

## S 38 KR 127/18

Land  
Freistaat Sachsen  
Sozialgericht  
SG Dresden (FSS)  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung  
38  
1. Instanz  
SG Dresden (FSS)  
Aktenzeichen  
S 38 KR 127/18  
Datum  
24.06.2020  
2. Instanz  
Sächsisches LSG  
Aktenzeichen  
-  
Datum  
-  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
-  
Datum  
-  
Kategorie  
Urteil  
Leitsätze

1. Der Kode G82.09 (schlafte Papapresen und Paraplegien, nicht näher bezeichnet) kann auch bei Paraparesen peripherer Ursachen verwandt werden. Die Kategorie G82.- ist nicht auf zerebral oder durch Verletzung des Rückenmarks bedingte Paresen und Plegien beschränkt.

2. Ein Kode (hier: G82.09 [schlafte Paraparesen und Paraplegien]) kann neben der durch das Kreuz-Stern-System beschriebenen Diagnose (hier: E11.40+G73.0 [Diabetes Mellitus mit Myatrophie]) kodiert werden, wenn er der zusätzlichen Spezifizierung der durch das Kreuz-Stern-System beschriebenen Diagnose dient.

I. Die Beklagte wird verurteilt, an den Kläger 1.555,65 EUR nebst Zinsen hieraus in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 30.05.2015 zu zahlen.

II. Die Beklagte trägt die Kosten des Verfahrens

III. Der Streitwert wird auf 1.555,65 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Vergütung einer stationären Krankenhausbehandlung.

Der Kläger ist Träger eines zur Behandlung von Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung nach [§ 108 SGB V](#) zugelassenen Krankenhauses, das im Krankenhausplan des Freistaates Sachsen aufgenommen ist.

Die bei der Beklagten krankenversicherte C. (im Folgenden: Versicherte) befand sich vom 11.02.2015 bis zum 20.02.2015 im klägerischen Krankenhaus zur stationären Behandlung. Die Krankenhausbehandlung war zur Abklärung einer "unklaren Muskelatrophie beider Beine, Kraftminderung, Sturzneigung" verordnet worden. Bei der Aufnahmeuntersuchung wurde u.a. eine "Kraftminderung beider Beine proximal betont KG 4/5 beidseits" festgestellt. Während des stationären Aufenthalts erfolgte umfangreiche Diagnostik, in deren Ergebnis am ehesten eine diabetische Amyotrophie infolge eines Diabetes mellitus Typ II als ursächlich für die beschriebene Symptomatik angesehen wurde. Ferner erhielt die Versicherte Physiotherapie, die vorbestehende Medikation wurde überprüft und weitergeführt, die Falithrom-Therapie angepasst und bessere diabetische Einstellung und regelmäßige Kontrollen des Gerinnungsstatus empfohlen. Wegen der Einzelheiten des stationären Aufenthalts wird auf die Patientenakte des klägerischen Krankenhauses verwiesen.

Unter dem 23.03.2015 stellte der Kläger der Beklagten den Krankenhausaufenthalt mit insgesamt 3.650,65 EUR in Rechnung. Hierbei rechnete er die DRG-Fallpauschale B71C ab, wobei er als Hauptdiagnose die E11.40+G73.0\* (Diabetes mellitus Typ 2 mit Myatrophie) und als Nebendiagnose u.a. die G82.03 (Schlafte Paraparese und Paraplegie: Chronische inkomplette Querschnittlähmung) zugrunde legte. Auf die Rechnung und die ihr zugrundeliegenden Daten gemäß [§ 301](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) wird Bezug genommen (Bl. 11 der Gerichtsakte).

Die Beklagte beglich die Rechnung zunächst vollständig und beauftragte den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) mit einer Abrechnungsprüfung. Dieser erklärte, dass anstelle der Nebendiagnose G82.03 der Kode G83.9 (Lähmungssyndrom, nicht näher bezeichnet) zu verwenden sei, da die Kategorie G82.- zentrale, das Gehirn und/oder das Rückenmark betreffende Paresen verschlüssele (Gutachten vom 27.05.2015). Unter dem 29.05.2015 teilte die Beklagte dem Kläger das Ergebnis des Gutachtens mit und verrechnete einen Betrag in Höhe von 1.555,65 EUR, der sich aus der Differenz einer Abrechnung der DRG-Fallpauschale B71C und der DRG-Fallpauschale B71D ergab, mit einer unstrittigen Forderung des Klägers. Der Kläger hielt vorgerichtlich unter Verweis auf die Kodierempfehlung Nr. 315 der SEG 4 der

MDK-Gemeinschaft an der Kodierung von G82.03 fest.

