

B 1 KR 25/22 R

Land
Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht
Bundessozialgericht
Sachgebiet
Krankenversicherung
1. Instanz
SG Gotha (FST)
Aktenzeichen
S 9 KR 3024/16
Datum
15.02.2018
2. Instanz
Thüringer LSG
Aktenzeichen
L 6 KR 421/18
Datum
26.08.2021
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 1 KR 25/22 R
Datum
29.08.2023
Kategorie
Urteil
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.

Die Revision der Beklagten gegen das Urteil des Thüringer Landessozialgerichts vom 26. August 2021 wird zurückgewiesen.

Die Beklagte trägt auch die Kosten des Revisionsverfahrens.

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

G r ü n d e :

I

1

Die Beteiligten streiten über die Vergütung stationärer Krankenhausbehandlung.

2

Die Klägerin ist Trägerin eines nach [§ 108 SGB V](#) zugelassenen Krankenhauses (im Folgenden: Krankenhaus), in dem die bei der beklagten Krankenkasse (im Folgenden: KK) versicherte H (im Folgenden: Versicherte) vom 22.11.2013 bis 2.1.2014 stationär behandelt wurde. Dem vorausgegangen war eine notfallmäßige Erstaufnahme in ein anderes Krankenhaus wegen neu aufgetretener Schwäche des Nervus facialis links und Dysarthrie (kombinierte Sprech- und Stimmstörung) bei Schlaganfallverdacht mit Verlegung am selben Tag in das Krankenhaus der Klägerin. Der Versicherten wurde dort zunächst zur Entfernung eines MRT-gesicherten, unter der harten Hirnhaut liegenden Blutergusses die Schädeldecke eröffnet 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 stationären 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) durchgeführt. Das Krankenhaus kodierte als Hauptdiagnose ICD-10GM I35.0 (Aortenklappenstenose), steuerte unter Berücksichtigung zahlreicher Nebendiagnosen und Prozeduren die Fallpauschale (DRG) F98Z (Komplexe minimalinvasive Operationen an Herzklappen) an und stellte der KK 39 086,29 Euro in Rechnung, die die KK zunächst beglich. Die KK ging nach Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) davon aus, dass zutreffende Hauptdiagnose ICD-10GM I62.02 (Subdurale Blutung <nichttraumatisch> chronisch) sei, weil die Versicherte zur Behandlung des chronischen Subduralhämatoms im Krankenhaus vollstationär aufgenommen worden sei. Diese Hauptdiagnose steuert die deutlich geringer vergütete Fallpauschale B02D (Komplexe Kraniotomie ...) an. Den Differenzbetrag von 20 026,17 Euro verrechnete die KK mit unstrittigen Vergütungsforderungen. Das SG hat die KK nach Einholung eines Sachverständigengutachtens zur Zahlung von 20 026,18 Euro nebst Zinsen verurteilt (Urteil vom 15.2.2018). Das LSG hat nach Einholung eines weiteren Sachverständigengutachtens die Berufung der KK zurückgewiesen. Die Kodierung der Hauptdiagnose richte sich hier nach DKR D002f. Unter Berücksichtigung der hierzu ergangenen Rechtsprechung des BSG (Hinweis auf BSG vom 5.7.2016 [B 1 KR 40/15 R](#) SozR 42500 § 109 Nr 58 RdNr 14 ff) seien der Zeitpunkt der Krankenaufnahme und die zu diesem Zeitpunkt bestehenden Diagnosen und deren stationäre Behandlungsbedürftigkeit entscheidend. Dafür genüge auch, dass die Diagnosen erst "nach Analyse" aufgrund einer objektiv zu treffenden ex-post-Betrachtung benannt werden

könnten. Die Aortenklappenstenose mit hochgradiger Einschränkung der linksventrikulären Pumpfunktion sei am 9.12.2013 erkannt worden. Die Stenose habe nach den überzeugenden Gutachten schon viele Jahre zuvor bestanden und sei bei Aufnahme der Versicherten am 22.11.2013 stationär behandlungsbedürftig gewesen. Aufgrund des größeren Ressourcenverbrauchs sei die Aortenklappenstenose die zu kodierende Hauptdiagnose (Urteil vom 26.8.2021).

