

## **L 11 KR 575/19**

Land  
Nordrhein-Westfalen  
Sozialgericht  
LSG Nordrhein-Westfalen  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung  
11.  
1. Instanz  
SG Detmold (NRW)  
Aktenzeichen  
S 5 KR 151/16  
Datum  
14.11.2016  
2. Instanz  
LSG Nordrhein-Westfalen  
Aktenzeichen  
L 11 KR 575/19  
Datum  
05.07.2023  
3. Instanz  
-  
Aktenzeichen  
-  
Datum  
-  
Kategorie  
Urteil

**Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Detmold vom 14.11.2016 wird zurückgewiesen.**

**Die Klägerin trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens.**

**Die Revision wird nicht zugelassen.**

**Der Streitwert wird auf 4.676,05 EUR festgesetzt.**

### **Tatbestand**

Streitig ist ein Anspruch auf Vergütung wegen vollstationärer Krankenhausbehandlung.

Die Klägerin ist Trägerin eines Krankenhauses, das zur Behandlung gesetzlich Krankenversicherter zugelassen ist. Dort wurde die Versicherte der Beklagten Frau L. I., geb. am 00.00.0000, (im Folgenden: Versicherte) vom 7. Mai 2014 bis zum 14. Mai 2014 stationär behandelt.

Die Versicherte erschien am 7. Mai 2014 gegen 1.52 Uhr in der Notaufnahme der Klägerin und erklärte, sie habe „starke Schmerzen durch eine abgefautete Zehe“. Sie gab an, sie habe „vor einigen Tagen ein Bagatell-Trauma“ erlitten, eine ärztliche Beanspruchung habe nicht stattgefunden. Die stationäre Aufnahme erfolgte aufgrund einer Nekrose im Bereich der IV. Zehe rechts mit streckseitigem Freiliegen von knöchernen Strukturen des Grundgelenkes bei Vorliegen eines Diabetes mellitus und einer arteriellen Verschlusskrankheit (pAVK). Die noch am 7. Mai 2015 durchgeführte Röntgenuntersuchung des re. Vorfußes zeigte einen Grundgliedbruch der IV. Zehe re. und eine "unscharfe Darstellung der Korikalis des Endgliedes D5, im Sinne einer osteolytischen Destruktion. Auch im Mittelglied D4 zeigen sich kleine osteolytische Defekte. Zugleich Verdacht auf Osteolyse in der Endphalanx D4."

Am 8. Mai 2014 wurde eine Becken-Bein-Angiographie zur Gefäßerweiterung und Durchblutungsförderung der unteren Extremität durchgeführt. Bei Zustand nach Bypass-OP 2013 erfolgten eine Aufweitung der proximalen Bypass-Anastomose sowie eine Stentversorgung einer distalen Stenose der Arteria iliaca externa re.. Am 9. Mai 2014 wurde die IV. Zehe re. amputiert.

Das Zehenamputat wurde am 12. Mai 2014 im Institut für Pathologie der Klägerin begutachtet, wobei „Hautweichteilnekrosen mit (...) teils florider phlegmonös-eitriger Entzündung, diese im Sinne einer gleichartigen Osteomyelitis, auf das korrespondierende Knochengewebe übergreifend und bis in die proximale Gelenkfläche ausgedehnt“, befundet wurden (Befundbericht vom 15. Mai 2014).

Die Klägerin rechnete den Behandlungsfall unter Zugrundelegung der DRG F13A (Amputation bei Kreislauferkrankungen an oberer Extremität und Zehen mit äußerst schweren CC und mehrzeitigen Revision- oder Rekonstruktionseingriffen) mit Zu- und Abschlägen mit einem Betrag von 10.183,81 € ab (Rechnung vom 25. Juni 2014, Zugang bei der Beklagten am 26. Juni 2014). Hierbei berücksichtigte sie u.a. als Hauptdiagnose I70.24 (Arterielle Verschlusskrankheit mit Gangrän Fontaine-Stadium IV). Außerdem kodierte sie als Nebendiagnose u.a. M86.17 (sonstige akute Osteomyelitis: Knöchel und Fuß) und M84.47 (Pathologische Fraktur, anderenorts nicht klassifiziert, Knöchel und Fuß, Exkl.: Pathologische Fraktur bei bösartiger Neubildung <M90.7-\*>, Pathologische Fraktur bei Osteoporose <M80.->, Wirbelkörperkompression, anderenorts nicht klassifiziert <M48.5->).

