

S 11 KR 66/15

Land

Freistaat Bayern

Sozialgericht

SG Würzburg (FSB)

Sachgebiet

Krankenversicherung

Abteilung

11

1. Instanz

SG Würzburg (FSB)

Aktenzeichen

S 11 KR 66/15

Datum

10.03.2016

2. Instanz

Bayerisches LSG

Aktenzeichen

-

Datum

-

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

-Vergütungsregelungen für die routinemäßige Abwicklung in zahlreichen Behandlungsfällen sind streng nach ihrem Wortlaut und den dazu vereinbarten Anwendungsregeln zu handhaben; dabei gibt es grundsätzlich keinen Raum für weitere Bewertungen und Abwägungen.

-Zur Kodierung der Nebendiagnose „Systemische prophylaktische Chemotherapie“ (ICD-10, Version 2012: Z29.21) im Jahr 2012.

-Nach den Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) für das Jahr 2012 ist es für die Kodierung einer Nebendiagnose nicht Voraussetzung, dass sie in Bezug auf die Haupterkrankung nicht gebotene Leistungen des Krankenhauses ausgelöst hat.

I. Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin 2.847,78 Euro nebst Zinsen in Höhe von 4 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 25.07.2013 zu zahlen.

II. Die Beklagte trägt die Kosten des Rechtsstreits. III. Der Streitwert wird auf 2.847,78 Euro festgesetzt.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt von der Beklagten Vergütung für eine im Jahr 2013 durchgeführte stationäre Krankenhausbehandlung eines Versicherten der Beklagten, wogegen sich die Beklagte mit einer Aufrechnung verteidigt.

Die bei der Beklagten gesetzlich krankenversicherte C. wurde in dem nach [§ 108 Ziffer 2 SGB V](#) zugelassenen Krankenhaus der Klägerin am 21. Juli 2012 zur Welt gebracht und bis zum 30. Juli 2012 stationär behandelt. Die Geburt erfolgte per sectio in der 39.

Schwangerschaftswoche bei grünem Fruchtwasser. Es wurden rezidivierende Hypoglykämien und eine respiratorische Anpassungsstörung festgestellt. Es erfolgte durch die Krankenhausärzte die Anlage einer zehnpromzentigen Glucose-Infusionstherapie, ein Monitoring der Vitalparameter und Inkubatorpflege. Zudem wurde eine prophylaktische Dreifach-Antibiose durchgeführt, die am vierten Tag bei normalisierten Laborwerten beendet wurde.

Die Klägerin rechnete den stationären Aufenthalt mit Endabrechnung vom 17. August 2012 mit insgesamt 6.218,35 Euro ab. Dabei legte sie die DRG-Fallpauschale "P67A" zugrunde. Als Hauptdiagnose kodierte die Klägerin: "Respiratorisches Versagen beim Neugeborenen" (ICD-10, Version 2012: P28.5). Als Nebendiagnose wurde insbesondere eine "systematische prophylaktische Chemotherapie" (ICD-10, Version 2012: Z29.21) kodiert. Die Rechnung wurde durch die Beklagte in der Folgezeit vollständig ausgeglichen.

Die Beklagte hatte Zweifel, ob die stationäre Behandlung korrekt kodiert wurde und beauftragte den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) mit einer Überprüfung. Die Gutachterin des MDK Dr. med. G. kam in ihrem Gutachten nach Aktenlage vom 01. Juli 2013 zu dem Ergebnis, dass die Nebendiagnose Z29.21 zu Unrecht kodiert worden sei. Es resultiere die DRG "P67B".

Nachdem die Beklagte dem Gutachten widersprochen hatte, wurde der MDK erneut durch die Beklagte mit der Begutachtung betraut. Die Gutachterin des MDK Dr. med. H. bestätigte in ihrem Gutachten nach Aktenlage vom 14. Oktober 2013 das Ergebnis der Vorgutachterin. Die respiratorische Anpassungsstörung habe durch die Antibiotikagabe das Patientenmanagement beeinflusst und sei deshalb als Symptom mit entsprechender Therapie kodierbar. Die Nebendiagnose Z29.21 sei deshalb zu Unrecht kodiert worden, weil eine Z-Diagnose nur dann verwendet werden könne, wenn Diagnosen oder Symptome bestünden, die nicht als Krankheit, Verletzung oder äußere Ursache unter den Kategorien A00 bis Y89 klassifizierbar seien. Dies sei nicht der Fall, denn es könne eine "Infektion, die für die Perinatalperiode spezifisch ist" (ICD-10, Version 2012: P38.9) als Verdachtsdiagnose kodiert werden.