3

Die KK rügt die Verletzung von DKR D002f. Sie verweist auf deren Wortlaut und die Urteile des erkennenden Senats vom 21.4.2015 ([B 1 KR 9/15 R BSGE 118, 225](#) = SozR 42500 § 109 Nr 45), vom 5.7.2016 ([B 1 KR 40/15 R](#) SozR 42500 § 109 Nr 58) und vom 20.3.2018 ([B 1 KR 25/17 R](#) SozR 45562 § 9 Nr 11). Daraus ergebe sich, dass eine im Zeitpunkt der Aufnahme eines Patienten in das Krankenhaus nicht erkannte, aber stationär behandlungsbedürftige Erkrankung auch dann nicht als Hauptdiagnose kodiert werden dürfe, wenn sie im Laufe des Krankenhausaufenthalts diagnostiziert und behandelt werde. Denn es komme auf die Diagnose an, die Veranlassung für die stationäre Aufnahme gegeben habe. Dies könne nur die Erkrankung sein, die entweder unmittelbar oder aber aufgrund ihrer bereits vorliegenden, respektive diagnostizierten Symptome maßgeblich für die Entscheidung des Krankenhausarztes sei, den Patienten stationär aufzunehmen. Eine später diagnostizierte Erkrankung, die bei Aufnahme nicht bekannt gewesen sei, könne die stationäre Aufnahme nicht begründet haben.

4

In der mündlichen Verhandlung hat die Klägerin die Klage in Höhe von 0,01 Euro zurückgenommen.

5

Die Beklagte beantragt,

die Urteile des Thüringer Landessozialgerichts vom 26. August 2021 und des Sozialgerichts Gotha vom 15. Februar 2018 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

6

Die Klägerin beantragt,

die Revision zurückzuweisen.

7

Sie hält die angegriffene Entscheidung für zutreffend.

II

8

Die Revision der beklagten KK ist unbegründet ([§ 170 Abs 1 Satz 1 SGG](#)). Das LSG hat deren Berufung gegen das SGUrteil zu Recht zurückgewiesen. Die vom klagenden Krankenhaus erhobene (echte) Leistungsklage ist im hier bestehenden Gleichordnungsverhältnis zulässig (stRspr; vgl BSG vom 16.12.2008 [B 1 KN 1/07 KR R BSGE 102, 172](#) = [SozR 42500 § 109 Nr 13](#), RdNr 9; BSG vom 16.8.2021 [B 1 KR 18/20 R BSGE 133, 24](#) = [SozR 42500 § 2 Nr 17](#), RdNr 7) und begründet. Dem Krankenhaus steht der zuletzt streitig gebliebene Vergütungsanspruch von 20 026,17 Euro für die Behandlung anderer Versicherter zu (dazu 1.). Der Vergütungsanspruch ist nicht durch Aufrechnung mit einer Gegenforderung erloschen (dazu 2.). Dem Krankenhaus steht auch der geltend gemachte Zinsanspruch zu (dazu 3.).

9

1. Es ist zwischen den Beteiligten zu Recht nicht streitig, dass das Krankenhaus aufgrund stationärer Behandlung anderer Versicherter der KK gemäß [§ 109 Abs 4 Satz 3 SGB V](#) iVm [§ 17b KHG](#), [§ 7 Abs 1 Satz 1](#), [Abs 2](#) und [§ 9 Abs 1 KHEntgG](#) sowie der maßgeblichen Fallpauschalenvereinbarung (FPV) einen fälligen und erfüllbaren Anspruch auf die Vergütung in der streitgegenständlichen Höhe hatte. Eine nähere Prüfung zur Höhe der streitigen Beträge erübrigt sich (vgl zur Zugrundelegung bei unstrittiger Berechnungsweise BSG vom 26.5.2020 [B 1 KR 26/18 R](#) juris RdNr 11 mwN).

10

2. Dieser Vergütungsanspruch ist nicht durch Aufrechnung mit einer aus dem Behandlungsfall der Versicherten resultierenden Gegenforderung der KK erloschen. Ein Erstattungsanspruch wegen überzahlter Vergütung für die Behandlung der Versicherten, mit der die KK aufrechnete, bestand nicht. Das Krankenhaus hatte dem Grunde nach Anspruch auf Vergütung für die stationäre Behandlung der Versicherten (dazu a). Die stationäre Behandlung erfüllte auch die Voraussetzungen der DRG F98Z. Das Krankenhaus rechnete sachlich-rechnerisch richtig 39 086,29 Euro ab, die die KK zu Recht zahlte (dazu b).

