

## L 5 KR 1020/15

Land  
Baden-Württemberg  
Sozialgericht  
LSG Baden-Württemberg  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung  
5  
1. Instanz  
SG Heilbronn (BWB)  
Aktenzeichen  
S 8 KR 1070/11  
Datum  
25.10.2013  
2. Instanz  
LSG Baden-Württemberg  
Aktenzeichen  
L 5 KR 1020/15  
Datum  
17.05.2017  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen

-  
Datum  
-

Kategorie  
Urteil

Auf die Berufung der Klägerin wird das Urteil des Sozialgerichts Heilbronn vom 25.10.2013 aufgehoben. Die Beklagte wird verurteilt, der Klägerin 1.141,- EUR nebst Zinsen hieraus in Höhe von vier Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 21.03.2011 zu zahlen.

Die Beklagte trägt die Kosten des Verfahrens beider Rechtszüge.

Der Streitwert für das Berufungsverfahren wird endgültig auf 1.141,- EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Vergütung einer stationären Krankenhausbehandlung.

Der im Jahr 1960 geborene, bei der Beklagten krankenversicherte S. R. (im Folgenden Versicherter) wurde durch den ihn behandelnden Facharzt für Allgemeinmedizin Dr. Sch. wegen eines fieberhaften Infekts und einer neu aufgetretenen Hämaturie zur stationären Behandlung eingewiesen. Er wurde am 17.06.2010 in das für die Behandlung Versicherter nach § 108 Nr. 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) zugelassene Krankenhaus der klagenden Krankenhausträgerin aufgenommen und dort in der internistischen Abteilung/Schwerpunkt Nephrologie wegen der vorläufigen Diagnosen eines akuten Nierenversagens, des Verdachts auf (V.a.) eine Hantavirus-Infektion, bekanntem Diabetes mellitus Typ II sowie dem anamnestischen V.a. eine periphere arterielle Verschlusskrankheit behandelt. Im Verlauf der stationären Behandlung bestätigte sich serologisch der V.a. eine Hantavirus-Infektion. Am 25.06.2010 wurde der Versicherte aus der stationären Behandlung entlassen.

Die Klägerin rechnete gegenüber der Beklagten unter dem 02.07.2010 die Behandlung mit der Fallpauschale DRG (Diagnosis-Related Group) L60D (Niereninsuffizienz, mehr als ein Belegungstag, ohne Dialyse, ohne äußerst schwere CC) mit einem Betrag i.H.v. insg. 2.738,- EUR ab. Hierbei legte sie als Hauptdiagnose nach der International classification of diseases (ICD-10) die Diagnose N17.8 (sonstiges akutes Nierenversagen) sowie als Nebendiagnosen u.a. die Diagnosen E87.6 (Hypokaliämie) sowie A98.5 (hämorrhagisches Fieber mit renalem Syndrom) zugrunde. Die Beklagte zahlte den geforderten Betrag zunächst an die Klägerin.

Die Beklagte beauftragte mit Schreiben vom 08.07.2010 den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Baden-Württemberg (MDK) mit der Überprüfung der Abrechnung des Behandlungsfalls. In ihrem Gutachten vom 23.09.2010 kam Dr. H. für den MDK zu der Einschätzung, dass die Codierung des Behandlungsfalls nach der Hauptdiagnose N17.8 nicht zutreffend, der Behandlungsfall vielmehr nach der Hauptdiagnose A98.5 zu kodieren sei. Die Abrechnung habe nach der DRG L63F (Infektionen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC, Alter > 5 Jahre) zu erfolgen.

Unter dem 29.09.2010 setzte die Beklagte die Klägerin von der Einschätzung des MDK in Kenntnis und bat die Klägerin bis zum 22.12.2010 eine berichtigte Rechnung nebst Gutschrift zu übermitteln, ansonsten werde sie, die Beklagte, den (zu viel gezahlten) Betrag verrechnen. Hiergegen legte die Klägerin am 18.10.2010 Widerspruch ein, mit dem vorgebracht wurde, die Aufnahme des Versicherten sei wegen eines akuten Nierenversagens und nicht wegen der zu Grunde liegenden Hantavirus-Infektion erfolgt. Die Beklagte schaltete abermals den MDK ein, für den Dr. M. unter dem 28.10.2010 ausführte, die Kodierrichtlinien sähen eine zwingende Reihenfolge der Kodierung vor, nach der vorliegend die Ätiologieschlüsselnummer A98.5 zuvorderst zu kodieren sei. Die Beklagte teilte der Klägerin sodann mit Schreiben vom 10.11.2010 unter Bezugnahme auf das MDK-Gutachten des Dr. M. mit, dass dem Widerspruch nicht abgeholfen werden könne und es bei der Rückforderung bleibe.