Am 23. Juli 2013 erklärte die Beklagte die Aufrechnung in Höhe von 2.847,78 Euro.

Die Klägerin hat am 17. Februar 2015 Klage zum Sozialgericht Würzburg erhoben. Die unstrittige Forderung in Höhe von 2.847,78 Euro sei nicht durch Aufrechnung mit einem Rückforderungsanspruch wegen der Behandlung der Versicherten erloschen. Da die Rückforderung bestritten wurde, habe schon keine fällige und erfüllbare Gegenforderung der Beklagten vorgelegen. Zudem habe kein öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch bestanden, denn die Nebendiagnose Z29.21 sei zu Recht kodiert worden. Wegen der unspezifischen Symptome sei eine prophylaktische systematische Antibiotikagabe indiziert gewesen, um eine Infektion oder die Vermeidung der Manifestation einer Infektion beim Früh- und Neugeborenen zu vermeiden. Dies entspreche der leitliniengerechten Behandlung. Der Sachverhalt könne an anderer Stelle in der ICD-Klassifikation nicht abgebildet werden, wie es die Vorbemerkung zum entsprechenden Kapitel in der ICD-Klassifikation verlange. Eine "Infektion, die für die Perinatalperiode spezifisch ist" (ICD-10, Version 2012: P38.9) dürfe als Verdachtsdiagnose nicht kodiert werden, da diese am Ende der stationären Krankenhausbehandlung sicher ausgeschlossen worden sei.

Die Klägerin beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin 2.847,78 Euro nebst Zinsen in Höhe von 4 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 25.07.2013 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Die Beklagte wiederholt im Wesentlichen die Ausführungen des MDK.

Das Gericht hat Beweis erhoben. Die Patientenakte über den stationären Krankenhausaufenthalt der Versicherten C. wurde beigezogen. Zudem hat das Gericht ein Gutachten nach Aktenlage des Facharztes für Frauenheilkunde und Geburtshilfe Dr. E. beauftragt, das der Sachverständige am 10. September 2015 erstattet hat. Im Auftrag des Gerichts hat er am 28. Januar 2016 eine ergänzende Stellungnahme abgegeben.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes und des weiteren Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der Gerichtsakte, sowie auf den Inhalt der Akte der Beklagten Bezug genommen. Der Inhalt dieser Akten ist Gestand der mündlichen Verhandlung gewesen.

Entscheidungsgründe:

Die Klage ist zulässig und begründet.

Streitgegenstand ist die Frage, ob die unstrittige Forderung der Klägerin in Höhe von 2.847,78 Euro wegen der stationären Krankenhausbehandlung eines Versicherten der Beklagten durch Aufrechnung mit einem öffentlich rechtlichen Erstattungsanspruch der Beklagten in der selben Höhe in Bezug auf die stationäre Krankenhausbehandlung der Versicherten C. erloschen ist.

I. Die Klage ist zulässig.

Die Klage wurde zum sachlich ([§ 51 Sozialgerichtsgesetz - SGG -](#)) und örtlich ([§ 57 SGG](#)) zuständigen Sozialgericht Würzburg form- und fristgerecht erhoben.

Die Klage ist als echte Leistungsklage nach [§ 54 Abs. 5 SGG](#) statthaft, weil der mit der Klage verfolgte Anspruch der Klägerin auf Zahlung der Vergütung für eine stationäre Krankenhausbehandlung eines Versicherten der Beklagten aus einem Parteiengleichordnungsverhältnis stammt, der nicht durch Verwaltungsakt geltend gemacht werden kann. Ein Vorverfahren war nicht durchzuführen. Auch die Einhaltung einer Klagfrist war nicht geboten (ständige Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG), vgl. insbesondere BSG, Urteil vom 10.04.2008, [B 3 KR 20/07 R](#), Juris; Urteil vom 08.11.2011, B 11 KR 8/11 R, Juris).

