

L 11 KR 795/16

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
11
1. Instanz
SG Freiburg (BWB)
Aktenzeichen
S 5 KR 1813/14
Datum
01.02.2016
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 11 KR 795/16
Datum
07.11.2017
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

Wird ein Patient, der an einem Herpes Zoster leidet, stationär behandelt und wird wenige Tage nach der Aufnahme in das Krankenhaus eine schwerste gangränöse Cholezystitis mit drohender Perforation festgestellt, ist als Hauptdiagnose H80.00 (Gallenblasenstein mit akuter Cholezystitis, ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion) zu kodieren und nicht B02.2B (Zoster mit Beteiligung anderer Abschnitte des Nervensystems).

Die Berufung der Klägerin gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Freiburg vom 01.02.2016 wird zurückgewiesen.

Die Klägerin trägt die Kosten des Berufungsverfahrens.

Der Streitwert für das Berufungsverfahren wird auf 3.392,65 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Vergütung einer Krankenhausbehandlung.

Die Klägerin hat als Zentralverwaltung aller M. Kliniken ihren Sitz in O. und betreibt als Zweigniederlassung das M. M.-Klinikum in W., ein zugelassenes Krankenhaus im Sinne des [§ 108](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V). Dort wurde im Zeitraum vom 25.02.2012 bis zum 06.03.2012 der bei der Beklagten versicherte R. H. (im Folgenden: Versicherter) stationär behandelt.

Ab dem 20.02.2012 litt der Versicherte unter einem Herpes Zoster. Er wurde zunächst ambulant behandelt und es wurde ihm das Präparat "Zostex" verordnet. Bereits ab dem ersten Tag der Einnahme des Medikaments traten beim Versicherten Übelkeit, Unterbauchschmerz und Schmerz in der linken Flanke auf, jeweils mit Besserung zum Abend hin. Am Tag vor der stationären Aufnahme hatten die Beschwerden im Tagesverlauf zugenommen, es war zu Schüttelfrost, Flankenschmerz beidseits und einem retrosternalen Schmerz gekommen (vgl. Einsatzprotokoll des notärztlichen Dienstes, der die Klinikaufnahme veranlasst hatte). Im Verlauf des stationären Aufenthaltes nahmen die Bauchschmerzen - nunmehr mit Projektion auf den Oberbauch - deutlich zu, die Entzündungsparameter zeigten sich deutlich erhöht und Fieber trat auf. Die Sonografie zeigte eine Gallensteinerkrankung, weshalb am 28.02.2012 eine Cholezystektomie vorgenommen wurde, bei der sich eine schwerste gangränöse Cholezystitis mit drohender Perforation zeigte. Diese wurde im Klinikentlassungsbericht vom 06.03.2012 als "Überraschungsbefund" bezeichnet. Eine Woche nach der Operation wurde die Zostex-Behandlung beendet, am 06.03.2012 konnte der Patient bei subjektivem Wohlbefinden und unauffälliger postoperativer Sonografie entlassen werden. Da der Versicherte einen Flankenschmerz angegeben und über Blut im Urin berichtet hatte, war zuvor noch eine urologische Vorstellung erfolgt, die jedoch keinen Anhalt für eine Erkrankung aus dem urologischen Formenkreis ergeben hatte.

Mit Datum vom 30.03.2012 berechnete die Klägerin unter Zugrundelegung der sog Fehler-DRG 901D ("Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose") einen Gesamtbetrag von 6.424,64 EUR, den die Beklagte zunächst voll bezahlte. In den für das Grouping nach [§ 301 SGB V](#) übermittelten Daten hatte die Klägerin als Hauptdiagnose nach ICD 10 die Diagnose B02.2 ("Zoster mit Beteiligung anderer Abschnitte des Nervensystems") verschlüsselt.

Da die Beklagte Zweifel an den angegebenen Diagnosen und der daraus folgenden Verschlüsselung mit einer Rest- bzw Fehler-DRG hegte, leitete sie ein MDK-Prüfverfahren ein, was sie der Klägerin unter dem 04.04.2012 mitteilte.

