S 6 KNK 5/00

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht	Bundessozialgericht
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	8
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	Krankenhausbehandlung Vergütung Fallpauschale Hauptleistung bei Behandlung mehrer Erkrankungen
Leitsätze	1. Wann unter Geltung der Bundespflegesatzverordnung idF des Gesetzes zur Stärkung der Solidarität in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 19.12.1998 eine Krankenhausbehandlung vorrangig mit einer Fallpauschale zu vergüten ist richtet sich danach ob die in der Fallpauschale erfasste Leistung iVm der darin genannten Diagnose die Hauptleistung des Krankenhauses für den Patienten ist. 2. Dafür welche Leistung bei Behandlung mehrerer Erkrankungen die Hauptleistung einer Krankenhausbehandlung ist ist entscheidend in welchem Verhältnis die (betriebswirtschaftlichen) Aufwendungen für die durch die einzelnen Diagnosen während eines Krankenhausaufenthalts veranlassten Leistungen zu einander stehen. Hauptdiagnose ist diejenige Diagnose die bei nachträglicher Betrachtung den höchsten Aufwand verursacht hat.
Normenkette	BPflV § 14 J: 1994 BPflV 1994 § 14 Abs 1 S 3 Halbs 1 BPflV 1994 § 14 Abs 4 S 1 BPflV 1994 § 14 Abs 4 S 2 KHG § 16 S 1 Nr 1 KHG § 17 Abs 2 Nr 1 KHG § 17 Abs 2a

1. Instanz

Aktenzeichen	S 6 KNK 5/00
Datum	07.02.2001

2. Instanz

Aktenzeichen	L 5 KNK 3/01
Datum	22.03.2002

3. Instanz

Datum	24.09.2003

Auf die Revision der Beklagten wird das Urteil des Landessozialgerichts Rheinland-Pfalz vom 22. MÃ¤rz 2002 aufgehoben und die Berufung der KlÃ¤gerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Koblenz vom 7. Februar 2001 zurÃ¼ckgewiesen. Die KlÃ¤gerin hat der Beklagten deren auÃ□ergerichtliche Kosten zu erstatten.

GrÃ¼nde:

I

Die Beteiligten streiten Ã¼ber die HÃ¶he der VergÃ¼tung fÃ¼r eine Krankenhausbehandlung.

Die bei der Beklagten krankenversicherte K. befand sich vom 26. MÃ¤rz bis 27. April 1999 in dem von der KlÃ¤gerin betriebenen, als Vertragskrankenhaus nach Â§ 108 FÃ¼nftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) zugelassenen Krankenhaus L. in stationÃ¤rer Behandlung. Die Aufnahme erfolgte in der chirurgischen Abteilung wegen eines Oberschenkelbruchs (geschlossene pertrochantÃ¤re Fraktur) links. Am Aufnahmetag wurde eine Extension durch Knochendrahtung an der Tibia und am 28. MÃ¤rz 1999 eine osteosynthetische Versorgung der Fraktur durchgefÃ¼hrt. Wegen eines danach aufgetretenen HÃ¤matoms erfolgte am 7. April 1999 eine erneute operative Behandlung. Am 14. April 1999 wurde K. auf die Innere Abteilung des Krankenhauses verlegt. Mit Endrechnung vom 30. April 1999 forderte das Krankenhaus von der Beklagten insgesamt 19.760,43 DM, wobei es neben den Basis- und AbteilungspflegesÃ¤tzen das Sonderentgelt 17.10 geltend machte. Ã□ber die Diagnosen machte es folgende Angaben nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten, Verletzungen und Todesursachen in der Fassung der 9. Revision vom 1. Januar 1993 (ICD 9): In der Aufnahmeanzeige vom 26. MÃ¤rz 1999 wurde Nr 820.2 (geschlossene pertrochantÃ¤re Femurfraktur) als Aufnahmediagnose, in der Verlegungsanzeige wurden als Nachfolge- und Verlegungsdiagnose Nr 576.9 (nicht nÃ¤her bezeichnete Affektion des Gallensystems) und als weitere Diagnosen Nr 820.2 sowie Nr 998.1 (Blutung oder HÃ¤matom als Komplikation einer Ã¤rztlichen MaÃ□nahme), Nr 428.9 (nicht nÃ¤her bezeichnete Herzinsuffizienz) und Nr 414.0 (Koronararteriosklerose) genannt. In der Entlassungsanzeige vom 27. April 1999 wurde Nr 571.9 (nicht nÃ¤her bezeichnete chronische Leberkrankheit, ohne Angabe einer Alkoholgenese) als Entlassungsdiagnose angegeben; als Nachfolgediagnosen

wurden Nr 428.9 (nicht nÃ¤her bezeichnete Herzinsuffizienz), Nr 283.9 (nicht nÃ¤her bezeichnete erworbene hÃ¤molytische AnÃ¤mie) sowie Nr 820.2, Nr 998.1 und Nr 414.0 aufgefÃ¼hrt. Die Verlegungs- und die Entlassungsanzeige enthielten ferner jeweils Operationen-VerschlÃ¼sselungen (OPS) fÃ¼r den 26. und den 28. MÃ¤rz und fÃ¼r den 7. April 1999.

