S 9 KR 3024/16

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht	Bundessozialgericht
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	-
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	Krankenversicherung – Krankenhausvergütung – Hauptdiagnose nach Nr D002f DKR 2013 – Vorliegen mehrerer Leiden bei Aufnahme des Versicherten – Maßgeblichkeit des Ressourcenverbrauchs – Unerheblichkeit der Erkennbarkeit im Zeitpunkt der Aufnahme
Leitsätze	Liegen bei Aufnahme eines Versicherten in ein Krankenhaus bei diesem mehrere Leiden objektiv vor, die stationär behandlungsbedürftig sind, sind diese für die Festlegung der Hauptdiagnose nach dem Grad ihres Ressourcenverbrauchs zu gewichten, unabhängig von der Erkennbarkeit sämtlicher stationär behandlungsbedürftiger Leiden im Zeitpunkt der Aufnahme.
Normenkette	DKR Nr D002f J: 2013; SGB V § 109 Abs 1; KHEntgG § 7 Abs 1 S 1 Nr 1; KHEntgG § 9 Abs 1 S 1 Nr 1; KHG § 17b

1. Instanz

Aktenzeichen	S 9 KR 3024/16
Datum	15.02.2018

2. Instanz

Aktenzeichen	L 6 KR 421/18
Datum	26.08.2021

3. Instanz

Datum	29.08.2023

Â

Die Revision der Beklagten gegen das Urteil des ThÃ¼ringer Landessozialgerichts vom 26.Â AugustÂ 2021 wird zurÃ¼ckgewiesen.

Die Beklagte trÃ¤gt auch die Kosten des Revisionsverfahrens.

Der Streitwert fÃ¼r das Revisionsverfahren wird auf 20Â 026,18Â Euro festgesetzt.

G r Ã¼ n d e :

I

1
Die Beteiligten streiten Ã¼ber die VergÃ¼tung stationÃ¤rer Krankenhausbehandlung.

2
Die KlÃ¤gerin ist TrÃ¤gerin eines nach Â§Â 108 SGBÂ V zugelassenen Krankenhauses (im Folgenden: Krankenhaus), in dem die bei der beklagten Krankenkasse (im Folgenden: KK) versicherteÂ H (im Folgenden: Versicherte) vom 22.11.2013 bis 2.1.2014 stationÃ¤r behandelt wurde. Dem vorausgegangen war eine notfallmÃ¤ÃŒige Erstaufnahme in ein anderes Krankenhaus wegen neu aufgetretener SchwÃ¤che des Nervus facialis links und Dysarthrie (kombinierte Sprech- und StimmstÃ¶rung) bei Schlaganfallverdacht mit Verlegung am selben Tag in das Krankenhaus der KlÃ¤gerin. Der Versicherten wurde dort zunÃ¤chst zur Entfernung eines MRT-gesicherten, unter der harten Hirnhaut liegenden Blutergusses die SchÃ¤deldecke erÃ¶ffnet und der Bluterguss entfernt. Wegen eines Sturzes der Versicherten vor der Aufnahme ins Krankenhaus bestand der Verdacht einer Synkope (kurzzeitige Ohnmacht). Im weiteren Verlauf der stationÃ¤ren Behandlung wurde bei ihr am 9.12.2013 eine hochgradige Enge der Aortenklappe diagnostiziert. Sie wurde deshalb am 10.12.2013 in die kardiologische Abteilung verlegt. Am 18.12.2013 wurde eine Transkatheter-Aortenklappenimplantation (TAVI) durchgefÃ¼hrt. Das Krankenhaus kodierte als Hauptdiagnose ICD-10GM I35.0 (Aortenklappenstenose), steuerte unter BerÃ¼cksichtigung zahlreicher Nebendiagnosen und Prozeduren die Fallpauschale (DRG) F98Z (Komplexe minimalinvasive Operationen an Herzklappen) an und stellte der KK 39Â 086,29Â Euro in Rechnung, die die KK zunÃ¤chst beglich. Die KK ging nach PrÃ¼fung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) davon aus, dass zutreffende Hauptdiagnose ICD-10GM I62.02 (Subdurale Blutung chronisch) sei, weil die Versicherte zur Behandlung des chronischen SubduralhÃ¤matoms im Krankenhaus vollstationÃ¤r aufgenommen worden sei. Diese Hauptdiagnose steuert die deutlich geringer vergÃ¼tete Fallpauschale B02D (Komplexe KraniotomieÂ â¦) an. Den Differenzbetrag von 20Â 026,17Â Euro verrechnete die KK mit unstreitigen VergÃ¼tungsforderungen. Das SG hat die KK nach Einholung eines SachverstÃ¤ndigengutachtens zur Zahlung von 20Â 026,18Â Euro nebst Zinsen verurteilt (Urteil vom 15.2.2018). Das LSG hat nach Einholung eines weiteren SachverstÃ¤ndigengutachtens die Berufung der KK zurÃ¼ckgewiesen. Die Kodierung der Hauptdiagnose richte sich hier nach DKR D002f. Unter BerÃ¼cksichtigung der hierzu ergangenen Rechtsprechung des BSG