Die Beklagte glich die Rechnung i.H.v. 5.427,76 € am 14. Juli 2014 aus und leitete die Prüfung durch den MDK ein. Mit Gutachten vom 23. April 2015 kam der MDK zu dem Ergebnis, dass eine frühere Entlassung möglich gewesen sei. Die DRG sei nicht korrekt. Es ergebe sich die DRG F59 B (Mäßig komplexe Gefäßeingriffe ohne mehrfache Gefäßeingriffe, ohne äußerst schwere CC, ohne Rotationsthrombektomie, ohne komplizierende Diagnose), da u.a. die Nebendiagnose M86.17 nicht belegt sei, denn „(l)aut Unterlagen ergab sich der Verdacht auf eine Osteolyse, ein relevanter Mehraufwand im Sinne der DKR wird nicht belegt.“ Die Hauptdiagnose sei zu ändern in E11.47 (Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet).

Mit Schreiben vom 19. Mai 2015 teilte die Klägerin mit, dass sie mit dem Gutachten nicht einverstanden sei. Dies gelte insbesondere im Hinblick auf die - einzig erlösrelevante - Korrektur der Nebendiagnose M86.7.

Der MDK führte mit Stellungnahme vom 6. Juli 2015 aus, dass die DKR 0401h anzuwenden sei, woraus sich die Hauptdiagnose E11.47 ergebe. Der Diabetes sei ursächlich für die Gefäßproblematik. Daher sei der Sachverhalt über eine E.-Diagnose zu kodieren. Eine Osteolyse sei nicht bestätigt worden. Es habe sich insoweit nur ein Verdacht ergeben. Ferner: „Vorgelegt wird vom KH die Röntgenanforderung, dieser ist die Fragestellung ‚Osteolyse?‘ zu entnehmen. [... Die hier durchgeführten Röntgenaufnahmen gehörten zur initialen Standarddiagnostik beim diabet. Fußsyndrom unter Würdigung des hier vorliegenden Lokalbefundes (IV. Zeh des rechten Fußes nekrotisiert mit offenem Gelenk und frei liegendem Knochen am Grundgelenk) um eine mögliche Osteolyse zu sichern oder auszuschließen, denn in Abhängigkeit vom Röntgenbefund war das weitere therapeutische Vorgehen festzulegen und zu planen. Ein über das übliche Maß hinausgehender Mehraufwand mit einem nebendiagnoseabhängigen Ressourcenverbrauch wurde nicht erbracht. Zudem bestätigte sich der klinische Verdacht nicht, so dass keine Erweiterung der Therapie notwendig geworden war.“

Mit der am 18. Februar 2016 zum Sozialgericht (SG) Detmold erhobenen Klage hat die Klägerin weiterhin die Zahlung von Behandlungskosten i.H.v. 4.676,05 € begehrt und zur Begründung vorgetragen, dass sich eine Osteomyelitis bestätigt habe. Ein diagnostischer Aufwand (Nativröntgen des Vorfußes in zwei Ebenen) sei entstanden. Die Amputation sei als therapeutische Maßnahme zu werten, sodass der Kode M86.17 zum Tragen komme. Die Abänderung der Hauptdiagnose sei ebenso wenig erlösrelevant wie die Streichung der Nebendiagnose M84.47.

Die Klägerin hat beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin 4.676,05 € zuzüglich Zinsen i.H.v. 2 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 11. Juli 2014 zu zahlen.