II. Die Klage ist begründet.

1. Der von der Klägerin geltend gemachte Vergütungsanspruch in Höhe von 2.847,78 Euro wegen der stationären Behandlung eines Versicherten der Beklagten ist dem Grunde und der Höhe nach zwischen den Beteiligten unstrittig. Soweit sich die beklagte Krankenkasse - wie vorliegend - gegenüber einer Klage auf Zahlung auf Vergütung ausschließlich im Rahmen der Primäraufrechnung mit einer Gegenforderung verteidigt, bedarf es bezüglich des (unstreitigen) Bestehens der Hauptforderung keiner weiteren tatsächlichen Feststellungen (BSG, Urteil vom 28.11.2013, [B 3 KR 33/12 R](#), Juris, Rn. 10; Urteil vom 22.07.2004, [B 3 KR 21/03 R](#), Juris Rn. 13; BSG, Urteil vom 03.08.2006, [B 3 KR 7/06 R](#), Juris Rn. 10).

2. Diese unstrittige Forderung der Klägerin ist nicht durch Aufrechnung analog [§ 389 Abs. 1 BGB](#) mit einem öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch der Beklagten in derselben Höhe wegen der stationären Krankenhausbehandlung der Versicherten C. erloschen. Die Voraussetzungen der Aufrechnung waren nicht erfüllt. Der Beklagten stand insbesondere kein Rückzahlungsanspruch gegen die Klägerin zu.

a. Ob überhaupt eine den Anforderungen des [§ 388 BGB](#) genügende Aufrechnungserklärung vorliegt und ob eine Aufrechnung mit einem bestrittenen Rückforderungsanspruch im Verhältnis zwischen zugelassenen Krankenhäusern und gesetzlichen Krankenkassen überhaupt zulässig ist, muss nicht entschieden werden. Die Aufrechnung scheitert jedenfalls daran, dass der Beklagten kein Rückzahlungsanspruch in Bezug auf die stationäre Krankenhausbehandlung der Versicherten C. zustand. Die Klägerin hatte die Behandlung korrekt abgerechnet.

b. Rechtsgrundlage eines solchen Anspruchs der Beklagten auf Rückzahlung der überzahlten Vergütung in Höhe von 2.847,78 Euro wäre ein öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch. Dieser Anspruch setzt insbesondere voraus, dass der Berechtigte - hier die beklagte Krankenkasse - im Rahmen eines öffentlich-rechtlichen Rechtsverhältnisses Leistungen ohne rechtlichen Grund erbracht hat. Dies ist hier nicht der Fall. Die Beklagte hat mit Rechtsgrund an die Klägerin geleistet.

aa. Die Klägerin erfüllte die Grundvoraussetzungen eines Anspruchs auf Krankenhausvergütung, indem sie die Versicherte vom 21. Juli 2012 bis zum 30. Juli 2012 stationär in ihrem Krankenhaus behandelte. Die Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse entsteht - unabhängig von einer Kostenzusage - unmittelbar mit Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten kraft Gesetzes, wenn die Versorgung - wie hier - in einem zugelassenen Krankenhaus durchgeführt wird und im Sinne von [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) erforderlich und wirtschaftlich ist (vgl. BSG, Urteil vom 21.04.2015, [B 1 KR 8/15 R](#), juris). Diese Voraussetzungen waren erfüllt. Dies ist zu Recht nicht zwischen den Beteiligten strittig.

bb. Die Klägerin hatte aus dieser Behandlung einen Anspruch auf 6.218,35 Euro, einschließlich der strittigen 2.847,78 Euro. Zu Recht sind die Beteiligten darüber einig, dass der Anspruch auf diese Vergütung voraussetzt, dass die DRG "P67A" abzurechnen war. Die Voraussetzungen dieser DRG lagen nach Auffassung der Kammer auch vor.

(1) Die Vergütung nach Fallpauschalen und deren Höhe ergibt sich für die Behandlung der Versicherten im Jahr 2012 bei DRG-Krankenhäusern wie jenen des klagenden Krankenhausträgers nach [§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) in Verbindung mit § 7 Satz 1 Nr. 1 des Gesetzes über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen "Krankenhausentgeltgesetz" (KHEntgG) und § 17b des Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze "Krankenhausfinanzierungsgesetz" (KHG). Der Anspruch wird auf Bundesebene durch Normsetzungsverträge konkretisiert. Im vorliegenden Fall sind insbesondere die Fallpauschalenvereinbarung 2012 und die Vereinbarung zu den Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) für das Jahr 2012 maßgebend. Die DRG "P67A" wird hier nur dann im Gruppierungsvorgang (vgl. hierzu: BSG, Urteil vom 21.04.2015, [B 1 KR 8/15 R](#), juris) angesteuert, wenn eine "systematische prophylaktische Chemotherapie" (ICD-10, Version 2012: Z29.21) als Nebendiagnose zu kodieren ist. Dies war vorliegend der Fall.

