

## L 4 KR 4669/15

Land  
Baden-Württemberg  
Sozialgericht  
LSG Baden-Württemberg  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung  
4  
1. Instanz  
SG Ulm (BWB)  
Aktenzeichen  
S 10 KR 1521/15  
Datum  
28.09.2015  
2. Instanz  
LSG Baden-Württemberg  
Aktenzeichen  
L 4 KR 4669/15  
Datum  
08.07.2016  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen

-  
Datum  
-

Kategorie  
Urteil  
Leitsätze

Begleicht eine Krankenkasse zunächst eine Rechnung über eine stationäre Behandlung A, beanstandet später diese Rechnung und erklärt die "Verrechnung" mit Ansprüchen des Krankenhauses aufgrund anderer Behandlungsfälle, und macht das Krankenhaus dann gerichtlich den Vergütungsanspruch wegen der stationären Behandlung A geltend, liegt keine Aufrechnung der Krankenkasse, sondern eine nachträgliche beidseitige Änderung der Tilgungsbestimmung der ursprünglichen Zahlung vor.

Die Berufung der Klägerin gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Ulm vom 28. September 2015 wird zurückgewiesen.

Die Klägerin trägt die Kosten des Berufungsverfahrens.

Der Streitwert für das Berufungsverfahren wird endgültig auf EUR 2.353,65 festgesetzt.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Vergütung einer stationären Krankenhausbehandlung.

Die Klägerin ist Trägerin eines zur Behandlung von Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen zugelassenen Krankenhauses. Die Beklagte ist eine gesetzliche Krankenkasse. Die Klägerin behandelte den bei der Beklagten krankenversicherten N. H. (im Folgenden: Versicherter) von seiner Geburt am 2011 bis zum 26. Mai 2011 stationär. Mit Rechnung vom 7. Juni 2011 stellte die Klägerin der Beklagten einen Betrag in Höhe von EUR 3.222,08 in Rechnung. Die Klägerin legte als Hauptdiagnosen die Diagnose P05.2 (fetale Mangelernährung des Neugeborenen ohne Angabe von zu leicht oder zu klein für das Gestationsalter) sowie die Nebendiagnosen P96.1 (Entzugssymptome beim Neugeborenen bei Einnahme von abhängigkeitszeugenden Arzneimitteln oder Drogen durch die Mutter), Z38.0 (Einling, Geburt im Krankenhaus) sowie P92.5 (Schwierigkeit bei Neugeborenen bei Brusternährung) zu Grunde und kam zu der Diagnosis Related Group (DRG) P67B. Die Beklagte beglich die Rechnung zunächst.

Die Beklagte veranlasste sodann eine Überprüfung der Rechnung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Baden-Württemberg (MDK). Dr. D. vom MDK kam in seinem Gutachten vom 20. Oktober 2011 zu dem Ergebnis, dass die Nebendiagnose P96.1 keine im Sinne der Kodierrichtlinien relevante Diagnose sei und dass die DRG P76D angesteuert werde. Es werde klinisch ein zweimalig unruhiges Kind beschrieben. Eine Entzugssymptomatik sei nicht eindeutig.

Die Beklagte machte daraufhin gegenüber der Klägerin einen Rückforderungsbetrag in Höhe von EUR 2.353,65 geltend (Schreiben vom 27. Oktober 2011). Die Klägerin widersprach dem (Schreiben vom 12. Dezember 2011). Dr. v. B. vom MDK erstattete unter dem 23. Januar 2015 ein weiteres Gutachten. Er bestätigte das erste Gutachten. Die monokausale Zuordnung der vorliegenden kindlichen Unruhe und Schreineigung auf einen Nikotinspiegel sei der vorliegenden Dokumentation unverändert nicht zu entnehmen. Mannigfaltige Ursachen wie zum Beispiel auch Adaptionsschwierigkeiten seien hier vorstellbar.

Die Beklagte "verrechnete" sodann einen Betrag in Höhe von EUR 2.353,65 mit anderen Forderungen der Klägerin.