Die Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie hat die Auffassung vertreten, die Kürzung sei gerechtfertigt gewesen. Die Versicherte habe in der Folge des Diabetes mellitus unter einer arteriellen Verschlusskrankheit gelitten. Dies müsse bei der Kodierung berücksichtigt werden, sodass die Hauptdiagnose zu ändern sei. Die Nebendiagnose M86.17 sei nicht als Verdachtsdiagnose zu berücksichtigen, da sie sicher habe ausgeschlossen werden können (DKR 2014 D008b). Eine Kodierung nach DKR 2014 D003I (Nebendiagnosen - Abnorme Befunde) aufgrund des im Röntgen geäußerten Verdachts

auf Osteolyse sei ebenfalls nicht möglich, da keine therapeutische Konsequenz bestanden habe und auch keine weitere Diagnostik oder Behandlung erfolgt sei.

Das SG hat den Facharzt für Chirurgie, Unfallchirurgie Q. vom Amt wegen zum Sachverständigen ernannt. Ein seitens der Klägerin gegen den Sachverständigen erhobenes Ablehnungsgesuch hat das SG mit Beschluss vom 23. August 2016 zurückgewiesen.

Mit Gutachten (nach Aktenlage) vom 14. November 2016 hat der Sachverständige ausgeführt, dass eine bakterielle eitrige Knochenentzündung (Osteomyelitis) nicht nachgewiesen worden sei. Durch Abstrichuntersuchung sei das Vorliegen eines Weichteilinfektes der IV. Zehe re. bestätigt worden, wobei als Erreger Staphylokokkus aureus identifiziert worden sei. Diesbezüglich sei keine spezielle Therapie eingeleitet worden; nach erfolgter Zehenamputation sei keine Antibiotikatherapie durchgeführt worden. Aus dem röntgenologischen Befund habe sich nicht die Konsequenz einer weiteren spezifischen Diagnostik ergeben. Das Durchführen einer Abstrichuntersuchung mit Nachweis eines Krankheitskeims habe sich ausdrücklich auf die Weichteilsituation, nicht jedoch auf die Knochenstruktur bezogen. Mit sämtlichen vom MDK diesbezüglich abgegebenen Feststellungen bestehe volle Übereinstimmung. Auf den Inhalt des Gutachtens vom 14. November 2016 wird im Übrigen Bezug genommen.

Ferner hat das Gericht den Sachverständigen am 29. Mai 2017 ergänzend zum Vortrag der Klägerin Stellung nehmen lassen. Er hat ausgeführt, dass eine spezielle, auf eine Osteomyelitis zielende adäquate Therapie nicht stattgefunden habe, insbesondere keine Antibiose. Insofern liege sowohl für die prä-OP durchgeführte Röntgenaufnahme als auch für die durchgeführte Amputation der IV. Zehe nur die Existenz eines Weichteilinfektes zugrunde, der die entsprechenden operativen Prozeduren nach sich gezogen habe. Ferner habe die Osteomyelitis für sich alleine betrachtet keinen entsprechenden diagnostischen oder therapeutischen Schritt erfordert und insbesondere keinen hierauf gründenden erhöhten Ressourcenverbrauch ausgelöst. Eine Berücksichtigung als kodierrelevante Nebendiagnose sei auszuschließen. Auf die ergänzende Stellungnahme vom 29. Mai 2017 wird im Übrigen Bezug genommen.

Hierauf hat die Klägerin erwidert, dass die Amputation der IV. Zehe nicht ausschließlich auf die Existenz eines Weichteilinfektes zurückgeführt bzw. aufgrund dessen durchgeführt worden sei. Schließlich sei im histopathologischen Befund auch beschrieben, dass sich die Osteomyelitis bis in die proximale Gelenkfläche ausgedehnt habe. Hätte nur ein Weichteildefekt vorgelegen, so hätte die Zehe nicht amputiert werden müssen. Gerade weil aber bereits eine Osteomyelitis vorgelegen habe und die Durchblutungssituation eine Ausheilung gerade der Osteomyelitis nicht zugelassen habe, sei die Amputation durchgeführt worden. Damit liege auch ein Ressourcenverbrauch in Bezug auf die Osteomyelitis vor.