Der Sozialmedizinische Dienst (SMD) wertete für seine Stellungnahme vom 06.09.2012 den von der Klägerin vorgelegten Aufnahmebefund,

die Laborbefunde und den Entlassungsbericht aus und führte aus, bereits bei Klinikaufnahme habe ein akutes Abdomen mit Bauchschmerzen, Abwehrspannung, Sinustachykardie, Schüttelfrost vorgelegen. Als Ursache der Beschwerden habe sich eine gangränöse Cholezystitis herausgestellt. Als Hauptdiagnose sei deshalb das die Klinikaufnahme veranlassende Gallensteinleiden mit akuter Cholezystitis mit dem ICD-Kode H80.00 zu verschlüsseln. Die Kodierung dieser Hauptdiagnose führe in die DRG H08B ("laparoskopische Cholezystektomie ohne sehr komplexe Diagnose") und zu einem niedrigeren Entgelt. Auch seien die zwei letzten Behandlungstage nicht erforderlich gewesen. Die Beklagte nahm am 07.09.2012 eine Verrechnung des ursprünglichen Rechnungsbetrages mit einer anderen unstrittigen Forderung der Klägerin vor und bezahlte unter Zugrundelegung der DRG H08B einen Gesamtbetrag von 2.642,83 EUR und erst nach einer weiteren MDK-Stellungnahme vom 25.01.2013 (Anerkennung auch der zwei letzten Behandlungstage) einen Betrag von 3.031,99 EUR, so dass schlussendlich ein Betrag von 3.392,65 aus der Rechnung vom 30.03.2012 offen blieb.

Die Klägerin widersprach dem ersten SMD-Gutachten unter Vorlage einer Stellungnahme der Ärzte der Klinik für Chirurgie vom 03.01.2013, in der es hieß, am Aufnahmezeitpunkt habe ein akutes Abdomen unter anderem mangels einer Bauchdeckenabwehrspannung nicht vorgelegen und die vorhandenen Symptome hätten durchaus zu einer Zoster-Erkrankung gepasst. Erst später habe sich eine Bauchsymptomatik entwickelt, die zu der Gallenblasenoperation vom 28.02.2012 geführt habe.

Der SMD hielt unter dem 07.02.2013 an seiner Sicht der Dinge fest. Das durchaus vorhandene Bild eines akuten Abdomens (im Aufnahmebefund sei "Abwehrspannung" bei "Bauch" angekreuzt) und die entsprechende Diagnose sei möglicherweise durch den bekannten Zoster und vorhandene Zoster-Effloreszenzen im linken Mittelbauch verschleiert worden. Jedenfalls spreche der operative Befund vom 28.02.2012 eindeutig dafür, dass die Gallenblase schon mehrere Tage vorher entzündet gewesen und tatsächlich ursächlich für die Aufnahme gewesen sei.

Die Klägerin hat am 14.04.2014 Klage zum Sozialgericht Freiburg erhoben und von der Beklagten den Differenzbetrag in Höhe von 3.392,65 EUR verlangt. Zur Begründung hat sie vorgebracht, als Hauptdiagnose werde nach den Kodierrichtlinien 2012 diejenige Diagnose definiert, die nach Analyse als diejenige festgestellt worden sei, die hauptsächlich für die Veranlassung des stationären Aufenthalts verantwortlich sei. Der Begriff "nach Analyse" bezeichne die Evaluation der Befunde am Ende des stationären Aufenthaltes, um diejenige Krankheit festzustellen, die hauptsächlich für die Veranlassung des Krankenhausaufenthaltes verantwortlich gewesen sei. Dies sei die Zoster-Erkrankung gewesen, denn es habe keine Entzündungsparameter gegeben. Auch in der Abdomen-Sonographie vom 27.02.2012 heiße es, die Beschwerdesymptomatik sei in erster Linie als Zosterneuropathie zu interpretieren. Der Versicherte habe zwar Gallensteine gehabt, jedoch komme es bei vielen Patienten dennoch ein Leben lang zu keiner Gallenblasenentzündung. Im vorliegenden Fall sei diese akut erst unmittelbar vor der Operation ausgebrochen.

Die Beklagte ist der Klage entgegengetreten. Das Krankenhaus habe zu Unrecht die Hauptdiagnose B02.2 kodiert. Richtigerweise sei H80.00 (Gallenblasenstein mit akuter Cholezystitis: ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion) zu kodieren gewesen, wie es der Sozialmedizinische Dienst in seiner Stellungnahme vom 06.09.2012 und in der weiteren Stellungnahme vom 07.02.2013 dargelegt habe. Bei Kodierung der ICD-Ziffer H80.00 als Hauptdiagnose resultiere die DRG H08B. Den dieser DRG entsprechenden Zahlbetrag mit Zuschlägen für zwei Tage wegen Überschreitung der oberen Grenzverweildauer habe die Beklagte bereits an die Klägerin ausgezahlt. Ein weiterer Vergütungsanspruch stehe der Klägerin nicht zu.

