

L 6 KR 532/12

Land

Freistaat Thüringen

Sozialgericht

Thüringer LSG

Sachgebiet

Krankenversicherung

Abteilung

6

1. Instanz

SG Altenburg (FST)

Aktenzeichen

S 4 KR 573/10

Datum

21.02.2012

2. Instanz

Thüringer LSG

Aktenzeichen

L 6 KR 532/12

Datum

16.12.2014

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Auf die Berufung der Beklagten wird der Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Altenburg vom 21. Februar 2012 aufgehoben und die Klage abgewiesen. Die Klägerin trägt die Kosten des Verfahrens für beide Instanzen. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Anwendung zweier unterschiedlich zu vergütender Diagnosis Related Groups (DRG) nach dem Fallpauschalenkatalog 2008.

Die Klägerin betreibt ein nach § 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) zugelassenes Krankenhaus, in dem der Versicherte der Beklagten K.-H. P. (im Folgenden: Versicherter) vom 22. August bis 5. September 2008 vollstationär behandelt wurde. Folgende Aufnahmediagnosen wurden genannt: I50.01 (sekundäre Rechtsherzinsuffizienz), I27.9 (sonstige näher bezeichnete pulmonale Herzkrankheiten) I83.0-B96.5! (Varizen der unteren Extremitäten mit Ulzeration, Pseudomonas und andere Nonfermenter als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind), E87.6 (Hypokaliämie), E76.0 (Mukopolysaccharidose, Typ I), I48.0 (Vorhofflattern), I10 (essenzielle primäre Hypertonie), E11.90 (nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus ohne Komplikation, nicht als entgleist zu bezeichnen), E79.0 (Hyperurikämie ohne Zeichen von entzündlicher Arthritis oder tophischer Gicht), E66.80 (sonstige Adipositas), R32 (nicht näher bezeichnete Harninkontinenz), L89.24 (Dekubitus 2. Grades nicht näher bezeichnete Lokalisationen) und I50.13 (Linksherzinsuffizienz mit Beschwerden bei leichter Belastung). In der Entlassungsanzeige nannte die Klägerin als Hauptdiagnose, I50.01, als Nebendiagnosen I27.9, I83.0-B96.5!, E87.6, E78.0, I48.11, I10, E11.90, E79.0, E66.80, R32, L89.24 und I50.13, I50.1, I27.8.

Für die stationäre Behandlung des Versicherten setzte die Klägerin nach dem auf DRGs (diagnosebezogene Fallgruppen) basierenden Fallpauschalen-Katalog der G-DRG-Version 2008 die DRG F62B (Herzinsuffizienz mit Schock mit äußerst schweren CC, ohne Dialyse, ohne Reanimation, ohne komplexe Diagnose) nebst Zuschlägen mit einer Vergütung von insgesamt 3.719,12 EUR (Rechnung vom 9. September 2008) an. Die Beklagte zahlte diesen Betrag und beauftragte im September 2008 den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) T. e.V. mit der Prüfung, ob die Schweregrad erhöhenden gemeldeten Nebendiagnosen B96.5, I83.0, E87.0, E87.6 und L89.24 behandlungsrelevant/medizinisch plausibel sind. In der sozialmedizinischen Stellungnahme vom 26. November 2008 führte der MDK aus, die von der Klägerin abgerechnete DRG F62B sei nicht zutreffend; richtig sei die G-DRG F62C. Die Nebendiagnose B96.5! könne nicht bestätigt werden; die nachgewiesenen Keime seien nicht Ursache der Ulzerationen. Es müsse von einer Sekundärinfektion ausgegangen werden. Ursächlich für die Ulzerationen am Unterschenkel seien die Varikosis und kardiale Stauung. Die Beklagte rechnete daraufhin am 6. Dezember 2008 mit einem Erstattungsanspruch in Höhe von 1.197,58 EUR gegen unstrittige Vergütungsansprüche der Klägerin aus späteren Behandlungsfällen auf. Hiergegen wandte diese mit Schreiben vom 20. Februar 2009 an den MDK ein, wie im sozialmedizinischen Gutachten korrekt beschrieben, seien die nachgewiesenen Pseudomonas aeruginosa im Wundabstrich nicht Ursache der Ulzeration, sondern im Sinne einer Sekundärinfektion zu werten. Demnach sei die Keimbeseidlung zu berücksichtigen beispielsweise mit den ICD (Internationale Klassifikation der Krankheiten (ICD-10))-Kodes Z22.3 und B96.5!. In seiner sozialmedizinischen Stellungnahme vom 29. April 2009 führt der MDK aus, aus der vorliegenden Dokumentation sei das Vorhandensein eines Ulcus cruris ersichtlich. Die Wundränder seien intakt, zeitweise gerötet, die Exsudation aus der Wunde serös gewesen. Eine durch Keime während der stationären Behandlung ausgelöste Erkrankung, die die Abrechnung des Diagnosekodes B96.5! als Ursache von Krankheiten nachvollziehen lasse, werde durch die vorliegenden Unterlagen nicht belegt. Die sekundäre Keimbeseidlung sei ein regelhaft vorhandener Befund einer Ulzeration, die je nach klinischem Befund eine antimikrobielle/antibiotische Behandlung erforderlich mache. Insofern sei der dargestellte Ressourcenverbrauch (Antibiogramm, antibiotische Behandlung) bei einem Ulcus cruris in Abhängigkeit von der klinischen Situation immer notwendig.