Mit der BegrÃ¼ndung, die Berechnung von Sonderentgelten und tagesgleichen PflegesÃ¤tzen sei ausgeschlossen, weil die in der Rechnung angegebene OPS-Ziffer 5.790.58 im Definitionsteil des Fallpauschalen-Katalogs unter der Fallpauschale 17.04 genannt und deshalb die Abrechnung dieser Fallpauschale zwingend sei, zumal die Versorgung des Oberschenkelbruchs Hauptleistung des Behandlungsfalls gewesen sei, zahlte die Beklagte lediglich einen Betrag in HÃ¶he von 11.326,36 DM (entsprechend den BetrÃ¤gen fÃ¼r die genannte Fallpauschale zuzÃ¼glich zwei tagesgleichen PflegesÃ¤tzen). Die KlÃ¤gerin teilte ihr daraufhin mit, bei der Versicherten sei bereits am 29. MÃ¤rz 1999 ein erhÃ¶hter Bilirubin-Wert aufgefallen, die deswegen bereits fÃ¼r den 6. April 1999 vorgesehene Verlegung auf die Innere Abteilung zur weiteren AbklÃ¤rung sei jedoch nicht mÃ¶glich gewesen, weil auf Grund der LeberschÃ¤digung eine entsprechende Gerinnungsproblematik vorgelegen habe und es zu einer HÃ¤matombildung gekommen sei, die den operativen Eingriff am 7. April 1999 erforderlich gemacht habe. Die Verlegung sei dann erfolgt, nachdem sich der Zustand der Versicherten nach weiteren sieben Tagen wieder stabilisiert habe. Hauptgrund der Verlegung sei primÃ¤r nicht die Herzinsuffizienz, sondern vielmehr die problematische Lebersituation der Versicherten gewesen. Es habe somit bei einem Unfallereignis eine Zweiterkrankung vorgelegen, die dringend abklÃ¤rungsbedÃ¼rftig gewesen sei. Die fÃ¼r diese Erkrankung notwendige, ambulant nicht durchfÃ¼hrbare umfangreiche zusÃ¤tzliche Diagnostik und Behandlung Ã¼berschreite den definierten Inhalt der Fallpauschale bei weitem. Daher komme nur die Abrechnung eines Sonderentgelts in Betracht. Nach PrÃ¼fung der ihr von der KlÃ¤gerin zugeleiteten Krankenunterlagen durch den Medizinischen Dienst blieb die Beklagte bei ihrer Auffassung.

Die auf Zahlung von 8.434,07 DM zuzÃ¼glich 2 % Zinsen Ã¼ber dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 23. Mai 1999 gerichtete Klage hat das Sozialgericht (SG) durch Urteil vom 7. Februar 2001 abgewiesen. Auf die Berufung der KlÃ¤gerin hat das Landessozialgericht (LSG) mit Urteil vom 22. Mai 2002 das Urteil des SG aufgehoben und die Beklagte verurteilt, an die KlÃ¤gerin 4.312,27 EUR nebst 2 % Zinsen Ã¼ber dem jeweiligen Basiszinssatz der Deutschen Bundesbank seit dem 23. Mai 1999 zu zahlen. Zur BegrÃ¼ndung hat es im Wesentlichen ausgefÃ¼hrt: Der VergÃ¼tungsanspruch der KlÃ¤gerin richte sich nach der Bundespflegesatzverordnung in der Fassung des Art 6 des Gesetzes zur StÃ¤rkung der SolidaritÃ¤t in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 19. Dezember 1998 (BPflV) und dem Vertrag zwischen der SaarlÃ¤ndischen Krankenhausgesellschaft e.V. und den LandesverbÃ¤nden der Krankenkassen und den VerbÃ¤nden der Ersatzkassen vom 25. November 1996. FÃ¼r die Frage, ob hier die im Fallpauschalen-Katalog der Anlage 1 zur BPflV unter Nr 17.04 fÃ¼r die osteosynthetische Versorgung der pertrochantÃ¤ren Oberschenkelfraktur vorgesehene Fallpauschale oder das in Anlage 2 dafÃ¼r unter Nr 17.10

vorgesehene Sonderentgelt abrechenbar sei, komme es nach Â§ 11 Abs 1 und 2 iVm Â§ 14 Abs 4 BPflV darauf an, ob es sich bei der Behandlung der Oberschenkelfraktur um die Hauptleistung des Krankenhauses oder nur um einen Leistungskomplex des gesamten Behandlungsfalls gehandelt habe. Welches die im Krankenhaus erbrachte Hauptleistung gewesen sei, ergebe sich im Regelfall aus der im Entlassungsschein genannten Hauptdiagnose. Diese werde vom behandelnden Krankenhausarzt bestimmt und sei grundsÃ¤tzlich fÃ¼r die Abrechnung maÃgebend. Der Krankenhausarzt sei auf Grund seiner SachnÃ¤he im Regelfall besser als externe Ãrzte in der Lage, den Schwerpunkt der Behandlung wÃ¤hrend des stationÃ¤ren Aufenthalts anzugeben. Eine Ãnderung der Hauptdiagnose durch die Krankenkasse im Wege der sachlich-rechnerischen Berichtigung, wie sie Â§ 14 Abs 3 des Vertrags vorsehe, komme deshalb nur bei offensichtlichen Fehlern in Betracht. DarÃ¼ber hinaus sei eine Korrektur auch dann mÃ¶glich, wenn sich die Fehlerhaftigkeit der Hauptdiagnose aus sonstigen UmstÃ¤nden offensichtlich aufdrÃ¤nge. Sei dagegen nicht ohne Weiteres erkennbar, welche von mehreren Krankheitsdiagnosen als Hauptdiagnose anzusehen sei, sei die vom Krankenhausarzt gewÃ¤hlte Hauptdiagnose verbindlich (Hinweis auf Urteil des LSG Rheinland-Pfalz vom 7. MÃ¤rz 2002 â L 5 KR 135/00). Im vorliegenden Fall kÃ¤men sowohl die Behandlung des Oberschenkelbruchs als auch die Behandlung der internistischen Erkrankungen, insbesondere der Leber- und Herzerkrankung, als Hauptdiagnosen in Betracht, und die Festlegung der Hauptdiagnose fÃ¼hre, wie sich aus den zahlreichen unterschiedlichen medizinischen Stellungnahmen im Lauf des Verfahrens ergebe, zu erheblichen Schwierigkeiten. Deshalb sei die vom Krankenhausarzt als sachnahem Behandler gewÃ¤hlte Hauptdiagnose (Lebererkrankung) zu Grunde zu legen. Somit stelle die operative Behandlung des Oberschenkelbruchs einen Leistungskomplex des gesamten Behandlungsfalls der Krankenhausbehandlung dar, sodass die KlÃ¤gerin zu Recht das Sonderentgelt 17.10 und nicht die Fallpauschale 17.04 abgerechnet habe.