In der Folgezeit verrechnete die Beklagte den bereits gezahlten Betrag der ursprünglichen Rechnung i.H.v. 1.141,- EUR mit anderweitigen Ansprüchen der Klägerin.

Am 21.03.2011 erhob die Klägerin Klage zum Sozialgericht Heilbronn (SG). Zu deren Begründung trug sie vor, die Aufnahme des Versicherten sei wegen des labortechnisch nachgewiesenen akuten Nierenversagens erfolgt. Im Laufe der Untersuchung habe sich gezeigt, dass eine Hantavirus-Infektion Auslöser des Nierenversagens gewesen sei, weswegen die durchgeführte Behandlung bei der Hauptdiagnose N17.8 nach der DRG L60D abzurechnen gewesen sei. Der Einschätzung der Beklagten könne nicht gefolgt werden, weil eine Hantavirus-Infektion unterschiedliche Verlaufsformen zeigen könne; sie könne einerseits unbemerkt verlaufen, andererseits aber schwerste Krankheitsbilder hervorrufen. In einem derartigen Fall sei das akute Krankheitsbild, vorliegend das akute Nierenversagen, maßgeblich. Die Infektion könne hingegen nicht als Hauptdiagnose für den Klinikaufenthalt herangezogen werden.

Die Beklagte trat der Klage entgegen. Die Kodierung habe, so die Beklagte, nach der Kreuz-Stern-Systematik zu erfolgen; es sei in der Reihenfolge zu kodieren, wie sie im alphabetischen Verzeichnis oder im systematischen Verzeichnis der ICD-10 Klassifikation erscheine, in dem die Manifestationsschlüsselnummer der Ätiologieschlüsselnummer folge. Beim Nierenversagen handle es sich um ein Symptom der Infektion mit dem Hantavirus. Werde im Krankenhaus ausschließlich das Symptom Nierenversagen behandelt und nicht der Virus, so könne auch das Symptom die Hauptdiagnose werden. Werde jedoch auch die Ursache, die Hantavirus-Infektion, in irgendeiner Form, diagnostisch, therapeutisch oder pflegerisch behandelt, so könne das Symptom nicht mehr Hauptdiagnose sein, dann sei die Grunderkrankung als Hauptdiagnose zu kodieren.

Das SG ernannte Dr. S., Chirurg, zum gerichtlichen Sachverständigen und beauftragte ihn mit der Erstattung eines Sachverständigengutachtens. In seinem ärztlichen Sachverständigengutachten (nach Aktenlage) vom 23.02.2012 und seinen ergänzenden Stellungnahmen vom 19.04.2012 und 14.05.2012 führte Dr. S. aus, die Hauptdiagnose des Behandlungsfalles laute Nierenschädigung aufgrund einer Hantavirus-Infektion, mit dem Diagnoseschlüssel A98.5 (hämorrhagische Fieber mit renalem Syndrom). Die Abrechnung des Behandlungsfalles nach der DRG L60 D sei nicht korrekt, die Abrechnung hätte vielmehr nach der DRG L63F erfolgen müssen. Der Versicherte sei, so Dr. S., wegen einer Nierenschädigung stationär aufgenommen worden, als deren Ursache sich eine Infektion mit dem Hantavirus herausgestellt habe. Für die Kodierung von DRG-Fällen sei grundsätzlich folgende aufsteigende Reihenfolge zu beachten: Regelungen in ICD-10-GM und des Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS), allgemeine Kodierrichtlinien, spezielle Kodierrichtlinien. Wenn die ICD-10-GM (german modification) eine Kodierung vorgebe, sei diese gültig, es sei denn, eine Kodierrichtlinie widerspreche dem. Für die Nierenbeteiligung bei Hantavirus-Infektion sei in der ICD-10-GM eine spezielle Art der Verschlüsselung vorgesehen, nämlich die sogenannte Kreuz-Stern-Kombination, wobei explizit die Ursache der Erkrankung (Ätiologie, Kreuz-Kode) vor dem konkreten Erscheinungsbild (Manifestation, Stern-Kode) zu kodieren sei. Aus der allgemeinen Kodierrichtlinie (Mehrfachkodierung) ergebe sich, dass die Kreuz-Stern-Systematik des ICD-10 bei der Kodierung im G-DRG-System zu beachten sei. Daher bedürfe es keiner expliziten Behandlung der Hantavirus-Infektion in den Kodierregeln. Aus der Tatsache, dass die Hantavirus-Infektion in der ICD-10 so zu kodieren sei, folge zwangsläufig die gleiche Kodierung im DRG-System. Etwas anderes würde nur dann gelten, wenn die Kodierregeln eine andere Kodierung der Hantavirus-Infektion explizit vögäben. Dies sei aber an keiner Stelle der Kodierregeln der Fall. Im Übrigen könne das von der Klägerin als Hauptdiagnose angegebene sonstige akute Nierenversagen auch nicht als Nebendiagnose kodiert werden, da ein solches nicht vorgelegen habe. Die Abrechnung hätte mithin nach der DRG L63F erfolgen müssen.