11

a) Die Zahlungsverpflichtung einer KK entsteht unabhängig von einer Kostenzusage unmittelbar mit Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten kraft Gesetzes, wenn die Versorgung in einem zugelassenen Krankenhaus durchgeführt wird und iS von [§ 39 Abs 1 Satz 2 SGB V](#) erforderlich und wirtschaftlich ist (stRspr; vgl zB BSG vom 8.11.2011 [B 1 KR 8/11 R BSGE 109, 236](#) = [SozR 45560 § 17b Nr 2](#), RdNr 13, 15; BSG vom 19.11.2019 [B 1 KR 33/18 R](#) SozR 42500 § 109 Nr 77 RdNr 10 mwN; BSG vom 19.3.2020 [B 1 KR 20/19 R BSGE 130, 73](#) = [SozR 42500 § 12 Nr 18](#), RdNr 11). Diese Grundvoraussetzungen waren nach dem Gesamtzusammenhang der unangegriffenen, den Senat bindenden Feststellungen des LSG ([§ 163 SGG](#)) hinsichtlich des neurochirurgischen und des kardiologischen Eingriffs erfüllt.

12

b) Das Krankenhaus hatte Anspruch auf die von ihr berechneten und von der KK bezahlten 39 086,29 Euro. Das Krankenhaus durfte nach dem maßgeblichen Recht (dazu aa) und den dabei anzuwendenden Auslegungsgrundsätzen (dazu bb) gemäß der DKR D002f (dazu cc) ICD-10GM I35.0 (Aortenklappenstenose) iS einer von zwei Diagnosen, die gleichermaßen der Definition der Hauptdiagnose entsprechen, als Hauptdiagnose kodieren (dazu dd). Diese Hauptdiagnose steuert hier die DRG F98Z an (dazu ee).

13

aa) 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 § 1 Abs 6 Satz 1 FPV 2013; vgl für die stRspr zum rechtlichen Rahmen der Klassifikationssysteme und des Gruppierungsvorgangs: BSG vom 19.6.2018 [B 1 KR 39/17 R](#) SozR 45562 § 9 Nr 10 RdNr 13 und 17 mwN). Dieser Grouper greift auf Daten zurück, die entweder als integrale Bestandteile des Programms mit vereinbart sind oder an anderer Stelle vereinbarte Regelungen wiedergeben. Zu Letzteren gehören die Fallpauschalen selbst, die von den Vertragspartnern auf Bundesebene getroffene Vereinbarung zu den DKR (hier Version 2013) für das GDRG-System? gemäß § 17b KHG, aber auch die Klassifikation des vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) bzw jetzt Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebenen OPS und ICD-10GM.

14
bb) Abrechnungsbestimmungen sind wegen ihrer Funktion im Gefüge der Ermittlung des Vergütungstatbestandes innerhalb eines vorgegebenen Vergütungssystems eng am Wortlaut orientiert und allenfalls unterstützt durch systematische Erwägungen auszulegen; Bewertungen und Bewertungsrelationen bleiben außer Betracht (vgl BSG vom 8.11.2011 [B 1 KR 8/11 R](#) [BSGE 109, 236](#) = SozR 45560 § 17b Nr 2, RdNr 27; BSG vom 16.7.2020 [B 1 KR 16/19 R](#) SozR 45562 § 9 Nr 16 RdNr 17, jeweils mwN). Zu den Abrechnungsbestimmungen gehören insbesondere auch die DKR. Dabei kommt auch den in den DKR enthaltenen Erläuterungen zu den einzelnen Kodierrichtlinien normative Wirkung zu, soweit sie ergänzende Regelungen enthalten (vgl BSG vom 21.4.2015 [B 1 KR 9/15 R](#) [BSGE 118, 225](#) = SozR 42500 § 109 Nr 45, RdNr 15; BSG vom 5.7.2016 [B 1 KR 40/15 R](#) SozR 42500 § 109 Nr 58 RdNr 14).

