S 10 KR 6630/18

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Baden-Württemberg
Sozialgericht	Landessozialgericht Baden-Württemberg
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	5.
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	Der Ansatz des OPS 5-807.x (offen chirurgische Refixation am Kapselbandapparat andere Gelenke: Sonstige) verlangt nach seinem Wortlaut nicht, dass auch die Bänder in die Fixation mit einbezogen werden müssen. Es reicht die Gelenkkapsel.
Normenkette	DRG I27B ICD-10 N17.8 OPS 5-807.x

1. Instanz

Aktenzeichen	S 10 KR 6630/18
Datum	04.12.2020

2. Instanz

Aktenzeichen	L 5 KR 758/21
Datum	27.04.2022

3. Instanz

Datum	-

Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 04.12.2020 wird zurÃ¼ckgewiesen.

Die Beklagte trÃ¤gt auch die Kosten des Berufungsverfahrens.

Der Streitwert fÃ¼r das Berufungsverfahren wird endgÃ¼ltig auf 7.241,83 â¬ festgesetzt.
Â

<u>Tatbestand</u>

Zwischen den Beteiligten ist die VergÃ¼tung fÃ¼r eine stationÃ¤re Krankenhausbehandlung eines Versicherten der Beklagten in HÃ¶he von 7.241,83 â¬ nebst Zinsen streitig.

Die 1936 geborene, bei der Beklagten krankenversicherte H (Versicherte) befand sich vom 10.06.2014 bis zum 17.06.2014 vollstationÃ¤r im nach Â§Â 108 Nr. 2 Sozialgesetzbuch FÃ¼nftes Buch (SGB V) zugelassenen Krankenhaus der KlÃ¤gerin. Die Aufnahme erfolgte (nach einer osteosynthetischen Versorgung am 28.10.2013 bei distaler Radiusextensionsfraktur) mit einem chronisch-ulnaren Handgelenksschmerz im distalen Radioulnargelenk links bei aktuell vorliegender InstabilitÃ¤t des distalen Radioulnargelenkes. Des Weiteren bestand eine sogenannte Acute-on Chronic- Niereninsuffizienz und weitere Begleit- und Nebenerkrankungen. Am 11.06.2014 erfolgte im Rahmen einer Operation die Denervation des EllenkÃ¶pfchens, eine Reposition der InstabilitÃ¤t sowie die Transfixation mit 2Ã1,6mm K-Draht und dorsale Kapsoludese.

Unter Zugrundelegung der DRG I27B (Eingriff am Weichteilgewebe oder kleinflÃ¤chige Gewebetransplantation, ohne bestimmte Diagnosen und bestimmten Eingriff, ohne Ã¤uÃerst schwere CC oder bÃ¶sartige Neubildung und schwere CC, ohne schwere CC und mit bÃ¶sartiger Neubildung bei bestimmten Eingriffen am Weichteilgewebe oder kleinflÃ¤chige Gewebetransplantation) liquidierte die KlÃ¤gerin gegenÃ¼ber der Beklagten mit Rechnung vom 20.06.2014 einen Gesamtbetrag in HÃ¶he von 10.178,38 â¬, den die Beklagte zunÃ¤chst vollstÃ¤ndig beglich.

Die Beklagte leitete dazu ein PrÃ¼fverfahren beim Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) ein und bat insbesondere um Stellungnahme zu den Nebendiagnosen ICD-10 N17.8 (Sonstiges akutes Nierenversagen) und I50.13 (Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichterer Belastung). Im Gutachten des MDK vom 01.09.2014 kam G zu dem Ergebnis, dass die von der KlÃ¤gerin kodierte Nebendiagnose ICD-10 N17.8 durch ICD-10 N19 (Nicht nÃ¤her bezeichnete Niereninsuffizienz) zu ersetzen sei, da die Kriterien einer akuten Niereninsuffizienz nicht erfÃ¼llt seien. Ferner sei der OPS (Operationen- und ProzedurenschlÃ¼ssel) 5-807.x (Offen chirurgische Refixation am Kapselbandapparat andere Gelenke: Sonstige) nicht nachvollziehbar. Es ergebe sich die DRG I32F (MÃ¤Ãig komplexe Eingriffe an Handgelenk und Hand, Alter > 5 Jahre).