Mit der vom LSG zugelassenen Revision rÃ¼gt die Beklagte eine Verletzung des Â§ 14 Abs 1 Satz 3 Halbsatz 1 BPflV und des Â§ 128 Abs 1 Satz 1 Sozialgerichtsgesetz (SGG) sowie allgemeiner AuslegungsgrundsÃ¤tze und des rechtlichen GehÃ¶rs. Sie trÃ¤gt vor, das LSG habe den Begriff der Hauptleistung nicht ausgelegt, es habe vielmehr ausgefÃ¼hrt, dass die fÃ¼r die Abrechnung maÃgebliche Bestimmung durch den Krankenhausarzt erfolge. Das Krankenhaus bzw dessen Ãrzte seien aber von einem unzutreffenden Begriff der Hauptleistung ausgegangen. Die Hauptleistung kÃ¶nne nicht danach bestimmt werden, ob und inwieweit einzelne Erkrankungen eines multimorbiden Patienten fÃ¼r sich betrachtet eines stationÃ¤ren Aufenthalts bedÃ¼rften. Eine isolierte Betrachtung von Einzelerkrankungen besage nichts Ã¼ber das VerhÃ¤ltnis der erbrachten Leistungen zueinander. Keineswegs sei die Fallpauschale 17.04 auf eine eng begrenzte MultimorbiditÃ¤t beschrÃ¤nkt. Da bei der Ermittlung der Fallpauschalen sowohl leichte als auch schwere KrankheitsfÃ¤lle in die Erhebungen einbezogen worden seien, kÃ¶nne die Fallpauschale nur bei besonders schweren FÃ¤llen von MultimorbiditÃ¤t nicht berechnet werden, in denen eine Hauptleistung nicht bestimmbar sei oder mehrere Leistungen annÃ¤hernd gleich aufwÃ¤ndig seien. Auch kÃ¶nne es nicht darauf ankommen, ob der hier erforderliche Behandlungsaufwand aus Sicht der KlÃ¤gerin im Rahmen der Fallpauschale nicht

Ã¼blich erscheine, weil es ihr regelmÃ¤Ãig gelinge, Patienten weit unterhalb der kalkulierten Verweildauer zu entlassen. Da in dem "Fallmix" der Pauschale sowohl leichte als auch schwere FÃ¤lle Kalkulationsgrundlage gewesen seien, kÃ¶nnten nicht die einfachen, Gewinn bringenden FÃ¤lle das MaÃ des Ãblichen sein. GegenÃ¼ber der Behandlung der Oberschenkelfraktur sei vorliegend die stationÃ¤re Behandlung auf der internistischen Station eindeutig als untergeordnet anzusehen und daher â wie vom SG zutreffend festgestellt â die zuerst genannte Behandlung die Hauptleistung, wie auch ein pauschalierter Aufwandsvergleich fÃ¼r die Fallpauschalenleistung (Operationsvorbereitung, Operationsnachbehandlung inklusive HÃ¤matomausrÃ¤umung) und die internistische Erkrankung ergebe. Das LSG habe die Grenzen der freien richterlichen BeweiswÃ¼rdigung Ã¼berschritten, wenn es auf die SachnÃ¤he des behandelnden Arztes bzw des Krankenhausarztes abgestellt habe; denn "der" behandelnde Arzt sei hier â im Gegensatz zu Verfahren, die die Notwendigkeit von Krankenhausbehandlung betrÃ¤fen â eine reine Fiktion. Anders als bei der Beurteilung der Behandlungsnotwendigkeit, bei der die Krankenkassen nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) an die Beurteilung des (jeweils) behandelnden Krankenhausarztes nur dann nicht gebunden seien, wenn dieser vorausschauend ("ex ante") hÃ¤tte erkennen kÃ¶nnen, dass die geklagten Beschwerden nicht die Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung begrÃ¼ndeten, sei hier eine "ex post"-Betrachtung vorzunehmen, dh der gesamte stationÃ¤re Krankenhausaufenthalt sei rÃ¼ckblickend (bei der Entlassung) zu betrachten. Dabei sei "der" Krankenhausarzt nicht existent; im Verlaufe der Behandlung seien verschiedene Ãrzte auf verschiedenen Stationen tÃ¤tig. Es sei nicht ersichtlich, weshalb der letztbehandelnde Arzt den gesamten fÃ¼r die Pauschalenleistung relevanten Zeitraum des stationÃ¤ren Aufenthalts sachnÃ¤her beurteilen kÃ¶nnte als ein Arzt des Sozialmedizinischen Dienstes, den die Beklagte gerade deswegen eingeschaltet habe, weil auf Grund der umfangreichen Fallpauschalenleistung ein vergleichbarer Behandlungsaufwand nicht plausibel gewesen sei. Soweit das LSG meine, dass Â§ 14 Abs 3 des Landesvertrags, wonach Beanstandungen rechnerischer oder sachlicher Art auch nach Bezahlung der Rechnung geltend gemacht werden kÃ¶nnen, eine Berichtigung der Hauptdiagnose nur bei offensichtlichen Fehlern zulasse und deshalb die vom Krankenhaus gewÃ¤hlte Hauptdiagnose fÃ¼r die Krankenkasse verbindlich sei, habe das LSG allgemeine AuslegungsgrundsÃ¤tze und gleichzeitig das rechtliche GehÃ¶r verletzt; der eindeutige Wortlaut des Vertrags sehe eine solche BeschrÃ¤nkung nicht vor, und seine Auslegung sei bisher nicht Gegenstand der ErÃ¶rterungen gewesen. Da eine VergÃ¼tungsregelung, die fÃ¼r die routinemÃ¤Ãige Abwicklung von zahlreichen BehandlungsfÃ¤llen vorgesehen sei, ihren Zweck nur erfÃ¼llen kÃ¶nne, wenn sie allgemein streng nach ihrem Wortlaut sowie den dazu vereinbarten Anwendungsregeln gehandhabt werde und keinen Spielraum fÃ¼r weitere Bewertungen oder AbwÃ¤gungen belasse, kÃ¶nne nicht maÃgebend sein, ob sich die Fehlerhaftigkeit der Festlegung der Hauptdiagnose offensichtlich aufdrÃ¤nge. Die Durchschnittskalkulation fÃ¼hre dazu, dass das Krankenhaus in einfach gelagerten FÃ¤llen auf Grund der pauschalen VergÃ¼tung Gewinne erziele, in schweren BehandlungsfÃ¤llen aber hÃ¶here Kosten entstehen kÃ¶nnten, als Ã¼ber die Fallpauschale vergÃ¼tet werde. Gerade in diesen FÃ¤llen sei daher auch eine Bestimmung der Hauptleistung durch Abgrenzung zu anderen Leistungen

erforderlich; dafÃ¼r nicht einmal eine PlausibilitÃ¤tskontrolle zuzulassen, sondern die PrÃ¼fmÃ¶glichkeiten auf reine Evidenzkontrollen zu reduzieren und nach erfolgter PrÃ¼fung substantiierte Einwendungen fÃ¼r unbeachtlich zu erklÃ¤ren, komme einer Einladung zur "Abrechnungsoptimierung" gleich mit der Folge, dass letztlich die der Kalkulation zu Grunde liegende Bandbreite der Fallpauschale einseitig zu Lasten der Krankenkasse verkÃ¼rzt werde. Ein schutzwÃ¼rdiges Interesse, die PrÃ¼fmÃ¶glichkeiten derart einzuschrÃ¤nken, bestehe selbst fÃ¼r KrankenhÃ¤user, die ggf nur schwer kranke Patienten behandelten (sog Schiefverteilung im Patienten-Mix) nicht; denn fÃ¼r diese KrankenhÃ¤user kÃ¶nne unter den Voraussetzungen des Â§ 11 Abs 3 Satz 2 BPflV ein Zuschlag vereinbart werden.

