

L 4 KR 4876/15

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
4
1. Instanz
SG Karlsruhe (BWB)
Aktenzeichen
S 2 KR 3719/14
Datum
17.09.2015
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 4 KR 4876/15
Datum
14.10.2016
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

1. Die Diagnosen des Abschnitts Z des ICD-10 sind Diagnosen im Sinne der Deutschen Kodierrichtlinien 2013, auch wenn dort keine Krankheit oder Beschwerde definiert ist. 2. 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. Auf die Berufung der Klägerin wird das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 17. September 2015 aufgehoben. Die Beklagte wird verurteilt, der Klägerin EUR 2.974,04 nebst Zinsen hieraus in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 3. Mai 2014 zu zahlen.

Die Beklagte trägt die Kosten des Rechtsstreits in beiden Rechtszügen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Zahlung von EUR 2.974,04 aufgrund einer stationären Krankenhausbehandlung.

Die Klägerin ist ein zur Versorgung von Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassenes Krankenhaus. Sie behandelte vom 30. Juli 2013 bis zum 7. August 2013 den am 2013 geborenen und bei der Beklagten krankenversicherten L. T. (im Folgenden: Versicherter). Die Klägerin stellte der Beklagten hierfür unter dem 20. September 2013 einen Betrag von insgesamt EUR 9.168,93 in Rechnung. Diesem Betrag lagen die Hauptdiagnose nach dem ICD-10 P07.12 (Neugeborenes mit sonstigem niedrigem Geburtsgewicht: Geburtsgewicht 1.500 bis unter 2500 Gramm) sowie die Nebendiagnosen nach dem ICD-10 P07.3 (sonstige vor dem Termin Geborene), P81.8 (sonstige näher bezeichnete Störung der Temperaturregulation beim Neugeborenen), Z38.0 (Einling, Geburt im Krankenhaus) sowie Z29.21 (systemische prophylaktische Chemotherapie), ferner die Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) 8-010.3 (Applikation von Medikamenten und Elektrolytlösungen über das Gefäßsystem bei Neugeborenen: intravenös, kontinuierlich) zu Grunde, auf deren Grundlage sie zur Diagnosis Related Group (DRG) P66B (Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 2000 bis 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung) 95 Stunden, mit schwerem Problem) kam. Die Beklagte beglich die Rechnung zu zunächst vollständig.

Die Beklagte beauftragte sodann den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Baden-Württemberg (MDK) mit der Überprüfung der Rechnung. Dr. D. kam in einem Gutachten vom 22. Januar 2014 zu dem Ergebnis, dass die Diagnose Z29.21 keine im Sinne der Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) relevante Diagnose sei. Die Diagnose Z29.21 (Systemische prophylaktische Chemotherapie) erfülle nicht die Nebendiagnosedefinition und könne daher nicht kodiert werden. Bei dieser prophylaktischen Maßnahme liege keine Krankheit oder Beschwerde vor, die entweder gleichzeitig mit der Hauptdiagnose bestehe oder sich während des Krankenhausaufenthaltes entwickle (Nebendiagnosedefinition). Dr. D. kam zur DRG P66C (Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 2000 bis 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung) 95 Stunden, mit anderem Problem) und einem Entgelt von EUR 6.089,15. Die Beklagte erstattete sodann am 2. Mai 2014 eine Rechnung der Beklagten wegen anderer Behandlungen in Höhe des Differenzbetrags (einschließlich entsprechend reduzierter Systemzuschläge) in Höhe von EUR 2.974,04 nicht.