Mit der am 20.02.2018 erhobenen Klage begehrt der Kläger die Zahlung des verrechneten Betrags. Der Kode G82.- könne auch bei peripher bedingten Lähmungen und Paresen verwendet werden. Der Beklagten werde dahingehend gefolgt, dass die Ziffern 0-3 als fünfte Stelle bei dem Kode G82.- eine Querschnittslähmung abbildeten und aus diesem Grunde vorliegend an fünfter Stelle die Ziffern 0-3 ausschieden. Allerdings sei bei anderen Ursachen von Paraparesen und Paraplegien an fünfter Stelle die Ziffer 9 vorgesehen. Dies werde durch die Kodierempfehlung Nr. 570 der SEG 4 der MDK-Gemeinschaft bestätigt. Die Paraparese werde auch nicht umfassend durch den Sekundärschlüssel G73\* beschrieben, da bei dem Kode nur die Art der neurologischen Komplikation nicht aber deren Ausprägung beschrieben werde. In einem solchen Fall müsse zur weiteren Spezifizierung der durch das Kreuz-Stern-System beschriebenen Diagnose eine zusätzliche Schlüsselnummer angegeben werden (Hinweis auf Deutsche Koderrichtlinien [DKR] 2015 D012i). Die Paraparese sei eine Beschwerde in Form eines Symptoms der diabetischen Amyotrophie. Das Patientenmanagement sei durch intensive Physiotherapie als therapeutische Maßnahme beeinflusst worden.

Der Kläger beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, an den Kläger 1.555,65 EUR nebst Zinsen in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit 30.05.2015 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Die bei der Versicherten im Zusammenhang mit dem Diabetes bestehende Muskelschwäche sei bereits durch die Hauptdiagnose E11.40+G73.0\* umfassend und abschließend beschrieben. Die Kodierung G73.0 beinhalte gerade auch die Muskelschwäche der Skelettmuskulatur. Eine zusätzliche und damit doppelte Kodierung des Symptoms sei nach dem Grundsatz der monokausalen Kodierung nicht statthaft.

Die Beteiligten haben einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung zugestimmt.

Dem Gericht haben die Verwaltungsakte der Beklagten und die Patientenakte des klägerischen Krankenhauses vorgelegen. Hierauf und auf die in den Gerichtsakten enthaltenen Schriftsätze der Beteiligten sowie den übrigen Akteninhalt wird zur Ergänzung des Tatbestandes Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Kammer konnte ohne mündliche Verhandlung entscheiden, da die Beteiligten hierzu ihr Einverständnis erklärt haben ([§ 124 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz \[SGG\]](#)).

Die zulässige Klage ist begründet.

Der von dem Kläger im Gleichordnungsverhältnis zulässigerweise mit der (echten) Leistungsklage (dazu Bundessozialgericht [BSG], Urteil vom 16.12.2008 - [B 1 KN 1/07 KR R](#) - juris Rn. 9; Urteil vom 26.09.2017 - [B 1 KR 9/17 R](#) - juris Rn. 7) verfolgte Vergütungsanspruch aus der Behandlung anderer Versicherter in Höhe eines Betrages von 1.555,65 EUR erlosch nicht dadurch, dass die Beklagte mit einem Erstattungsanspruch wegen Überzahlung der Vergütung für die stationäre Krankenhausbehandlung der Versicherten aufrechnete.

Es ist zwischen den Beteiligten nicht streitig, dass der Kläger aufgrund stationärer Krankenhausbehandlung anderer Versicherter der Beklagten gegen diese einen Anspruch auf Zahlung weiterer 1.555,65 EUR hatte; eine nähere Prüfung erübrigt sich insoweit (zur Zulässigkeit dieses Vorgehens: BSG, Urteil vom 19.06.2018 - [B 1 KR 39/17 R](#) - juris Rn. 29). Streitig ist zwischen den Beteiligten allein, ob dieser Zahlungsanspruch entsprechend [§ 387](#) Bürgerliches Gesetzbuch durch die Aufrechnung der Beklagten mit einem öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch wegen Überzahlung der Vergütung für die stationäre Krankenhausbehandlung der Versicherten erloschen ist (zur entsprechenden Anwendung auf überzahlte Krankenhausvergütung: BSG, Urteil vom 19.12.2017 - [B 1 KR 19/17 R](#) - juris Rn. 8; Urteil vom 23.06.2015 - [B 1 KR 26/14 R](#) - juris Rn. 33). Dies ist hier nicht der Fall. Ein solcher Erstattungsanspruch stand der Beklagten nicht zu.