Die Beklagte beantragt,
das Urteil des Landessozialgerichts Rheinland-Pfalz vom 22. Mai 2002 aufzuheben und die Berufung der KlÃ¤gerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Koblenz vom 7. Februar 2001 zurÃ¼ckzuweisen.

Die KlÃ¤gerin beantragt,
die Revision der Beklagten zurÃ¼ckzuweisen.

Sie trÃ¤gt vor, das Urteil des LSG sei rechtmÃ¤Ãig. Nach dessen Feststellungen hÃ¤tten bei der Versicherten zwei unterschiedliche Krankheitsbilder mit unterschiedlichen Behandlungsfeldern vorgelegen, einmal die osteosynthetische Versorgung einer pertrochantÃ¤ren Oberschenkelfraktur sowie die Behandlung der chronischen Leberkrankheit. Dass die Versicherte unter mehreren schwereren internistischen Erkrankungen und Symptomen gelitten habe, dass dies im Laufe ihrer Versorgung auf der chirurgischen Fachabteilung erstmals festgestellt worden sei, dass insbesondere bereits am 29. MÃ¤rz 1999 ein erhÃ¶hter Bilirubinwert aufgefallen sei, und dass wegen dieses umfangreichen und schweren Krankheitsbildes, insbesondere des Risikos des Auftretens einer akuten hÃ¤molytischen Krise oder einer akuten hepatitischen Insuffizienz eine weitere diagnostische KlÃ¤rung, eine engmaschige Verlaufskontrolle und Therapie unter stationÃ¤ren Bedingungen habe erfolgen mÃ¼ssen, sei von der Beklagten im Laufe des Rechtsstreits nicht bestritten worden und mÃ¼sse also als unstreitig angesehen werden. Nur wenn die Versorgung der pertrochantÃ¤ren Oberschenkelfraktur die Hauptleistung sei, werde die Fallpauschale abgerechnet. Trete aber, wie im vorliegenden Fall, eine weitere Erkrankung (chronische Leberkrankheit) hinzu, kÃ¶nne nicht die Hauptleistung bestimmt werden, sodass die Abrechnung der Fallpauschale ausscheide. Insoweit verkenne die Beklagte, dass es nicht um die Behandlung einer "multimorbiden" Patientin gegangen sei, sondern wÃ¤hrend des stationÃ¤ren Krankenhausaufenthalts eine weitere, schwer wiegende und unbedingt behandlungsbedÃ¼rftige Krankheit festgestellt worden sei, somit zwei verschiedene Behandlungsfelder vorgelegen hÃ¤tten und die Behandlung der im Laufe des stationÃ¤ren Aufenthalts festgestellten chronischen Leberkrankheit zu der Behandlung der Oberschenkelfraktur hinzugetreten sei, wobei zwischen der ersten Erkrankung und der hinzugetretenen weiteren Erkrankung auch kein innerer Zusammenhang bestanden habe. Nicht zu beanstanden sei auch der Ansatz des LSG, wonach der Krankenhausarzt anhand der Entlassungsdiagnose die

Hauptleistung bestimme. Dies entspreche der stRspr des BSG (zB BSG Urteil vom 21. August 1996 â□□ 3 RK 2/96), wonach im Bereich der Krankenhausbehandlung dem Krankenhausarzt eine "SchlÃ¼sselstellung" zukomme. Denn das zugelassene Krankenhaus und dessen Ã□rzte seien auf Grund des Sachleistungsprinzips gesetzlich ermÃ¤chtigt, mit Wirkung fÃ¼r die Krankenkasse Ã¼ber die Aufnahme sowie die erforderlichen BehandlungsmaÃ□nahmen und damit konkludent auch Ã¼ber den Leistungsanspruch des Versicherten zu entscheiden; die Krankenkasse sei dann grundsÃ¤tzlich an diese Entscheidung gebunden. Wegen dieser SchlÃ¼sselstellung hÃ¤tten primÃ¤r die behandelnden KrankenhausÃ¤rzte in Kenntnis des gesamten Behandlungsverlaufs zum Zeitpunkt der Entlassung zu beurteilen, welche Leistung die Hauptleistung sei. In zeitnaher Beurteilung des konkreten Behandlungsfalls hÃ¤tten sie hier mehrere Diagnosen festgelegt, die Ã¼berwiegend dem internistischen Bereich zuzuordnen seien, nÃ¤mlich Entlassungsdiagnose 571.9; weitere Diagnosen: 428.9; 283.9; 414.0 nach ICD 9. Die Leistungsdefinition der Fallpauschale 17.04 verlange, dass neben dem OPS-301 auch 820.2 ICD 9 als Hauptdiagnose erfÃ¼llt werde. Daraus folge, dass die Hauptleistung durch den 820.2 ICD 9 (geschlossene pertrochantÃ¤re Fraktur) mitbestimmt werde. Da die Hauptleistung von den behandelnden KrankenhausÃ¤rzten zum Zeitpunkt der Entlassung mit einer internistischen Hauptdiagnose (ICD 9 571.9) festgelegt worden sei, sei die Leistungsdefinition der Fallpauschale 17.04 nicht erfÃ¼llt.