Die Klägerin erhob am 6. November 2014 Klage beim Sozialgericht Karlsruhe (SG) mit dem Ziel der Verurteilung der Beklagten zur Zahlung von EUR 2.974,04. Die stationäre Behandlung des Versicherten sei erforderlich gewesen. Die Abrechnung der in diesem Rahmen von ihr erbrachten Leistungen bzw. die korrekte Kodierung der Diagnose Z29.21 sei zutreffend. Inklusiv der reduzierten Systemzuschläge ergebe sich ein Differenzbetrag von EUR 2.974,04. Die Aufnahme des Versicherten auf der Frühgeborenenstation sei auf Grund der

Frühgeburtlichkeit und auf Grund des initialen Verdachts auf eine Neugeboreneninfektion bei vorzeitiger Wehentätigkeit und Spontangeburt aus grünem Fruchtwasser erfolgt. Die Mutter des Versicherten habe bei erhöhtem CRP-Wert (C-reaktives Protein) bei der Geburt bereits ein Antibiotikum erhalten. Gemäß ICD-Katalog Kapitel XXI könne bei Fällen, in denen Sachverhalte als Diagnosen oder Probleme angegeben seien, die nicht als Krankheit, Verletzung oder äußere Ursache unter den Kategorien A00 bis Y89 klassifizierbar seien, ein Z-Code gewählt werden. Der vorzeitige Blasensprung sowie das grüne Fruchtwasser der Mutter stellten einen Sachverhalt dar, der für das Neugeborene das Risiko für eine bakterielle Infektion erhöht habe. Dieses spezielle Problem werde gemäß AWMF-Leitlinie "Bakterielle Infektionen bei Neugeborenen" (Nr. 024/008) mittels Antibiotikagabe behandelt und könne als Diagnose Z29.2 kodiert werden. Da die Frühgeburtlichkeit, das grüne Fruchtwasser sowie das erhöhte Interleukin-6 (IL6) als Indikatoren für eine bakterielle Infektion zu werten gewesen seien, sei durch sie als therapeutische Konsequenz eine intravenöse Antibiotikabehandlung über fünf Tage durchgeführt worden. Für eine Kodierung des Aufwandes, den eine intravenöse Antibiotikagabe darstelle, verweise sie auch auf die Hinweise zur Leistungsplanung/Budgetverhandlung für das Jahr 2012 im Zusammenhang mit den Definitionshandbüchern, die vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus herausgegeben worden seien. Allein die Tatsache, dass die Diagnose Z29.21 in den Definitionshandbüchern als Funktion aufgeführt werde, begründe die zutreffende Kodiermöglichkeit in diesen Fällen.

Die Beklagte trat der Klage entgegen. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) entschieden ausschließlich der OPS-301 und die DKR über die Frage, welche Kodierung bzw. Zusatzkodierung vorzunehmen sei, wohingegen der Grouper des OPS-Codes nur bestimme, wie nach der vorgenommenen Verschlüsselung abzurechnen sei. Die DKR seien wortlaut- und systemgetreu auszulegen. Es bestehe kein Vergütungsanspruch der Klägerin auf die DRG P66B. Dies sei durch das Gutachten des MDK bestätigt worden. Die Streichung der Nebendiagnose Z29.21 entspreche den Vorgaben der DKR 2013. Die Nebendiagnose sei dort definiert als Krankheit oder Beschwerde, die entweder gleichzeitig mit der Hauptdiagnose bestehe oder sich während des Krankenhausaufenthaltes entwickelt habe. Z29.21 erfülle bei der vorliegenden Konstellation nicht die Nebendiagnosedefinition und könne daher nicht kodiert werden. Weder der vorzeitige Blasensprung noch das grüne Fruchtwasser seien Indikatoren, die eine Kodierung der Z29.21 grundsätzlich nach sich zögen. Bei dieser prophylaktischen Maßnahme liegen keine Krankheit oder Beschwerde vor, die entweder gleichzeitig mit der Hauptdiagnose bestehe oder sich während des Krankenhausaufenthaltes entwickelt habe. Somit könne nach konsequenter Auslegung der DKR diese Nebendiagnose nicht anerkannt werden. Den Ausführungen des Sachverständigen E. (dazu sogleich) könne nicht gefolgt werden. Es sei ausschließlich der OPS-301 und die DKR für die Frage entscheidend, welche Kodierung bzw. welche Zusatzkodierung vorzunehmen sei.