(2) Vergütungsregelungen für die routinemäßige Abwicklung in zahlreichen Behandlungsfällen sind streng nach ihrem Wortlaut und den dazu vereinbarten Anwendungsregeln zu handhaben; dabei gibt es grundsätzlich keinen Raum für weitere Bewertungen und Abwägungen. Ergeben sich bei der Abrechnung Wertungswidersprüche und sonstige Ungereimtheiten, haben es die zuständigen Stellen durch Änderung des Fallpauschalenkatalogs, der OPS-Kodes und der DKR in der Hand, für die Zukunft Abhilfe zu schaffen. Eine systematische Interpretation der Vorschriften kann lediglich im Sinne einer Gesamtschau der im inneren Zusammenhang stehenden Bestimmungen des Regelwerks erfolgen, um mit ihrer Hilfe den Wortlaut der Leistungslegende klarzustellen (vgl. BSG, Urteil vom 21.04.2015, [B 1 KR 8/15 R](#), juris; BSG, Urteil vom 18.07.2013, [B 3 KR 25/12 R](#), juris).

(3) Unter Berücksichtigung dessen durfte die Klägerin die Nebendiagnose "Z29.21" kodieren.

(3.1) Während des stationären Krankenhausaufenthaltes der Versicherten C. wurde eine "Systemische prophylaktische Chemotherapie" durchgeführt, die die Voraussetzungen der Diagnose "Z29.21" der ICD-Klassifikation, Version 2012, erfüllt.

Wie der ärztliche Sachverständige Dr. med. E. in seinem Gutachten vom 10. September 2015 zutreffend ausführt, fand wären des streitgegenständlichen Krankenhausaufenthaltes der Versicherten C. eine prophylaktische Antibiotikagabe statt. Eine prophylaktische Antibiotikagabe stellt nach dem System der ICD-Klassifikation eine "Sonstige prophylaktische Chemotherapie" dar, was sich unmittelbar aus der Aufzählung zum Unterkapitel "Z29.2-" ergibt.

Die weiteren Voraussetzungen der Diagnose "Z29.21", aus der Vorbemerkung zum Kapitel XXI der ICD-10-Klassifikation, Version 2012, das die hier strittige Diagnose "Z29.21" enthält, sind ebenfalls erfüllt. Dort wird insbesondere ausgeführt (Hervorhebung im Original):

"Kapitel XXI Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen (Z00-Z99)

Hinw.: Dieses Kapitel sollte nicht für internationale Vergleiche oder für die unikausale Mortalitätsverschlüsselung benutzt werden.

Die Kategorien Z00-Z99 sind für Fälle vorgesehen, in denen Sachverhalte als "Diagnosen" oder "Probleme" angegeben sind, die nicht als Krankheit, Verletzung oder äußere Ursache unter den Kategorien A00-Y89 klassifizierbar sind. Dies kann hauptsächlich auf zweierlei Art vorkommen:

a. Wenn eine Person, wegen einer Krankheit oder ohne krank zu sein, das Gesundheitswesen zu einem speziellen Zweck in Anspruch nimmt, z.B. um eine begrenzte Betreuung oder Grundleistung wegen eines bestehenden Zustandes zu erhalten, um ein Organ oder Gewebe zu spenden, sich prophylaktisch impfen zu lassen oder Rat zu einem Problem einzuholen, das an sich keine Krankheit oder Schädigung ist.

b. Wenn irgendwelche Umstände oder Probleme vorliegen, die den Gesundheitszustand einer Person beeinflussen, an sich aber keine bestehende Krankheit oder Schädigung sind. Solche Faktoren können bei Reihenuntersuchungen der Bevölkerung festgestellt werden, wobei eine Person krank sein kann oder nicht, oder sie werden als ein Zusatzfaktor dokumentiert, der dann berücksichtigt werden muss, wenn die Person wegen irgendeiner Krankheit oder Schädigung behandelt wird."