II

Die zulÃ¤ssige Revision der Beklagten ist begrÃ¼ndet. Der Senat lÃ¤sst dahinstehen, ob dem LSG bei seiner Entscheidung die von der Beklagten gerÃ¼gten Verfahrensfehler unterlaufen sind und ob insbesondere seine Auslegung des Vertrags zwischen den KrankenhÃ¤usern und Krankenkassen im Saarland (Vertrag gem Â§ 112 Abs 1 SGB V und zu Â§ 112 Abs 2 Nr 1 SGB V zwischen der SaarlÃ¤ndischen Krankenhausgesellschaft e.V. und ua der Beklagten Ã¼ber Allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung, festgesetzt durch den Schiedsspruch der Landesschiedsstelle vom 25. November 1996) mit allgemeinen AuslegungsgrundsÃ¤tzen vereinbar ist. Denn auch bei der vom LSG vorgenommenen Auslegung ist die Beklagte nicht verpflichtet, den geforderten Betrag zu zahlen. Das LSG hÃ¤tte daher die Berufung der KlÃ¤gerin zurÃ¼ckweisen mÃ¼ssen.

1. Bei der auf Zahlung der Behandlungskosten eines Versicherten gerichteten Klage des TrÃ¤gers eines Krankenhauses gegen eine Krankenkasse geht es um einen sog Parteienstreit im GleichordnungsverhÃ¤ltnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt (BSG Urteile vom 17. Mai 2000 â□□ B 3 KR 33/99 R â□□ BSGE 86, 166, 167 f = SozR 3-2500 Â§ 112 Nr 1 und vom 28. Mai 2003 â□□ B 3 KR 10/02 R â□□ zur VerÃ¶ffentlichung in SozR vorgesehen, Umdruck S 4). Ein Vorverfahren war mithin nicht durchzufÃ¼hren, die Einhaltung einer Klagefrist nicht geboten.

2. Die HÃ¶he des â□□ dem Grunde nach unstreitigen â□□ VergÃ¼tungsanspruchs der KlÃ¤gerin fÃ¼r die durchgefÃ¼hrte Krankenhausbehandlung richtet sich nach

den Vorschriften der von der Bundesregierung auf Grund des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) erlassenen BPflV vom 26. September 1994 (BGBl I, S 2750) in der fÃ¼r die durchgefÃ¼hrte Krankenhausbehandlung hier maÃgeblichen Fassung durch das Gesetz zur StÃ¤rkung der SolidaritÃ¤t in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 19. Dezember 1998 (BGBl I, S 3853) und den nach MaÃgabe dieser Vorschriften getroffenen vertraglichen Vereinbarungen.

a) Das KHG ermÃ¤chtigt in seiner bis zur Ãnderung durch das Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 vom 22. Dezember 1999 (BGBl I, S 2626) zum 1. Januar 2000 gÃ¼ltigen Fassung durch das Zweite Gesetz zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 23. Juni 1997 (BGBl I, S 1520) in Â§ 16 Satz 1 Nr 1 die Bundesregierung, mit Zustimmung des Bundesrats Vorschriften Ã¼ber KrankenhauspflegesÃ¤tze zu erlassen, mit denen die Leistungen des Krankenhauses durch die Benutzer oder deren KostentrÃ¤ger vergÃ¼tet werden, und enthÃ¤lt in Â§ 17 nÃ¤here Bestimmungen zur Regelung der PflegesÃ¤tze in Form von tagesbezogenen Entgelten und/oder Fallpauschalen und anderen pauschalierten Entgelten und zur schrittweisen EinfÃ¼hrung von Fallpauschalen und Sonderentgelten mit Vorgabe bundeseinheitlicher Bewertungskriterien (Â§ 17 Abs 2 Nr 1, Abs 2a Satz 1 KHG). Die Entgelte sind danach bis zum 31. Dezember 1997 in der Rechtsverordnung nach Â§ 16 Satz 1 Nr 1 KHG zu bestimmen und danach durch die SpitzenverbÃ¤nde der Krankenkassen und den Verband der privaten Krankenkassen gemeinsam mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft (Vertragspartner) zu vereinbaren und weiterzuentwickeln (Â§ 17 Abs 2a Satz 2 und 3 KHG), wobei die Entgeltkataloge fÃ¼r diejenigen KrankenhaustrÃ¤ger, die Mitglied einer Landeskrankenhausgesellschaft sind, unmittelbar verbindlich und andernfalls die Entgeltkataloge der Pflegesatzvereinbarung zu Grunde zu legen sind sowie die in der Rechtsverordnung nach Â§ 16 Satz 1 Nr 1 bestimmten Fallpauschalen und Sonderentgelte ab 1. Januar 1998 als vertraglich vereinbart gelten (Â§ 17 Abs 2a Satz 6 und 7 KHG). Mit der Fallpauschale werden die gesamten Leistungen des Krankenhauses fÃ¼r einen bestimmten Behandlungsfall vergÃ¼tet (Â§ 17 Abs 2a Satz 10 KHG). Zur VergÃ¼tung der Leistungen des Krankenhauses, die nicht durch Fallpauschalen und Sonderentgelte vergÃ¼tet werden, sind AbteilungspflegesÃ¤tze als Entgelt fÃ¼r Ã¤rztliche und pflegerische Leistungen und ein fÃ¼r das Krankenhaus einheitlicher Basispflegesatz als Entgelt fÃ¼r nicht durch Ã¤rztliche und pflegerische TÃ¤tigkeit veranlasste Leistungen vorzusehen (Â§ 17 Abs 2a Satz 12 KHG).

b) Die von der KlÃ¤gerin wÃ¤hrend ihres Krankenhausaufenthalts bei der Versicherten K. durchgefÃ¼hrte "Osteosynthetische Versorgung einer pertrochantÃ¤ren Oberschenkelfraktur" ist sowohl in den zuletzt durch die FÃ¼nfte Verordnung zur Ãnderung der Bundespflegesatzverordnung vom 9. Dezember 1997 (BGBl I, S 2874) geÃ¤nderten, als Anlagen zur BPflV aF bekannt gemachten bundesweiten Entgeltkatalogen als auch in dem durch die Vertragspartner gemÃ¤Ã Â§ 17 Abs 2a Satz 3 KHG mit Wirkung zum 1. Januar 1999 vereinbarten "Aktualisierten bundesweit geltenden Fallpauschalen- und Sonderentgeltkatalog" (KH 1998, Sonderbeilage zu Heft 10) sowohl als Fallpauschale als auch als Sonderentgelt enthalten. Sie ist mit identischen Operationen- und