Die Klägerin hat hierauf erwidert, die Aufnahme sei wegen bestehender Zosterschmerzen erfolgt. Die Schmerzen bei der Aufnahme seien nicht dort gewesen, wo sie bei einer Cholezystitis typischerweise seien. Bei der Aufnahme sei eine Sonographie der Gallenblase gemacht worden, welche keine Auffälligkeiten ergeben habe. Selbst wenn sich die Cholezystitis schon vorher entwickelt haben sollte, sei dies nicht der Grund für die Aufnahme gewesen. Bei der Operation am 28.02.2012 habe sich diese als Überraschungsbefund gezeigt. Damit sei selbst bei Zusammenschau aller Befunde die Cholezystitis nicht die Hauptdiagnose, da sie nicht Aufnahmeveranlassung gewesen sei.

Mit Gerichtsbescheid vom 01.02.2016 hat das SG die Klage abgewiesen. Die Klägerin habe bei der Abrechnung des Behandlungsfalles zu Unrecht als Hauptdiagnose den ICD-Kode B02.2 verschlüsselt. Als Hauptdiagnose sei ICD Ziffer H80.00 zu kodieren gewesen, was zur DRG H08B und damit zu dem von der Beklagten gezahlten Entgelt von 3.031,99 EUR führe. Hauptdiagnose sei die Gallenblasenstein-Erkrankung mit akuter Cholezystitis, da aufgrund dieser Erkrankung am 28.02.2012, drei Tage nach stationärer Aufnahme wegen Bauchschmerzen, Flankenschmerz beidseits, Schüttelfrost und Fieber eine Gallenblasenoperation durchgeführt werden müssen, bei der sich eine schwerste gangränöse Gallenblasenentzündung mit Perforationsgefahr gezeigt habe. Aus dem fortgeschrittenen Stadium der Erkrankung sei - wie der MDK dargelegt habe - die Schlussfolgerung zu ziehen, dass die Erkrankung schon in den Tagen zuvor bestanden habe müsse und tatsächlich die bei der Aufnahme vorhandenen Schmerzen verursacht habe. Soweit die Klägerin auf die Abdomensonographie vom 27.02.2012 hinweise, in der die Bemerkung über die in erster Linie als Zosterneuropathie zu interpretierende Beschwerdesymptomatik stehe und als Empfehlung noch "ggf. Eskalation der analgetischen Therapie" angegeben werde, zeige sich die Fragwürdigkeit dieser Beurteilung schon an der Überlegung, was geschehen wäre, wenn man statt einer Operation der Gallenblase am Folgetag die analgetische Therapie verschärfte hätte. Im Übrigen habe die Sonographie bereits mehrere kleine Gallenblasenkonkremente und eine leicht echoreich verdickte Gallenblasenwand gezeigt; der sonographische Befund stelle sich eher als Beleg für eine nicht genügende Spezifität dieser Untersuchungsmethode in einer akuten Entzündungssituation innerer Organe dar, denn als Beweis für eine am Untersuchungstag fehlende Entzündung der Gallenblase.

Gegen den ihren Prozessbevollmächtigten am 05.02.2016 gegen Empfangsbekanntnis zugestellten Gerichtsbescheid des SG hat die Klägerin am 01.03.2016 Berufung beim Landessozialgericht Baden-Württemberg eingelegt. Zur Begründung hat sie ihr bisheriges Vorbringen wiederholt und vertieft. Dem Gerichtsbescheid des SG sei schon nicht zu entnehmen, welchen Stand die zitierten Deutschen Kodierrichtlinien gehabt hätten. Soweit sich das SG auf die "MDK-Gutachten" stütze, sei anzumerken, dass keine Stellungnahmen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung vorliegen würden. Es handele sich lediglich um Stellungnahmen des sozialmedizinischen Dienstes der Beklagten. Die Klägerin habe zu Recht als Hauptdiagnose nach ICD die Ziffer B02.02 kodiert und nach der DRG 901D abgerechnet. Das SG habe offensichtlich die Ausführungen der von der Beklagten vorgelegten sozialmedizinischen Stellungnahmen unkritisch übernommen. Der Sachverhalt hätte weiter ermittelt werden müssen und ein Sachverständigengutachten hätte ergeben, dass die Zoster-Schmerzen der Grund für die stationäre Aufnahme des Versicherten gewesen seien.