Am 18. Februar 2010 hat die Klägerin beim Sozialgericht (SG) Klage erhoben und ausgeführt, die Kodierung der Nebendiagnose B96.5!

sowie die Abrechnung der DRG F62B seien korrekt gewesen. Die Beklagte hat eine weitere sozialmedizinische Stellungnahme des MDK vom 26. Mai 2010 vorgelegt, in der auf den Befund in der ärztlichen Aufnahmedokumentation, die hämatologischen Laborparameter vom 23. August 2008 und die mikrobiologischen Befunde vom gleichen Tag Bezug genommen wird. Nur in der Konstellation, dass die Keime eine Erkrankung (Infektion) hervorriefen, seien sie als sekundäre Schlüsselnummern gemäß Allgemeiner Kodierrichtlinie D012 (Mehrfachkodierung) bei der Kodierung zu berücksichtigen. Unstrittig sei, dass die nachgewiesenen Keime die Ulzerationen nicht verursachten. Eine durch die Keime verursachte Erkrankung sei zusammenfassend jedoch nicht festzustellen, da das klinische Korrelat einer Infektion weder durch lokale, noch systemische Infektionszeichen nachvollziehbar in den Unterlagen dokumentiert worden sei.

Das SG hat ein Gutachten des Facharztes für Innere Medizin Dr. V. vom 27. Juli 2011 und eine ergänzende Stellungnahme vom 29. Oktober 2011 eingeholt. Er hat u.a. ausgeführt, die Kodierung der Nebendiagnose B96.5! sei zu Recht erfolgt. Nach den mikrobiologischen Befunden vom 23. August 2008 sei am linken Fuß und am rechten Unterschenkel der Keim *Pseudomonas aeruginosa* nachgewiesen worden. In diesem Zusammenhang seien die behandelnden Ärzte zu Recht davon ausgegangen, dass neben der Behandlung der Krankheitsursachen (dekompensierte Rechtsherzinsuffizienz mit Unterschenkelödemen, Varikosis beidseits, Diabetes mellitus Typ 2) auch eine zielgerichtete Behandlung der nachgewiesenen Superinfektion mit dem Keim *Pseudomonas aeruginosa* erforderlich war. Zwar möge eine Keimbesiedlung gerade bei Vorliegen eines (venösen) Ulcus cruris ein "regelmäßig vorhandener Befund" sein, auch scheine die Rolle einer bakteriellen Superinfektion tatsächlich eher unklar. Dennoch hätten die Ärzte zumindest im vorliegenden Fall angenommen, dass die nachgewiesene Keimbesiedlung im Bereich der zweiten Zehe links sowie des rechten Unterschenkels nicht nur an der Entstehung und Unterhaltung der Ulzera möglicherweise entscheidend beteiligt waren und daher - neben einer Lokalbehandlung - auch eine antibiogrammgerechte Behandlung dieser Superinfektion zur Erreichung des Behandlungsziels (hier: einer Abheilung der Ulzera) für erforderlich gehalten. Angesichts des bei dem Versicherten vorliegenden Diabetes mellitus hätten sie zudem davon ausgehen müssen, dass hierdurch eine Keimbesiedlung bzw. Superinfektion begünstigt würde, die Ulcusabheilung gegebenenfalls erschwert würde und zudem zumindest bei der Entstehung des Ulcus der zweiten Zehe des linken Fußes, einem arteriell, mikro-/makroangiopathisch bedingten Ulcus, die hier eindeutig nachgewiesene Superinfektion mit *Pseudomonas aeruginosa* ebenfalls eine entscheidende Rolle gespielt habe.