(Hinweis auf BSG vom 5.7.2016 Â BÂ 1Â KR 40/15Â RÂ SozR 42500 Â§Â 109 NrÂ 58 RdNrÂ 14Â ff) seien der Zeitpunkt der Krankenhausaufnahme und die zu diesem Zeitpunkt bestehenden Diagnosen und deren stationÃ¤re BehandlungsbedÃ¼rftigkeit entscheidend. DafÃ¼r genÃ¼ge auch, dass die Diagnosen erst â□□nach Analyseâ□□ aufgrund einer objektiv zu treffenden expost-Betrachtung benannt werden kÃ¶nnten. Die Aortenklappenstenose mit hochgradiger EinschrÃ¤nkung der linksventrikulÃ¤ren Pumpfunktion sei am 9.12.2013 erkannt worden. Die Stenose habe nach den Ã¼berzeugenden Gutachten schon viele Jahre zuvor bestanden und sei bei Aufnahme der Versicherten am 22.11.2013 stationÃ¤r behandlungsbedÃ¼rftig gewesen. Aufgrund des grÃ¶Ã□eren Ressourcenverbrauchs sei die Aortenklappenstenose die zu kodierende Hauptdiagnose (Urteil vom 26.8.2021).

3
Die KK rÃ¼gt die Verletzung von DKR D002f. Sie verweist auf deren Wortlaut und die Urteile des erkennenden Senats vom 21.4.2015 (BÂ 1Â KR 9/15Â R Â BSGE 118, 225 = SozR 42500 Â§Â 109 NrÂ 45), vom 5.7.2016 (BÂ 1Â KR 40/15Â R Â SozR 42500 Â§Â 109 NrÂ 58) und vom 20.3.2018 (BÂ 1Â KR 25/17Â R Â SozR 45562 Â§Â 9 NrÂ 11). Daraus ergebe sich, dass eine im Zeitpunkt der Aufnahme eines Patienten in das Krankenhaus nicht erkannte, aber stationÃ¤r behandlungsbedÃ¼rftige Erkrankung auch dann nicht als Hauptdiagnose kodiert werden dÃ¼rfe, wenn sie im Laufe des Krankenhausaufenthalts diagnostiziert und behandelt werde. Denn es komme auf die Diagnose an, die Veranlassung fÃ¼r die stationÃ¤re Aufnahme gegeben habe. Dies kÃ¶nne nur die Erkrankung sein, die entweder unmittelbar oder aber aufgrund ihrer bereits vorliegenden, respektive diagnostizierten Symptome maÃ□geblich fÃ¼r die Entscheidung des Krankenhausarztes sei, den Patienten stationÃ¤r aufzunehmen. Eine spÃ¤ter diagnostizierte Erkrankung, die bei Aufnahme nicht bekannt gewesen sei, kÃ¶nne die stationÃ¤re Aufnahme nicht begrÃ¼ndet haben.