15
cc) Die Hauptdiagnose als Singular formuliert impliziert, dass es überhaupt nur eine, nicht aber zugleich mehrere "Hauptdiagnosen" 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 [B 1 KR 8/11 R](#) [BSGE 109, 236](#) = SozR 45560 § 17b Nr 2, RdNr 42; BSG vom 21.4.2015 [B 1 KR 9/15 R](#) [BSGE 118, 225](#) = SozR 42500 § 109 Nr 45, RdNr 17).

16
Die Hauptdiagnose wird nach der DKR D002f definiert als die Diagnose, die nach Analyse als diejenige festgestellt wurde, die hauptsächlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthalts des Patienten verantwortlich ist. Zentraler Begriff ist für die DKR D002f die "Veranlassung" des stationären Krankenhausaufenthalts. Sie meint die ursächliche Auslösung des stationären Behandlungsgeschehens. Das zeitliche Moment als ein wesentliches Definitionsmerkmal grenzt dabei von später hinzugetretenen Diagnosen ab, die ebenfalls stationäre Behandlungsbedürftigkeit bedingen. Ein bereits objektiv zutreffend veranlasster stationärer Krankenhausaufenthalt kann nicht später, nach Aufnahme in das Krankenhaus nochmals veranlasst, sondern allenfalls aufrechterhalten werden. Diagnosen, die erst nachfolgend Behandlungsbedürftigkeit begründen, sind irrelevant. Insbesondere kommt es nicht darauf an, dass die den stationären Krankenhausaufenthalt veranlassende Diagnose zugleich den größeren Anteil am Ressourcenverbrauch hat. Wie die Anmerkung 1 zu DKR D002f zeigt, war dem Normgeber bewusst, dass Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthalts nicht notwendig Veranlassung des überwiegenden Teils des Ressourcenverbrauchs bedeutet (vgl BSG vom 21.4.2015 [B 1 KR 9/15 R](#) [BSGE 118, 225](#) = SozR 42500 § 109 Nr 45, RdNr 16).

17
Das zweite wesentliche Definitionsmerkmal der Hauptdiagnose ist der Begriff "nach Analyse". Er verdeutlicht, dass es nicht auf die subjektive oder objektiv erzielbare Einweisungs- oder Aufnahmediagnose ankommt, sondern allein auf die objektive ex-post-Betrachtung der Aufnahmegründe am Ende der Krankenhausbehandlung. Es ist für die Bestimmung der Hauptdiagnose ohne Belang, dass eine fehlerhafte Diagnose des einweisenden Arztes und des aufnehmenden Krankenhausarztes unter Berücksichtigung der ex ante vorhandenen Informationen bei Aufnahme des Patienten objektiv lege artis erfolgte. Maßgeblich ist allein die objektiv zutreffende ex-post-Betrachtung (vgl BSG vom 21.4.2015 [B 1 KR 9/15 R](#) [BSGE 118, 225](#) = SozR 42500 § 109 Nr 45, RdNr 19; BSG vom 5.7.2016 [B 1 KR 40/15 R](#) SozR 42500 § 109 Nr 58 RdNr 16).