Die Beklagte hat eine weitere sozialmedizinische Stellungnahme des MDK vom 31. August 2011 eingereicht. Dort weist Dr. Sch. darauf hin, dass eine "nachgewiesene Keimbesiedlung" nicht einer Superinfektion entspricht. Eine Keimbesiedlung sei auf jeder chronischen Wunde vorhanden. Deshalb sei der positive bakteriologische Keimnachweis kein Beweis einer Infektion. Lokale und systemische Entzündungszeichen seien in den Unterlagen nicht dokumentiert und würden auch von dem Sachverständigen nicht genannt. Ausschließlich bei Vorliegen einer systemischen Infektion mit dem Nachweis von z.B. Fieber oder Leukozytose liege eine Indikation für eine systemische Antibiotikatherapie vor. Zudem hat die Beklagte darauf verwiesen, dass es sich bei B96.5! um einen Zusatzcode (Ausrufezeichencode) handelt, der eigenständig nicht verschlüsselt werden könne. Ursache der Ulzerationen sei die venöse Insuffizienz und nicht eine bakterielle Infektion wie in der Überschrift von B95 bis B98 festgelegt.

Mit Gerichtsbescheid vom 21. Februar 2012 hat das SG die Beklagte verurteilt, an die Klägerin 1.197,58 EUR zuzüglich Zinsen in Höhe von 5 v.H. über dem Basiszinssatz der Europäischen Zentralbank ab dem 7. Dezember 2008 zu zahlen.

Im Berufungsverfahren vertritt die Beklagte die Ansicht, der Klägerin stehe der geltend gemachte Anspruch nicht zu. Das SG habe sich mit ihrem Vorbringen im erstinstanzlichen Verfahren nicht auseinandergesetzt. Das SG habe verkannt, dass es sich bei dem ICD B96.5! um einen Zusatzcode handelt, der nicht eigenständig verschlüsselt werden kann. Die ICD Schlüssel der B 95 bis B 98 seien entsprechend der Kapitelüberschrift zur Bestimmung von Erregern bei Infektionen zu nutzen. Diese Kategorien dienten als ergänzende oder zusätzliche Schlüsselnummern zur Angabe des Infektionserregers bei anderen Orts klassifizierten Krankheiten, nicht jedoch zur primären Verschlüsselung des Krankenhausaufenthaltes. Vorliegend sei der ICD B96.5 als Sekundärkode zum ICD I83.0 "Varizenleiden untere Extremitäten mit Ulzeration" ergänzt worden. Die Ursache der Ulzerationen sei in diesem Fall die venöse Insuffizienz und nicht eine bakterielle Infektion. Sie hat eine weitere sozialmedizinische Stellungnahme des MDK - Dr. Sch. - vom 4. November 2013 vorgelegt.