Die Klägerin trat der gutachterlichen Einschätzung von Dr. S. entgegen und führte hierzu aus, dass sich aus den Kodierrichtlinien nicht die vom Gutachter angeführte Hierarchie ergebe, die Kodierrichtlinien hätten vielmehr Vorrang vor den Hinweisen zur Benutzung des ICD-10 bzw. des OPS-301. In den Kodierrichtlinien gebe es keine Regelung, die bei einer Nierenbeteiligung im Rahmen einer Hantavirus-Infektion eine spezielle Art der Verschlüsselung, die Kreuz-Stern-Kombination, vorsehe. Deshalb komme es darauf an, was als Haupt- und Nebendiagnose zu kodieren sei. Schließlich verwies die Klägerin auf ein MDK-Gutachten, das in einem anderen, jedoch ähnlich gelagerten Fall erstellt worden sei und in dem das akute Nierenversagen als Hauptdiagnose anerkannt worden sei.

Mit Urteil vom 25.10.2013 wies das SG die Klage ab. Zur Begründung seiner Entscheidung führte es aus, die stationäre Behandlung des Versicherten sei nicht nach der DRG L60D, sondern nach der DRG L63F zu vergüten. Als Hauptdiagnose sei nicht ein akutes Nierenversagen, sondern das hämorrhagische Fieber mit renalem Syndrom zu Grunde zu legen, da der Nierenschädigung des Versicherten eine Hantavirus-Infektion zu Grunde gelegen habe, die als Hauptdiagnose anzusehen sei. Nach den Kodierrichtlinien sei als Hauptdiagnose die Diagnose anzulegen, die nach einer Analyse als diejenige festgestellt worden sei, die hauptsächlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthaltes des Patienten verantwortlich sei. Dies führe, so das SG unter Hinweis auf die Ausführungen von Dr. S., dazu, dass mit Kenntnisstand zum Ende des stationären Aufenthaltes zu prüfen sei, warum der Patient in ein Krankenhaus eingewiesen worden sei; die Hauptdiagnose sei mithin retrospektiv festzustellen. Bei dem Versicherten habe sich herausgestellt, dass die Hantavirus-Infektion Ursache der Nierenschädigung gewesen sei, wegen derer er initial eingewiesen worden sei. Die Hantavirus-Infektion sei daher als Hauptdiagnose anzusehen. Ferner sei, so das SG weiter, zu berücksichtigen, dass es für die Einstufung als Hauptdiagnose keine Rolle spiele, welcher medizinischen und/oder behandlerischen Maßnahme die zugrunde liegende Infektion jeweils bedürfe. Bei Heranziehung der Hantavirus-Infektion als Hauptdiagnose sei nach der Kreuz-Stern-Kombination der Behandlungsfall nach A98.5 (hämorrhagisches Fieber mit renalem Syndrom) zu kodieren gewesen. Die Vergütung habe damit auf Grundlage der Fallpauschale L63F zu erfolgen.