18
Bedingen anfänglich zwei oder mehrere Diagnosen den stationären Krankenhausaufenthalt, sieht die Erläuterung zu DKR D002f vorbehaltlich spezieller Regelungen eine Auffangregelung vor. Sie stellt ausnahmsweise auf den quantitativen Aspekt des Ressourcenverbrauchs ab: "Wenn zwei oder mehrere Diagnosen in Bezug zu Aufnahme, Untersuchungsbefunden und/oder der durchgeführten Therapie gleichermaßen die Kriterien für die Hauptdiagnose erfüllen und ICD10-Verzeichnisse und Kodierrichtlinien keine Verschlüsselungsanweisungen geben, ist ... diejenige auszuwählen, die für Untersuchung und/oder Behandlung die meisten Ressourcen verbraucht hat. Hierbei ist es unerheblich, ob die Krankheiten verwandt sind oder nicht." Soweit die Erläuterung hierbei darauf verweist, dass "der behandelnde Arzt" die Hauptdiagnose auszuwählen hat, ist dies nur in einem tatsächlichen Sinn zu verstehen. Die Beurteilung, ob eine Diagnose als Hauptdiagnose zu kodieren ist, bemisst sich nach objektiven Maßstäben. Sie erfordert kein an eine bestimmte Person gebundenes höchstpersönliches Fachurteil, sondern kann jederzeit durch einen unabhängigen Sachverständigen nachvollzogen werden. Sie unterliegt im Streitfall der vollen richterlichen Nachprüfung (vgl BSG vom 21.4.2015 [B 1 KR 9/15 R](#) [BSGE 118, 225](#) = SozR 42500 § 109 Nr 45, RdNr 17; BSG vom 5.7.2016 [B 1 KR 40/15 R](#) SozR 42500 § 109 Nr 58 RdNr 16). Maßgeblich ist dabei allein der Ressourcenverbrauch. Die zeitliche Abfolge der stationären Behandlung zweier oder mehrerer im Zeitpunkt der Krankenhausaufnahme stationär behandlungsbedürftiger Diagnosen spielt keine Rolle (vgl BSG vom 5.7.2016 [B 1 KR 40/15 R](#) SozR 42500 § 109 Nr 58 RdNr 16).

19
Ausgehend hiervon präzisiert der Senat seine Rechtsprechung wie folgt: Liegen ex-post betrachtet schon bei Aufnahme ins Krankenhaus mehrere Leiden objektiv vor, die stationär behandlungsbedürftig sind, sind diese vorbehaltlich spezieller Regelungen immer nach dem Grad ihres Ressourcenverbrauchs zu gewichten. Das gilt unabhängig 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 zunächst unerkannt gebliebene Diagnose erkennbar gewesen wäre. Dies ergibt sich aus der hier maßgeblichen Auslegung nach Wortlaut und unterstützenden systematischen Erwägungen.

20
Die "Veranlassung des stationären Aufenthalts" ist nach der oben dargestellten ständigen 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 "nach Analyse". Würde die stationäre Behandlungsbedürftigkeit aufgrund einer bestimmten

Aufnahmediagnose fehlerhaft angenommen, fehlte es anderenfalls an einer die Aufnahme begründenden Hauptdiagnose, die kodiert werden könnte, wenn eine weitere, die stationäre Aufnahme begründende Diagnose im Zeitpunkt der Aufnahme nicht erkannt würde oder gar nicht erkennbar wäre. Auch dieses Ergebnis wäre mit der Festlegung der Hauptdiagnose "nach Analyse" nicht vereinbar. Nichts anderes ergibt sich aus den Fallbeispielen zur DKR D002f (vgl jetzt auch Schlichtungsausschuss nach § 19 KHG, DKR <2023> D002u, "Entscheidung zu der KDE 294").

21

dd) Nach diesen Maßstäben kodierte das Krankenhaus zu Recht ICD-10GM I35.0 (Aortenklappenstenose) als Hauptdiagnose. Nach den mit Verfahrensrügen 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 behandlungsbedürftigen Aortenklappenstenose mit hochgradiger Einschränkung der linksventrikulären Pumpfunktion. Nach den weiteren Feststellungen des LSG verbrauchte das Krankenhaus für die TAVI mehr Ressourcen als für die Bohrlochtrepanation mit Hämatomevakuierung.

22

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

23

3. Das Krankenhaus hat auch Anspruch auf Verzugszinsen im Umfang der von den Vorinstanzen zuerkannten Zinsen auf den nicht erfüllten Vergütungsanspruch nach Maßgabe des [§ 288 Abs 1 BGB](#) (vgl BSG vom 21.4.2015 [B 1 KR 10/15 R](#) juris RdNr 18 mwN).

24

4. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs 1 Satz 1 Teilsatz 1 SGG](#) iVm [§ 155 Abs 1 Satz 3 VwGO](#). Die Streitwertfestsetzung folgt aus [§ 197a Abs 1 Satz 1 Teilsatz 1 SGG](#) iVm [§ 63 Abs 2 Satz 1](#), [§ 52 Abs 1](#) und 3 Satz 1 sowie [§ 47 Abs 1 Satz 1 GKG](#).

Rechtskraft

Aus

Saved

2024-02-06