Die Beklagte nahm am 14.10.2014 eine Verrechnung i.H.v. 7.241,83 â¬ mit weiteren unstreitigen VergÃ¼tungsansprÃ¼chen der KlÃ¤gerin aus anderweitigen aktuellen BehandlungsfÃ¤llen vor.

Die KlÃ¤gerin Ã¼bersandte dem MDK eine Gegendarstellung vom 03.11.2014. Darin fÃ¼hrte sie aus, dass die Kriterien eines akuten Nierenversagens erfÃ¼llt gewesen seien. Konkret sei das Serumkreatinin von 1,7 mg/dl auf 3,2 mg/dl angestiegen. Damit seien die Voraussetzungen fÃ¼r die Kodierung eines akuten Nierenversagen erfÃ¼llt gewesen. DiesbezÃ¼glich sei auch ein internistisches Konsil erfolgt, eine Sonographie sowie eine ErhÃ¶hung der FlÃ¼ssigkeitszufuhr und eine Pausierung von Ramipril, Spironolacton und Xipamid. Hinsichtlich des OPS

wurde ausgefÃ¼hrt, dass im Operationsbericht beschrieben werde, dass eine Kapsulodese mit zwei U-NÃ¤hten im Bereich des Handgelenks erfolgt sei. Selbst wenn der OPS 5-807.x nicht anwendbar sein sollte, lÃ¤ge eine offene chirurgische Revision eines Gelenksvor, welche dann mit OPS 5-800.x kodiert werden kÃ¶nne. Am Entgelt Ã¤ndere sich nichts.

Daraufhin teilte M vom MDK der Beklagten im weiteren Gutachten vom 06.12.2017 mit, dass die ICD-10 N17.8 nicht mehr abrechnungsrelevant sei. Die dokumentierte Kapsulotomie und Kapsulodese seien integraler Bestandteil der Operation bzw. des Zugangsweges, so dass diese nicht verschlÃ¼sselt werden kÃ¶nne.

Am 04.12.2018 hat die KlÃ¤gerin Klage zum Sozialgericht Stuttgart (SG) erhoben. Sie hat ausgefÃ¼hrt, ihre Abrechnung sei richtig. Sie habe die Diagnosen medizinisch richtig und leitliniengerecht bestimmt. Nach dem sogenannten â□□Groupingâ□□ durch einen zertifizierten Grouper habe sich die DRG I27B ergeben. Im Streit stehe vorrangig die Kodierung des OPS 5-807.x, deren Streichung der MDK postuliere. Bei anhaltenden Beschwerden im ulnaren Handgelenk habe ein weiterer therapeutischer Handlungsbedarf bestanden. Es habe sich gezeigt, dass es erforderlich gewesen sei, die InstabilitÃ¤t des gesprengten Gelenkes mittels dauerhafter Fixation zu therapieren. Der medizinisch fÃ¼hrende Eingriff sei nach Auffassung der KlÃ¤gerin somit die Kapsulodese des gesprengten Gelenks mittels NÃ¤hten. ZusÃ¤tzlich habe die Sicherung des Behandlungsergebnisses Ã¼ber eine temporÃ¤re Fixierung mittels K-DrÃ¤hten erfolgen mÃ¼ssen. Damit habe gerade kein reiner Verschluss eines operationsbedingten Zugangsweges vorgelegen, sondern vielmehr sei die vom MDK streitig gestellte MaÃ□nahme nicht dem Zugangsweg geschuldet, sondern die HauptmaÃ□nahme. Im Operationsbericht werde dazu deutlich eine Kapsulodese beschrieben, die mit zwei U-NÃ¤hten im Bereich des Handgelenks erfolgt sei.

Die Beklagte ist der Klage entgegengetreten. Der streitige Betrag habe der KlÃ¤gerin nicht zugestanden. Die abrechnungsrelevante Kodierung durch die KlÃ¤gerin sei nicht ordnungsgemÃ¤Ã□ erfolgt. Statt der abgerechneten DRG I27B sei die DRG I32F abzurechnen gewesen. Die Kapsulotomie und Kapsulodese seien integraler Bestandteil der Operation bzw. des Zugangsweges. Der Zugang (Kapsulotomie) mit nachfolgendem Verschluss (Kapsulodese) seien bei dem operativen Eingriff obligat und damit nicht als eigenstÃ¤ndige operative Prozedur zu verschlÃ¼sseln.