Gegen das am 05.11.2013 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 04.12.2013 Berufung zum Landessozialgericht Baden-Württemberg (LSG) eingelegt, die zunächst unter dem Aktenzeichen - L 5 KR 5224/13 - geführt wurde. Mit Beschluss vom 13.03.2014 ordnete der Senat im Hinblick auf ein anhängiges Berufungsverfahren, dem ein gleichgelagerter Sachverhalt zu Grunde lag, das Ruhen des Verfahrens an. Nach Wiederaufwurf des Verfahrens am 18.03.2015 führt die Klägerin zur Begründung ihres Rechtsmittels (nunmehriges Aktenzeichen - [L 5 KR 1020/15](#) -) aus, das SG habe die Vorgaben der Kodierrichtlinien zur Definition der Hauptdiagnose fehlerhaft angewandt. Es habe seiner Entscheidung die gutachterliche Einschätzung von Dr. S. zu Grunde gelegt, die jedoch fehlerhaft sei. Der Versicherte sei wegen eines Nierenversagens bzw. einer Nierenschädigung aufgenommen worden. Diese sei nach dem Stadium F der RIFLE-Klassifikation und nicht (bloß), wie vom Gutachter angenommen, nach Stadium R zu klassifizieren gewesen. Beim Versicherten habe weder ein hämorrhagisches Fieber noch ein renales Syndrom vorgelegen, weswegen eine dahingehende Kodierung nicht zulässig sei. Auch müsse eine Hantavirus-Infektion nicht grundsätzlich behandelt werden, sie könne auch blande verlaufen. Dies habe, für einen vergleichbaren Fall, das LSG mit Urteil vom 27.02.2015 (- [L 4 KR 2536/13](#) -, n.v.) entschieden.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Heilbronn vom 25.10.2013 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, an sie 1.141,- EUR nebst Zinsen hieraus in Höhe von vier Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 21.03.2011 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Zur Begründung ihres Antrages bringt die Beklagte vor, die Überlegungen des LSG im Urteil vom 27.02.2015 ([a.a.O.](#)) seien nicht auf das vorliegende Verfahren übertragbar, da das LSG seine Entscheidung maßgeblich damit begründet habe, dass der dortige Patient bei der Krankenhausaufnahme kein Fieber gehabt habe und es daher an einem tatbestandlichen Merkmal der Kodierung der Hantavirus-Infektion fehle. Diese Einschätzung sei fehlerhaft. Entscheidend für die Kodierung sei einzig die erfolgte Infektion. Dr. S. habe zutreffend ausgeführt, dass vorliegend "A98.5" als Hauptdiagnose anzusehen sei.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die Gerichtsakten beider Rechtszüge, die Verwaltungsakte der Beklagten sowie die Patientenakte des Versicherten, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung vom 17.05.2017 geworden sind, sowie die Niederschrift der mündlichen Verhandlung vom 17.05.2017 verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung (vgl. [§ 151 Sozialgerichtsgesetz \[SGG\]](#)) ist zulässig. Sie ist insbesondere nach [§ 143 SGG](#) statthaft, da der Wert des Beschwerdegegenstandes den nach [§ 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG](#) erforderlichen Betrag von 750,- EUR übersteigt. [§ 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 10.000,- EUR nicht übersteigt, gilt bei der Geltendmachung von Vergütungsansprüchen eines Krankenhausträgers gegen einen Sozialleistungsträger nicht (vgl. Bundessozialgericht [BSG], Urteil vom 25.05.2006 - [B 3 KR 15/05 R](#) - in juris).

Die Berufung führt für die Klägerin auch inhaltlich zum Erfolg, das SG hat die von der Klägerin in zulässiger Weise erhobene echte Leistungsklage ([§ 54 Abs. 5 SGG](#)), die weder der Durchführung eines Vorverfahrens bedurfte, noch fristgebunden war (vgl. BSG, Urteil vom 13.11.2013 - [B 3 KR 33/12 R](#) -, in juris), zu Unrecht abgewiesen.

Die Klägerin hat gegen die Beklagte einen Anspruch auf Zahlung von 1.141,- EUR nebst Zinsen hieraus i.H.v. vier Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 21.03.2011. Die Ver- bzw. Aufrechnung des Betrages mit (anderen und unstreitigen) Vergütungsforderungen der Klägerin (vgl. hierzu BSG, Urteil vom 19.04.2016 - [B 1 KR 23/15 R](#) -, in juris) erfolgte zu Unrecht.

Der streitgegenständliche Vergütungsanspruch der Klägerin findet seine rechtliche Grundlage in [§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) i.V.m. [§ 7 Satz 1 Nr. 1 Krankenhausentgeltgesetz \(KHEntgG\)](#), der Fallpauschalenverordnung (FPV) für das Jahr 2010 vom 29.09.2009 und deren Anlage 1 Teil a, [§ 17b Abs. 1 Satz 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz \(KHG\)](#) sowie dem am 01.01.2006 in Kraft getretenen Krankenhausbehandlungsvertrag für das Land Baden-Württemberg nach [§ 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#) (KHBV) vom 21.09.2005.