Auf den Antrag der Klägerin hat das SG den Sachverständigen im Verhandlungstermin vom 18. April 2018 zur Erläuterung seines Gutachtens geladen und vernommen. Auf die Sitzungsniederschrift wird Bezug genommen.

Die Verhandlung ist vertagt worden, um der Klägerin Schriftsatznachlass zu gewähren. Die Beteiligten haben sich nachfolgend mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt (Schriftsätze vom 29. Juni 2018 und 18. April 2019).

Mit Urteil ohne mündliche Verhandlung vom 29. Mai 2019 hat das SG die Klage abgewiesen. Auf die Entscheidungsgründe wird Bezug genommen.

Gegen das ihr am 17. Juni 2019 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 17. Juli 2019 Berufung eingelegt: Sie nimmt auf ihr bisheriges Vorbringen Bezug und führt ergänzend aus, dass kein zusätzlicher Ressourcenverbrauch erforderlich gewesen sei, um die Osteomyelitis zu kodieren. Die Amputation sei der einzige Weg gewesen, um auch die Osteomyelitis zu behandeln. Insofern sei es zwar richtig, dass die Osteomyelitis keinen zusätzlichen Handlungsbedarf bedingt habe. Der auf die Infektion des Weichteilgewebes und die Resektion der bestehenden Nekrose ausgerichtete Ressourcenverbrauch (die chirurgische Intervention im Sinne einer Amputation) sei aber gleichermaßen derjenige, der auch für die Osteomyelitis eingesetzt worden sei. Das SG sei gehalten gewesen, weitere Ermittlungen von Amts durchzuführen. Die erstinstanzlich (Schriftsatz vom 23. Mai 2018) erhobenen Beweisangebote zur Absicherung der Diagnose Osteomyelitis hätten abgearbeitet werden müssen, sofern es tatsächlich weiterer Beweise zum Vorliegen einer Osteomyelitis bedurft hätte. Der pathologische Bericht vom 15. Mai 2014 belege, dass sich eine Phlegmone-eitrige Entzündung, diese im Sinne einer gleichartigen Osteomyelitis auf das korrespondierende Knochengewebe übergreifend, gezeigt habe. Eindeutiger könne die diesbezügliche Diagnose nicht beschrieben werden. Bei einem diabetischen Fußsyndrom (wie es unstreitig hier bei der Versicherten vorgelegen habe) könne in 20 % der chronisch infizierten Ulzerationen eine Osteomyelitis festgestellt werden. Auch werde bei freiliegendem Knochen allgemein von einer Osteomyelitis oder Osteitis ausgegangen. Insofern habe zweifelsohne eine Osteomyelitis vorgelegen. Soweit dies nicht als gesichert gelten sollte, habe jedenfalls die Verdachtsdiagnose einer Osteomyelitis vorgelegen. Da diese auch chirurgisch konkret behandelt worden sei, sei unter allen Aspekten die Osteomyelitis als Nebendiagnose zu kodieren. Es werde angeregt, einen neuen Sachverständigen (aus dem Bereich Radiologie/Pathologie) zu bestellen, der insbesondere im Bereich der Behandlung des diabetischen Fußes Erfahrungen aufweise.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Detmold vom 14.11.2016 zu ändern und die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin 4.676,05 EUR zuzüglich Zinsen in Höhe von 2 % Punkten über den Basiszinssatz seit dem 11.07.2014 zu zahlen,

hilfsweise,

die Revision zuzulassen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Die Beklagte schließt sich den erstinstanzlichen Entscheidungsgründen an.