Das SG bestellte den Vorstand der DMI-Systems AG E. von Amts wegen zum gerichtlichen Sachverständigen. Der Sachverständige erstellte unter dem 27. März 2015 ein medizinisches Gutachten nach Aktenlage. Der Versicherte sei ein frühgeborener Junge mit einem niedrigen Geburtsgewicht von 2490 Gramm gewesen. Daneben habe eine Störung der Temperaturregulation bestanden. Sonstige Gesundheitsstörungen seien anhand der vorliegenden Patientenakte nicht erkennbar. Gemäß den DKR 2013 habe der stationären Behandlung des Versicherten im Zeitraum vom 30. Juli bis 7. August 2013 als Hauptdiagnose die ICD-10 P07.12 zu Grunde gelegen. Diese Hauptdiagnose sei zwischen den Beteiligten nicht strittig. Als kodierfähige Nebendiagnosen hätten der stationären Behandlung des Versicherten außerdem die Diagnosen P81.8, P07.3 und Z38.0 zu Grunde gelegen. Ausschlaggebend für die Bestimmung der Nebendiagnosen seien die Dokumentation der Befunde und Behandlungen in der Patientenakte. Nach der Nebendiagnosedefinition in Kapitel D003 der DKR 2013 sei die Diagnose Z29.21 keine Krankheit oder Beschwerde. Allerdings werde im ICD-10-Verzeichnis 2013 in den Hinweisen zu Kapitel XXI ausgeführt, dass die Kategorien Z00 bis Z99 für Fälle vorgesehen seien, in denen Sachverhalte als Diagnosen oder Probleme angegeben würden, die nicht als Krankheit, Verletzung oder äußere Ursache unter den Kategorien A00 bis Y89 klassifizierbar seien. Dies könne unter anderem der Fall sein, wenn irgendwelche Umstände oder Probleme vorlägen, die den Gesundheitszustand einer Person beeinflussten, an sich aber keine bestehende Krankheit oder Schädigung seien, oder sie würden als Zusatzfaktor dokumentiert, der dann berücksichtigt werden müsse, wenn die Person wegen irgendeiner Krankheit oder Schädigung behandelt werde. Dieser Sachverhalt habe bei dem Versicherten vorgelegen, weil gemäß der AWMF-Leitlinie "Bakterielle Infektionen bei Neugeborenen" der dringende Verdacht auf eine bakterielle Infektion vorgelegen habe. Vor diesem Hintergrund sei entsprechend der Hinweise zu Kapitel XXI des ICD-Verzeichnisses 2013 die Diagnose Z29.21 zu kodieren. Die Kodierung der Klägerin sei korrekt und stimme mit der Dokumentation der stationären Behandlung des Versicherten in der Krankenhausakte überein. Der Auffassung des MDK in dem Gutachten vom 22. Januar 2014 könne nur in dem Punkt gefolgt werden, dass der ICD 29.21 nicht die Definitionskriterien einer Nebendiagnose gemäß Kapitel D003 der DKR 2013 erfülle. Andererseits sei den Hinweisen des ICD-Verzeichnisses 2013 zur Kodierung zu folgen, die in der Einleitung zu Kapitel XXI ausdrücklich eine Z-Kodierung vorsähen. Diesen Hinweisen sei die Klägerin im Gegensatz zum MDK bei der Kodierung des Behandlungsfalles gefolgt. Die Klägerin habe die Behandlung des Versicherten korrekt kodiert und mit der DRG P66B abgerechnet.