Das SG hat den K mit der Erstellung eines Gutachtens nach Aktenlage beauftragt. Im Gutachten vom 17.12.2019 hat der SachverstÃ¤ndige ausgefÃ¼hrt, dass im aktuellen Fall die MaÃ□nahme der Kapsulodese einer Arthrodese vorzuziehen sei, um eine bessere Restbeweglichkeit zu erzielen. Wie im OP-Bericht zu lesen sei, sei erst die ausgedehnte Kapsel durch Aus- bzw. Einschneiden eines Teils gerafft und dann mittels mehrerer SpezialnÃ¤hte an den beiden Knochen fixiert worden. Dies sei also der eigentliche und wesentliche Teil der Operation gewesen, weshalb deren Kodierung auf keinen Fall unterbleiben dÃ¼rfe, denn gemÃ¤Ã□ Kodierrichtlinien seien alle Diagnosen und MaÃ□nahmen zu kodieren, sofern sie einen Mehraufwand erzeugten, was hier zweifellos der Fall gewesen sei. Die Prozedur 5-807.x kÃ¶nne

also nicht, sondern mÃ¼sse verwendet werden. Im Hinblick auf die Kodierung ICD-10 N17.8 sei festzuhalten, dass in 2014 noch keine eindeutigen Unterscheidungen fÃ¼r die unterschiedlichen Arten des Nierenversagens vorgelegen hÃ¤tten, weshalb ICD-10 N17.8 akzeptiert werden mÃ¼sse, da das Kreatinin um 0,3 innerhalb eines Tages angestiegen sei. ZusÃ¤tzlich mÃ¼sse jedoch die vorbestehende Niereninsuffizienz mit ICD-10 N18.4 kodiert werden. Da die Versicherte HerzklappenschÃ¤den gehabt habe, mÃ¼sse ICD-10 I08.0 nachkodiert werden, ebenso wie die Carotisstenose mit ICD-10 I65.0. Weitere zusÃ¤tzliche Kodierungen oder solche, welche als falsch gestrichen werden mÃ¼ssten, fÃ¤nden sich in den Krankenakten nicht. Insgesamt bleibe es bei der abgerechneten DRG.

Dazu hat die Beklagte eingewandt, dass hinsichtlich des OPS 5-807.x der SachverstÃ¤ndige selbst davon ausgehe, dass die Kapsulodese den Haupteingriff darstelle. Er komme selbst zu dem Ergebnis, dass eine Drahtfixierung stattgefunden habe und behaupte dann, dass die Kapselraffung den eigentlich beabsichtigten Hauptteil der OP darstelle. Damit rÃ¤ume er ein, dass die Kapsel habe erÃ¶ffnet werden mÃ¼ssen, um eine Drahtfixierung vorzunehmen. Der anschlieÃ□ende Verschluss der Kapsel sei danach zwangsweise erfolgt. Der SachverstÃ¤ndige erklÃ¤re im Weiteren, dass eine Arthrodese (Versteifung) die Alternative darstelle, mit einer Kapsulodese jedoch die Beweglichkeit erhalten bleibe. Die Beklagte vermÃ¶ge bereits nicht nachzuvollziehen, dass hier eine Arthrodese geplant gewesen sei und verstehe die Schlussfolgerung des SachverstÃ¤ndigen hierzu nicht. Bei jeder GelenkinstabilitÃ¤t werde auch der Kapselapparat in Mitleidenschaft gezogen. Er â□□leiereâ□□ quasi aus. Dass dann im Rahmen des Zugangs und dem Verschluss des Zugangs die Raffung des Gewebes erfolge, heiÃ□e nicht, dass die Raffung die eigentliche Hauptleistung darstelle. Durch den Verschluss der Kapsel bilde sich eine Narbe, die sich nach und nach verhÃ¤rte und damit das Gewebe straffe. Damit werde natÃ¼rlich auch eine festere HÃ¼lle um das Gelenk gelegt. Dass dies durchaus beabsichtigt sei, stelle jedoch nicht die Hauptprozedur dar. Wozu sollte denn Ã¼berhaupt der Einschnitt in die Kapsel erfolgen? Eine Raffung allein wÃ¼rde keine GelenkÃ¶ffnung erfordern. Auch das Anlegen von zwei NÃ¤hten belege nicht, dass diese NÃ¤hte die Hauptprozedur darstellten. Bei Ã¤lteren Leuten sei das Gewebe brÃ¼chig und benÃ¶tige daher mehr Sorgfalt und meistens zwei NÃ¤hte. Bei jungen Leuten kÃ¶nne die Kapsel oft mit einer Naht zugenÃ¤ht werden. Nach wie vor bleibe sie bei der Auffassung, dass die Prozedur 5-807.x nicht kodiert werden kÃ¶nne. Wenn diese Prozedur nicht kodiert werde, gehe der Fall in die DRG I32F, die im Schweregrad nicht mehr gemindert werden kÃ¶nne. Die kodierten Nebendiagnosen wÃ¤ren dann irrelevant. Dennoch sei klarzustellen, dass sie die AusfÃ¼hrungen des SachverstÃ¤ndigen zur Kodierung der Nebendiagnosen ICD-10 N17.3, I08.0 und I65.0 ebenfalls nicht nachvollziehen kÃ¶nne.