Die Klägerin beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Freiburg vom 01.02.2016 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihr 3.392,65 EUR nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 19.09.2012 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie weist darauf hin, dass die Aufgaben des MDK bei der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See deren Sozialmedizinischer Dienst wahrnehme ([§ 283 SGB V](#)). Im Übrigen hat die Beklagte auf die Ausführungen des SG und ihren bisherigen Vortrag Bezug genommen.

Der Senat hat Beweise erhoben durch die Einholung eines Sachverständigengutachtens nach Aktenlage bei dem Internisten Prof. Dr. G., Klinikum E ... Im Gutachten vom 01.03.2017 (Bl 30 Senatsakte) hat der Sachverständige ausgeführt, dass der Versicherte laut Aufnahmebefund am 20.02.2012 einen Herpes Zoster mit Lokalisation in der linken Flanke entwickelt habe, so dass umgehend eine ambulante Behandlung mit dem Präparat Zostex eingeleitet worden sei. Die Symptomatik mit Übelkeit, Schmerzen im Unterbauch und der linken Flanke habe am ersten Tag der Einnahme bestanden und sei am Tag der Klinikvorstellung progredient gewesen. Zusätzlich habe der Versicherte über den Tag verteilt Schüttelfrost, Schmerzen über den Nieren beidseits mit Ausstrahlung in die Umbilicalgegend sowie retrosternale Schmerzen entwickelt, so dass der notärztliche Dienst gegen 23:00 Uhr kontaktiert worden sei. In der ausführlich dokumentierten körperlichen Untersuchung bei Aufnahme sei eine deutliche Abwehrspannung dokumentiert, welche von der Klinik auf die Zostereffloreszenzen zurückgeführt worden sei. Somit habe sich für die Klinik als Aufnahmediagnose für die weitere stationäre Behandlung ein Herpes Zoster mit Nebenwirkungen bei Zostexeinnahme sowie retrosternale Schmerzen bei Bradykardie ergeben. Hierauf hätten die am Aufnahmetag eingeleiteten Behandlungsschritte sowie die weitere Diagnostik basiert. In der Auswertung der Akten im Zusammenhang mit der Begutachtung des MDK vom 05.09.2012 habe der MDK das Beschwerdebild eines unklaren Abdomens als Ursache für die stationäre Aufnahme gesehen, was in der Rückschau den Beschwerden einer gangränösen Cholezystitis zuzuschreiben gewesen sei. In den für 2012 geltenden Kodierrichtlinien werde die Hauptdiagnose als diejenige Diagnose definiert, welche "nach Analyse als diejenige festgestellt wurde, die hauptursächlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthaltes des Patienten verantwortlich ist". Die Hauptdiagnose müsse nicht der Einweisungs- bzw Aufnahmediagnose entsprechen und werde am Ende des stationären Aufenthaltes in Zusammenschau aller vorliegenden Befunde gewählt. Vorliegend werde der Auffassung des MDK zugestimmt, dass der operative und histologische Befund vom 28.02.2012 bereits dafür spreche, dass die Cholezystitis zum Zeitpunkt der OP schon weit fortgeschritten gewesen sei und damit schon seit längerer Zeit bestanden habe bzw ursächlich für die zur stationären Aufnahme führende Beschwerdesymptomatik gewesen sei. Bereits das Ultraschallbild vom zweiten Tag des stationären Aufenthaltes beschreibe eine beginnende Cholezystitis bei darstellbaren Gallenblasenkonkrementen mit leicht verdickter Gallenblasenwand. Zu diesem Zeitpunkt sei ein deutlicher Anstieg der laborchemisch gewonnenen Entzündungsparameter bei Fieber sowie eine Schmerzexazerbation der abdominellen Beschwerden mit Projektion auf den Oberbauch dokumentiert worden. Nach Evaluation aller vorliegenden Akten und nach den Grundsätzen der Kodierrichtlinie 2012 sei die Cholezystitis als Hauptdiagnose der stationären Behandlung anzusehen. Eine entsprechende wegweisende Symptomatik habe bereits am Folgetag der Einweisung vorgelegen. Die initiale Klinik des Versicherten, der Ultraschallbefund vom Folgetag sowie die bei der Operation gewonnene Histologie sprächen für ein weit fortgeschrittenes Bild einer Cholezystitis, welche höchstwahrscheinlich bereits am Aufnahmetag bestanden und der Klinik zugrundeliegend gewesen sei. Ebenfalls spreche hierfür die Tatsache, dass es zu keiner Besserung des Allgemeinzustandes des Versicherten unter zunächst gewählter analgetischer Therapie gekommen sei, sondern erst postoperativ. Damit sei nicht die Aufnahmediagnose B02.2 sondern H80.00 (Gallenblasenstein mit akuter Cholezystitis, ohne Angaben einer Gallenwegsobstruktion) die zu verschlüsselnde Hauptdiagnose gewesen.