Die Klägerin erhob am 26. Mai 2015 Klage beim Sozialgericht Ulm (SG) auf Zahlung eines Betrages von EUR 2.353,64. Streitig sei zwischen den Beteiligten die Kodierung der Nebendiagnose P96.1. Nach D003i der Deutschen Kodierrichtlinie aus dem Jahre 2011 sei Nebendiagnose definiert als "eine Krankheit oder Beschwerde, die entweder gleichzeitig mit der Hauptdiagnose besteht oder sich während des Krankenhausaufenthaltes entwickelt". Danach müssten für Kodierungszwecke Nebendiagnosen als Krankheiten interpretiert werden, die das

Patientenmanagement in der Weise beeinflussten, dass entweder therapeutische Maßnahmen, diagnostische Maßnahmen oder erhöhter Betreuungs- und Pflege- oder Überwachungsaufwand erforderlich sei. Vorliegend sei die Kodierung der Nebendiagnose P96.1 entsprechend der Richtlinie erfolgt. Im hiesigen Behandlungsfall sei eindeutig eine Entzugssymptomatik belegt, so dass die Kodierung der Nebendiagnose P96.1 zutreffend erfolgt sei. Somit sei auch die Abrechnung der DRG P67B zu Recht erfolgt. Vorliegend handele es sich um ein Neugeborenes, dessen Mutter in der Schwangerschaft geraucht habe und bei dem nach der Geburt klinisch ein Entzugssyndrom diagnostiziert worden sei (starke Unruhe, Zitterigkeit). Eine Nachfrage beim Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) sei zu dem Ergebnis gekommen, dass der Nikotinentzugssyndrom bei Neugeborenen mit P96.1 zu verschlüsseln sei.

Die Beklagte trat der Klage entgegen. Sie verwies auf die Stellungnahmen des MDK. Im Übrigen lägen die in der Klageschrift beschriebenen Unruhezustände absolut im Rahmen eines normalen Klinikaufenthaltes eines kleinen Neugeborenen und seiner Mutter, der noch die Routine im Umgang mit ihrem Kind fehle.

Das SG wies die Klage mit Gerichtsbescheid vom 28. September 2015 ab. Der Beklagten stehe ein öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch zu, da die Klägerin die Vergütung für die stationäre Behandlung des Versicherten nicht in der gezahlten Höhe beanspruchen könne. Die Klägerin habe zwar zutreffend die Hauptdiagnose P05.2 abgerechnet. Jedoch sei die Nebendiagnose P96.1 nicht zu kodieren. Die Diagnose P96.1 nach dem ICD-10 des Jahres 2011 sei beschrieben als Entzugssymptom bei Neugeborenen bei Einnahme von abhängigkeits erzeugenden Arzneimitteln oder Drogen durch die Mutter. Diese Voraussetzungen seien durch das Rauchen der Mutter deshalb nicht erfüllt, da der ICD-10 zwischen Drogen einerseits und Tabak andererseits differenziere, wie sich aus einer Gegenüberstellung der Diagnose P05.2 (Schädigung des Feten und Neugeborenen durch Tabakkonsum der Mutter) und der Diagnose P04.4 (Schädigung des Feten und Neugeborenen durch Einnahme von abhängigkeits erzeugenden Arzneimitteln oder Drogen durch die Mutter) zeige. Auch im Rahmen der Diagnose Z72.0 (Konsum von Alkohol, Tabak, Arzneimittel und Drogen) werde Tabak nicht den Drogen zugeordnet und auch die Diagnose Z86.4 (Missbrauch einer Psychodrogensubstanz in der Eigenanamnese) unterscheide zwischen Problemen im Zusammenhang mit dem Konsum von Alkohol, Arzneimitteln oder Drogen und Tabak, so dass eine Zuordnung des Tabaks zu Drogen nicht erfolge (Hinweis auf Landessozialgericht [LSG] Rheinland-Pfalz, Urteil vom 21. Oktober 2010 - [L 5 KR 225/09](#) - juris). Der Tabakkonsum der Mutter könne somit aus systematischen Gründen nicht unter den Tatbestand der Diagnose P96.1 gefasst werden, wobei es nicht entscheidungserheblich darauf ankomme, welcher Auffassung das DIMDI hierzu vertrete. Im Übrigen dürfte dem MDK auch darin zu folgen sein, dass die Dokumentation von kindlicher Unruhe und Schreineigung nicht auf den Nikotinblutspiegel zurückgeführt werden könne, sondern dass hierfür auch andere Ursachen in Betracht kämen.