Der Vergütungsanspruch für die Krankenhausbehandlung und damit korrespondierend die Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse entsteht - unabhängig von einer Kostenzusage - unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten kraft Gesetzes, wenn die Versorgung in einem zugelassenen Krankenhaus erfolgt und i.S. von [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) erforderlich und wirtschaftlich ist (st. Rspr., z. B. BSG, Urteil vom 23.06.2015 - [B 1 KR 26/14 R](#) - juris Rn. 34 m.w.N.). Vorliegend war die Krankenhausbehandlung der Versicherten erforderlich; dies ist zwischen den Beteiligten auch nicht streitig.

Rechtsgrundlage des Vergütungsanspruchs des Klägers gegen die Beklagte für die Behandlung der Versicherten ist [§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) i.V.m. [§ 7 Satz 1 Nr. 1, § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1](#) Krankenhausentgeltgesetz, [§ 17b](#) Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG), [§ 1](#) Fallpauschalenvereinbarung 2015 (FPV 2015) sowie Anlage 1 der FPV 2015 (Fallpauschalenkatalog 2015). Welche DRG-Position abzurechnen ist, ergibt sich gemäß [§ 1 Abs. 6 Satz 1](#) FPV 2015 rechtsverbindlich aus der Eingabe und Verarbeitung von Daten - insbesondere von Diagnosen und Prozeduren - in einem automatisierten Datenverarbeitungssystem, das auf einem zertifizierten Programm basiert (näher dazu BSG, Urteil vom 08.11.2011 - [B 1 KR 8/11 R](#) - juris Rn. 19 ff.). Die Anwendung der DKR und der FPV-Abrechnungsbestimmungen einschließlich ICD und OPS ist nicht automatisiert und unterliegt 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 (st. Rspr., vgl. BSG, Urteil vom 17.11.2015 - [B 1 KR 41/14 R](#) - juris Rn. 13; Urteil vom 19.06.2018 - [B 1 KR 30/17 R](#) - juris Rn. 14).

Der Kläger durfte seiner Abrechnung die DRG-Fallpauschale B71C zugrunde legen. Diese DRG-Fallpauschale wird im Gruppierungsvorgang – neben der Verwendung der weiteren unstrittigen Codes – bei Kodierung der Nebendiagnose G82.09 angesteuert. Der Kläger war auch berechtigt, den Code G82.09 als Nebendiagnose zu kodieren.

Nach D003d DKR 2015 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: Therapeutische Maßnahmen, diagnostische Maßnahmen oder ein erhöhter Betreuungs-, Pflege- und/oder Überwachungsaufwand. Bei der Versicherten wurde bei Aufnahme eine schlaffe Parese beider Beine festgestellt, dies ist zwischen den Beteiligten auch nicht streitig. Ebenfalls unstrittig ist, dass diese Paraparese am ehesten durch eine diabetische Amyotrophie verursacht worden ist. Entgegen der Ansicht des MDK im vorgerichtlichen Verfahren beschränkt sich die Kategorie G82.- nicht nur auf zerebral oder durch eine Verletzung des Rückenmarks bedingte Paresen und Plegien. Aus der Überschrift der Kategorie und der Bezeichnung der Subkategorien ergibt sich eine solche Einschränkung nicht. Auch der Hinweis zu der Kategorie G82.- geht davon, dass die Kategorie auch Paresen und Plegien andere Ursachen umfasst, denn es heißt in dem Hinweis: "Diese Kategorie dient zur Verschlüsselung von Paresen und Plegien bei Querschnittslähmungen oder Hirnerkrankungen, wenn andere Schlüsselnummern nicht zur Verfügung stehen. Diese Kategorie dient auch zur multiplen Verschlüsselung, um diese durch eine beliebige Ursache hervorgerufenen Krankheitszustände zu kennzeichnen." Eine Beschränkung ergibt sich auch nicht durch die an fünfter Stelle zu kodierenden Schlüsselnummern. Zwar betreffen die an fünfter Stelle zu kodierenden Ziffern 0-3 jeweils eine Querschnittslähmung, die hier nicht vorliegt, so dass eine Kodierung von 82.03 nicht in Betracht kommt. Allerdings sind schlaffe Paraparesen und Paraplegien peripherer Ursache – wie von dem Kläger nunmehr geltend gemacht – mit 82.09 (schlaffe Paraparesen und Paraplegien, nicht näher bezeichnet) zu kodieren. Soweit sich bei der fünften Stelle zu Ziffer 9 als Untertext "zerebrale Ursache" findet, handelt es sich hierbei um ein nicht abschließendes Beispiel. Andere nicht näher bezeichnete Ursachen werden hierdurch nicht ausgeschlossen. Hierzu hätte es eines ausdrücklichen Exklusivums bedurft. Auch die SEG-4 geht in den von dem Kläger zitierten Kodierempfehlungen Nr. 570 und Nr. 528 davon aus, dass die Kategorie G82.- auch Paraparesen und Paraplegien anderer Ursachen umfasst. Ein Ressourcenverbrauch lag auch im Hinblick auf die G82.09 in Gestalt von Physiotherapie vor, so dass auch die weitere Voraussetzung der Kodierung der Nebendiagnose vorlag. Die Änderung der Nebendiagnose G82.03 in G82.09 konnte auch noch im Klageverfahren berücksichtigt werden, da die zur Abrechnung gebrachte DRG-Fallpauschale und damit der Abrechnungsbetrag gleich bleiben.

Entgegen der Ansicht der Beklagten im Klageverfahren ist die Kodierung von G82.09 neben der Hauptdiagnose E11.40+G 73.0\*auch nicht als unzulässige Mehrfachkodierung ausgeschlossen, sondern dient vielmehr der näheren Spezifizierung. Der Kläger hat konform mit der speziellen Kodierrichtlinie 0401 DKR 2015 den Diabetes mellitus als Hauptdiagnose mit dem Primärkode E10.- kodiert. Da hier eine Manifestation in Form einer diabetischen Amyotrophie vorlag, war an vierter Stelle die Ziffer 4 "mit neurologischen Komplikationen" und an fünfter Stelle die Ziffer 0 "nicht entgleist" zu kodieren. Entsprechend der Kodieranweisung bei Kreuz-Stern-Klassifikationen war beim Vorliegen einer diabetischen Amyotrophie zusätzlich als Sekundärkode G73.0\* (Myastheniesyndrome bei endokrinen Krankheiten) zu kodieren. Entgegen der Ansicht der Beklagten kann zusätzlich zu der durch das Kreuz-Stern-System beschriebenen Diagnose ein weiterer Kode als Nebendiagnose angegeben werden, der die Hauptdiagnose näher spezifiziert. Dies wird in 0401 DKR 2015 (hier in den Hinweisen zu Beispiel 5 und Beispiel 9) und D012i DKR 2015 (hier im Hinweis zu Beispiel 7) ausdrücklich bestätigt. Der Kläger weist zutreffend darauf hin, dass G73\* lediglich die Art der neurologischen Komplikation, aber weder deren Ausprägung noch deren Lokalisation beschreibt. Ausprägung – schlaffe Parese – und Lokalisation – die Paraparese beschreibt die Lähmung zweier symmetrischer Extremitäten – werden vorliegend erst durch den Code G82.09 näher spezifiziert. Darüber hinaus ergibt sich die Zulässigkeit der zusätzlichen Kodierung auch aus dem Hinweis zu G82.-, nach dem diese Kategorie ausdrücklich zur multiplen Verschlüsselung dient, um diese durch eine beliebige Krankheitsursache hervorgerufenen Krankheitszustände zu kennzeichnen. Hier lag die Krankheitsursache in der diabetisch bedingten Amyotrophie, also in einer Reduktion der Muskelmasse. Diese allein beschreibt nicht die durch sie hervorgerufenen Krankheitszustände (hier die Paraparese), so dass der Code 82.09 zulässig zur näheren Spezifizierung kodiert werden kann.

Nach alledem war hier der Code G82.09 als Nebendiagnose zu kodieren, so dass der Kläger zurecht den stationären Aufenthalt der Versicherten mit der DRG-Fallpauschale B71C mit der Folge abgerechnet hat, dass die Beklagte nicht wirksam mit einem Erstattungsanspruch in Höhe des streitigen Betrags aufrechnen konnte.

Der Zinsanspruch ergibt sich aus der zwischen den Beteiligten geltenden Entgeltvereinbarung.

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

Die Festsetzung des Streitwerts ergibt sich aus [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i.V.m. [§ 63 Abs. 2 Satz 1](#), [§ 52 Abs. 1](#), 3 Satz 1 und [§ 47 Abs. 1 Satz 1](#) Gerichtskostengesetz.

Rechtskraft

Aus

Login

FSS

Saved

2020-07-16