In seinem ergÃ¤nzenden Gutachten vom 02.10.2020 hat K sich mit diesen Einwendungen auseinandergesetzt und ist bei seiner vorherigen Auffassung geblieben.

Mit Urteil ohne mÃ¼ndliche Verhandlung vom 04.12.2020 hat das SG der Klage

stattgegeben und die Beklagte verurteilt, an die KlÃ¤gerin einen Betrag in HÃ¶he von 7.241,83 â¬ nebst Zinsen in HÃ¶he von 5 %-Punkten Ã¼ber dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 14.10.2014 zu zahlen. Zur BegrÃ¼ndung hat sich das SG auf die AusfÃ¼hrungen des K gestÃ¼tzt.

Gegen das der Beklagten am 08.02.2021 zugestellte Urteil hat diese am 26.02.2021 Berufung zum Landessozialgericht (LSG) Baden-WÃ¼rttemberg eingelegt und ein weiteres Gutachten des MDK vom 10.05.2021 Ã¼bersandt. Darin hat Z ausgefÃ¼hrt, dass eine Kapselraffung mit Fixation auf Elle und Speiche erfolgt sei, wie der SachverstÃ¤ndige dem OP-Bericht entnehme, sei tatsÃ¤chlich im OP-Bericht nicht dargestellt. Die ausgedehnte Kapsel sei nicht durch Aus- bzw. Einschneiden eines Teiles gerafft und dann mittels KirschnerdrÃ¤hten an beiden Knochen fixiert worden. Dokumentiert sei im OP-Bericht, dass das Retinaculum extensorum treppenfÃ¶rmig erÃ¶ffnet worden sei. Ein Ein- und Ausschneiden der Kapsel und eine Fixation am Radius und der Ulna sei im OP-Bericht nicht abgebildet, sondern lediglich der Re-Verschluss der Kapsel mit 2 U-NÃ¤hten. Deshalb kÃ¶nne die strittige Prozedur 5-807.x nicht bestÃ¤tigt werden.

Der Senat hat bei K eine ergÃ¤nzende Stellungnahme eingeholt. Im von ihm Ã¼bersandten Gutachten vom 05.06.2021 hat er ausgefÃ¼hrt, die strittige Prozedur 5-807.x trage laut DIMDI (Deutsches Institut fÃ¼r medizinischen Dokumentation und Information) -Prozedurenthesaurus folgende Bezeichnung: â€Offene chirurgische Refixation am Kapselbandapparat, sonstigeâ€. Die Argumentation der Beklagten gegen diese Prozedurenkodierung basiere irrtÃ¼mlich darauf, dass eine Kapsulodese nicht eine â€einfache Kapselraffung durch U-Nahtâ€ sei. Hierzu fÃ¼hre die Beklagte nur eine von diversen OP-Techniken an. Die nur als Beispiel angefÃ¼hrte LiteraturÃ¼bersicht der Beklagten betreffe allein die skapholunÃ¤re InstabilitÃ¤t und auch nicht die radioulnare InstabilitÃ¤t und fÃ¼hrt schon deshalb in die Irre. Aber selbst dabei gebe es diverse MÃ¶glichkeiten â€ auch ohne das Sehnentransplantat. Da es also mehrere MÃ¶glichkeiten gebe, das Ziel einer Stabilisierung der Gelenkkapsel zu erreichen, sei die angefÃ¼hrte Definition der Beklagten â€Bandrekonstruktion mit einem Bandstreifenâ¦â€ nicht maÃgeblich, sondern eben das Ergebnis, eine â€ wie nun wieder korrekt definiert â€ feste Stabilisierung zu erreichen. In Verbindung mit der Kirschnerdraht-Fixierung und der Kapselraffung sei im aktuellen Streitfall und den zwei U-NÃ¤hten, welche gerade nicht nur zum Verschluss der Kapsel dienten, sondern nachweislich auch an beiden Knochen Elle und Speiche befestigt worden seien, durchaus eine feste Stabilisierung erreicht worden. Die Kodierung und Abrechnung der Klinik mittels der Prozedur 5-807.x sei korrekt.