Das zugelassene Krankenhaus ist im Rahmen seines Versorgungsauftrags zur Krankenhausbehandlung ([§ 39 SGB V](#)) der Versicherten verpflichtet. Nach [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) haben Versicherte Anspruch auf vollstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus ([§ 108 SGB V](#)), wenn die Aufnahme nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann. Nach [§ 39 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) umfasst dieser Anspruch auch die im Einzelfall erforderlichen und zum frühestmöglichen Zeitpunkt einsetzenden Leistungen zur Frührehabilitation. Mit diesem Anspruch des Versicherten auf Krankenhausbehandlung korrespondiert ein Vergütungsanspruch des Krankenhausträgers gegenüber der Krankenkasse. Die Zahlungsverpflichtung der Krankenkasse entsteht - unabhängig von einer Kostenzusage - unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten (hierzu BSG, Urteil vom 10.04.2008 - [B 3 KR 19/05 R](#) - in juris). Dementsprechend müssen bei den Versicherten im Zeitpunkt der Aufnahme in das Krankenhaus grundsätzlich die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für die Inanspruchnahme von Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung sowie Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit vorliegen. Dies ist vorliegend der Fall; Anhaltspunkte dafür, dass die stationär durchgeführte Behandlung des Versicherten nicht erforderlich gewesen ist, sind dem Senat nicht ersichtlich und wurden von der Beklagten auch nicht vorgebracht.

Die Höhe des Vergütungsanspruchs bemisst sich nach [§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) i.V.m. [§ 7 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG](#), der FPV für das Jahr 2010 und deren Anlage 1 Teil a, [§ 17b Abs. 1 Satz 1 KHG](#) sowie dem KHBV. Gemäß [§ 7 Satz 1 KHEntgG](#) werden die allgemeinen Krankenhausleistungen gegenüber den Patienten oder ihren Kostenträgern mit verschiedenen, in den Nrn. 1 bis 8 abschließend aufgezählten Entgelten abgerechnet. Vorliegend geht es um die Abrechnung von Fallpauschalen nach dem auf Bundesebene vereinbarten Entgeltkatalog ([§ 7 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG](#) i.V.m. [§ 9 KHEntgG](#)). Der nach [§ 9 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG](#) vereinbarte Fallpauschalenkatalog ist nach Fallgruppen - sogenannten DRG - geordnet. Die Fallpauschalen ergeben sich aus der Vereinbarung einer Fallpauschalenvereinbarung (FPV) mit einem Fallpauschalen-Katalog als Teil derselben und den allgemeinen und speziellen Kodierrichtlinien für die Verschlüsselung von Krankheiten und Prozeduren (Deutsche Kodierrichtlinien (DKR)). DKR und FPV bilden den konkreten vertragsrechtlichen Rahmen, aus dem die für eine Behandlung maßgebliche DRG-Position folgt. Im vorliegenden Fall sind die jeweils normativ wirkende, am 29.09.2009 getroffene Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2010 (FPV 2010) einschließlich deren Anlagen und die von den Vertragspartnern auf Bundesebene getroffene Vereinbarung zu den DKR maßgebend. Welche DRG-Position abzurechnen ist, ergibt sich rechtsverbindlich nicht aus einem schriftlich festgelegten abstrakten Tatbestand, sondern aus der Eingabe von im Einzelnen von einem Programm vorgegebenen, abzufragenden Daten in ein automatisches Datenverarbeitungssystem und dessen Anwendung, dem Groupiervorgang (vgl. BSG, Urteil vom 08.11.2011 - [B 1 KR 8/11 R](#) - in juris).

Die Anwendung der DKR und der FPV-Abrechnungsbestimmungen einschließlich des ICD-10-GM und des OPS ist nicht automatisiert und

unterliegt als Mitsteuerung der prozesshaften Tatbestandsbildung im Zusammenspiel mit den Vorgaben zertifizierter Grouper (BSG, Urteil vom 14.10.2014 - [B 1 KR 25/13 R](#) -, in juris) ihrerseits grundsätzlich den allgemeinen Auslegungsmethoden der Rechtswissenschaft. Die Abrechnungsbestimmungen sind gleichwohl wegen ihrer Funktion im Gefüge der Ermittlung des Vergütungstatbestandes innerhalb eines vorgegebenen Vergütungssystems eng am Wortlaut orientiert und unterstützt durch systematische Erwägungen auszulegen. Eine Vergütungsregelung, die für die routinemäßige Abwicklung von zahlreichen Behandlungsfällen vorgesehen ist, kann ihren Zweck nur erfüllen, wenn sie allgemein streng nach ihrem Wortlaut sowie den dazu vereinbarten Anwendungsregeln gehandhabt wird und keinen Spielraum für weitere Bewertungen sowie Abwägungen belässt. Demgemäß sind Vergütungsregelungen stets eng nach ihrem Wortlaut und allenfalls ergänzend nach ihrem systematischen Zusammenhang auszulegen; Bewertungen und Bewertungsrelationen bleiben außer Betracht. 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 (st. Rspr. des BSG, u.a. Urteil vom 18.07.2013 - [B 3 KR 7/12 R](#) -; vom 14.10.2014 - [B 1 KR 25/13 R](#) - und vom 21.04.2015 - [B 1 KR 9/15 R](#) -, jew. in juris) Da das DRG-basierte Vergütungssystem vom Gesetzgeber als jährlich weiterzuentwickelndes (§ 17b Abs. 2 S 1 KHG) und damit "lernendes" System angelegt ist, sind bei zutage tretenden Unrichtigkeiten oder Fehlsteuerungen in erster Linie die Vertragsparteien berufen, diese mit Wirkung für die Zukunft zu beseitigen (vgl. zum Ganzen BSG, Urteil vom 21.04.2015, [a.a.O.](#)).