Die Klägerin hat eine (auf den 16. Mai 2018 datierte) ergänzende Stellungnahme ihres Leiters der Pathologie (Z.) zur Akte gereicht. Darin wird mitgeteilt, dass eine eitrige und damit bakterielle Osteomyelitis diagnostiziert worden sei, und zwar nicht nur in den Weichteilwundbereichen, sondern auch in den untersuchten knöchernen Anteilen. Bei der spezifischen granulozytären Entzündung sei eine eitrige Osteomyelitis im Sinne einer bakteriellen Osteomyelitis eine sichere Diagnose und bedürfe zur Absicherung des Befundes keiner mikrobiologischen Untersuchung.

Der Senat hat den Sachverständigen Q. um ergänzende Stellungnahme zum Berufungsvorbringen gebeten. Mit ergänzender Stellungnahme vom 4. Juni 2020 hat er ausgeführt, dass ein Ressourcenverbrauch in Bezug auf die Osteomyelitis nicht vorlegen habe; insbesondere sei nicht antibiotisch behandelt worden. Eine Osteomyelitis sei nicht nachgewiesen. Die Kontrolle der Röntgenbefunde vom 7. Mai 2014 zeige unzweifelhaft eine subkapital gelegene Fraktur im Grundglied der IV. Zehe, die in Fehlstellung durch Verlängerung und Abknickung befindlich sei, wobei die eigentlichen Frakturrisse unscharf begrenzt seien. Des Weiteren lägen unscharf konturierte Ränder im Bereich des Endgliedknochens an D IV vor, Zeichen der Auflösung fänden sich nicht. Dieser Befund sei zum einen einer (alten) in Verheilung befindlichen Fraktur zuzuschreiben, zum anderen verdachtsmäßig z.B. auch einer Veränderung durch tumoröse Destruktion. Hingegen fänden sich Zeichen, die unzweifelhaft auf eine entzündliche Osteolyse (Osteomyelitis) schließen lassen würden, nicht. Von der Wertigkeit sei die beschriebene Osteomyelitis ein Zufallsbefund, der weder Entscheidungsgrund für die operative Behandlung gewesen sei noch irgendwelche Ressourcen verbraucht noch den Pflege- und Betreuungsaufwand erhöht habe. Auf den Inhalt der ergänzenden Stellungnahme vom 4. Juni 2020 wird ergänzend verwiesen.

Von Amts wegen hat der Senat sodann die Fachärztin für Chirurgie B. zur Sachverständigen ernannt. In ihrem Gutachten nach Aktenlage vom 21. September 2021 hat sie ausgeführt, dass die Grunderkrankung als diabetisches Fußsyndrom mit E11.74 zu kodieren sei. Zusätzlich sei entsprechend einer Folgeerkrankung des langjährigen Diabetes mellitus (diabetische Mikro-/ Makroangiopathie) als Nebendiagnose I70.24 (Atherosklerose von Extremitätenarterien nach dem Becken-Bein-Typ Stadium IV) zu kodieren. Mit der Hauptdiagnose E11.74 und Nebendiagnose I70.24 ergebe sich unter Berücksichtigung operativer Prozeduren die von Beklagtenseite in Ansatz gebrachte DRG-Kodierung F59B. Es fänden sich keine Aspekte, die die zusätzliche Kodierung M86.17 (akute Osteomyelitis an Knöchel und Fuß) und M84.47 (pathologische Fraktur an Knöchel und Fuß) im Sinn einer relevanten Nebendiagnose plausibel machen würden. Zur Begründung hat die Sachverständige im Weiteren ausgeführt: In der typischen Konstellation des diabetischen Fußsyndromes mit Polyneuropathie (Vielnervstörung), diabetischer Mikro- und Makroangiopathie und knöchernen Veränderungen sei es zu einem Absterben der Zehe im Sinne einer trockenen Nekrose gekommen. Hinweise für eine Osteomyelitis, die ausschlaggebend gewesen wäre für weitere diagnostische und therapeutische Maßnahmen, hätten sich an keiner Stelle der Aktenlage gefunden. Im Gegenteil, anlässlich des Aufnahmebefundes sei ausdrücklich festgehalten, dass sich klinisch eine Nekrose mit offenem Gelenk und freiliegendem Knochen gezeigt habe, jedoch keine Rötung im Sinne einer Phlegmone, d.h. ein akuter entzündlicher Prozess, sei er nun ausgehend von den Weichteilen oder vom Knochen, habe nicht bestanden. Die Zehe sei in typischer Weise für ein diabetisches Fußsyndrom trocken nekrotisch, d.h. abgefault, abgestorben, ein aktiver entzündlicher Prozess habe nie nachgewiesen werden können.