Die Beklagte stÃ¼tzt sich auf die MDK-Gutachten und meint, es mÃ¼ssten laut dem Wortlaut des OPS die BÃ¤nder bzw. der Kapselbandapparat mit einbezogen werden. Nicht das Ergebnis der OP, wie der SachverstÃ¤ndige nahelege, sondern die Inhalte des OPS mÃ¼ssten erfÃ¼llt sein. Daher sei die U-Naht an der Kapsel ohne Einbeziehung des Kapselbandapparates eben keine Kapsulodese. Die Befestigung an Elle und Speiche sei keine Einbeziehung eines Bandes.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 04.12.2020 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die KlÃ¤gerin beantragt,

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

Sie stÃ¼tzt sich auf die EntscheidungsrÃ¼nde des SG und die AusfÃ¼hrungen des Gerichtsgutachters.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Prozessakten erster und zweiter Instanz, sowie die Verwaltungsakte der Beklagten und die Patientenakte der KlÃ¤gerin verwiesen.

EntscheidungsgrÃ¼nde

Die Berufung der Beklagten hat keinen Erfolg.

Die nach den Â§Â§ 143, 144, 151 Abs. 1 Sozialgerichtsgesetz (SGG) form- und fristgerecht eingelegte Berufung der Beklagten ist statthaft und zulÃ¤ssig, aber in der Sache unbegrÃ¼ndet.

Das SG hat zu Recht die Beklagte zur Zahlung von 7.241,83 â¬ nebst Zinsen verurteilt. Die KlÃ¤gerin hat gegen die Beklagte einen Anspruch auf Zahlung von (weiteren) 7.241,83Â â¬ zzgl. Zinsen aufgrund der stationÃ¤ren Behandlung der Versicherten im Zeitraum vom 10.06.2014 bis zum 17.06.2014. Zu Unrecht hat die Beklagte in dieser HÃ¶he gegen andere (unstreitige) Forderungen der KlÃ¤gerin aufgerechnet.

1. Die Klage ist zulÃ¤ssig. Die KlÃ¤gerin hat mit der erhobenen echten Leistungsklage im Sinne des Â§ 54 Abs. 5 SGG die richtige Klageart gewÃ¤hlt; denn es handelt sich bei der auf Zahlung der Behandlungskosten eines Versicherten gerichteten Klage eines KrankenhaustrÃ¤gers gegen eine Krankenkasse um einen sogenannten Parteienstreit im GleichordnungsverhÃ¤ltnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt (stÃ¤ndige Rechtsprechung vgl. Bundessozialgericht , Urteil vom 20.01.2021 â B 1 KR 31/20 R -; Urteil vom 17.12.2019 â B 1 KR 19/19 R -, in juris, Rn. 8 m.w.N.). Ein Vorverfahren war mithin nicht durchzufÃ¼hren, die Einhaltung einer Klagefrist nicht geboten (BSG, Urteil vom 13.11.2013 â B 3 KR 33/12 R -, in juris, Rn. 9). Der mit dem Medizinprodukte-EU-Anpassungsgesetz (MPEUAnpG) vom 28.04.2020 (BGBl. I 960) eingefÃ¼gte Â§ 17c Abs. 2 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) fand vorliegend noch keine Anwendung. Die KlÃ¤gerin hat den Zahlungsanspruch auch konkret beziffert. Dies gilt auch fÃ¼r den geltend gemachten Zinsanspruch. Insofern reicht die Bezugnahme auf den Basiszinssatz aus (vgl. Becker-Eberhard, in: MÃ¼nchener Kommentar zur ZPO, 4. Aufl. 2013, Â§ 253 Rn. 132).