Das SG wies die Klage mit Urteil vom 17. September 2015 ab. Die Klägerin habe gegenüber der Beklagten keinen Anspruch auf Zahlung von EUR 2.974,04. Denn die Beklagte habe in dieser Höhe wirksam gegen eine (unstreitige) Hauptforderung der Klägerin mit ihrer Erstattungsforderung aufgerechnet. Die Klägerin habe als Nebendiagnose nicht die Z29.21 kodieren dürfen, denn die in der DKR 2013 definierten Voraussetzungen für das Vorliegen einer Nebendiagnose seien vorliegend nicht erfüllt. Abschnitt D003i erfordere das Vorliegen einer Krankheit oder Beschwerde. Dies könne hier nicht angenommen werden. Die Behandlung des Versicherten mittels einer systemischen Chemotherapie sei nämlich prophylaktisch wegen des dringenden Verdachts auf Bestehen einer Neugeboreneninfektion erfolgt. Die Diagnose einer Neugeboreneninfektion sei mithin nicht erfolgt. Es habe vielmehr ein bloßes potentielles Gesundheitsrisiko bestanden, das eine Behandlungsnotwendigkeit in Form einer prophylaktischen Therapie erfordert habe. Nach strenger Auslegung des DKR 2013 sei ein solches potentielles Gesundheitsrisiko mangels Vorliegens einer Krankheit oder Beschwerde nicht kodierfähig. Der Hinweis des Sachverständigen E., wonach vorliegend dennoch eine Kodierung vorgenommen werden könne, da ein Sachverhalt vorliege, der einem ICD-Kode entspreche, könne vorliegend zu keiner anderen Beurteilung führen. Ebenso verfangene das Argument der Klägerin nicht, wonach die Behandlung des Versicherten der AWMF-Leitlinie zur bakteriellen Infektion bei Neugeborenen entsprochen habe und dass der Diagnosecode Z29.21 nach den Hinweisen des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) zu den Definitionshandbüchern gruppierungsrelevant sei. Denn die Beantwortung der Frage, welche kodierten Daten zur Ermittlung der maßgeblichen DRG einzugeben seien, richte sich nicht allein danach, ob der Zustand des Patienten einer Diagnose nach ICD-10 Version 2013 zugeordnet werden könne oder die erfolgte Behandlung sachgerecht gewesen sei. Die Durchführung der Verschlüsselung erfolge vielmehr ausschließlich nach den Vorgaben der DKR, denn dort seien die Behandlungsfälle geregelt, denen die Vertragsbeteiligten Abrechnungsrelevanz beigemessen hätten. Die Definitionshandbücher entfalteten keine normative Wirkung. Eine Berücksichtigung der durchgeführten systemischen prophylaktischen Chemotherapie als Nebendiagnose könne daher allenfalls unter entsprechender Auslegung des DKR 2013 erfolgen. Denkbar wäre in diesem Zusammenhang eine erweiternde Auslegung des Wortlauts dahingehend, dass neben einer Krankheit oder Beschwerde auch sogenannte Behandlungsfälle bzw. Zustände, die eine prophylaktische Behandlung erforderten, bei Vorliegen der übrigen Voraussetzungen ebenfalls als

Nebendiagnose kodierfähig seien. Es könnte argumentiert werden, dass nach dem Sinn und Zweck der DKR eine Nebendiagnose dann kodierfähig sei solle, wenn der neben der Hauptdiagnose bestehende Gesundheitszustand des Patienten weitere therapeutische Maßnahmen, diagnostische Maßnahmen oder ein erhöhten Betreuungs-, Pflege- und/oder Überwachungsaufwand erfordert habe, Grund für die Kodierung also hauptsächlich die Erforderlichkeit weiterer Maßnahmen im Rahmen des Patientenmanagements gewesen sei und nicht das Vorliegen einer weiteren Krankheit oder Beschwerde. Dies wäre auch im vorliegenden Fall einer unstreitig medizinisch notwendigen prophylaktischen Chemotherapie der Fall gewesen. Eine solche Auslegung wäre jedoch mit dem Wortlaut der in Abschnitt D003i der DKR 2013 erfolgten Definition der Nebendiagnose in keinsten Weise mehr vereinbar.

Gegen das ihr am 5. November 2015 zugestellt Urteil hat die Klägerin am 24. November 2015 Berufung eingelegt. Die Klägerin wiederholt und vertieft ihr bisheriges Vorbringen. Sie verweist ergänzend auf das Gutachten der Sachverständigen E. sowie auf das Urteil des Sozialgerichts Würzburg vom 10. März 2016 ([S 11 KR 66/15](#) – nicht veröffentlicht).