Gegen den ihr am 7. Oktober 2015 zugestellten Gerichtsbescheid hat die Klägerin am 6. November 2015 Berufung eingelegt. Die Klägerin wiederholt ihr bisheriges Vorbringen und trägt ergänzend vor, dass im vorliegenden Fall Tabak bzw. Nikotin als Droge zu bewerten sei, gerade bei einem exzessiven Konsum bei der Mutter des Versicherten. Bei Tabak bzw. Nikotin handele es sich nach allgemeiner Ansicht um eine Droge. Der Wortlaut der Diagnose P96.1 müsse daher so ausgelegt werden, dass auch Tabak als Droge angesehen werden müsse. Daher sei im hiesigen Fall eine Einnahme von abhängigkeits erzeugenden Arzneimitteln oder Drogen durch die Mutter erfolgt. Darüber hinaus sei vorliegend auch eindeutig eine Entzugssymptomatik belegt. In der ersten Woche nach der Geburt sei klinisch ein Entzugssyndrom bei dem Neugeborenen diagnostiziert worden. Es sei täglich ein Finnegan-Score erhoben worden. Der Säugling habe durchgehend aufwendig pflegerisch versorgt werden müssen. Somit habe entsprechend den Deutschen Kodierrichtlinien erhöhter Betreuungsaufwand bestanden.

Die Klägerin beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Ulm vom 28. September 2015 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihr EUR 2.353,65 nebst Zinsen hieraus in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 23. November 2011 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Die Beklagte hält die erstinstanzliche Entscheidung für zutreffend und beruft sich zudem auf das Urteil des LSG Rheinland-Pfalz vom 21. Oktober 2010 ([a.a.O.](#)).

Auf Anfrage des Senats hat die Klägerin eine E-Mail des DIMDI vom 24. März 2016 vorgelegt, worin bestätigt wird, dass die Verschlüsselung des Nikotinentzugssyndroms bei Neugeborenen aus klassifikatorischer Sicht mit P96.1 bei Einnahme von abhängigkeits erzeugenden Arzneimitteln oder Drogen durch die Mutter korrekt sei. Ergänzend wird in dieser E-Mail u. a. darauf hingewiesen, dass die gegebenen Auskunft nicht rechtlich verbindlich seien.

Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung durch Urteil ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt.

Zu den weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die Gerichtsakten beider Rechtszüge sowie auf die beigezogene Akte der Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

1. Die gemäß [§ 151 Abs. 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) form- und fristgerecht erhobene und gemäß [§ 143 SGG](#) statthafte Berufung der Klägerin, über die der Senat gemäß [§ 124 Abs. 2 SGG](#) mit Einverständnis der Beteiligten durch Urteil ohne mündliche Verhandlung entscheiden konnte, ist auch im Übrigen zulässig. Die Berufung bedurfte nicht der Zulassung. [§ 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGG](#), der die Zulässigkeit der Berufung bei Erstattungsstreitigkeiten zwischen juristischen Personen des öffentlichen Rechts oder Behörden von deren Zulassung abhängig macht, wenn der Wert des Beschwerdegegenstandes EUR 10.000 nicht übersteigt, gilt nicht bei der Geltendmachung von Vergütungsansprüchen eines Krankenhausträgers gegen einen Sozialleistungsträger (BSG, Urteil vom 25. Mai 2006 - [B 3 KR 15/05 R](#) - juris, Rn. 12 ff. m.w.N. auch zur Gegenansicht; Sommer, in: Roos/Wahrendorf [Hrsg.], SGG, 2014, § 144 Rn. 16).

2. Die Berufung der Klägerin ist unbegründet. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen, denn die Klage ist unbegründet. Die Klägerin hat gegen die Beklagte keinen Anspruch auf Zahlung von EUR 2.353,65 nebst Zinsen hieraus in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 23. November 2011 aufgrund der Behandlung des Versicherten.

a) Die Klage ist zulässig. Die Klägerin hat mit der erhobenen echten Leistungsklage im Sinne des [§ 54 Abs. 5 SGG](#) die richtige Klageart gewählt; denn es handelt sich bei der auf Zahlung der Behandlungskosten eines Versicherten gerichteten Klage eines Krankenhausträgers gegen eine Krankenkasse um einen sogenannten Parteienstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt. Ein Vorverfahren war mithin nicht durchzuführen, die Einhaltung einer Klagefrist nicht geboten (BSG, Urteil vom 13. November 2013 – [B 3 KR 33/12 R](#) – juris, Rn. 9). Die Klägerin hat den Zahlungsanspruch auch konkret beziffert. Dies gilt auch für den geltend gemachten Zinsanspruch. Insofern reicht die Bezugnahme auf den Basiszinssatz aus (vgl. Becker-Eberhard, in: Münchener Kommentar zur ZPO, 4. Aufl. 2013, § 253 Rn. 132).