Für die Zuordnung eines bestimmten Behandlungsfalles zu einer DRG ist hierbei (händisch) die Diagnose nach dem ICD-10 in der jeweiligen vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebenen deutschen Fassung zu verschlüsseln ([§ 301 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#)).

Die Klägerin durfte die erfolgte stationäre Behandlung des Versicherten - ausgehend von den dargelegten generellen Vorgaben - zur Überzeugung des Senats nach der DRG L60D abrechnen, da als Hauptdiagnose nach ICD-10 die Diagnose N17.8 (sonstiges akutes Nierenversagen) zu kodieren war. Das BSG hat in seiner Entscheidung vom 21.04.2015 ([a.a.O.](#)) ausgeführt, Hauptdiagnose sei nach den DKR D002d die Diagnose, die nach Analyse als diejenige festgestellt wurde, die hauptsächlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthaltes des Patienten verantwortlich sei. Zentraler Begriff sei hierbei die "Veranlassung" des stationären Krankenhausaufenthalts. Sie meine die ursächliche Auslösung des stationären Behandlungsgeschehens. Das zeitliche Moment als ein wesentliches Definitionsmerkmal grenze dabei von später hinzugetretenen Diagnosen ab, die ebenfalls stationäre Behandlungsbedürftigkeit bedingten. Ein bereits - objektiv zutreffend - veranlasster stationärer Krankenhausaufenthalt könne nicht später, nach Aufnahme in das Krankenhaus nochmals veranlasst, sondern allenfalls aufrechterhalten werden. Diagnosen, die erst nachfolgend Behandlungsbedürftigkeit begründen, seien irrelevant. Insbesondere komme es nicht darauf an, dass die den stationären Krankenhausaufenthalt veranlassende Diagnose zugleich den größeren Anteil am Ressourcenverbrauch habe. Soweit die Erläuterung der DKR hierbei darauf verweise, dass "der behandelnde Arzt" die Hauptdiagnose auszuwählen habe, sei dies nur in einem tatsächlichen Sinn zu verstehen. Die Beurteilung, ob eine Diagnose als Hauptdiagnose zu kodieren sei, bemesse sich nach objektiven Maßstäben. Sie unterliege im Streitfall der vollen richterlichen Nachprüfung. Das zweite wesentliche Definitionsmerkmal der Hauptdiagnose sei, so das BSG weiter, der Begriff "nach Analyse". Er verdeutliche, dass es weder auf die subjektive oder objektiv erzielbare Einweisungs- oder Aufnahmediagnose ankomme, sondern allein auf die objektive ex-post-Betrachtung der Aufnahmegründe am Ende der Krankenhausbehandlung. Es sei für die Bestimmung der Hauptdiagnose ohne Belang, dass die Diagnose des einweisenden Arztes und des aufnehmenden Krankenhausarztes unter Berücksichtigung der ex ante vorhandenen Informationen objektiv lege artis erfolgt sei. Maßgeblich sei allein die objektiv zutreffende ex-post-Betrachtung. Hingegen sei, so das BSG, eine Diagnose, die sich während des Krankenhausaufenthalts entwickelt habe, ungeachtet des damit verbundenen Ressourcenverbrauchs zwingend keine Hauptdiagnose. Diesen Ausführungen schließt sich der erkennende Senat an und gelangt hiernach zu der Überzeugung, dass als Hauptdiagnose nach ICD-10 die Diagnose N17.8 (sonstiges akutes Nierenversagen) zu kodieren war. Zwar hat der im erstinstanzlichen Verfahren gutachterlich gehörte Dr. S. ausgeführt, dass beim Versicherten lediglich nach A98.5 zu kodieren sei, hiervon vermag sich der Senat jedoch nicht zu überzeugen. Dr. S. hat seiner Einschätzung die Annahme zu Grunde gelegt, dass beim Versicherten kein Nierenversagen vorgelegen habe, da hiervon erst ab dem Stadium F (nach RIFLE) bzw. dem Stadium 3 nach AKIN ausgegangen werden könne, was beim Versicherten nicht der Fall gewesen sei. Dem vermag sich der Senat jedoch nicht anzuschließen.