4
In der mÃ¼ndlichen Verhandlung hat die KlÃ¤gerin die Klage in HÃ¶he von 0,01Â Euro zurÃ¼ckgenommen.

5
Die Beklagte beantragt,

die Urteile des ThÃ¼ringer Landessozialgerichts vom 26.Â AugustÂ 2021 und des Sozialgerichts Gotha vom 15.Â FebruarÂ 2018 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

6
Die KlÃ¤gerin beantragt,

die Revision zurÃ¼ckzuweisen.

7
Sie hÃ¤lt die angegriffene Entscheidung fÃ¼r zutreffend.

II

8
Die Revision der beklagten KK ist unbegrÃ¼ndet (Â§Â 170 AbsÂ 1 SatzÂ 1 SGG). Das LSG hat deren Berufung gegen das SGUrteil zu Recht zurÃ¼ckgewiesen. Die vom klagenden Krankenhaus erhobene (echte) Leistungsklage ist im hier bestehenden GleichordnungsverhÃ¤ltnis zulÃ¤ssig (stRspr; vgl BSG vom 16.12.2008 Â BÂ 1Â KN 1/07Â KRÂ RÂ BSGE 102, 172 = SozR 42500 Â§Â 109 NrÂ 13, RdNrÂ 9; BSG vom 16.8.2021 Â BÂ 1Â KR 18/20Â RÂ BSGE 133, 24 = SozR 42500 Â§Â 2 NrÂ 17, RdNrÂ 7) und begrÃ¼ndet. Dem Krankenhaus steht der zuletzt streitig gebliebene VergÃ¼tungsanspruch von 20Â 026,17Â Euro fÃ¼r die Behandlung anderer Versicherter zu (dazuÂ 1.). Der VergÃ¼tungsanspruch ist nicht durch Aufrechnung mit einer Gegenforderung erloschen (dazuÂ 2.). Dem Krankenhaus steht auch der geltend gemachte Zinsanspruch zu (dazuÂ 3.).

9
1.Â Es ist zwischen den Beteiligten zu Recht nicht streitig, dass das Krankenhaus aufgrund stationÃ¤rer Behandlung anderer Versicherter der KK gemÃ¤Ã Â§Â 109 AbsÂ 4 SatzÂ 3 SGBÂ V iVm Â§Â 17b KHG, Â§Â 7 AbsÂ 1 SatzÂ 1, AbsÂ 2 und Â§Â 9 AbsÂ 1 KHEntgG sowie der maÃgeblichen Fallpauschalenvereinbarung (FPV) einen fÃ¤lligen und erfÃ¼llbaren Anspruch auf die VergÃ¼tung in der streitgegenstÃ¤ndlichen HÃ¶he hatte. Eine nÃ¤here PrÃ¼fung zur HÃ¶he der streitigen BetrÃ¤ge erÃ¼brigt sich (vgl zur Zugrundelegung bei unstrittiger Berechnungsweise BSG vom 26.5.2020 Â BÂ 1Â KR 26/18Â RÂ juris RdNrÂ 11 mwN).

10
2.Â Dieser VergÃ¼tungsanspruch ist nicht durch Aufrechnung mit einer aus dem Behandlungsfall der Versicherten resultierenden Gegenforderung der KK erloschen. Ein Erstattungsanspruch wegen Ã¼berzahlter VergÃ¼tung fÃ¼r die Behandlung der Versicherten, mit der die KK aufrechnete, bestand nicht. Das Krankenhaus hatte dem Grunde nach Anspruch auf VergÃ¼tung fÃ¼r die stationÃ¤re Behandlung der Versicherten (dazuÂ a). Die stationÃ¤re Behandlung erfÃ¼llte auch die Voraussetzungen der DRG F98Z. Das Krankenhaus rechnete sachlich-rechnerisch richtig 39Â 086,29Â Euro ab, die die KK zu Recht zahlte (dazuÂ b).