DiagnoseschlÃ¼sseln sowie identischer Leistungsbeschreibung als Nr 17.04 im Fallpauschalenkatalog der Anlage 1 zu Â§ 11 Abs 1 BPflV aF Nr 17.04 â "PertrochantÃ¤re Oberschenkelfraktur, geschlossen" â und als Nr 17.09 im Sonderentgeltkatalog der Anlage 2 zu Â§ 11 Abs 2 BPflV aF aufgefÃ¼hrt, wobei unter den Bewertungsrelationen fÃ¼r die Fallpauschale eine mittlere Verweildauer von 20,33 Tagen und eine Grenzverweildauer von 31 Tagen angegeben ist. Mit welchem Entgelt der Behandlungsfall zu bezahlen ist, richtet sich hier ausschlieÃlich nach Â§ 14 Abs 1 Satz 3 BPflV iVm den Abrechnungsbestimmungen, die ursprÃ¼nglich in Â§ 14 Abs 4 Satz 1 und 2 BPflV enthalten und seit der FÃ¼nften Verordnung zur Ãnderung der BPflV dem Fallpauschalen-Katalog vorangestellt sind. Dass der vom LSG herangezogene Vertrag fÃ¼r das Saarland davon abweichende Regelungen enthÃ¤lt, hat das LSG nicht festgestellt und ist auch nicht ersichtlich.

Nach Â§ 14 Abs 1 Satz 3 erster Halbsatz BPflV ist die Berechnung von Sonderentgelten und tagesgleichen PflegesÃ¤tzen ausgeschlossen, wenn die Berechnung einer Fallpauschale "mÃ¶glich" ist und keiner der in Â§ 14 Abs 6 Nr 1 und 2 BPflV geregelten â hier nicht einschlÃ¤gigen â FÃ¤lle vorliegt, in denen fÃ¼r die Behandlung eine Fallpauschale und ein Sonderentgelt bzw teilweise PflegesÃ¤tze abgerechnet werden. Nach den Abrechnungsbestimmungen, an denen sich insoweit infolge der Weiterentwicklung durch die Selbstverwaltung nichts geÃ¤ndert hat, werden Fallpauschalen fÃ¼r die im Entgeltkatalog bestimmten BehandlungsfÃ¤lle berechnet, wenn diese die Hauptleistung des Krankenhauses fÃ¼r den Patienten sind und der Patient am Tag der Aufnahme das 14. Lebensjahr vollendet hat (Nr 1 Satz 1 der Abrechnungsbestimmungen, der dem frÃ¼heren Â§ 14 Abs 4 Satz 1 BPflV entspricht), wobei maÃgebend fÃ¼r die Zuordnung eines Patienten zu einer Fallpauschale und damit fÃ¼r deren Abrechenbarkeit die im Entgeltkatalog ausgewiesene Leistung in Verbindung mit der genannten Hauptdiagnose fÃ¼r den Krankenhausaufenthalt oder einer entsprechenden Diagnose ist (Nr 2 Satz 1 der Abrechnungsbestimmungen, der dem frÃ¼heren Â§ 14 Abs 4 Satz 2 BPflV entspricht).

c) Die BPflV und die genannten Abrechnungsbestimmungen enthalten keine weiteren ErlÃ¤uterungen dazu, unter welchen Voraussetzungen bei Vorliegen mehrerer Krankheiten eine dieser Krankheiten Hauptdiagnose des Krankenhausaufenthalts und damit fÃ¼r das Tatbestandsmerkmal der Hauptleistung des Behandlungsfalls bestimmend ist. Da es bei den Abrechnungsbestimmungen um die VergÃ¼tung von Leistungen geht, kann es insoweit aber nicht darauf ankommen, ob eine Diagnose aus Ã¤rztlicher Sicht besonders schwer wiegend ist oder eine Krankenhausbehandlung unabhÃ¤ngig von den anderen Diagnosen erfordert (so aber Mohr/KrÃ¶ger/Globig, Praktiker-Handbuch zur BPflV 95 und zur LKA, 2. Aufl, 1995, S 79, allerdings mit der EinschrÃ¤nkung, dass in einem solchen Fall "vieles dafÃ¼r spreche", die weiteren Leistungen zusÃ¤tzlich abzurechnen oder die Abrechnung einer Fallpauschale ganz zu verneinen), oder â wie die KlÃ¤gerin auch meint â ob es sich um eine vorbestehende oder erst im weiteren Verlauf der Krankenhausbehandlung hinzutretende stationÃ¤r behandlungsbedÃ¼rftige Erkrankung handelt (in diesem Sinn wohl Rochell/Engelke/Stapf in KH 1998, 742, 743). Entscheidend kann vielmehr

nur sein, in welchem VerhÃ¤ltnis die betriebswirtschaftlichen Aufwendungen fÃ¼r die durch die einzelnen Diagnosen veranlassten Leistungen des Krankenhauses zueinander stehen. Hauptdiagnose ist demnach diejenige Diagnose, die den hÃ¶chsten Aufwand verursacht hat. Dies wird auch von den zur Fortentwicklung der Entgeltkataloge und Abrechnungsbestimmungen nach Â§ 17a Abs 2 KHG berufenen Vertragspartnern so gesehen. So ist in den Ãbergangsregelungen fÃ¼r die Abrechnung gemÃ¤Ã BPflV der Deutschen Kodierrichtlinien, die im Zusammenhang mit der EinfÃ¼hrung des Diagnosis-Related-Groups (DRG)-basierten VergÃ¼tungssystems im Rahmen des GKV-Gesundheitsreformgesetzes 2000 vereinbart wurden, ausgefÃ¼hrt, dass â anders als bei dem DRG-basierten System â im Fallpauschalen- und Sonderentgeltsystem gemÃ¤Ã BPflV zur Hauptdiagnose des gesamten Krankenhausaufenthalts diejenige Diagnose wird, "die mit dem hÃ¶chsten Ressourcenverbrauch einhergeht" (ebenso Uleer/Miebach/Patt, Abrechnung von Arzt- und Krankenhausleistungen, 1996, Â§ 14 BPflV Anm 3.1 a; Schmucker in BKK 2003, S 182).