Mit Beschluss vom 16.08.2017 hat der Senat das Ablehnungsgesuch der Klägerin gegen den Sachverständigen Prof. Dr. G. verworfen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die beigezogene Verwaltungsakte sowie die Gerichtsakte Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung der Klägerin hat keinen Erfolg.

Die nach den [§§ 143, 144, 151 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte Berufung der Klägerin ist zulässig aber unbegründet. Das SG hat zu Recht die Klage abgewiesen. Die Klägerin hat keinen Zahlungsanspruch gegen die Beklagte in Höhe von 3.392,65 EUR, da die Beklagte in dieser Höhe gegen andere (unstreitige) Forderungen der Klägerin zu Recht aufgerechnet hat.

Die Klägerin hat mit der erhobenen (echten) Leistungsklage nach [§ 54 Abs 5 SGG](#) die richtige Klageart gewählt (dazu nur BSG 14.10.2014, [B 1 KR 25/13](#), juris; BSG 14.10.2014, [B 1 KR 26/13 R](#), SozR 4-2500 § 301 Nr 3). Es handelt sich um einen sog Parteienstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt, kein Vorverfahren durchzuführen und eine Klagefrist nicht zu beachten ist (BSG 28.11.2013, [B 3 KR 33/12 R](#), SozR 4-5562 § 9 Nr 5).

Der Klägerin steht kein weiterer Vergütungsanspruch für die Krankenhausbehandlung des Versicherten im Zeitraum 25.02.2012 bis 06.03.2012 iHv 3.392,65 EUR zu. Ursprünglich hatte die Beklagte den gesamten von der Klägerin geltend gemachten Betrag in Höhe von 6.424,64 EUR an die Klägerin gezahlt, jedoch nachträglich den Vergütungsanspruch mit zwischen den Beteiligten nicht streitigen Vergütungsansprüchen der Klägerin aus anderen Behandlungsfällen gegen die Beklagte iHv 3.392,65 EUR verrechnet. Selbst wenn nicht feststeht, welche Vergütungsansprüche die Klägerin aufgrund welcher konkreten Krankenhausbehandlung gegenüber der Beklagten geltend macht, haben die Beteiligten übereinstimmend vorausgesetzt, dass der Klägerin gegen die Beklagte - ohne Berücksichtigung der streitigen Zahlungsforderung - laufende Ansprüche aus Anlass von Krankenhausbehandlungen anderer Versicherter der Beklagten in Höhe der streitigen Zahlungsforderung zustehen. Da die Beklagte sich ausschließlich im Wege der Primäraufrechnung mit einer Gegenforderung verteidigt, steht die Hauptforderung selbst außer Streit (BSG 28.11.2013, [B 3 KR 33/12 R](#), aaO; BSG 01.07.2014, [B 1 KR 24/13 R](#), SozR 4-2500 § 301 Nr 2).

Die Beklagte konnte mit einem bestrittenen fälligen öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch gegenüber Vergütungsforderungen der

Klägerin aufrechnen (zum öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch bei Überzahlung von Krankenhausentgelten und zur Aufrechnung analog [§ 387 BGB](#) vgl eingehend BSG 25.10.2016, [B 1 KR 9/16 R](#), SozR 4-5562 § 11 Nr 2; 01.07.2014, [B 1 KR 24/13 R](#), SozR 4-2500 § 301 Nr 2), denn die ursprüngliche Zahlung der Beklagten erfolgte ohne Rechtsgrund. Die Klägerin hatte einen Vergütungsanspruch gegen die Beklagte für die Behandlung der Versicherten. Über die bereits geleistete Zahlung hinaus besteht jedoch kein Anspruch auf Zahlung von weiteren 3.392,65 EUR.

Die Klägerin erfüllte die Voraussetzungen eines Anspruchs auf Krankenhausvergütung, indem sie den Versicherten vom 25.02.2012 bis 06.03.2012 stationär behandelte. 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 erfolgt und iS von [§ 39 Abs 1 Satz 2 SGB V](#) erforderlich ist (st Rspr BSG 16.12.2008, [B 1 KN 1/07 R](#), [BSGE 102, 172](#) = [SozR 4-2500 § 109 Nr 13](#); BSG 08.11.2011, [B 1 KR 8/11 R](#), [BSGE 109, 236](#) = SozR 4-5560 § 17b Nr 2). Diese Voraussetzungen sind hier unstrittig erfüllt.