Dementsprechend sei es unerheblich, ob radiologisch und pathohistologisch Hinweise für eine Osteomyelitis bestanden hätten. Der Aufnahmegrund und der Grund für die operative Intervention mit Amputation der IV. Zehe habe nicht in einem entzündlichen Prozess, sondern in einer abgestorbenen, nekrotischen Situation gelegen. Ausgehend von dem abgestorbenen Gewebe und teilweise Fehlen des schützenden Weichgewebes bei offenliegendem Knochen seien lokale Osteolysen (Knochentod) mehr als wahrscheinlich, jedoch eben keine entzündliche Reaktion im Sinne einer Osteomyelitis.

Auch erfüllten die begehrten Kodierungen der Nebendiagnosen nicht die in der Deutschen Kodierrichtlinie definierte Voraussetzung einer Nebendiagnose: Eine Einflussnahme auf das Patientenmanagement könne nach Aktenlage ebenso wenig bestätigt werden wie entsprechende therapeutische bzw. diagnostische Maßnahmen oder ein erhöhter Aufwand für Betreuung, Pflege oder Überwachung. Es sei im Rahmen der Amputation noch nicht einmal eine antibiotische Abdeckung erfolgt, das heiße aber auch, dass entzündliche Vorgänge, sei es ausgehend von den Weichteilen oder dem Knochen, klinisch „nicht im Vordergrund“ gestanden hätten.

Im Verhandlungstermin am 5. Juli 2023 ist die Sachverständige B. persönlich gehört worden. Auf den Inhalt der Sitzungsniederschrift wird Bezug genommen.

Nach vorheriger Anhörung hat der Senat den Beteiligten von Amts wegen und der Sachverständigen B. auf ihren Antrag hin gestattet, sich während der mündlichen Verhandlung an einem anderen Ort aufzuhalten und dort Verfahrenshandlungen über den von der Justiz des Landes Nordrhein-Westfalen zur Verfügung gestellten Virtuellen Meetingraum (VMR) vorzunehmen (Beschluss vom 29. Juni 2023). Davon haben die Beklagte und die Sachverständige Gebrauch gemacht.

Mit Beschluss vom 5. Juli 2023 sind Ablehnungsgesuche der Klägerin gegen den Vorsitzenden Richter am Landessozialgericht P., die Richter am Landessozialgericht S. und T. für unbegründet erklärt worden (Az. L 11 SF 194-196/23 AB). Der Beschluss ist der Klägerbevollmächtigten, wie sie zu Beginn der mündlichen Verhandlung erklärt hat, vor deren Beginn ausgehändigt worden

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts sowie des Vorbringens der Beteiligten im Übrigen wird auf die Gerichtsakten, die von der Klägerin übersandte Patientenakte sowie die Verwaltungsakte der Beklagten Bezug genommen.

### Entscheidungsgründe

A. Die Anträge im Berufungsverfahren sind wirksam im Rahmen der mündlichen Verhandlung gestellt. Soweit die Beklagte nicht persönlich im Gerichtssaal vertreten gewesen ist, sondern von ihrem Behördensitz aus per Video- und Tonübertragung an der Verhandlung teilgenommen hat, war dies gemäß [§ 110a](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) aufgrund des gerichtlichen Beschlusses vom 29. Juni 2023 zulässig.