11
a)Â Die Zahlungsverpflichtung einer KK entsteht Â unabhÃ¤ngig von einer KostenzusageÂ unmittelbar mit Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten kraft Gesetzes, wenn die Versorgung in einem zugelassenen Krankenhaus durchgefÃ¼hrt wird und iS von Â§Â 39 AbsÂ 1 SatzÂ 2 SGBÂ V erforderlich und wirtschaftlich ist (stRspr; vgl zB BSG vom 8.11.2011 Â BÂ 1Â KR 8/11Â RÂ BSGE 109, 236 = SozR 45560 Â§Â 17b NrÂ 2, RdNrÂ 13, 15; BSG vom 19.11.2019 Â BÂ 1Â KR 33/18Â RÂ SozR 42500 Â§Â 109 NrÂ 77 RdNrÂ 10 mwN; BSG vom 19.3.2020 Â BÂ 1Â KR 20/19Â RÂ BSGE 130, 73 = SozR 42500 Â§Â 12 NrÂ 18, RdNrÂ 11). Diese Grundvoraussetzungen waren nach dem Gesamtzusammenhang der unangegriffenen, den Senat bindenden Feststellungen des LSG (Â§Â 163 SGG) hinsichtlich des neurochirurgischen und des kardiologischen

Eingriffs erfÃ¼llt.

12
b)Â Das Krankenhaus hatte Anspruch auf die von ihr berechneten und von der KK bezahlten 39Â 086,29Â Euro. Das Krankenhaus durfte nach dem maÃgeblichen Recht (dazuÂ aa) und den dabei anzuwendenden AuslegungsgrundsÃ¤tzen (dazuÂ bb) gemÃ¤Ã der DKR D002f (dazuÂ cc) ICD-10GM I35.0 (Aortenklappenstenose) iS einer von zwei Diagnosen, die gleichermaÃen der Definition der Hauptdiagnose entsprechen, als Hauptdiagnose kodieren (dazuÂ dd). Diese Hauptdiagnose steuert hier die DRG F98Z an (dazuÂ ee).

13
aa)Â Welche DRG-Position abzurechnen ist, ergibt sich rechtsverbindlich aus der Eingabe und Verarbeitung von Daten in einem automatischen Datenverarbeitungssystem, das auf einem zertifizierten Programm (Grouper) basiert (vgl Â§Â 1 AbsÂ 6 SatzÂ 1 FPV 2013; vgl fÃ¼r die stRspr zum rechtlichen Rahmen der Klassifikationssysteme und des Groupierungsvorgangs: BSG vom 19.6.2018 Â BÂ 1Â KR 39/17Â RÂ SozR 45562 Â§Â 9 NrÂ 10 RdNrÂ 13 undÂ 17 mwN). Dieser Grouper greift auf Daten zurÃ¼ck, die entweder als integrale Bestandteile des Programms mit vereinbart sind oder an anderer Stelle vereinbarte Regelungen wiedergeben. Zu Letzteren gehÃ¶ren die Fallpauschalen selbst, die von den Vertragspartnern auf Bundesebene getroffene Vereinbarung zu den DKR (hier Version 2013) fÃ¼r das GDRG-System? gemÃ¤Ã Â§Â 17b KHG, aber auch die Klassifikation des vom Deutschen Institut fÃ¼r Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) Â bzw jetzt Bundesinstitut fÃ¼r Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM)Â im Auftrag des Bundesministeriums fÃ¼r Gesundheit herausgegebenen OPS und ICD-10GM.

14
bb)Â Abrechnungsbestimmungen 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; Bewertungen und Bewertungsrelationen bleiben auÃer Betracht (vgl BSG vom 8.11.2011 Â BÂ 1Â KR 8/11Â RÂ BSGE 109, 236 = SozR 45560 Â§Â 17b NrÂ 2, RdNrÂ 27; BSG vom 16.7.2020 Â BÂ 1Â KR 16/19Â RÂ SozR 45562 Â§Â 9 NrÂ 16 RdNrÂ 17, jeweils mwN). Zu den Abrechnungsbestimmungen gehÃ¶ren insbesondere auch die DKR. Dabei kommt auch den in den DKR enthaltenen ErlÃ¤uterungen zu den einzelnen Kodierrichtlinien normative Wirkung zu, soweit sie ergÃ¤nzende Regelungen enthalten (vgl BSG vom 21.4.2015 Â BÂ 1Â KR 9/15Â RÂ BSGE 118, 225 = SozR 42500 Â§Â 109 NrÂ 45, RdNrÂ 15; BSG vom 5.7.2016 Â BÂ 1Â KR 40/15Â RÂ SozR 42500 Â§Â 109 NrÂ 58 RdNrÂ 14).