Bei der Bestimmung der Hauptdiagnose ist von den tatsÃ¤chlich erbrachten (insgesamt von der VergÃ¼tung durch PflegesÃ¤tze erfassten) Leistungen des Krankenhauses auszugehen, jedenfalls, solange deren Notwendigkeit â wie hier â nicht in Frage gestellt ist. LÃ¤sst sich der Ã¼berwiegende Aufwand des Krankenhauses fÃ¼r einen Behandlungsfall der in einer Fallpauschale genannten Diagnose zuordnen, hat dies zur Folge, dass der gegenÃ¼ber dieser Diagnose geringere Aufwand, den andere Erkrankungen wÃ¤hrend desselben Krankenhausaufenthalts veranlasst haben, durch die Fallpauschale fÃ¼r die Hauptleistung mit abgegolten ist. Daran Ã¤ndert sich nichts, wenn der in der Fallpauschale liegende Verlustbereich zwischen der mittleren und der Grenzverweildauer erst durch eine weitere Erkrankung erreicht bzw Ã¼berschritten wird; dies ergibt sich schon daraus, dass die Verweildauer nur eine der GrÃ¶Ãen ist, die den Umfang der Leistungen und damit den auf eine Erkrankung entfallenden VergÃ¼tungsanspruch bestimmen.

FÃ¼r dieses Ergebnis sprechen auch die weiteren Regelungen in Â§ 14 BPflV. So wird nach Â§ 14 Abs 5 Satz 1 Nr 1 BPflV eine Fallpauschale nicht berechnet, wenn der Patient vor Abschluss des bestimmten Behandlungsfalls verlegt wird, es sei denn, eine Berechnung der PflegesÃ¤tze nach den AbsÃ¤tzen 2 und 3 (also mit tagesgleichen PflegesÃ¤tzen und Sonderentgelt) ergibt einen hÃ¶heren Gesamtbetrag. Nach Â§ 14 Abs 4 Nr 2 BPflV wird die Fallpauschale ferner nicht abgerechnet, wenn die Behandlung vor Erbringung der Hauptleistung beendet wird. Â§ 14 Abs 6 BPflV fÃ¼hrt diejenigen FÃ¤lle auf, in denen zusÃ¤tzlich zur Fallpauschale ein Sonderentgelt, ein teilstationÃ¤rer Pflegesatz oder ein Zuschlag berechnet wird. Â§ 14 Abs 7 BPflV schlieÃlich bestimmt, dass fÃ¼r den weiteren Krankenhausaufenthalt die tagesgleichen PflegesÃ¤tze nach Absatz 2 berechnet werden, wenn die im Fallpauschalenkatalog ausgewiesene Grenzverweildauer Ã¼berschritten wird. Ein zusÃ¤tzlicher Leistungsaufwand wegen einer oder mehrerer weiterer Diagnosen wird demnach zusÃ¤tzlich zur Fallpauschale nur vergÃ¼tet, wenn er explizit aufgefÃ¼hrt ist oder soweit dadurch die Grenzverweildauer Ã¼berschritten wird. Dementsprechend kann die Abrechnung

der fÃ¼r eine Leistung vorgesehenen Fallpauschale allenfalls nur ausnahmsweise dann entfallen, wenn bei gegebener MultimorbiditÃ¤t der Leistungsaufwand fÃ¼r die verschiedenen Diagnosen annÃ¤hernd gleich ist, sodass sich keine Hauptdiagnose bestimmen lÃ¤sst (Tuschen/Quaas, BPflV, Komm, 5. Aufl 2001, Erl zu Â§ 14 Abs 4 Satz 1 und 2, S 334).

Die BegrÃ¼ndung zu Â§ 14 Abs 4 BPflV (BR-Drucks 381/94) lÃ¤sst sich nicht gegen dieses Ergebnis anfÃ¼hren. Dort heiÃt es: "Satz 1 regelt die Voraussetzungen fÃ¼r die Berechnung einer Fallpauschale. Diese ist nur fÃ¼r die Hauptleistung fÃ¼r den Patienten mÃ¶glich. Wird der Patient wegen verschiedener Erkrankungen behandelt, wird die Hauptleistung bei der Entlassung festgelegt. Bei Patienten mit verschiedenen schweren und aufwÃ¤ndig zu behandelnden Erkrankungen, die nicht in der Fallpauschale berÃ¼cksichtigt sind, kann der Patient nicht der Fallpauschale zugeordnet werden. Bei alten Patienten, die hÃ¤ufig multimorbid sind, ist dies bereits in der Kalkulation der Fallpauschale berÃ¼cksichtigt, soweit dies bei bestimmten Hauptleistungen hÃ¤ufig der Fall ist." Die AusfÃ¼hrungen machen deutlich, dass bei Behandlung mehrerer Erkrankungen die Hauptleistung erst bei Beendigung des Krankenhausaufenthalts festgestellt werden kann; erst dann kann nÃ¤mlich beurteilt werden, welche Erkrankung den hÃ¶chsten Aufwand verursacht hat. Der Hinweis auf die Kalkulation der Fallpauschalen kann nicht dahin verstanden werden, es mÃ¼sse zur Festlegung der Hauptleistung nachgeprÃ¼ft werden, ob bei dem der Kalkulation der Fallpauschale zu Grunde liegenden Fallmaterial entsprechende weitere Erkrankungen vorhanden waren. FÃ¼r eine solche, die Anwendung der Abrechnungsbestimmungen in der Praxis regelmÃ¤Ãig Ã¼berfordernde Vorgehensweise findet sich im Gesetzes- und Verordnungstext und in den Abrechnungsbestimmungen kein Anhalt. Abgesehen davon wÃ¤re bei der hier in Rede stehenden Fallpauschale die MultimorbiditÃ¤t auch erfasst (vgl die AusfÃ¼hrungen in: Kalkulation von Fallpauschalen und Sonderentgelten fÃ¼r die Bundespflegesatzverordnung 1995, Band 45 der Schriftenreihe des Bundesministeriums fÃ¼r Gesundheit, Teilbericht III A 2.3, S 17 sowie die Angaben zur Altersstruktur in der diesem Teilbericht beigefÃ¼gten Anlage 2 zur Fallpauschale Nr 17.04).