B. Die am 17. Juli 2019 schriftlich eingelegte Berufung der Klägerin gegen das ihr am 17. Juni 2019 zugestellte Urteil des SG Detmold vom 29. Mai 2019 ist, insbesondere ohne gerichtliche Zulassung, statthaft ([§§ 143, 144](#) Sozialgerichtsgesetz [SGG]) sowie form- und fristgerecht eingelegt worden ([§§ 151 Abs. 1, Abs. 3, 64 Abs. 1, Abs. 2, 63 SGG](#)).

C. Die Berufung der Klägerin ist unbegründet. Die Klage ist zulässig (I.), aber unbegründet (II.).

I. Die Klage ist zulässig. Die Klage des Krankenhausträgers auf Zahlung von weiteren Behandlungskosten ist als (echte) Leistungsklage ([§ 54 Abs. 5 SGG](#)) statthaft (BSG, Urteil vom 16. Dezember 2008 - [B 1 KN 1/07 KR R - SozR 4-2500 § 109 Nr. 13](#)). Es handelt sich um einen Beteiligtenstreit im Gleichordnungsverhältnis, weshalb der Zulässigkeit der Klage nicht entgegensteht, dass eine Regelung durch Verwaltungsakt zu ergehen hätte und ein Vorverfahren durchzuführen wäre; überdies ist keine Klagefrist zu beachten (vgl. u.a. BSG, Urteil vom 23. Juli 2002 - [B 3 KR 64/01 R - SozR 3-2500 § 112 Nr. 3](#)). Die Klägerin hat den Zahlungsanspruch auch konkret beziffert (vgl. zur Notwendigkeit der Bezifferung des Klageantrags BSG, Urteil vom 28. Januar 1999 - [B 3 KR 4/98 R - SozR 3-2500 § 37 Nr. 1](#); BSG, Urteil vom 13. Mai 2004 - [B 3 KR 18/03 R - SozR 4-2500 § 39 Nr. 2](#)).

II. Die Klage ist unbegründet. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Krankenhausvergütung für die Versicherte in Höhe von (weiteren) 4.676,05 € nebst Zinsen.

1. Rechtsgrundlage des von der Klägerin wegen der stationären Behandlungen der Versicherten geltend gemachten Vergütungsanspruchs ist [§ 109 Abs 4 Satz 3 SGB V](#) i.V.m. § 7 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) und § 17b § 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz ([KHG], BSG, Urteil vom 8. November 2011 - [B 1 KR 8/11 R - BSGE 109, 236](#), Rn. 13, 15f; BSG, Urteil vom 19. März 2020 - [B 1 KR 20/19 R - BSGE 130, 73](#), Rn. 11). Das Gesetz regelt in diesen Vorschriften die Höhe der Vergütung der zugelassenen Krankenhäuser bei stationärer Behandlung gesetzlich Krankenversicherter und setzt das Bestehen des Vergütungsanspruchs als Gegenleistung für die Erfüllung der Pflicht, erforderliche Krankenhausbehandlung nach [§ 39 SGB V](#) zu gewähren ([§ 109 Abs. 4 Satz 2 SGB V](#)), dem Grunde nach als Selbstverständlichkeit voraus (BSG, Urteil vom 19. März 2020 - a.a.Palm, Rn. 11; BSG, Urteil vom 16. Juli 2020 - [B 1 KR 22/19 R - SozR 4-5562 § 9 Nr.17, Rn. 8](#)).

2. Dass die Grundvoraussetzungen eines Anspruchs auf Krankenhausvergütung erfüllt sind, steht zwischen den Beteiligten nicht im Streit. Insbesondere die Erforderlichkeit der Krankenhausbehandlung wurde von beiden Beteiligten im gerichtlichen Verfahren – im Einklang mit den Ausführungen der Sachverständigen Q. und B. - nicht infrage gestellt.