Die Klägerin durfte lediglich die niedriger vergütete DRG H08B ("laparoskopische Cholezystektomie ohne sehr komplexe Diagnose"), nicht aber die DRG 901D ("Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose") in Rechnung stellen.

Rechtsgrundlage des Vergütungsanspruchs ist [§ 109 Abs 4 Satz 3 SGB V](#) (idF vom 26.03.2007, [BGBI I S 378](#)) in Verbindung mit § 7 Abs 1 Satz 1 Nr 1 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG) und § 9 Abs 1 Satz 1 Nr 1 KHEntG (jeweils idF des Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes v 17.03.2009, [BGBI I S 534](#)) sowie § 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG; idF durch das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz vom 17.03.2009, [BGBI I S 534](#)) und die Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2012 v 25.11.2011 (Fallpauschalenvereinbarung 2012 - FPV-2012) einschließlich der Anlagen 1 bis 6. In seiner Höhe wird der Vergütungsanspruch durch Normsetzungsverträge konkretisiert. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung gemeinsam vereinbaren nach § 9 Abs 1 Satz 1 Nr 1 KHEntG mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft als Vertragsparteien auf Bundesebene mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 11 KHEntG einen Fallpauschalen-Katalog einschließlich der Bewertungsrelation sowie Regelungen zur Grenzverweildauer und der in Abhängigkeit von diesen zusätzlich zu zahlenden Entgelte oder vorzunehmenden Abschläge. Ferner vereinbaren sie insoweit Abrechnungsbestimmungen in der Fallpauschalenvereinbarung (FPV) auf der Grundlage des § 9 Abs 1 Satz 1 Nr 3 KHEntG.

Der Fallpauschalenkatalog ist nach Fallgruppen (DRG = Diagnosis Related Groups) geordnet. 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 (dazu und zum Folgenden BSG 14.10.2014, [B 1 KR 25/13 R](#); BSG 14.10.2014, [B 1 KR 26/13 R](#), jeweils unter Hinweis auf [BSGE 109, 236](#) ff.). Nach § 1 Abs 6 Satz 1 FPV sind in diesem Sinne zur Einstufung des Behandlungsfalles in die jeweils abzurechnende Fallpauschale Programme (Grouper) einzusetzen. Zugelassen sind nur solche Programme, die von der InEK GmbH - Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus, einer gemeinsamen Einrichtung der in § 17b Abs 2 Satz 1 KHG und § 9 Abs 1 Satz 1 Nr 1 KHEntG genannten Vertragspartner auf Bundesebene, zertifiziert worden sind.

Das den Algorithmus enthaltende und ausführende Programm greift dabei auch auf Dateien zu-rück, die entweder als integrale Bestandteile des Programms mit vereinbart sind, zB die Zuordnung von ICD-10-Diagnosen und Prozeduren zu bestimmten Untergruppen im zu durchlaufenden Entscheidungsbaum, oder an anderer Stelle vereinbarte Regelungen wiedergeben. Zu letzteren gehören die Fallpauschalen selbst, aber auch die Internationale Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) in der jeweiligen vom DIMDI im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) herausgegebenen deutschen Fassung sowie die Klassifikationen des vom DIMDI im Auftrag des BMG herausgegebenen Operationen- und Prozedurenschlüssels (hier in der Version 2012). Die Verbindlichkeit der in dem jeweiligen Vertragswerk angesprochenen Klassifikations-systeme folgt allein aus dem Umstand, dass sie in die zertifizierten Grouper einbezogen sind (BSG 14.10.2014, [B 1 KR 25/13 R](#) und [B 1 KR 26/13 R](#)).

Die Anwendung der Deutschen Kodierrichtlinien (DKR), vorliegend Stand 2012, 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 ihrerseits grundsätzlich den allgemeinen Auslegungsmethoden der Rechtswissenschaft (dazu und zum Folgenden: BSG 14.10.2014, [B 1 KR 26/13 R](#), SozR 4-2500 § 301 Nr 3). 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. Da das DRG-basierte Vergütungssystem vom Gesetzgeber als jährlich weiterzuentwickelndes und damit "lernendes" System angelegt ist, sind bei zutage tretenden Unrichtigkeiten oder Fehlsteuerungen in erster Linie die Vertragsparteien berufen, dies mit Wirkung für die Zukunft zu beseitigen (BSG 14.10.2014, [B 1 KR 25/13 R](#) und [B 1 KR 26/13 R](#), aaO; BSG 21.04.2015, [B 1 KR 8/15 R](#), juris).