Die Beklagte beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Altenburg vom 21. Februar 2012 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie verweist auf ihren erstinstanzlichen Vortrag. Der Senat hat ein Gutachten der Prof. Prof. Dr. P. vom 22. Juli 2013 eingeholt. Danach ist für die Ulzerationen mit einer großen Wahrscheinlichkeit die unbestritten vorliegende Stauungsdermatitis bei rechts führender kardialer Insuffizienz ursächlich. Darüber hinaus sei eine erhebliche Varikosis beschrieben, die ebenfalls ursächlich für die Ulzerationen sein könne. *Pseudomonas aeruginosa* seien dabei als Besiedler der bereits vorhandenen Ulzera zu werten, die allerdings den Heilungsverlauf stark beeinträchtigen und damit das Vorhandensein der Ulzera unterhalten könnten. Eine Verursachung der Ulzera durch *Pseudomonas aeruginosa* müsse hinsichtlich der Kausalität verneint werden. Das Bakterium habe sehr wahrscheinlich dazu beigetragen, die Wundheilung nachhaltig zu stören. Dokumentiert seien "Rötungen" und "schmierige Fibrinbeläge", die zumindest die Annahme einer Infektion rechtfertigten. Die Indikation zur Therapie mit einem Antibiotikum sei hier aus Sicht der behandelnden Ärzte gegeben gewesen. Durch den Nachweis von *Pseudomonas aeruginosa* sei mit der Medikation von Ciprofloxacin eine therapeutische Maßnahmen entstanden, sodass B96.5! zu Recht als Nebendiagnose kodiert worden sei, trotz der nicht ursächlichen Beziehung des Bakteriums zur Wunde.

Zur Ergänzung des Sachverhalts wird auf den Inhalt der Prozess- und der beigezogenen Verwaltungsakte der Beklagten Bezug genommen, der Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung der Beklagten ist begründet.

Streitgegenstand ist der Anspruch der Klägerin gegen die Beklagte auf Zahlung der weiteren Vergütung für die vollstationäre Behandlung des Versicherten in Höhe von 1.197,58 EUR. Diesen Anspruch macht sie zu Recht mit der (echten) Leistungsklage nach § 54 Abs. 5 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) geltend. Die Klage eines Krankenhausträgers - wie der Klägerin - auf Zahlung der Behandlungskosten einer Versicherten gegen eine Krankenkasse ist ein Be-teiligtenstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt, kein Vorverfahren durchzuführen und keine Klagefrist zu beachten ist (vgl. BSG, Urteil vom 16. Dezember 2008 - Az.: [B 1 KN 3/08 KR R](#) m.w.N., nach juris). Der ursprünglich entstandene Anspruch der Klägerin auf Vergütung der stationären Krankenhausbehandlung eines anderen Versicherten erlosch dadurch in Höhe von 1.197,58 EUR, dass die Beklagte wirksam mit ihrem Erstattungsanspruch wegen Überzahlung der Vergütung für die Krankenhausbehandlung des Versicherten aufrechnete. Der Klägerin stand kein Anspruch auf eine weitere Vergütung in Höhe des Differenzbetrages zwischen der DRG F62B Version 2008 und DRG F62C Version 2008 zu.

Zwischen den Beteiligten ist nicht streitig, dass der Klägerin aufgrund der Behandlung eines Versicherten zunächst Anspruch auf die abgerechnete Vergütung zustand; eine nähere Prüfung des erkennenden Senats ist daher nicht erforderlich (vgl. zur Zulässigkeit dieses Vorgehens z.B. BSG, Urteil vom 3. Juli 2012 - Az.: [B 1 KR 16/11 R](#), nach juris). Die Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse entsteht - unabhängig von einer Kostenzusage - unmittelbar mit Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten kraft Gesetzes ([§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#)), wenn die Versorgung - wie hier - in einem zugelassenen Krankenhaus durchgeführt wird und i.S.v. [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) erforderlich ist (ständige Rechtsprechung des BSG, vgl. Urteil vom 17. Dezember 2013 - Az.: [B 1 KR 57/12 R](#) m.w.N., nach juris). Die Krankenhausvergütung bemisst sich nach den in Rechnung gestellten vertraglichen Fallpauschalen auf gesetzlicher Grundlage (vgl. BSG, Urteil vom 8. November 2011 - Az.: [B 1 KR 8/11 R](#), nach juris).