3. Die Vergütung für Krankenhausbehandlung der Versicherten bemisst sich der Höhe nach bei DRG-Krankenhäusern wie jenem der Beklagten nach vertraglichen Fallpauschalen auf gesetzlicher Grundlage. Die Fallpauschalenvergütung für Krankenhausbehandlung Versicherter in zugelassenen Einrichtungen ergibt sich aus [§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) i.V.m. § 7 KHEntG und § 17b KHG. Der Anspruch wird auf Bundesebene durch Normsetzungsverträge (Normenverträge, FPV – hier 2014) 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 Bewertungsrelationen sowie 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 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 KHEntG. Welche DRG-Position abzurechnen ist, ergibt sich rechtsverbindlich aus der Eingabe und Verarbeitung von Daten in einem automatischen Datenverarbeitungssystem, das auf einem zertifizierten Programm basiert (§ 1 Abs. 6 Satz 1 FPV 2014; zur rechtlichen Einordnung des Gruppierungsvorgangs: BSG, Urteil vom 8. November 2011 – a.a.Palm, Rn. 19 ff.). Das den Algorithmus enthaltende und ausführende Programm (Groupier) greift dabei auch auf Dateien zurück, die entweder als integrale Bestandteile des Programms mit vereinbart sind (z.B. 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 Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) herausgegebenen deutschen Fassung (ICD-10-GM, Version 2014, i.d.F. der Bekanntmachung des BMG gemäß [§§ 295](#) und [301 SGB V](#)), die Klassifikation des vom DIMDI im Auftrag des BMG (seit dem 26. Mai 2020 vom BfArM) herausgegebenen Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS, zur Grundlage der Rechtsbindung: BSG, Urteil vom 8. November 2011 – a.a.Palm, Rn. 24) sowie die von den Vertragspartnern auf Bundesebene getroffene Vereinbarung zu den Deutschen Kodierrichtlinien (DKR, Version 2014 für das G-DRG-System gemäß § 17b KHG; zu deren normativer Wirkung: BSG, Urteil vom 8. November 2011 – a.a.Palm, Rn. 18; vgl. insgesamt: BSG, Urteil vom 16. Juli 2020 – a.a.Palm, Rn. 12f.).

Die Anwendung der normenvertraglichen Abrechnungsbestimmungen unterliegt grundsätzlich den allgemeinen Auslegungsmethoden der Rechtswissenschaft. Die für die routinemäßige Abwicklung von zahlreichen Behandlungsfällen vorgesehenen Abrechnungsbestimmungen sind gleichwohl wegen ihrer Funktion im Gefüge der Ermittlung des Vergütungstatbestandes innerhalb eines vorgegebenen Vergütungssystems stets eng nach ihrem Wortlaut und allenfalls ergänzend nach ihrem systematischen Zusammenhang auszulegen; Bewertungen und Bewertungsrelationen bleiben außer Betracht (st. Rspr.: BSG, Urteil vom 17. Dezember 2019 – [B 1 KR 19/19 R](#) – SozR 4-5562 § 9 Nr. 15, Rn. 13 m.w.N.; BSG, Urteil vom 16. Juli 2020 – a.a.Palm, Rn. 14).

Nach dieser Maßgabe ist die von der Klägerin angegebene DRG F13A (Amputation bei Kreislauferkrankungen an oberer Extremität und Zehen mit äußerst schweren CC und mehrzeitigen Revision- oder Rekonstruktionseingriffen), die mit Zu- und Abschlägen in einen Betrag von 10.183,81 € mündete (Rechnung vom 25. Juni 2014), nicht zugrunde zu legen. Zutreffend hat die Beklagte nach Maßgabe des MDK-Gutachtens vom 23. April 2015 nur einen Betrag in Höhe von 5.427,76 € zuerkannt. Ein höherer Zahlungsanspruch der Klägerin besteht nicht. Die von der Klägerin zugrunde gelegte DRG F13A ist durch die DRG F59 B zu ersetzen, da anstelle der Hauptdiagnose I70.24 die Hauptdiagnose E11.47 zu kodieren (4.) und die Nebendiagnose M86.17 als nicht nachgewiesen zu streichen ist (5.). