

BUNDESSOZIALGERICHT



Beschluss in dem Rechtsstreit

Az: B 1 KR 16/13 B

L 1 KR 23/11 (LSG Niedersachsen-Bremen)
S 10 KR 875/09 (SG Hannover)

.....,

Klägerin und Beschwerdegegnerin,

Prozessbevollmächtigter:

.....,

g e g e n

BAHN-BKK,
Franklinstraße 54, 60486 Frankfurt am Main,

Beklagte und Beschwerdeführerin.

Der 1. Senat des Bundessozialgerichts hat am 2. Juli 2013 durch den
Präsidenten M a s u c h sowie die Richter Prof. Dr. H a u c k und Dr. E s t e l m a n n
beschlossen:

Die Beschwerde der Beklagten gegen die Nichtzulassung der Revision im Urteil des Landes-
sozialgerichts Niedersachsen-Bremen vom 19. Dezember 2012 wird als unzulässig verworfen.

Die Beklagte trägt auch die Kosten des Beschwerdeverfahrens.

Der Streitwert wird auf 1906,43 Euro festgesetzt.



JLaw – Gesetze und Urteile
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
[\(mobile App\)](#)



Gründe :

I

- 1 Die Klägerin, Trägerin eines nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhauses, ist in den Vorinstanzen mit ihrem Begehren auf Zahlung von 1906,43 Euro Restvergütung für die stationäre Behandlung der bei der beklagten Krankenkasse versicherten W. M. in der Zeit vom 10. bis 17.7.2006 erfolgreich gewesen. Das LSG hat zur Begründung ua ausgeführt, die maßgeblichen Diagnosen hätten die in Rechnung gestellte DRG F21Z mit einem Rechnungsbetrag von 5070,63 Euro gerechtfertigt, sodass die von der Beklagten erklärte Aufrechnung in Höhe von 1906,43 Euro unwirksam gewesen sei (*Urteil vom 19.12.2012*).
- 2 Die Beklagte wendet sich mit ihrer Beschwerde gegen die Nichtzulassung der Revision im LSG-Urteil.

II

- 3 Die Beschwerde der Beklagten ist unzulässig und daher gemäß § 160a Abs 4 S 1 Halbs 2 SGG iVm § 169 S 3 SGG zu verwerfen. Ihre Begründung entspricht nicht den aus § 160a Abs 2 S 3 SGG abzuleitenden Anforderungen an die Darlegung des geltend gemachten Revisionszulassungsgrundes der grundsätzlichen Bedeutung.
- 4 Wer sich - wie hier die Beklagte - auf den Zulassungsgrund der grundsätzlichen Bedeutung der Rechtssache (§ 160 Abs 2 Nr 1 SGG) beruft, muss eine Rechtsfrage klar formulieren und ausführen, inwiefern diese Frage im angestrebten Revisionsverfahren entscheidungserheblich sowie klärungsbedürftig und über den Einzelfall hinaus von Bedeutung ist (*vgl. zB BSG SozR 3-1500 § 160a Nr 21 S 38; BSG SozR 3-4100 § 111 Nr 1 S 2 f; s auch BSG SozR 3-2500 § 240 Nr 33 S 151 f mwN*).
- 5 Die Beklagte formuliert schon keine klaren Rechtsfragen, sondern vielmehr die folgenden Fragen:

"1. Darf ein Krankenhaus entsprechend höherwertige Kodierungen vornehmen, wenn der erforderliche Kausalzusammenhang nicht gegeben ist bzw. nicht festgestellt werden kann, ob die zur Aufnahme führende Diagnose eine Manifestation der kodierten Hauptdiagnose war bzw. dem zur Aufnahme führenden Symptom zugrunde lag ?
2. Darf ein Krankenhaus eine entsprechende Diagnose kodieren, wenn eine entsprechende Aufklärung geplant ist, deren Durchführung aber an der Ablehnung des Patienten (Versicherten) scheitert?"



3. Ist es rechtlich nicht zu beanstanden, die Kodierung einer Diagnose zu würdigen, die ohne objektivierbaren Nachweis aus der Fallakte, lediglich auf der Vermutung eines kausalen Zusammenhangs zwischen Krankheitsbildern beruht, den ein Sachverständiger durch die Kodierung des Krankenhauses selbst als bestätigt ansieht?"

- 6 Die von der Beklagten formulierten Fragen sind weder aus sich heraus verständlich noch verdeutlicht die Beklagte hinreichend, welche konkreten rechtlichen Regelungen die Fragen auslösen. Zudem legt die Beklagte auch die Klärungsbedürftigkeit der aufgeworfenen Fragen nicht hinreichend dar. Soweit die Beklagte mit der Frage 1. die Fragestellung andeutet, ob ein Krankenhaus eine Kodierung vornehmen darf, ohne dass der in der Fallpauschale vorausgesetzte Kausalzusammenhang besteht, verdeutlicht sie nicht, wieso die Antwort auf diese gestellte Frage mit rechtlichen Unklarheiten oder Zweifeln verknüpft sein könnte. Die Beklagte erklärt auch mit Blick auf Frage 2. nicht, woraus Klärungsbedarf erwachsen soll. So erläutern die Deutschen Kodierrichtlinien Version 2006 (DKR 2006) mit Blick auf die Bestimmung "D002d", dass Hauptdiagnose die Diagnose ist, die nach Analyse als diejenige festgestellt wurde, die hauptsächlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthaltes des Patienten verantwortlich ist. Der Begriff "nach Analyse" bezeichnet danach die Evaluation der Befunde am Ende des stationären Aufenthalts. Die nach Analyse festgestellte Hauptdiagnose muss nicht der Aufnahmediagnose oder Einweisungsdiagnose entsprechen. Wenn sich ein Patient mit einem Symptom vorstellt und die zugrundeliegende Krankheit zum Zeitpunkt der Aufnahme bekannt ist, jedoch nur das Symptom behandelt wird, ist das Symptom als Hauptdiagnose zu kodieren. Die zugrundeliegende Krankheit ist anschließend als Nebendiagnose zu kodieren, so die DKR 2006. Die Beklagte verdeutlicht nicht, inwiefern hiernach noch Klärungsbedarf besteht.
- 7 Die Beklagte legt zudem hinsichtlich der Frage 3. auch die Entscheidungserheblichkeit nicht hinreichend dar. Die Beklagte berücksichtigt nicht, dass der erkennende Senat in einem Revisionsverfahren nach Zulassung der Revision an die unangegriffenen Feststellungen des LSG gebunden wäre (§ 163 SGG). Die Beklagte legt aber weder dar noch ist sonst ersichtlich, dass das LSG nach seinen Feststellungen von einem vermuteten Kausalzusammenhang zwischen Krankheitsbildern ausgegangen ist. Hierzu hätte sie umso mehr Anlass gehabt, als sie stattdessen selber ausführt, das LSG sei dem Sachverständigen gefolgt. Er sei davon ausgegangen, es bestehe ein direkter kausaler Zusammenhang zwischen den Krankheitsbildern.
- 8 Der Senat sieht von einer weiteren Begründung ab (§ 160a Abs 4 S 2 Halbs 2 SGG).
- 9 Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Abs 1 S 1 Teils 3 SGG iVm § 154 Abs 2 VwGO, diejenige die über den Streitwert auf § 197a Abs 1 S 1 Teils 1 iVm § 63 Abs 2 S 1, § 52 Abs 1 und 3, § 47 Abs 1 und 3 GKG.