Bei einem akuten Nierenversagen handelt es sich um eine plötzliche, innerhalb von Stunden bis Tagen einsetzende, prinzipiell rückbildungsfähige Verschlechterung der Nierenfunktion. Ab 2004 wurden Nierenschädigungen nach den sog. RIFLE-Kriterien, einem Akronym für Risk - Injury - Failure - Loss - ESRD (End Stage Renal Disease), übersetzt etwa: Risiko - Schädigung - Versagen (der Nieren) - Verlust (der Nierenfunktion) - Terminales Nierenversagen, klassifiziert. Nach dieser Klassifikation war ab dem Stadium "F" von einem akuten Nierenversagen auszugehen. 2007 wurde der Begriff "akutes Nierenversagen" (Acute Renal Failure) in einer Konsensuskonferenz durch den Begriff "akute Nierenschädigung" (Acute Kidney Injury) ersetzt. Hierbei wurde die Stadieneinteilung gestrafft. Eine akute Nierenschädigung ist hiernach durch eine abrupte (innerhalb von 48 Stunden) Abnahme der Nierenfunktion gekennzeichnet, die ihrerseits durch einen absoluten Anstieg des Serum-Kreatinins um  $\geq 0,3$  mg/dl ( $\geq 26,4$   $\mu$ mol/l), einen prozentualen Anstieg des Serum-Kreatinins um  $\geq 50$  % (auf das 1,5-fache des Ausgangswertes) oder eine Verminderung der Urin-Ausscheidung auf  $< 0,5$  ml/kg/h über mehr als 6 Stunden gekennzeichnet ist. In Anlegung dieser Kriterien ist, worauf die Klägerin zutreffend hinweist, nicht nur von einem Stadium "R" beim Versicherten auszugehen. Vielmehr wird das Stadium der Erkrankung im Entlassungsbericht vom 05.08.2010 mit "I-F" klassifiziert, mit welchen ein akutes Nierenversagen (N17.8) vorlag. Dies wird auch durch die vorliegende Patientendokumentation bestätigt, in der u.a. Kreatinin-Werte von bis zu 2,62 mg/dl benannt sind, die den Wert der regulären Obergrenze von 1,1 mg/dl (vgl. <http://www.internisten-im-netz.de/de/kreatinin/1367.html>) deutlich übersteigen. Auch wird im vorläufigen Arztbrief vom 22.06.2010 davon berichtet, dass beim Versicherten eine ausgeprägte Flüssigkeitsretention bestanden habe, die sich wieder gebessert habe und der Versicherte wieder (einige Kilogramm) Flüssigkeit habe ausscheiden können. Die Kodierung eines akuten Nierenversagens als Hauptdiagnose der Krankenhausbehandlung ist hiernach, entgegen der Auffassung der Beklagten, nicht zu beanstanden. Die Diagnose A98.5 (hämorrhagisches Fieber mit renalem Syndrom) war weder Anlass für die stationäre Behandlung des Versicherten noch war sie in deren weiteren Verlauf zu stellen. Der Versicherte wurde vom niedergelassenen Facharzt für Allgemeinmedizin Dr. Sch. zwar wegen eines fieberhaften Infekts in die stationäre Behandlung eingewiesen, jedoch war beim Versicherten ausweislich der aktenkundigen pflegerischen Dokumentation während des gesamten Aufenthalts zu keinem Zeitpunkt eine Körpertemperatur von mehr als 37,4 ° Celsius zu verzeichnen. Da auch die weiteren in der Patientendokumentation niedergelegten Befunde keinerlei Hinweis darauf beinhalten, dass der Versicherte gefiebert oder eine Blutungsneigung bestanden hat, fehlt es bereits an einem Tatbestandsmerkmal der Diagnose A98.5. Diese Wortlautauslegung wird auch durch den Zweck der Diagnosenkodierung gestützt. Sie soll im Rahmen des Fallpauschalensystems eine am Behandlungsaufwand orientiert möglichst angemessene Vergütung des Leistungserbringers sicherstellen. Dies gebietet es, bei der

