.B. Absaugen von Sekret Ã¼ber die Nase, da die Patientin nicht selbstÃ¤ndig abhusten konnte sowie des mehrfachen Versuchs eines Weanings, u.Â a.Â mit Re-Intubation bei ErschÃ¶pfung und Tracheotomie.

Â

BehandlungsmaÃnahmen und pflegerische MaÃnahmen hinsichtlich der bereits zuvor operativ versorgten Femurfraktur erfolgten nur am Rande (z.Â B.Â Wundversorgung und Physiotherapie), so z.Â B.Â am 4. und 5. MÃ¤rz 2019: âPassive Krankengymnastik, sitz Bettrand, Vibrax (= Vibrax Massage-HandgerÃ¤t Senator Standard 3 D, FlÃ¤chen-MassagegerÃ¤t), Vitalleistung Knie, Sitzen.â Diese aus der Dokumentation erkennbare Hauptleistung bestÃ¤tigt der Gutachter Dr. N in seinem medizinischen Gutachten, gegen welches die KlÃ¤gerin keine substantiierten EinwÃ¤nde erhoben hat. So verweist der Gutachter auch auf den Abschlussbericht des Krankenhauses der KlÃ¤gerin vom 24. November 2020 (Patientenakte), der keine BehandlungsmaÃnahmen hinsichtlich der operierten Femurfraktur erwÃ¤hnt. Gegenteiliges zum Ressourcenverbrauch hat die KlÃ¤gerin bis zuletzt auch nicht vorgetragen. Auf einen von der KlÃ¤gerin behaupteten

Kausalzusammenhang zwischen der Femur-OP und der zeitlich danach auftretenden LungenentzÃ¼ndung (infolge der hier nach der OP nur kurzen ImmobilitÃ¤t) kommt es dagegen fÃ¼r den Ressourcenverbrauch im Krankenhaus der KlÃ¤gerin nicht an.

Â

GemÃ¤Ã D003l DKR 2019 war die Femurfraktur damit lediglich als Nebendiagnose zu kodieren, denn nach dieser Regelung ist sie definiert als eine Krankheit oder Beschwerde, die entweder gleichzeitig mit der Hauptdiagnose besteht oder sich wÃ¤hrend des Krankenhausaufenthalts entwickelt, wenn sie entweder therapeutische MaÃnahmen, diagnostische MaÃnahmen oder einen erhÃ¶hten Betreuungs-, Pflege- und/oder Ãberwachungsaufwand hervorruft. Davon ist hier nach der Patientenakte auszugehen.

Â

4. Auf der Grundlage der Hauptdiagnose J96.90 ergibt sich unter Heranziehung des zertifizierten Groupers sowie unter BerÃ¼cksichtigung der Nebendiagnosen und OPS-Prozeduren die von der Beklagten mit Schriftsatz vom 14. November 2023 zuletzt noch einmal dem Senat gegenÃ¼ber Ã¼berzeugend begrÃ¼ndete DRG A11H. Mit Blick auf diese zutreffende Hauptdiagnose wird im Verarbeitungsvorgang des Groupers schon deshalb nicht die von der KlÃ¤gerin genannte DRG W36Z (Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 784 / 828 / 828 Aufwandspunkte bei Polytrauma oder Polytrauma mit Beatmung oder Kraniotomie mit endovaskulÃ¤rer Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta) angesteuert. Auf die Frage, ob die von der Beklagten stattdessen ermittelte DRG auch deshalb unzutreffend ist, weil es bei der Versicherten am notwendigen Merkmal eines Polytraumas fehlt, kommt es im Ergebnis nicht an. Es lag insoweit zwar ein Oberschenkelhalsbruch vor, die Lungenverletzung mit Pneumothorax sollte nach der begrÃ¼ndeten Auffassung des Gutachters Dr. Nohl aber als Komplikation im Rahmen der intensiv-medizinischen Betreuung und nicht als weiteres Trauma gesehen werden (S. 4 des Gutachtens Dr. Nohl vom 26. Oktober 2022).