Der Vergütungsanspruch für die Krankenhausbehandlung eines Versicherten der Beklagten erlosch dadurch in Höhe von 1.197,58 EUR, dass die Beklagte wirksam mit ihrem öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch wegen Überzahlung der Vergütung für die Krankenhausbehandlung des Versicherten analog [§ 387](#) des Bürgerlichen Gesetzbuchs (BGB) aufrechnete. Der Vergütungsanspruch der Klägerin und der von der Beklagten aufgerechnete öffentlich-rechtlich Erstattungsanspruch waren fällig und der Vergütungsanspruch der Klägerin erfüllbar. Die Voraussetzungen des Gegenanspruchs aus öffentlich-rechtlicher Erstattung in Höhe von 1.197,58 EUR waren erfüllt, weil die von ihr bezahlte Rechnung über die Behandlung des Versicherten um diesen Betrag überhöht war und sie diesen ohne Rechtsgrund an die Klägerin gezahlt hat.

Rechtsgrundlage des von der Beklagten abgerechneten und von der Klägerin durch Zahlung erfüllten Vergütungsanspruchs aus der im Jahr 2008 erfolgten stationären Behandlung des Versicherten ist [§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) (i.d.F. durch Art. 1 Nr. 3 Fallpauschalengesetz (FPG) vom 23. April 2002, [BGBl I 1412](#)) i.V.m. § 7 Satz 1 Nr. 1 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG i.d.F. durch Art. 2 Nr. 5 des Zweiten Fallpauschalenänderungsgesetzes (2. FPÄndG) vom 15. Dezember 2004, [BGBl I 3429](#)) sowie § 17 b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG, i.d.F. durch Art. 18 Nr. 4 GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) vom 26. März 2007, [BGBl I Seite 378](#)). Nach § 7 KHEntgG werden die Leistungen der Krankenhäuser (u.a.) durch die Abrechnung von Fallpauschalen nach dem auf Bundesebene vereinbarten Entgeltkatalog abgerechnet. Diese Entgelte vergüten nach § 7 Satz 2 KHEntgG alle allgemeinen Krankenhausleistungen. Der Anspruch wird auf Bundesebene durch Normsetzungsverträge (Normenverträge, Fallpauschalenvereinbarung (FPV)) konkretisiert. Die Spitzenverbände der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung vereinbaren gemeinsam nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG (i.d.F. durch Art. 5 FPG) mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft als "Vertragsparteien auf Bundesebene" mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG einen Fallpauschalen-Katalog einschließlich der Bewertungsrelationen sowie die Regelungen zur Grenzverweildauer und der in Abhängigkeit von diesen zusätzlich zu zahlenden Entgelte oder vorzunehmenden Abschläge. Ferner vereinbaren sie insoweit Abrechnungsbestimmungen in den FPV auf der Grundlage des § 9 Satz 1 Nr. 3 KHEntgG (vgl. BSG, Urteil vom 17. Dezember 2013 - Az.: [B 1 KR 57/12 R](#)). Dieses Vergütungssystem orientiert sich an einem international bereits eingesetzten Vergütungssystem auf der Grundlage der Diagnosis Related Groups (DRG) und ist jährlich weiterzuentwickeln und anzupassen. Das Vergütungssystem der allgemeinen Krankenhausleistungen soll nach § 17 b Abs. 1 Satz 1 KHG durchgängig, leistungsorientiert und pauschalierend sein. Dieses auf Vereinbarungen zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft beruhende Vergütungssystem wurde nach § 17 b Abs. 6 Satz 1 KHG verbindlich für alle Krankenhäuser zum 1. Januar 2004 eingeführt.

Der in Ausführung dieser gesetzlichen Verpflichtung vereinbarte Fallpauschalenkatalog sieht für die Zuordnung eines bestimmten Behandlungsfalles zu einer DRG zwei Schritte vor: Zunächst ist die durchgeführte Behandlung nach Gegenstand und prägenden Merkmalen nach einem vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information herausgegebenen Kode zu verschlüsseln. Dazu haben die Vertragspartner Kodierrichtlinien beschlossen, die ebenfalls jährlich überprüft und angepasst werden. Der sich ergebende Kode ist in zu diesen Zwecken entwickelte Computerprogramme (sog. Grouper) einzugeben, die dann nach bestimmten vorgegebenen, vom Krankenhaus nicht zu beeinflussenden Kriterien die Zuordnung zu einer bestimmten DRG vornehmen. Aus dieser wird dann nach Maßgabe des Fallpauschalenkatalogs und der Pflegesatzvereinbarung die von dem Krankenhaus zu zahlende Vergütung berechnet (vgl. BSG, Urteil vom 8. November 2011 - Az.: [B 1 KR 8/11 R](#), nach juris). Nach der Rechtsprechung des 1. und 3. Senats des BSG ist der ausdifferenzierte Algorithmus, mit dem die verschlüsselten Prozeduren und Diagnosen in eine bestimmte DRG "übersetzt" werden, einer wertenden Betrachtung im Einzelfall nicht zugänglich. 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. Da das DRG-basierte Vergütungssystem vom Gesetzgeber als jährlich weiter zu entwickelndes 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. BSG, Urteil vom 8. November 2011 [a.a.O.](#), m.w.N.).

Maßgebend sind hier die Fallpauschalenvereinbarung 2008 und die Deutschen Kodierrichtlinien in der Version 2008. Die Beklagte durfte die erfolgte stationäre Behandlung des Versicherten - ausgehend von den generellen Vorgaben - nicht nach der DRG F62B abrechnen, sondern nur nach der DRG F62C. Hierbei ist zwischen den Beteiligten unstreitig, dass der Grouper bei Kodierung der ICD B96.5! als Nebendiagnose die DRG F62B und ohne diese die DRG F62C ansteuert.

Die Voraussetzungen für die Kodierung der ICD B96.5! als Nebendiagnose liegen nicht vor. Nach den Deutschen Kodierrichtlinien Version

2008 (D012) sind alle Ausrufezeichenkodes, die in der Tabelle 2 aufgeführt sind, bei Vorliegen bestimmter Diagnosen obligat anzugeben. Darüber hinaus können diese sie bei anderen Situationen angegeben werden, wenn dies aus klinischer Sicht sinnvoll ist. Voraussetzung für die Kodierung als Nebendiagnose ist zunächst das Vorliegen der ICD B96.5!. Erst dann ist zu prüfen, ob die weiteren Voraussetzungen nach den Deutschen Kodierrichtlinien Version 2008 (D003) für die Kodierung als Nebendiagnose vorliegen. Darin wird die Nebendiagnose 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: &8729; therapeutische Maßnahmen &8729; diagnostische Maßnahmen &8729; erhöhter Betreuungs-, Pflege- und/oder Überwachungsaufwand. In der ICD-10-GM Version 2008 ist das Kapitel I überschrieben mit: "Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00-B99)". Weiter heißt es: "Bakterien, Viren und sonstige Infektionserreger als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind (B95-B97)". "Hinw.: Diese Kategorien sollten niemals zur primären Verschlüsselung benutzt werden. Sie dienen als ergänzende oder zusätzliche Schlüsselnummern zu Angabe des Infektionserregers bei anderen Orts klassifizierten Krankheiten". B96.5! Pseudomonas und andere Nonfermenter als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind.