Der Sachverhalt, dass die Versicherte prophylaktisch mittels Chemotherapie behandelt werden musste, ist als nicht als Krankheit, Verletzung oder äußere Ursache unter den Kategorien A00-Y89 klassifizierbar. Insbesondere durfte der Sachverhalt nicht durch die Diagnose "Infektion, die für die Perinatalperiode spezifisch ist" (ICD-10, Version 2012: P38.9) abgebildet werden. Eine gesicherte Diagnose durfte deshalb nicht kodiert werden, weil sich anhand der Infektparameter zum Ende der stationären Krankenhausbehandlung gezeigt hat und durch den ärztlichen Sachverständigen und die Gutachter des MDK bestätigt wurde, dass eine Infektion tatsächlich nicht vorlag. Die Diagnose "P38.9" durfte - entgegen den Ausführungen des MDK im Gutachten vom 14. Oktober 2013 - auch nicht als Verdachtsdiagnose kodiert werden. Die Voraussetzungen nach den DKR 2012 lagen nicht vor. Im Kapitel D007f der DKR 2012 wird insoweit ausgeführt (Hervorhebung im Original):

"Verdachtsdiagnosen im Sinne dieser Kodierrichtlinie sind Diagnosen, die am Ende eines stationären Aufenthaltes weder sicher bestätigt noch sicher ausgeschlossen sind."

Hier konnte die Diagnose P38.9 am Ende des stationären Aufenthaltes sicher ausgeschlossen werden, weshalb die Kodierung als Verdachtsdiagnose ausgeschlossen ist.

Der Sachverhalt ist nicht bereits vollständig durch die Diagnose "Respiratorisches Versagen beim Neugeborenen" (ICD-10, Version 2012: P28.5), die auch die Hauptdiagnose des streitgegenständlichen stationären Krankenhausaufenthaltes bildete, klassifiziert. Die prophylaktische Chemotherapie fand nicht zur Behandlung des respiratorischen Versagens statt, sondern vielmehr wegen der Gefahr einer bestehenden Infektion. Der ärztliche Sachverständige Dr. med. E. hat in seinem Gutachten vom 10. September 2015 insoweit überzeugend ausgeführt, dass eine Störung der Atmung bei einem Neugeborenen ein sehr häufiges, aber nicht spezifisches Symptom einer Infektion darstellt. Dies bedeutet, dass bei vielen Neugeborenen eine Infektion tatsächlich vorliegt und im weiteren Verlauf auch sichere Zeichen einer Infektion nachgewiesen werden können, jedoch nicht bei allen Neugeborenen mit einer Atemstörung eine Infektion als Ursache nachgewiesen werden kann. Weiterhin wurde die Versicherte aus grünem Fruchtwasser geboren, was ebenfalls ein Risikofaktor für eine Infektion der Lunge darstellt. Würde man der Beklagten folgen und nur die Kodierung der Diagnose "P28.5" zulassen, wäre die prophylaktische Behandlung der damals potentiell bestehenden Infektion nicht abgebildet. Bei der prophylaktischen Chemotherapie handelte es sich vorliegend um eine Leistung, die gerade nicht in einer Erkrankung, insbesondere nicht in der respiratorischen Insuffizienz, begründet war und dennoch insoweit zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens geführt hat (vgl. auch "Anleitung zur Verschlüsselung" zur ICD-10 Klassifikation, Version 2012, Ziffer 4, 3. Absatz). Damit sind die Voraussetzungen aus der Vorbemerkung zum Kapitel XXI der ICD-10-Klassifikation, Version 2012, erfüllt. Es lag mit der Gefahr des Bestehens einer Infektion, die jedoch noch während des stationären Aufenthaltes ausgeschlossen werden konnte, ein "Problem" vor, dass nicht als Krankheit, Verletzung oder äußere Ursache unter den Kategorien A00-Y89 klassifizierbar ist.

(3.2) Die weiteren Voraussetzungen der DKR 2012 zur Kodierung der Nebendiagnose liegen ebenfalls vor. In den DKR 2012 finden sich unter D003i insbesondere folgende Ausführungen zur Nebendiagnose (Hervorhebungen im Original):

"Nebendiagnosen

Die Nebendiagnose ist definiert als:

"Eine Krankheit oder Beschwerde, die entweder gleichzeitig mit der Hauptdiagnose besteht oder sich während des Krankenhausaufenthaltes entwickelt."

Für Kodierungszwecke müssen Nebendiagnosen als Krankheiten interpretiert werden, die das Patientenmanagement in der Weise beeinflussen, dass irgendeiner der folgenden Faktoren erforderlich ist:

- therapeutische Maßnahmen
- diagnostische Maßnahmen
- erhöhter Betreuungs-, Pflege- und/oder Überwachungsaufwand

Bei Patienten, bei denen einer dieser erbrachten Faktoren auf mehrere Diagnosen ausgerichtet ist, können alle betroffenen Diagnosen kodiert werden [...]."