2. Die Klage ist auch begrÃ¼ndet. Der KlÃ¤gerin steht ein VergÃ¼tungsanspruch fÃ¼r Krankenhausbehandlung der Versicherten im Zeitraum vom 10.06.2014 bis

zum 17.06.2014 in HÃ¶he von (weiteren) 7.241,83 â¬ nebst Zinsen hieraus in HÃ¶he von fÃ¼nf Prozentpunkten Ã¼ber dem Basiszinssatz seit dem 14.10.2014 zu. Zwar hatte die Beklagte ursprÃ¼nglich den gesamten von der KlÃ¤gerin (zunÃ¤chst) geltend gemachten Betrag in HÃ¶he von 10.178,38Â â¬ gezahlt, jedoch nachtrÃ¤glich den VergÃ¼tungsanspruch in HÃ¶he von 7.241,83Â â¬ mit zwischen den Beteiligten nicht streitigen VergÃ¼tungsansprÃ¼chen der KlÃ¤gerin aus anderen BehandlungsfÃ¤llen gegen die Beklagte aufgerechnet.

Eine fÃ¼r die Aufrechnung erforderliche Gegenforderung der Beklagten, mit der sie gegen die Hauptforderung der KlÃ¤gerin wegen Ãberzahlung der VergÃ¼tung fÃ¼r die Krankenhausbehandlung der Versicherten analog Â§ 387 BÃ¼rgerliches Gesetzbuch (BGB) aufrechnen kann (zur Aufrechnung analog Â§ 387 BGB vgl. BSG, Urteil vom 01.07.2014 â B 1 KR 24/13 R -, in juris), liegt jedoch nicht vor. Der Beklagten steht entgegen ihrer Auffassung als Grundlage fÃ¼r ihre Gegenforderung ein Ã¶ffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch i.H.v. 7.241,83 â¬ nicht zu (zum Ã¶ffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch bei Ãberzahlung von Krankenhausentgelten BSG, Urteil vom 28.11.2013 â B 3 KR 33/12 R â und Urteil vom 01.07.2014 â B 1 KR 24/13 R -, beide in juris), denn die ursprÃ¼ngliche Zahlung der Beklagten erfolgte (der HÃ¶he nach) zu Recht. Der KlÃ¤gerin steht fÃ¼r die Behandlung der Versicherten eine (weitere) VergÃ¼tung i.H.v. 7.241,83 â¬ zu.

a) Rechtsgrundlage des VergÃ¼tungsanspruchs ist Â§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V in Verbindung mit Â§ 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) und Â§ 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG (beide i.d.F. vom 15.07.2013, BGBl I 2427) sowie Â§ 17b KHG (ebenfalls i.d.F. vom 15.07.2013, BGBl I 2428) und die Vereinbarung zum Fallpauschalensystem fÃ¼r KrankenhÃ¤user fÃ¼r das Jahr 2014 (Fallpauschalenvereinbarung 2014 â FPV-2014) einschlieÃlich der Anlagen 1 bis 6 sowie dem durch Entscheidung der Landesschiedsstelle vom 21.09.2005 festgesetzten Vertrag nach Â§ 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V Ã¼ber âAllgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlungâ zwischen der Baden-WÃ¼rttembergischen Krankenhausgesellschaft und den VerbÃ¤nden der Krankenkassen mit Ausnahme der vom BSG beanstandeten Regelung in Â§Â 19 Abs. 2 (BSG, Urteil vom 13.11.2012 â B 1 KR 27/11 R -, in juris).

Nach Â§ 109 Abs. 4 SGB V wird mit einem Versorgungsvertrag nach Â§ 109 Abs. 1 SGB V das Krankenhaus fÃ¼r die Dauer des Vertrages zur Krankenhausbehandlung der Versicherten zugelassen. Das zugelassene Krankenhaus ist im Rahmen seines Versorgungsauftrags zur Krankenhausbehandlung (Â§ 39 SGB V) der Versicherten verpflichtet. Die Krankenkassen sind verpflichtet, unter Beachtung der Vorschriften des SGB V mit dem KrankenhaustrÃ¤ger Pflegesatzverhandlungen nach MaÃgabe des KHG, des KHEntgG und der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) zu fÃ¼hren. Der VergÃ¼tungsanspruch fÃ¼r die Krankenhausbehandlung eines gesetzlich Krankenversicherten und damit korrespondierend die Zahlungspflicht einer Krankenkasse entsteht â unabhÃ¤ngig von einer Kostenzusage â unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten kraft Gesetzes, wenn die Versorgung in einem zugelassenen Krankenhaus erfolgt und im Sinne von Â§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V erforderlich und wirtschaftlich ist (stÃ¤ndige Rechtsprechung,