15
cc)Â Die Hauptdiagnose Â als Singular formuliertÂ impliziert, dass es Ã¼berhaupt nur eine, nicht aber zugleich mehrere â Hauptdiagnosenâ geben kann. Dies steht in Einklang mit der Eingabemaske der zertifizierten, in das Normanwendungsprogramm mit normativer Wirkung einbezogenen Grouper.

Hiernach ist die ersteinzutragende Diagnose immer die Hauptdiagnose (vgl BSG vom 8.11.2011 Â BÂ 1Â KR 8/11Â RÂ BSGE 109, 236 = SozR 45560 Â§Â 17b NrÂ 2, RdNr 42; BSG vom 21.4.2015 Â BÂ 1Â KR 9/15Â RÂ BSGE 118, 225 = SozR 42500 Â§Â 109 NrÂ 45, RdNrÂ 17).

16
Die Hauptdiagnose wird nach der DKR D002f definiert als die Diagnose, die nach Analyse als diejenige festgestellt wurde, die hauptsÃ¤chlich fÃ¼r die Veranlassung des stationÃ¤ren Krankenhausaufenthalts des Patienten verantwortlich ist. Zentraler Begriff ist fÃ¼r die DKR D002f die â□□Veranlassungâ□□ des stationÃ¤ren Krankenhausaufenthalts. Sie meint die ursÃ¤chliche AuslÃ¶sung des stationÃ¤ren Behandlungsgeschehens. Das zeitliche Moment als ein wesentliches Definitionsmerkmal grenzt dabei von spÃ¤ter hinzugetretenen Diagnosen ab, die ebenfalls stationÃ¤re BehandlungsbedÃ¼rftigkeit bedingen. Ein bereits Â objektiv zutreffendÂ veranlasster stationÃ¤rer Krankenhausaufenthalt kann nicht spÃ¤ter, nach Aufnahme in das Krankenhaus nochmals veranlasst, sondern allenfalls aufrechterhalten werden. Diagnosen, die erst nachfolgend BehandlungsbedÃ¼rftigkeit begrÃ¼nden, sind irrelevant. Insbesondere kommt es nicht darauf an, dass die den stationÃ¤ren Krankenhausaufenthalt veranlassende Diagnose zugleich den grÃ¶Ã□eren Anteil am Ressourcenverbrauch hat. Wie die AnmerkungÂ 1 zu DKR D002f zeigt, war dem Normgeber bewusst, dass Veranlassung des stationÃ¤ren Krankenhausaufenthalts nicht notwendig Veranlassung des Ã¼berwiegenden Teils des Ressourcenverbrauchs bedeutet (vgl BSG vom 21.4.2015 Â BÂ 1Â KR 9/15Â RÂ BSGE 118, 225 = SozR 42500 Â§Â 109 NrÂ 45, RdNrÂ 16).

17
Das zweite wesentliche Definitionsmerkmal der Hauptdiagnose ist der Begriff â□□nach Analyseâ□□. Er verdeutlicht, dass es nicht auf die subjektive oder objektiv erzielbare Einweisungs- oder Aufnahmediagnose ankommt, sondern allein auf die objektive expost-Betrachtung der AufnahmegrÃ¼nde am Ende der Krankenhausbehandlung. Es ist fÃ¼r die Bestimmung der Hauptdiagnose ohne Belang, dass eine fehlerhafte Diagnose des einweisenden Arztes und des aufnehmenden Krankenhausarztes unter BerÃ¼cksichtigung der exÂ ante vorhandenen Informationen bei Aufnahme des Patienten objektiv lege artis erfolgte. MaÃ□geblich ist allein die objektiv zutreffende expost-Betrachtung (vgl BSG vom 21.4.2015 Â BÂ 1Â KR 9/15Â RÂ BSGE 118, 225 = SozR 42500 Â§Â 109 NrÂ 45, RdNrÂ 19; BSG vom 5.7.2016 Â BÂ 1Â KR 40/15Â RÂ SozR 42500 Â§Â 109 NrÂ 58 RdNrÂ 16).