Kodierung möglichst die Diagnose zu verwenden, die bei der stationären Behandlung des Versicherten im Mittelpunkt gestanden hat. Dies kann aber regelmäßig nicht eine Diagnose sein, die bei Beginn der stationären Behandlung – sei es aus ex-ante-, sei es aus ex-post-Betrachtung – bei dem jeweiligen Versicherten aktuell nicht mehr zu stellen wäre (LSG, Urteil vom 27.02.2015, [a.a.O.](#)). Auch die diesbezüglichen Ausführungen des gerichtlichen Sachverständigen Dr. S. überzeugen den Senat nicht. Dr. S. begründet gerade nicht, warum die Diagnose A98.5 im konkreten Fall zu stellen gewesen sei. Zwar kann eine Hantavirus-Infektion die Diagnose "hämorrhagisches Fieber mit renalem Syndrom" grundsätzlich rechtfertigen, denn nach der Einschlussbemerkung zur Diagnose A98.5 des ICD-10 wird hiervon auch eine Hantavirus-Infektion mit renaler Beteiligung umfasst. Die Einschlussbemerkungen stehen aber nicht als Alternative neben der Diagnosendefinition, sondern dienen als Beispiele für diagnostische Feststellungen (DKR 2010, S.29). Sie sind nur einschlägig, wenn die Tatbestandsvoraussetzungen dieser Diagnose auch im Übrigen erfüllt sind. Dies bedeutet, dass eine Hantavirus-Infektion Ursache für ein hämorrhagisches Fieber mit renalem Syndrom sein kann, dass aber nicht jede Hantavirus-Infektion die Diagnose A98.5 rechtfertigt (LSG, Urteil vom 27.02.2015, [a.a.O.](#)). Fehlt es entweder am renalen Syndrom und/oder am hämorrhagischen Fieber kommt diese Diagnosenstellung auch dann nicht in Betracht, wenn eine Hantavirus-Infektion vorliegt. So verhält es sich aber hier, weil der Versicherte nicht wegen eines hämorrhagischen Fiebers stationär behandelt worden ist. Vor diesem Hintergrund geht die Argumentation des SG, es komme bei der Festlegung der maßgeblichen Hauptdiagnose nicht auf die bei Beginn der stationären Behandlung gestellten Diagnosen an, sondern entsprechend der grundsätzlich maßgeblichen (vgl. BSG, Urteil vom 08.11.2011 – [B 1 KR 8/11 R](#) – in juris, Rn. 43, dort zur Ausnahmekonstellation) Definition der Hauptdiagnose in den DKR auf die Diagnose an, "die nach Analyse als diejenige festgestellt wurde, die hauptsächlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthaltes des Patienten verantwortlich ist", auf eine nachträgliche, nach Abschluss der stationären Behandlung getroffene Betrachtung an, im vorliegenden Fall ins Leere. Denn auch bei einer ex-post-Betrachtung ist die Annahme, dass die Behandlung wegen Fieber - und damit einem Tatbestandsmerkmal der Diagnose A98.5 - erfolgt sei, widerlegt.

Die Kodierung eines akuten Nierenversagens als Hauptdiagnose der Krankenhausbehandlung ist hiernach nicht zu beanstanden. Die Gruppierung dieser Diagnose führt, in Anlegung des webgroupers (abrufbar bspw. unter [http://drg.uni-muenster.de/index.php?option=com\\_webgrouper&Itemid=112&view=webgrouper](http://drg.uni-muenster.de/index.php?option=com_webgrouper&Itemid=112&view=webgrouper)) zur Fallpauschale L60D.

Da der Klägerin mithin nach der Behandlung des Versicherten eine fällige Forderung i.H.v. 2.738,- EUR zustand, war die Beklagte nicht berechtigt, die Differenz zu dem nach der DRG L63F zu gewährenden Betrag von 1.141,- EUR mit anderen Forderungen der Klägerin zu verrechnen.

Die Beklagte ist hiernach zu verurteilen, der Klägerin einen Betrag von 1.141,- EUR zu zahlen.

Der Anspruch auf Prozesszinsen steht der Klägerin ab dem 21.03.2011 zu, da an diesem Tag die Klage beim SG eingegangen und daher die sozialgerichtliche Rechtshängigkeit nach [§ 94 SGG](#) eingetreten ist. Die Verzinsungspflicht beginnt nach [§ 291](#) Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) i.V.m. [§ 94 SGG](#) bereits mit dem Tag der Einreichung der Klage (BSG, Urteil vom 23.03.2006 – [B 3 KR 6/05 R](#) – in juris). Hierbei ist, entsprechend der klägerischen Antragstellung (vgl. [§ 123 SGG](#)), ein Zinssatz von vier Prozentpunkten über dem Basiszinssatz anzusetzen.

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

Gründe, die Revision zuzulassen (vgl. [§ 160 Abs. 2 SGG](#)), liegen nicht vor.

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

2017-05-22