z.B. BSG, Urteil vom 17.12.2019 â□□ B 1 KR 19/19 R -, in juris, Rn. 10; Urteile vom 14.10.2014 â□□ B 1 KR 25/13 R -, in juris, Rn. 8 und â□□ B 1 KR 26/13 R -, in juris, Rn. 8). Nach Â§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V haben Versicherte Anspruch auf vollstationÃ¤re Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus (Â§ 108 SGB V), wenn die Aufnahme nach PrÃ¼fung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationÃ¤re, vor- und nachstationÃ¤re oder ambulante Behandlung einschlieÃ□lich hÃ¤uslicher Krankenpflege erreicht werden kann.

GemÃ¤Ã□ Â§ 7 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG werden die allgemeinen Krankenhausleistungen gegenÃ¼ber den Patienten oder ihren KostentrÃ¤gern mit verschiedenen, in den Nummern 1 bis 8 abschlieÃ□end aufgezÃ¤hlten Entgelten abgerechnet. Hier geht es um die Abrechnung von Fallpauschalen (DRG) nach dem auf Bundesebene vereinbarten Entgeltkatalog (Â§ 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 i.V.m. Â§ 9 KHEntgG). Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung haben nach Â§ 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG gemeinsam mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft als â□□Vertragsparteien auf Bundesebeneâ□□ mit Wirkung fÃ¼r die Vertragspartner (Â§ 11 KHEntgG i.V.m. Â§ 18 Abs. 2 KHG â□□ KrankenhaustrÃ¤ger und SozialleistungstrÃ¤ger) einen Fallpauschalenkatalog einschlieÃ□lich der Bewertungsrelationen sowie Regelungen zur Grenzverweildauer und der in AbhÃ¤ngigkeit von diesen zusÃ¤tzlich zu zahlenden Entgelte oder vorzunehmenden AbschlÃ¤ge zu vereinbaren. Die Grundlage dieser Regelungen des KHEntgG findet sich in Â§Â 17b KHG, auf den Â§ 9 KHEntgG auch mehrfach Bezug nimmt. Nach Â§ 17b Abs. 1 Satz 1 KHG ist fÃ¼r die VergÃ¼tung der allgemeinen Krankenhausleistungen ein durchgÃ¤ngiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes VergÃ¼tungssystem einzufÃ¼hren. Dieses hat nach Â§ 17b Abs. 1 Satz 2 KHG KomplexitÃ¤ten und KomorbitÃ¤ten abzubilden; sein Differenzierungsgrad soll praktikabel sein. Mit den Entgelten nach Satz 1 werden nach Â§ 17b Abs. 1 Satz 3 KHG die allgemeinen vollstationÃ¤ren und teilstationÃ¤ren Krankenhausleistungen fÃ¼r einen Behandlungsfall vergÃ¼tet.

FÃ¼r die Zuordnung eines bestimmten Behandlungsfalls zu einer DRG wird in einem ersten Schritt die Diagnose nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten â□□ dem ICD-10 â□□ in der jeweiligen vom DIMDI (jetzt: Bundesinstitut fÃ¼r Arzneimittel und Medizinprodukte) im Auftrag des Bundesministeriums fÃ¼r Gesundheit herausgegebenen deutschen Fassung verschlÃ¼sselt (Â§ 301 Abs. 2 Satz 1 SGB V). Zur sachgerechten DurchfÃ¼hrung der VerschlÃ¼sselung (â□□Kodierungâ□□) haben die Vertragspartner auf Bundesebene â□□Kodierrichtlinienâ□□ beschlossen. In einem zweiten Schritt wird der in den Computer eingegebene Kode einer bestimmten DRG zugeordnet, anhand der dann nach MaÃ□gabe des Fallpauschalenkatalogs und der Pflegesatzvereinbarung die von der Krankenkasse zu zahlende VergÃ¼tung errechnet wird. Diesem als â□□Groupierungâ□□ bezeichneten Prozess der DRG-Zuordnung liegt ein festgelegter Groupierungsalgorithmus zugrunde; in diesem vorgegebenen, vom Krankenhaus nicht zu beeinflussenden Algorithmus wird entsprechend dem vom Krankenhaus eingegebenen Kode nach dem ICD-10 eine bestimmte DRG angesteuert (vgl. BSG, Urteil vom 18.07.2013 â□□ B 3 KR 7/12 R -, in juris, Rn. 12). Die Verbindlichkeit der in dem jeweiligen Vertragswerk angesprochenen Klassifikationssysteme folgt aus