18
Bedingen anfÃ¤nglich zwei oder mehrere Diagnosen den stationÃ¤ren Krankenhausaufenthalt, sieht die ErlÃ¤uterung zu DKR D002f Â vorbehaltlich spezieller RegelungenÂ eine Auffangregelung vor. Sie stellt ausnahmsweise auf den quantitativen Aspekt des Ressourcenverbrauchs ab: â□□Wenn zwei oder mehrere Diagnosen in Bezug zu Aufnahme, Untersuchungsbefunden und/oder der durchgefÃ¼hrten Therapie gleichermaÃ□en die Kriterien fÃ¼r die Hauptdiagnose erfÃ¼llen und ICD10-Verzeichnisse und Kodierrichtlinien keine

VerschlÃ¼sselungsanweisungen geben, istÂ â¦Â diejenige auszuwÃ¤hlen, die fÃ¼r Untersuchung und/oder Behandlung die meisten Ressourcen verbraucht hat. Hierbei ist es unerheblich, ob die Krankheiten verwandt sind oder nicht.â Soweit die ErlÃ¤uterung hierbei darauf verweist, dass âder behandelnde Arztâ die Hauptdiagnose auszuwÃ¤hlen hat, ist dies nur in einem tatsÃ¤chlichen Sinn zu verstehen. Die Beurteilung, ob eine Diagnose als Hauptdiagnose zu kodieren ist, bemisst sich nach objektiven MaÃstÃ¤ben. Sie erfordert kein an eine bestimmte Person gebundenes hÃ¶chstpersÃ¶nliches Fachurteil, sondern kann jederzeit durch einen unabhÃ¤ngigen SachverstÃ¤ndigen nachvollzogen werden. Sie unterliegt im Streitfall der vollen richterlichen NachprÃ¼fung (vgl BSG vom 21.4.2015 Â BÂ 1Â KR 9/15Â RÂ BSGE 118, 225 = SozR 42500 Â§Â 109 NrÂ 45, RdNrÂ 17; BSG vom 5.7.2016 Â BÂ 1Â KR 40/15Â RÂ SozR 42500 Â§Â 109 NrÂ 58 RdNrÂ 16). MaÃgeblich ist dabei allein der Ressourcenverbrauch. Die zeitliche Abfolge der stationÃ¤ren Behandlung zweier oder mehrerer im Zeitpunkt der Krankenhausaufnahme stationÃ¤r behandlungsbedÃ¼rftiger Diagnosen spielt keine Rolle (vgl BSG vom 5.7.2016 Â BÂ 1Â KR 40/15Â RÂ SozR 42500 Â§Â 109 NrÂ 58 RdNrÂ 16).

19
Ausgehend hiervon prÃ¤zisiert der Senat seine Rechtsprechung wie folgt: Liegen Â ex-post betrachtetÂ schon bei Aufnahme ins Krankenhaus mehrere Leiden objektiv vor, die stationÃ¤r behandlungsbedÃ¼rftig sind, sind diese Â vorbehaltlich spezieller RegelungenÂ immer nach dem Grad ihres Ressourcenverbrauchs zu gewichten. Das gilt unabhÃ¤ngig davon, welche Leiden bei der Aufnahmeuntersuchung erkannt wurden oder erkennbar waren. Es spielt deshalb keine Rolle, ob der Patient bei der Aufnahme ins Krankenhaus Symptome aufwies, anhand derer die zunÃ¤chst unerkannt gebliebene Diagnose erkennbar gewesen wÃ¤re. Dies ergibt sich aus der hier maÃgeblichen Auslegung nach Wortlaut und unterstÃ¼tzenden systematischen ErwÃ¤gungen.