In welcher Weise die Eingaben in das Datensystem zu erfolgen haben, gibt nicht allein der Grouper durch die vorprogrammierten Abfragen mit genormten Antworten vor. Vielmehr regeln die FPV und die DKR konkrete Vorgaben für die Eingaben. Die DKR (hier anwendbar in der Version 2012) regeln Kodieranweisungen. Der Begriff der Hauptdiagnose ist in den Allgemeinen Kodierrichtlinien für Krankheiten der DKR unter D002f, Seite 4 f definiert. Danach ist Hauptdiagnose "die Diagnose, die nach Analyse als diejenige festgestellt wurde, die hauptsächlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthalts des Patienten verantwortlich ist. Der Begriff nach Analyse bezeichnet die Evaluation der Befunde am Ende des stationären Aufenthaltes, um diejenige Krankheit festzustellen, die hauptsächlich verantwortlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthaltes war. Die dabei evaluierten Befunde können Informationen enthalten, die aus der medizinischen und pflegerischen Anamnese, einer psychiatrischen Untersuchung, Konsultationen von Spezialisten, einer körperlichen Untersuchung, diagnostischen Tests oder Prozeduren, chirurgischen Eingriffen und pathologischen oder radiologischen Untersuchungen gewonnen wurden. Für die Abrechnung relevante Befunde, die nach der Entlassung eingehen, sind für die Kodierung heranzuziehen. Die nach Analyse festgestellte Hauptdiagnose muss nicht der Aufnahmediagnose oder Einweisungsdiagnose entsprechen. () Zuweisung der zugrunde liegenden Krankheit als Hauptdiagnose: Wenn sich ein Patient mit einem Symptom vorstellt und die zugrunde

liegende Krankheit zum Zeitpunkt der Aufnahme bekannt ist und behandelt wird bzw. während des Krankenhausaufenthaltes diagnostiziert wird, so ist die zugrunde liegende Krankheit als Hauptdiagnose zu kodieren."

Unter Berücksichtigung dieser Maßstäbe steht zur Überzeugung des Senats fest, dass die Beklagte die Abrechnung zu Recht beanstandet hat und daher ein öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch gegeben war. Die von der Klägerin kodierte Hauptdiagnose B02.2 B ("Zoster mit Beteiligung anderer Abschnitte des Nervensystems") ist unzutreffend; richtigerweise hätte als Hauptdiagnose H80.00 (Gallenblasenstein mit akuter Cholezystitis, ohne Angaben einer Gallenwegsobstruktion) kodiert werden müssen.