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 17. September 2015 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihr EUR 2.974,04 nebst Zinsen hieraus in Höhe von fünf Prozentpunkten über den jeweiligen Basiszinssatz seit dem 3. Mai 2014 zu zahlen. Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Die Beklagte hält das angefochtene Urteil für zutreffend. Bei Z29.21 des ICD-10 handele es sich um eine prozedurale Z-Diagnose. Mit diesem Code werde also eine Prozedur beschrieben und keine Erkrankung. Schon allein deswegen könne dieser Code nicht der Nebendiagnosedefinition entsprechen. Ausnahmen seien in den speziellen DKR beschrieben, wie z. B. Z03.0 bis Z03.9 oder Z34 im DKR 2013. Natürlich sei eine medizinische Maßnahme durchgeführt worden. In diesem Fall sei die Infusion von Medikamenten ja bereits richtigerweise vom OPS 8-010.3 (Applikation von Medikamenten und Elektrolytlösung intravenös, kontinuierlich, bei Neugeborenen) beschrieben. Eine zusätzliche Kodierung einer prozeduralen Z-Diagnose käme einer Doppelkodierung gleich, die nach den DKR verboten sei. Ferner seien die DKR wortlaut- und systemgetreu auszulegen. Es handele sich um spezielle Vergütungsregelungen, die im stationären Bereich zwingend zu beachten seien.

Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung des Senats ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt.

Zu den weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die Gerichtsakten beider Rechtszüge 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 mit Einverständnis der Beteiligten gemäß [§ 124 Abs. 2 SGG](#) durch Urteil ohne mündliche Verhandlung entscheiden konnte, ist auch im Übrigen zulässig. Die Berufung bedurfte insbesondere nicht der Zulassung, denn der Wert des Beschwerdegegenstandes beträgt EUR 2.974,04 und damit mehr als EUR 750,00 ([§ 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG](#)). [§ 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 10.000,00 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 auch begründet. Das SG hat die Klage zu Unrecht abgewiesen, denn die Klage ist zulässig und begründet.

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 begründet. Die Klägerin hat gegen die Beklagte einen Anspruch auf Zahlung von EUR 2.974,04 nebst Zinsen hieraus in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 3. Mai 2014 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 30. Juli bis 7. August 2013 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 30. Juli bis 7. August 2013 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 2013 (Fallpauschalenvereinbarung 2013 [FPV 2013]) 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]: Krankenträger 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 (z.B. 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) Gemäß diesen Grundsätzen ist vorliegend die DRG-Fallpauschale P66C (Neugeborenes, Aufnahmegewicht 2000 bis 2499 Gramm ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beamtung) 95 Stunden, mit anderem Problem) zugrunde zu legen. Denn die Klägerin hat – neben der unstreitigen Hauptdiagnose P07.12 (Neugeborenes mit sonstigem niedrigem Geburtsgewicht: Geburtsgewicht 1500 bis unter 2500 Gramm) und den unstreitigen Nebendiagnosen P07.3 (sonstige vor dem Termin Geborene), P81.8 (sonstige näher bezeichnete Störung der Temperaturregulation beim Neugeborenen), Z38.0 (Einling, Geburt im Krankenhaus) – zu Recht als Nebendiagnose die Z29.21 (Systemische prophylaktische Chemotherapie) zugrunde gelegt.

Es ist zwischen den Beteiligten zu Recht unstreitig, dass bei dem Versicherten eine systemische prophylaktische Chemotherapie durchgeführt und auch aus medizinischen Gründen notwendig war. Entgegen der Auffassung der Beklagten steht der Kodierung der Z29.21 als Nebendiagnose nicht entgegen, dass diese Nebendiagnose die Nebendiagnosedefinition des DRK 2013 nicht erfüllt. Hierbei handelt es sich im Übrigen um eine reine Rechtsfrage, so dass nicht nachvollziehbar ist, weswegen das SG ein ärztliches Sachverständigengutachten eingeholt hat.

D003I der DKR 2013 definiert die Nebendiagnose 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."