b) Die Klage ist aber unbegründet. Die Klägerin hat gegen die Beklagte keinen Anspruch auf Zahlung von EUR 2.353,65 nebst Zinsen hieraus in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 23. November 2011 aufgrund der Behandlung des Versicherten.

aa) Die Grundvoraussetzungen eines Anspruchs auf Krankenhausvergütung sind erfüllt. Die Beklagte ist – wie sie auch nicht bestreitet – verpflichtet, die stationäre Krankenhausbehandlung ihres Versicherten in der Klinik der Klägerin für den Zeitraum vom 21. bis zum 26. Mai 2011 zu vergüten. 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](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) erforderlich ist (ständige Rechtsprechung; vgl. etwa BSG, Urteil vom 13. November 2012 – [B 1 KR 14/12 R](#) – juris, Rn. 10 m.w.N.; BSG, Urteil vom 14. Oktober 2014 – [B 1 KR 25/13 R](#) – juris, Rn. 8).

Diese Voraussetzungen sind hier gegeben. Bei dem Versicherten lagen bei der unmittelbar nach seiner Geburt erfolgten Aufnahme in das nach [§ 108 Nr. 2 SGB V](#) zugelassene Krankenhaus der Klägerin die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für die Inanspruchnahme von Krankenhausbehandlung vor. In der Zeit vom 21. bis 26. Mai 2011 war er auch krankenhausbearbeitungsbedürftig.

bb) Rechtsgrundlage des geltend gemachten restlichen Vergütungsanspruchs der Klägerin sind [§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) i. V. m. § 7 Satz 1 Nr. 1 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG), die Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2011 vom 23. September 2010 (Fallpauschalenvereinbarung 2011 [FPV 2011]) und der am 1. Januar 2006 in Kraft getretene Krankenhausbehandlungsvertrag nach [§ 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V](#) für das Land Baden-Württemberg.

Gemäß § 7 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG werden die allgemeinen Krankenhausleistungen gegenüber den Patienten oder ihren Kostenträgern mit verschiedenen, in den Nummern 1 bis 8 abschließend aufgezählten Entgelten abgerechnet. Hier geht es um die Abrechnung von Fallpauschalen (DRG) nach dem auf Bundesebene vereinbarten Entgeltkatalog (§ 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 i.V.m. § 9 KHEntgG). Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung haben nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG gemeinsam mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft als "Vertragsparteien auf Bundesebene" mit Wirkung für die Vertragspartner (§ 11 KHEntgG i.V.m. § 18 Abs. 2 Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze – Krankenhausfinanzierungsgesetz [KHG]: Krankenhausträger und Sozialleistungsträger) einen Fallpauschalenkatalog einschließlich der Bewertungsrelationen sowie Regelungen zur Grenzverweildauer und der in Abhängigkeit von diesen zusätzlich zu zahlenden Entgelte oder vorzunehmenden Abschläge zu vereinbaren. Die Grundlage dieser Regelungen des KHEntgG findet sich in § 17b KHG, auf den § 9 KHEntgG auch mehrfach Bezug nimmt. Nach § 17b Abs. 1 Satz 1 KHG ist für die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem einzuführen. Dieses hat nach § 17b Abs. 1 Satz 2 KHG Komplexitäten und Comorbiditäten abzubilden; sein Differenzierungsgrad soll praktikabel sein. Mit den Entgelten nach Satz 1 werden nach § 17b Abs. 1 Satz 3 KHG die allgemeinen vollstationären und teilstationären Krankenhausleistungen für einen Behandlungsfall vergütet.

Für die Zuordnung eines bestimmten Behandlungsfalls zu einer DRG wird in einem ersten Schritt die Diagnose nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten – dem ICD-10 – in der jeweiligen vom DIMDI im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebenen deutschen Fassung verschlüsselt ([§ 301 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#)). Zur sachgerechten Durchführung der Verschlüsselung ("Kodierung") haben die Vertragspartner auf Bundesebene "Kodierrichtlinien" beschlossen. In einem zweiten Schritt wird der in den Computer eingegebene Code einer bestimmten DRG zugeordnet, anhand der dann nach Maßgabe des Fallpauschalenkatalogs und der Pflegesatzvereinbarung die von der Krankenkasse zu zahlende Vergütung errechnet wird. Diesem als "Groupierung" bezeichneten Prozess der DRG-Zuordnung liegt ein festgelegter Groupierungsalgorithmus zugrunde; in diesem vorgegebenen, vom Krankenhaus nicht zu beeinflussenden Algorithmus wird entsprechend dem vom Krankenhaus eingegebenen Code nach dem ICD-10 eine bestimmte DRG angesteuert (vgl. BSG, Urteil vom 18. Juli 2013 – [B 3 KR 7/12 R](#) – juris, Rn. 12). Die Verbindlichkeit der in dem jeweiligen Vertragswerk angesprochenen Klassifikationssysteme folgt aus dem Umstand, dass sie in die zertifizierten Grouper einbezogen sind (BSG, Urteil vom 14. Oktober 2014 – [B 1 KR 25/13 R](#) – juris, Rn. 12 m.w.N.).