Diese Überzeugung schöpft der Senat aus dem Sachverständigengutachten Prof. Dr. G. vom 01.03.2017 und aus den gutachtlichen Stellungnahmen des SMD vom 06.09.2012 und vom 07.02.2013, die jeweils für den Senat plausibel und nachvollziehbar dargelegt haben, dass nach Evaluation der dokumentierten Befunde und Maßnahmen und nach den Grundsätzen der Kodierrichtlinie 2012 die Cholezystitis mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit, dh im Vollbeweis (vgl zu dazu etwa BSG 17.04.2013, [B 9 V 3/12 R](#), juris Rn 34 mwN) als Hauptdiagnose der stationären Behandlung anzusehen ist. Eine entsprechende wegweisende Symptomatik hat bereits am Folgetag der Einweisung vorgelegen. Die initiale Befund bei Einweisung, die dokumentierten Beschwerden des Versicherten, der Ultraschallbefund vom Folgetag sowie die bei der Operation gewonnene Histologie spricht nach den überzeugenden Ausführungen des Sachverständigen für ein weit fortgeschrittenes Bild einer Cholezystitis, welche bereits am Aufnahmetag bestanden und ursächlich für die Aufnahme gewesen ist. Prof. Dr. G. hat dargelegt, dass beim Versicherten am Tag der Klinikvorstellung eine Symptomatik mit Übelkeit, Schmerzen im Unterbauch und der linken Flanke progredient gewesen ist. Zusätzlich hat der Versicherte über den Tag verteilt Schüttelfrost, Schmerzen über den Nieren beidseits mit Ausstrahlung in die Umbilicalgegend sowie retrosternale Schmerzen entwickelt. In der ausführlich dokumentierten körperlichen Untersuchung bei Aufnahme ist eine deutliche Abwehrspannung dokumentiert, welche zwar von der Klinik auf die Zostereffloreszenzen zurückgeführt wurde, tatsächlich aber den Beschwerden einer gangränösen Cholezystitis zuzuschreiben war. Der SMD und Prof. Dr. G. haben für den Senat überzeugend dargelegt, dass der operative und histologische Befund vom 28.02.2012 dafür spricht, dass die Cholezystitis zum Zeitpunkt der OP schon weit fortgeschritten war, folglich schon seit längerer Zeit bestanden hatte und ursächlich für die zur stationären Aufnahme führende Beschwerdesymptomatik war. Bereits das Ultraschallbild vom zweiten Tag des stationären Aufenthaltes beschreibt nach Darlegung des Sachverständigen Prof. Dr. G. eine beginnende Cholezystitis bei darstellbaren Gallenblasenkonkrementen mit leicht verdickter Gallenblasenwand. Zu diesem Zeitpunkt wurde auch ein deutlicher Anstieg der laborchemisch gewonnenen Entzündungsparameter bei Fieber sowie eine Schmerzexazerbation der abdominellen Beschwerden mit Projektion auf den Oberbauch dokumentiert. Die Tatsache, dass es zu keiner Besserung des Allgemeinzustandes des Versicherten unter zunächst gewählter analgetischer Therapie kam, sondern erst postoperativ, bestätigt nach den Ausführungen Prof. Dr. G. ebenfalls die von Anfang an für die Aufnahme ursächliche gangränöse Cholezystitis. Nach alledem war die Hauptdiagnose H80.00 (Gallenblasenstein mit akuter Cholezystitis, ohne Angaben einer Gallenwegsobstruktion) zu kodieren und die Behandlung des Versicherten nach der DRG H08B abzurechnen. Der Einwand der Klägerin, die bei der Aufnahme des Versicherten erhobenen Schmerzen seien für eine Cholezystitis nicht typisch gewesen, steht der vom gerichtlichen Sachverständigen vorgenommenen Bewertung nicht entgegen. Zum einen kommt es - wie dargelegt - bei der Prüfung, welche Diagnose als Hauptdiagnose zu werten ist, nicht allein auf den Aufnahmebefund an, zum anderen wurde bereits vom notärztlichen Dienst im Einsatzprotokoll nicht nur ein Flankenschmerz auf der linken Seite, also dort, wo der Herpes Zoster aufgetreten ist, sondern ein "Flankenschmerz bds" festgestellt, außerdem am Bauch eine Abwehrspannung und beides dokumentiert. Der zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme des Versicherten vorhandene klinische Befund steht damit der Feststellung, dass die Cholezystitis hauptsächlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthalts des Versicherten verantwortlich war, keineswegs entgegen.

Der Sachverhalt ist vollständig aufgeklärt; die vorhandenen Gutachten des SMD und Prof. Dr. G. bilden eine ausreichende Grundlage für die Entscheidung des Senats und haben die für die richterliche Überzeugungsbildung notwendigen sachlichen Grundlagen vermittelt ([§ 118 Abs 1 Satz 1 SGG](#), [§ 412 Abs 1 ZPO](#)); weitere Beweiserhebungen waren daher von Amts wegen nicht mehr notwendig. Der Verwertbarkeit des nach Aktenlage zu erstellenden Gutachtens von Prof. Dr. G. steht nicht entgegen, dass er Vorarbeiten für das Gutachten Mitarbeitern überlassen hat. Denn er hat nicht nur eine persönliche Überprüfung der Feststellungen und Schlussfolgerungen vorgenommen und die Auswertung sich zu Eigen gemacht, sondern die Verantwortung für den Inhalt des Gutachtens in vollem Umfang übernommen. Damit hat er zugleich die Gewähr dafür übernommen, dass die Übertragung von Arbeiten auf Hilfskräfte nicht in unangemessenem Umfang erfolgte (vgl BSG 10.05.1994, [9 BV 17/94](#), juris). Es liegen auch keine Gründe vor, an der Neutralität des Sachverständigen zu zweifeln.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs 1 SGG](#) iVm [§ 154 Abs 1](#) und 2 Verwaltungsgerichtsordnung, da weder Klägerin noch Beklagte zu den in [§ 183 SGG](#) genannten Personen gehören.

Die Festsetzung des Streitwertes beruht auf [§ 197a Abs 1 Satz 1 Hs 1 SGG](#) iVm [§ 63](#), [§ 52 Abs 1](#), 3, [§ 47](#) Gerichtskostengesetz.

Gründe für die Zulassung der Revision ([§ 160 Abs 2 Nr 1 und 2 SGG](#)) liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2018-02-22