Â

Die zutreffende DRG A11H ergibt sich, weil allein die Hauptdiagnose der J96.90 (Respiratorische Insuffizienz, nicht nÃ¤her bezeichnet Typ I [hypoxisch]) und keine weitere Hauptdiagnose in den Abrechnungsvorgang einzuspeisen ist. Soweit der Gutachter Dr. N dagegen auf der Basis einer von ihm vorgenommenen und dokumentierten Verwendung des nicht zertifizierten Web-Groupers die abweichende DRG E36Z ermittelte, entspricht dieses Ergebnis nicht den Vorgaben der DKR 2019. Es beruht auf der Eingabe von zwei parallelen Hauptdiagnosen in das Verarbeitungsprogramm. So hat der Gutachter nach dem seinem Gutachten beigefÃ¼gten Web-Grouper-Ausdruck neben der Diagnose J96.90 auch die weitere Diagnose J18.9 (Pneumonie, nicht nÃ¤her bezeichnet) gleichrangig als Hauptdiagnose in den Grouper, damit den Berechnungsvorgang, eingegeben. Dieses Vorgehen entspricht aber nicht den Bestimmungen der DKR 2019. Denn gemÃ¤Ã D002f ist, wenn mehrere Diagnosen als Hauptdiagnosen in Betracht

kommen, nur eine unter ihnen fÃ¼r die Kodierung als (maÃgebende) Hauptdiagnose auszuwÃ¤hlen. Die gleichzeitige BerÃ¼cksichtigung mehrerer Hauptdiagnosen nebeneinander ist dagegen schon mit Blick auf die Formulierung der DKR D002f nicht zulÃ¤ssig. Das zeigt sich u.Â a.Â daran, dass die DKR D002f eine besondere Regelung fÃ¼r den Fall enthÃ¤lt, in dem nach der Grundregel, die in D002f Satz 1 und den folgenden SÃ¤tzen nebst Anmerkung beschrieben ist, mehrere Diagnosen als Hauptdiagnosen in Betracht kommen (vgl. die spezifische Regelung zu â€žZwei oder mehr Diagnosen, die gleichermaÃen der Definition der Hauptdiagnosen entsprechenâ€œ in D002f, 2019, Seite 6). Allein die vom Gutachter vorgenommene nicht zulÃ¤ssige BerÃ¼cksichtigung der oben genannten beiden Hauptdiagnosen nebeneinander im Rahmen des Grouper-Vorganges fÃ¼hrt im vorliegenden Fall zur (unrichtigen) DRG E36Z.

Â

5. Entgegen den Berechnungen des Gutachters Dr. war im Rahmen der Eingaben in den Grouper zu berÃ¼cksichtigen, dass die Versicherte aus einem Krankenhaus (Elbe-Elster Klinikum) nahtlos in das Krankenhaus der KlÃ¤gerin verlegt und auch von dort aus unmittelbar in ein weiteres Krankenhaus (Evangelische Lungenklinik Berlin) weiter verlegt wurde. Daraus folgt zum einen eine berÃ¼cksichtigungsfÃ¤hige Verweildauer von (lediglich) 17 Tagen, zum anderen fÃ¼hrt dies zur BerÃ¼cksichtigung von AbschlÃ¤gen. Beides hat der Gutachter nicht beachtet und ist auch deshalb in seinem Web-Grouper-Ausdruck zu einem der HÃ¶he nach unzutreffenden DRG-ErlÃ¶s gelangt.

Â

a. Â§ 1 Abs. 7 Satz 1 FPV 2019 bestimmt insoweit, dass maÃgeblich fÃ¼r die Ermittlung der Verweildauer die Zahl der Belegungstage ist. Belegungstage sind der Aufnahmetag sowie jeder weitere Tag des Krankenhausaufenthalts ohne den Verlegungs- oder Entlassungstag aus dem Krankenhaus (Satz 2). Ausgehend davon liegt zwar ein tatsÃ¤chlicher Krankenhausaufenthalt der Versicherten im Krankenhaus der KlÃ¤gerin von 18 Tagen vor. Wird der Verlegungs- wie auch der Entlassungstag aber nach der FPV nicht berÃ¼cksichtigt, betrÃ¤gt in ihrem Fall die Verweildauer 17 Tage. Daraus ergibt sich ein DRG-ErlÃ¶s (ohne Zu-/AbschlÃ¤ge) in HÃ¶he von 31.851,19 Euro.