dem Umstand, dass sie in die zertifizierten Grouper einbezogen sind (BSG, Urteil vom 14.10.2014 â□□ B 1 KR 25/13 R -, in juris, Rn. 12 m.w.N.).

b) Die Grundvoraussetzungen eines Anspruchs auf KrankenhausvergÃ¼tung sind erfÃ¼llt. Die Beklagte ist â□□ wie sie auch nicht bestreitet â□□ verpflichtet, die stationÃ¤re Krankenhausbehandlung ihrer Versicherten in der Klinik der KlÃ¤gerin fÃ¼r den Zeitraum vom 10.06.2014 bis zum 17.06.2014 zu vergÃ¼ten. Bei der Versicherten lagen bei Aufnahme in das nach Â§Â 108 Nr. 2 SGB V zugelassene Krankenhaus der KlÃ¤gerin die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen fÃ¼r die Inanspruchnahme von Krankenhausbehandlung vor. Sie war wegen eines chronisch-ulnaren Handgelenksschmerzes im distalen Radioulnargelenk links bei aktuell vorliegender InstabilitÃ¤t des distalen Radioulnargelenkes bei bestehender sogenannter Acute-on Chronic-Niereninsuffizienz und weiterer Begleit- und Nebenerkrankungen krankenhausbehandlungsbedÃ¼rftig. Auch dies steht zwischen den Beteiligten zu Recht nicht in Streit.

c) Vorliegend ist unstreitig die DRG I27B der VergÃ¼tung der stationÃ¤ren Behandlung der Versicherten zugrunde zu legen, die Ã¼ber den Grouper angesteuert wird, wenn zusÃ¤tzlich zu den hier nicht streitigen, von der KlÃ¤gerin angesetzten Diagnosen und Prozeduren die Nebendiagnose ICD-10 N17.8 (Sonstiges akutes Nierenversagen) und der OPS 5-807.x (Offen chirurgische Refixation am Kapselbandapparat andere Gelenke: Sonstige) kodiert werden.

VergÃ¼tungsregelungen fÃ¼r die routinemÃ¤Ã□ige Abwicklung in zahlreichen BehandlungsfÃ¤llen sind streng nach ihrem Wortlaut und den dazu vereinbarten Anwendungsregeln zu handhaben; dabei gibt es grundsÃ¤tzlich keinen Raum fÃ¼r weitere Bewertungen und AbwÃ¤gungen (z.B. BSG, Urteil vom 16.08.2021 â□□ B 1 KR 11/21 R -, in juris Rn. 7; Urteil vom 08.10.2019 â□□ B 1 KR 35/18 R -, in juris, Rn. 13; Urteil vom 09.04.2019 â□□ B 1 KR 27/18 R -, in juris, Rn. 14). Ergeben sich bei der Abrechnung WertungswidersprÃ¼che und sonstige Ungereimtheiten, haben es die zustÃ¤ndigen Stellen durch Ã□nderung des Fallpauschalenkatalogs in der Hand, fÃ¼r die Zukunft Abhilfe zu schaffen. Eine systematische Interpretation der Vorschriften kann lediglich im Sinne einer Gesamtschau der im inneren Zusammenhang stehenden Bestimmungen des Regelungswerks erfolgen, um mit ihrer Hilfe den Wortlaut der Leistungslegende klarzustellen (BSG, Urteil vom 18.07.2013 â□□ B 3 KR 7/12 R -, in juris, Rn. 13 m.w.N.). Der OPS kann Begriffe entweder ausdrÃ¼cklich definieren oder deren spezifische Bedeutung kann sich ergÃ¤nzend aus der Systematik der Regelung ergeben (vgl. BSG, Urteil vom 27.10.2020 â□□