Der Beklagten ist zu konzедieren, dass es sich bei der von Diagnose Z29.21 (Systemische prophylaktische Chemotherapie) des ICD-10 umschriebenen Therapie nach allgemeinem Sprachgebrauch nicht um eine Krankheit oder Beschwerde handelt, sondern um eine therapeutische Maßnahme. Die Begriffe der "Krankheit" und "Beschwerde" im Sinne der DKR 2013 sind aber nicht auf den allgemeinen Sprachgebrauch ausgerichtet, sondern auf den spezifischen des Krankenhausvergütungsabrechnungssystems, zu dem auch der ICD-10 gehört (vgl. zur Maßgeblichkeit der spezifischen Begrifflichkeit des ICD-10 Urteil des Senats vom 8. Juli 2016 – [L 4 KR 4669/15](#) – juris, Rn. 31). "Krankheit" und "Beschwerde" im Sinne der DKR 2013 erfassen damit alle im ICD-10 enthaltenen Schlüsselnummern und sind nicht auf die dort aufgeführten Diagnosen und Beschwerden im engeren Sinne begrenzt. Diese Begriffsbedeutung ergibt sich aus den DKR 2013 selbst. Dort wird unter D007f (S. 15) als Beispiel für eine zu kodierende Nebendiagnose die Z53 des ICD-10 genannt. Die Z53 beschreibt aber gerade keine "Krankheit" oder "Beschwerde", sondern einen äußeren Umstand ("Personen, die Einrichtungen des Gesundheitswesens wegen spezifischer Maßnahmen aufgesucht haben, die aber nicht durchgeführt wurden").

Die Beklagte kann auch nicht mit ihrem Argument durchdringen, aufgrund der Kodierung der Prozedur OPS 8-010.3 (Applikation von Medikamenten und Elektrolytlösungen intravenös, kontinuierlich, bei Neugeborenen) würde die Kodierung der Nebendiagnose Z29.21 einer Doppelkodierung gleichkommen, die nach den DKR verboten sei. Den DKR 2013 lässt sich nämlich im Gegenteil entnehmen, dass Diagnosen und Prozeduren parallel zu kodieren sind (vgl. die Beispiele bei D011d auf S. 19 der DKR 2013).

Das SG ist zudem zu Unrecht davon ausgegangen, eine Verdachtsdiagnose sei per se nicht kodierfähig. Ein bloßes potentielles

Gesundheitsrisiko, das eine Behandlung in Form einer prophylaktischen Therapie erfordere, könne nach "strenger Auslegung" der DKR 2013 nicht kodiert werden. Die DKR 2013 gehen hingegen ausdrücklich davon aus, dass auch bei Verdachtsfällen ICD-10-Diagnosen zu kodieren sind (vgl. Beispiel 5 auf S. 6 der DKR 2013).

dd) Dem Anspruch der Klägerin nicht entgegen nicht, dass er durch die ursprüngliche Bezahlung ihrer Rechnung vom 20. September 2013 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](#) Bürgerliches Gesetzbuch (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 2.974,04 konkludent eine neue Tilgungsbestimmung zuwiesen, entfallen (vgl. – auch zum Nachstehenden – Urteil des Senats vom 8. Juli 2016 – [L 4 KR 4669/15](#) – juris, Rn. 29). 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 EUR 2.974,04 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 (vgl. zu einer solchen Konstellation Urteil des Senats vom 13. September 2016 – [L 4 KR 2220/15](#) – nicht veröffentlicht).

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 Landessozialgericht [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](#)).

ee) Der Zinsanspruch ergibt sich aus [§ 19 Abs. 3](#) des in Baden-Württemberg geltenden Vertrages nach [§ 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#) über die "Allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung". Danach kann das Krankenhaus bei Überschreiten des Zahlungsziels ab dem Fälligkeitstag Verzugszinsen berechnen, ohne dass es einer Mahnung bedarf. Da die Beklagte die Vergütung ursprünglich in vollem Umfang gezahlt hat, fallen Verzugszinsen erst ab dem Tag der "Verrechnung" (am 2. Mai 2014) an, so dass entsprechend dem Antrag der Klägerin ab dem 3. Mai 2014 Verzugszinsen zu zahlen sind. Der Verzugszinssatz beträgt nach [§ 19 Abs. 3 Satz 2](#) des genannten Vertrages für das Jahr fünf Prozentpunkte über dem Basiszinssatz nach [§ 247 Abs. 1 BGB](#).

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

2016-12-27