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 (zuletzt BSG, Urteil vom 14. Oktober 2014 – [B 1 KR 25/13 R](#) – juris, Rn. 13 m.w.N.). Ergeben sich bei der Abrechnung Wertungswidersprüche und sonstige Ungereimtheiten, haben es die zuständigen Stellen durch Änderung des Fallpauschalenkatalogs 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 (BSG, Urteil vom 18. Juli 2013 – [B 3 KR 7/12 R](#) – juris, Rn. 13 m.w.N.; Urteil des Senats vom 21. März 2014 – [L 4 KR 5233/12](#) – nicht veröffentlicht).

cc) Der geltend gemachte Anspruch der Klägerin besteht nicht bereits deswegen nicht, weil er durch die ursprüngliche Bezahlung ihrer Rechnung vom 7. Juni 2011 durch die Beklagte erloschen wäre.

Allerdings hat die Beklagte die Rechnung der Klägerin zunächst beglichen, so dass die Forderung gemäß [§ 69 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) i.V.m. [§ 362 Abs. 1 BGB](#) durch Erfüllung erloschen war. Diese Erfüllungswirkung ist indes zu dem Zeitpunkt, in dem die Beteiligten der Zahlung der

Beklagten in Höhe des streitigen Betrages von EUR 2.353,64 konkludent eine neue Tilgungsbestimmung zuwiesen, entfallen. Grundsätzlich handelt es sich bei der Tilgungsbestimmung um ein einseitiges Rechtsgeschäft (vgl. Kerwer, in: jurisPK-BGB, 7. Aufl. 2014, § 362 Rn. 25; Schwab, in: Münchener Kommentar zum BGB, 6. Aufl. 2013, § 812 Rn. 230). Es bedarf hier keiner Klärung, ob und unter welchen Voraussetzungen eine solche Tilgungsbestimmung nachträglich einseitig geändert werden darf (vgl. dazu etwa Schwab, in: Münchener Kommentar zum BGB, 6. Aufl. 2013, § 812 Rn. 225 ff. m.w.N.). Denn jedenfalls eine vertraglich vereinbarte nachträgliche Änderung der Tilgungsbestimmung ist angesichts der auch den Beteiligten im Rahmen der [§ 53 ff.](#) SGB X zustehenden Vertragsfreiheit zulässig. Eine solche Änderung der Tilgungsbestimmung mit dem Inhalt, dass die Zahlung von 2.353,64 nunmehr zur Erfüllung einer anderen Forderung der Klägerin gegenüber der Beklagten führen soll, ist dadurch vereinbart worden, dass die Beklagte eine entsprechende Erklärung abgegeben hat und entsprechend verfahren ist. Die Klägerin hat dieser Änderung der Tilgungsbestimmung zumindest konkludent dadurch zugestimmt, dass sie gegenüber der Beklagten nicht den Ausgleich ihrer anderen Forderung, sondern nur den Ausgleich ihrer Forderung aufgrund der hier streitigen Krankenhausbehandlung geltend gemacht hat. Wäre sie der Auffassung gewesen, dass sich die Beklagte an ihrer ursprünglichen Tilgungsbestimmung festhalten lassen müsse, hätte die Klägerin – auch im gerichtlichen Verfahren – die andere Forderung geltend machen und dabei vortragen müssen, dass diese andere Forderung nicht durch Aufrechnung mit einem aus der hier streitigen Krankenhausbehandlung resultierenden Rückzahlungsanspruch der Beklagten erloschen wäre, weil ein solcher Rückzahlungsanspruch nicht bestanden habe.