Diese Voraussetzungen sind erfüllt. Die Antibiotikagabe stellt eine das Patientenmanagement beeinflussende therapeutische Maßnahme dar, die durch die "Gefahr des Bestehens einer Infektion" ausgelöst wurde. Der Umstand, dass es den ärztlichen Leitlinien und Standards entspricht, worauf der ärztliche Sachverständige Dr. med. E. hingewiesen hat, im Falle einer Störung der Atmung und damit beim Vorliegen eines "respiratorischen Versagens beim Neugeborenen" - wegen der beschriebenen Gefahr, dass das respiratorische Versagen beim Neugeborenen lediglich ein Symptom einer dahinterstehenden Infektion ist (was hier nicht der Fall war) - eine prophylaktische Antibiose durchzuführen, steht der Kodierung der Nebendiagnose nicht entgegen.

Zwar war es nach älteren Versionen der DKR nicht gestattet eine Diagnose als Nebendiagnose zu kodieren, wenn diese Diagnose Leistungen ausgelöst hat, die auch nach dem Standartvorgehen für die Hauptdiagnose zu erbringen gewesen wären. Zusätzlich zur Hauptdiagnose kodierfähig waren demnach nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts nur solche Nebendiagnosen, deren Versorgung weitere und in Bezug auf die Haupteinkrankung nicht gebotene Leistungen des Krankenhauses ausgelöst hatten (BSG, Urteil vom 25.11.2010, [B 3 KR 4/10 R](#), juris). Ob dies hier der Fall war, muss nicht entschieden werden. Nach der hier anwendbaren Fassung der DKR 2012 ist dies nicht mehr Voraussetzung der Kodierung einer Nebendiagnose. Nunmehr wird ausdrücklich unter D003i ausgeführt, dass bei Patienten, bei denen eine der erbrachten Faktoren (insbesondere therapeutische Maßnahmen) auf mehrere Diagnosen ausgerichtet ist, alle betroffenen Diagnosen kodiert werden können. Da die Abrechnungsbestimmungen streng nach ihrem Wortlaut auszulegen sind, bezieht sich dies auch auf das Verhältnis zwischen Haupt- und Nebendiagnosen.

4. Der Anspruch auf Prozesszinsen ergibt sich aus der Pflegesatzvereinbarung für das Jahr 2013.

5. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) in Verbindung mit den [§§ 154 Abs. 1](#), [161 Abs. 1](#), [162 Abs. 1](#) und 2 VwGO. Die Streitwertfestsetzung beruht auf [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) in Verbindung mit [§ 52 Abs. 1](#) und 3 GKG.

Rechtsmittelbelehrung:

Dieses Urteil kann mit der Berufung angefochten werden. Die Berufung ist innerhalb eines Monats nach Zustellung des Urteils beim Bayer. Landessozialgericht, Ludwigstraße 15, 80539 München, oder bei der Zweigstelle des Bayer. Landessozialgerichts, Rusterberg 2, 97421 A-Stadt, schriftlich oder zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle oder beim Bayer. Landessozialgericht in elektronischer Form einzulegen. Die Berufungsfrist ist auch gewahrt, wenn die Berufung innerhalb der Frist beim Sozialgericht Würzburg, Ludwigstraße 33, 97070 Würzburg, schriftlich oder zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle oder beim Sozialgericht Würzburg in elektronischer Form eingelegt wird. Die elektronische Form wird nur durch eine qualifiziert signierte Datei gewahrt, die nach den Maßgaben der "Verordnung über den elektronischen Rechtsverkehr in der Sozialgerichtsbarkeit - ERVV SG" an die elektronische Gerichtspoststelle des

Bayer. Landessozialgerichts oder des Sozialgerichts Würzburg zu übermitteln ist. Über das Internetportal des elektronischen Gerichts- und Verwaltungspostfachs (www.egvp.de) können weitere Informationen über die Rechtsgrundlagen, Bearbeitungsvoraussetzungen und das Verfahren des elektronischen Rechtsverkehrs abgerufen werden. Die Berufungsschrift soll das angefochtene Urteil bezeichnen, einen bestimmten Antrag enthalten und die zur Begründung der Berufung dienenden Tatsachen und Beweismittel angeben. Der Berufungsschrift und allen folgenden Schriftsätzen sollen Abschriften für die übrigen Beteiligten beigelegt werden; dies gilt nicht im Rahmen des elektronischen Rechtsverkehrs.

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2016-11-14