Der Versicherte war wegen der Hauptdiagnose einer sekundären Rechtsherzinsuffizienz im Krankenhaus der Klägerin stationär behandelt worden. Die Aufnahme erfolgte wegen einer erneuten kardialen Dekompensation; es bestanden beidseitige Unterschenkelödeme mit Ulzerationen. Als von den in der ICD B96.5! genannten infektiösen Erregern verursachte Krankheit kommen unter Berücksichtigung der in der Aufnahmeanzeige genannten Diagnosen nur die Ulzera in Betracht. Hierfür gibt es keinen Nachweis. Nach dem Gutachten des Dr. V. vom 27. Juli 2011 bestanden laut Krankenakte ein Ulcus an der Außenseite des rechten Unterschenkels (Größe am 23. August 2008: 17,5 cm x 4,4 cm), ein Ulcus an der zweiten Zehe links (Größe am 23. August 2008: 1,8 cm x 1,0 cm) und ein Ulcus cruris (Größe am 25. August 2008: 2,6 cm x 1,6 cm). Nach den Ausführungen des Sachverständigen ist davon auszugehen, dass diese jeweils nicht monokausal bedingt waren, sondern zunächst ganz überwiegend auf folgende Faktoren zurückzuführen waren: das Ulcus an der Außenseite des rechten Unterschenkels durch die dekompensierte Rechtsherzinsuffizienz mit Unterschenkelödem und die Varikosis beidseits, das Ulcus an der zweiten Zehe links ebenfalls durch diese Erkrankungen und den Diabetes mellitus Typ 2, das Ulcus cruris durch die dekompensierte Rechtsherzinsuffizienz mit Unterschenkelödem und die Varikosis beidseits. Der Sachverständige Prof. Dr. P. schließt generell (nicht nur für die Zeit des stationären Aufenthalts) eine Verursachung der Ulzera durch die Pseudomonas aeruginosa aus. Auch die Klägerin behauptet nicht, dass die Ulzera hierdurch verursacht wurden. Vielmehr führt sie in ihrer Stellungnahme vom 20. Februar 2009 aus, dass die nachgewiesenen Pseudomonas aeruginosa im Sinne einer Sekundärinfektion zu werten seien. Nach der Rechtsprechung des BSG, wonach die Vergütungsregelungen streng nach ihrem Wortlaut auszulegen sind, kommt daher eine Kodierung der DRG B96.5! als Nebendiagnose nicht in Betracht. Es kommt auch nicht darauf an, ob die im Wundabstrich der zweiten Zehe des linken Fußes sowie des rechten Unterschenkels nachgewiesenen Pseudomonas aeruginosa einer zielgerichteten medizinischen Behandlung bedurften und dass die Sachverständigen Dr. V. und Prof. Dr. P. die Kodierung der DRG B96.5! befürworten. Diese Beurteilung obliegt allein dem Gericht.

Weitere Einwendungen gegen den Erstattungsanspruch hat die Klägerin nicht vorgetragen und sind auch nicht ersichtlich. Es liegen keine Anhaltspunkte dafür vor, dass die Beklagte in Kenntnis ihrer Nichtschuld leistete und deshalb die Erstattung ohne Rechtsgrund gezahlter Krankenhausvergütung in entsprechender Anwendung des [§ 814](#) des Bürgerlichen Gesetzbuchs (BGB) ausgeschlossen ist (vgl. BSG, Urteil vom 1. Juli 2014 - Az.: [B 1 KR 2/13 R](#), nach juris).

Die Entscheidung über die Kosten beruht auf [§ 197 a Abs. 1 Satz 1 Halbsatz 3 SGG](#) i. V.m. [§ 154 Abs. 2](#) der Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).

Die Revision war nicht zuzulassen, weil die Voraussetzungen des [§ 160 Abs. 2 SGG](#) nicht vorliegen.

Rechtskraft

Aus

Login

FST

Saved

2015-04-10