Wenn man in der späteren Erklärung der Krankenkasse, eine frühere Zahlung mit einem unstreitigen anderen Anspruch des Leistungserbringers "verrechnen" oder "aufrechnen" zu wollen, keine Aufrechnung im eigentlichen Sinne, sondern eine Änderung der Tilgungsbestimmung erblickt, erübrigt sich auch die Frage, welche Anforderungen an Aufrechnungserklärungen von Krankenkassen gegenüber Krankenhausträgern zu stellen sind (vgl. insofern LSG Bayern, Urteil vom 14. Juli 2015 – [L 5 KR 284/13](#) – juris, Rn. 28 ff.; Revision anhängig beim BSG unter dem Az. [B 1 KR 7/16 R](#))

dd) Der geltend gemachte Anspruch besteht nicht, weil nach den oben dargelegten Maßstäben entgegen der Auffassung der Klägerin die Abrechnung nicht auf der Grundlage der Diagnose P96.1 (Entzugssymptome beim Neugeborenen bei Einnahme von abhängigkeits erzeugenden Arzneimitteln oder Drogen durch die Mutter) vorzunehmen war. Denn bei der gebotenen engen Orientierung am Wortlaut (etwa BSG, Urteil vom 14. Oktober 2014 – [B 1 KR 25/13 R](#) – juris, Rn. 13) war diese Diagnose weder Anlass für die stationäre Behandlung des Versicherten noch war sie in deren weiterem Verlauf zu stellen, denn die Mutter des Versicherten konsumierte zwar Tabak, aber keine Drogen im Sinne der Diagnose P96.1. Zwar lässt sich "Tabak" nach dem allgemeinen Sprachgebrauch unter den Begriff "Drogen" fassen, nach der hier zugrunde zu legenden spezifischen Begriffsverwendung des ICD-10 2011 gehört Tabak indes nicht zum Oberbegriff "Drogen" (ebenso LSG Rheinland-Pfalz, Urteil vom 21. Oktober 2010 – [L 5 KR 225/09](#) – juris, Rn. 16). Das SG hat zu Recht darauf hingewiesen, dass der ICD-10 in der Diagnose Z72.0 den Tabakkonsum und in der Diagnose Z72.2 des Arzneimittel- oder Drogenkonsum kodiert, also deutlich macht, dass Tabak nicht bereits vom Begriff "Drogen" erfasst wird. Die gleiche Differenzierung findet sich in der Diagnose P04.2 (Schädigung des Feten und Neugeborenen durch Tabakkonsum der Mutter) einerseits und in der Diagnose P04.4 (Schädigung des Feten und Neugeborenen durch Einnahme von abhängigkeits erzeugenden Arzneimitteln oder Drogen durch die Mutter) andererseits.

Aus der von der Klägerin vorgelegten E-Mail des DIMDI vom 24. März 2016 folgt nichts anderes. Zwar wird in dieser E-Mail ausgeführt, dass die Verschlüsselung des Nikotinentzugssyndroms beim Neugeborenen mit P96.1 korrekt sei. Bei derartigen Äußerungen des DIMDI handelt es sich indes nicht um authentische Interpretationen des ICD-10, sondern um bloße Meinungsäußerungen. Ihnen kommt keine Verbindlichkeit zu. Davon geht das DIMDI in der genannten Mail im Übrigen auch ausdrücklich selbst aus. Diese zitierte Meinungsäußerung ist auch inhaltlich schon deswegen nicht überzeugend, weil sie ohne jede Begründung und somit auch ohne Auseinandersetzung mit den oben dargelegten Argumenten bleibt.

Damit kann dahinstehen, ob die beim Versicherten behandelten Symptome überhaupt auf den Tabakkonsum seiner Mutter zurückzuführen sind.

ee) Da der Hauptanspruch nicht besteht, kann die Klägerin auch mit ihrem Zinsantrag keinen Erfolg haben.

3. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 2](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).

4. Die Revision war nicht zuzulassen, da Gründe hierfür (vgl. [§ 160 Abs. 2 SGG](#)) nicht vorliegen.

5. Die endgültige Festsetzung des Streitwerts beruht auf [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i.V.m. [§ 63 Abs. 2 Satz 1](#), [§ 52 Abs. 3 Satz 1](#), [§ 47 Abs. 1](#) Gerichtskostengesetz (GKG). Dabei war der Verzinsungsantrag nicht streitwerterhöhend zu berücksichtigen, da es sich insofern um eine Nebenforderung im Sinne von [§ 43 Abs. 1 GKG](#) handelt.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2016-09-27