3. Ausgehend von dem unter 2 c) dargelegten VerstÃ¤ndnis der Hauptleistung ergibt sich aus den Feststellungen, die das LSG in tatsÃ¤chlicher Hinsicht zur Behandlung der Versicherten getroffen hat, dass es sich bei der Oberschenkelfraktur um die Hauptleistung des Behandlungsfalls gehandelt hat, durch die zumindest Aufwendungen fÃ¼r die Leistungen des Krankenhauses auf der chirurgischen Station verursacht waren, wobei fÃ¼r die anteilige Bewertung hinsichtlich des Gesamtaufwands vor allem die lÃ¤ngere Verweildauer und die Kosten fÃ¼r die operativen Leistungen ins Gewicht fallen. Dahinter bleibt der Aufwand fÃ¼r die Leistungen auf der internistischen Station zurÃ¼ck, selbst wenn er vollstÃ¤ndig nur der Lebererkrankung zugerechnet wird. DafÃ¼r, dass die internistische Erkrankung besonders kostentrÃ¤chtige Leistungen erfordert hÃ¤tte, die diejenigen fÃ¼r die Oberschenkelfraktur Ã¼berstiegen, ergeben sich weder aus dem Vortrag der KlÃ¤gerin noch aus den von ihr vorgelegten Krankenakten irgendwelche Anhaltspunkte. Einer ZurÃ¼ckverweisung zur weiteren SachaufklÃ¤rung hinsichtlich des fÃ¼r den vorliegenden Behandlungsfall auf die

einzelnen Diagnosen entfallenden Aufwands bedarf es daher nicht.

Bei dieser Sachlage kann dahinstehen, ob â wie die KlÃ¤gerin meint â entsprechend der Rechtsprechung des BSG zur "SchlÃ¼sselstellung" des Krankenhausarztes bei Ã¤rztlichen Entscheidungen Ã¼ber die medizinische Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung und deren Dauer (vgl dazu BSG Urteile vom 21. August 1996 â 3 RK 2/96 â SozR 3-2500 Â§ 39 Nr 4, S 19 f, vom 17. Mai 2000 â B 3 KR 33/99 R â BSGE 86, 166; 169 f = SozR 3-2500 Â§ 112 Nr 1, S 4 und vom 13. Dezember 2001 â B 3 KR 11/01 R â BSGE 89, 104, 106 f = SozR 3-2500 Â§ 112 Nr 2, S 12) die von dem Krankenhausarzt als sachnahem Behandler gewÃ¤hlte Hauptdiagnose zu Grunde zu legen ist, wenn die Festlegung der Hauptdiagnose zu erheblichen Schwierigkeiten fÃ¼hrt. Solche Schwierigkeiten ergeben sich hier bei richtigem VerstÃ¤ndnis der Hauptdiagnose nicht. Die Ã¤rztlichen Stellungnahmen, auf die das LSG verweist, nehmen keine voneinander abweichende Zuordnung der Krankenhausleistungen zu den genannten Diagnosen vor; dem pauschalen Leistungsvergleich der Beklagten hat die KlÃ¤gerin nicht widersprochen.

Im Ãbrigen hat nach der Rechtsprechung des BSG die Beurteilung des Krankenhausarztes Ã¼ber Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung im VerhÃ¤ltnis des Krankenhauses zur Krankenkasse nur die Wirkung eines Anscheinsbeweises, der im Einzelfall durch substantiierte Einwendungen der Krankenkasse erschÃ¼ttert werden kann, mit der Folge, dass nunmehr das Krankenhaus begrÃ¼nden muss, warum die Beurteilung seines Arztes zutrifft (vgl BSG Urteile vom 13. Dezember 2001 â B 3 KR 11/01 R â BSGE 89, 104, 108 = SozR 3-2500 Â§ 112 Nr 2, S 12, 15 und vom 28. Mai 2003 â B 3 KR 10/02 R â zur VerÃ¶ffentlichung vorgesehen, Umdruck S 6, 8). FÃ¼r die durch den Krankenhausarzt festgelegte Hauptdiagnose kÃ¶nnte nichts anderes gelten. Ein dadurch begrÃ¼ndeter Anscheinsbeweis fÃ¼r deren Richtigkeit wÃ¤re hier jedoch bereits durch substantiierte Einwendungen der Beklagten erschÃ¼ttert worden. Wie sich aus dem mit der Klage vorgelegten Schriftwechsel ergibt, der sich in den vom LSG in Bezug genommenen Gerichtsakten befindet, hatte die Beklagte bereits mit ihrem Schreiben vom 10. Mai 1999 und damit auch innerhalb der vertraglichen Zahlungsfrist (vgl dazu BSG Urteil vom 23. Juli 2002 â B 3 KR 64/01 R â BSGE 90, 1 = SozR 3-2500 Â§ 112 Nr 3, S 21 und vom 28. Mai 2003 â B 3 KR 10/02 R â zur VerÃ¶ffentlichung in SozR vorgesehen, (zur Pflegesatzvereinbarung zwischen den Krankenkassen und KrankenhÃ¤usern in Rheinland-Pfalz bzw Sachsen-Anhalt)) von 14 Tagen unter Hinweis auf die weiteren Angaben des Krankenhauses geltend gemacht, Hauptleistung des Behandlungsfalls sei bei der vorgenommenen Abrechnung die Oberschenkelfraktur. Dazu hatte sich die KlÃ¤gerin nur mit AusfÃ¼hrungen eingelassen, in denen sie lediglich ihren Standpunkt zur Abrechnung einer Fallpauschale bei Hinzutreten einer weiteren Erkrankung erlÃ¤uterte, aber keine Angaben dazu gemacht, inwiefern der hÃ¶chste Anteil des Aufwands fÃ¼r Leistungen wÃ¤hrend des Krankenhausaufenthalts der Versicherten deren Lebererkrankung geschuldet gewesen wÃ¤re. Es kann deshalb auch dahinstehen, ob das LSG allgemeine AuslegungsgrundsÃ¤tze verletzt hat, wenn es die fÃ¼r die Beteiligten im Saarland maÃgeblichen vertraglichen Vereinbarungen dahin ausgelegt hat, dass danach auch im Wege der sachlich-rechnerischen

Berichtigung durch die Krankenkasse eine Korrektur der Hauptdiagnose nur mÃ¶glich sei, wenn sich deren Fehlerhaftigkeit aus sonstigen UmstÃ¤nden aufdrÃ¤nge.

Die Kostenentscheidung beruht auf Â§ 193 Abs 1 und 4 SGG in der bis zum Inkrafttreten des 6. SGG-Ãnderungsgesetzes (6. SGGÃndG) vom 17. August 2001 (BGBl I, S 2144) vom 2. Januar 2002 geltenden Fassung. Diese Vorschrift ist hier anwendbar, da es sich um ein Verfahren nach Â§ 197a SGG neuer Fassung handelt, das vor dem Inkrafttreten des neuen Rechts rechtshÃ¤ngig geworden ist (Art 17 Abs 1 Satz 2 6. SGGÃndG).

Erstellt am: 06.02.2004

Zuletzt verändert am: 20.12.2024