b. Die Verlegung in das Krankenhaus der KlÃ¤gerin sowie aus dem Krankenhaus der KlÃ¤gerin in ein weiteres Krankenhaus fÃ¼hrt zwingend zur BerÃ¼cksichtigung eines Verlegungsabschlages gemÃ¤Ã Â§ 3 Abs. 1 und Abs. 2 FPV 2019. Dieser ist vorgesehen, wenn die im Fallpauschalen-Katalog ausgewiesene mittlere Verweildauer unterschritten wird. Die mittlere Verweildauer betrÃ¤gt â€œ ausgehend von der DRG A11H â€œ im Fall der Versicherten 23.2 Tage (Fallpauschalen-Katalog G-DRG-Version 2019). Die hier berÃ¼cksichtigungsfÃ¤hige Verweildauer von nur 17 Tagen unterschreitet diese mittlere Verweildauer. Daraus ermittelt sich ein Abschlag in HÃ¶he von 7.645,98 Euro, bei dessen BerÃ¼cksichtigung sich ein effektiver DRG-ErlÃ¶s in HÃ¶he von 24.205,21 Euro errechnet. FÃ¼r die Behandlung der Versicherten ist zusÃ¤tzlich ein Zusatzentgelt

in HÃ¶he von 106,06 Euro zu berÃ¼cksichtigen und wegen eines erhÃ¶hten Pflegeaufwandes bei pflegebedÃ¼rftigen Personen ein weiteres Zusatzentgelt (ZE 162) in HÃ¶he von 106,06 Euro gemÃ¤Ã DRG-Tabelle 1 (Anhang 1 zum Fallpauschalenkatalog 2019). Werden diese ZuschlÃ¤ge zum effektiven DRG-ErlÃ¶s addiert, ermittelt sich ein VergÃ¼tungsanspruch in HÃ¶he von insgesamt 24.434,74 Euro. Die KlÃ¤gerin hat dagegen keine EinwÃ¤nde erhoben. Allein in HÃ¶he dieses Rechnungsbetrags entstand mit der stationÃ¤ren Behandlung der Versicherten ein VergÃ¼tungsanspruch der KlÃ¤gerin.

Â

In HÃ¶he des darÃ¼ber hinausgehenden Betrags, den die KlÃ¤gerin mit 35.993,39 Euro beziffert, hat sie dagegen aus der obigen Behandlung keinen VergÃ¼tungsanspruch erworben. FÃ¼r die Beklagte entstand mit der (vorbehaltlosen) Zahlung auf die Endrechnung in HÃ¶he von 60.428,13 Euro ein Erstattungsanspruch in dieser HÃ¶he.

Â

6. Die Beklagte hat mit dieser Erstattungsforderung wirksam aufgerechnet. Zwar hat sie nicht ausdrÃ¼cklich formuliert, dass sie gegen eine bestimmte Forderung der KlÃ¤gerin aufrechnet. Die ErklÃ¤rung der Aufrechnung braucht indes nicht ausdrÃ¼cklich zu erfolgen, es genÃ¼gt vielmehr eine klare Erkennbarkeit des Aufrechnungswillens auf Seiten des Aufrechnenden (grundlegend: BSG, Urteil vom 22. Juli 2004 â B 3 KR 21/03 R, Rn. 33, juris). Diese lag hier vor.

Â

Die Aufrechnung fÃ¼hrte zum ErlÃ¶schen einer unstreitigen anderen Forderung in HÃ¶he von 35.993,39 Euro. Der KlÃ¤gerin steht mithin kein (weiterer) VergÃ¼tungsanspruch gegen die Beklagte zu.

Die Kostenentscheidung beruht auf Â§ 197a SGG i.Â V.Â m.Â Â§ 154 Abs. 2 Verwaltungsgerichtsordnung und berÃ¼cksichtigt, dass das Rechtsmittel der KlÃ¤gerin ohne Erfolg bleibt.

Â

GrÃ¼nde fÃ¼r die Zulassung der Revision bestehen nicht (Â§ 160 Abs. 2 SGG).

Â

Â

Erstellt am: 05.02.2024

Zuletzt verändert am: 22.12.2024