20
Die âVeranlassung des stationÃ¤ren Aufenthaltsâ ist nach der oben dargestellten stÃ¤ndigen Rechtsprechung des Senats nicht subjektiv ex ante, sondern objektiv ex post zu verstehen. Dass es niemals auf die (subjektive) Handlungstendenz des Krankenhauses ankommen kann, ergibt sich aus dem Wortlaut ânach Analyseâ. WÃ¼rde die stationÃ¤re BehandlungsbedÃ¼rftigkeit aufgrund einer bestimmten Aufnahmediagnose fehlerhaft angenommen, fehlte es anderenfalls an einer die Aufnahme begrÃ¼ndenden Hauptdiagnose, die kodiert werden kÃ¶nnte, wenn eine weitere, die stationÃ¤re Aufnahme begrÃ¼ndende Diagnose im Zeitpunkt der Aufnahme nicht erkannt wÃ¼rde oder gar nicht erkennbar wÃ¤re. Auch dieses Ergebnis wÃ¤re mit der Festlegung der Hauptdiagnose ânach Analyseâ nicht vereinbar. Nichts anderes ergibt sich aus den Fallbeispielen zur DKR D002f (vgl jetzt auch Schlichtungsausschuss nach Â§Â 19 KHG, DKR D002u, âEntscheidung zu der KDE 294â).

21
dd)Â Nach diesen MaÃstÃ¤ben kodierte das Krankenhaus zu Recht ICD-10GM I35.0 (Aortenklappenstenose) als Hauptdiagnose. Nach den mit VerfahrensrÃ¼gen nicht

angegriffenen Feststellungen des LSG litt die Versicherte schon bei ihrer Aufnahme in das Krankenhaus unter einer seit Jahren bestehenden, jedenfalls im Zeitpunkt der Aufnahme ins Krankenhaus mittels TAVI behandlungsbedÃ¼rftigen Aortenklappenstenose mit hochgradiger EinschrÃ¤nkung der linksventrikulÃ¤ren Pumpfunktion. Nach den weiteren Feststellungen des LSG verbrauchte das Krankenhaus fÃ¼r die TAVI mehr Ressourcen als fÃ¼r die Bohrlochtrepanation mit HÃ¤matomevakuation.

22
ee)Â Nach der Groupierungslogik steuert die Diagnose ICD-10GM I35.0 die vom Krankenhaus abgerechneten DRG F98Z an. Hieraus und aus den weiteren Â zwischen den Beteiligten im Ãbrigen nicht streitigenÂ VergÃ¼tungsbestandteilen ergibt sich der vom Krankenhaus in Rechnung gestellte Betrag.

23
3.Â Das Krankenhaus hat auch Anspruch auf Verzugszinsen im Umfang der von den Vorinstanzen zuerkannten Zinsen auf den nicht erfÃ¼llten VergÃ¼tungsanspruch nach MaÃgabe des Â§Â 288 AbsÂ 1 BGB (vgl BSG vom 21.4.2015 Â BÂ 1Â KR 10/15Â RÂ juris RdNrÂ 18 mwN).

24
4.Â Die Kostenentscheidung beruht auf Â§Â 197a AbsÂ 1 SatzÂ 1 TeilsatzÂ 1 SGG iVm Â§Â 155 AbsÂ 1 SatzÂ 3 VwGO. Die Streitwertfestsetzung folgt aus Â§Â 197a AbsÂ 1 SatzÂ 1 TeilsatzÂ 1 SGG iVm Â§Â 63 AbsÂ 2 SatzÂ 1, Â§Â 52 AbsÂ 1 undÂ 3 SatzÂ 1 sowie Â§Â 47 AbsÂ 1 SatzÂ 1 GKG.

Â

Erstellt am: 06.02.2024

Zuletzt verändert am: 21.12.2024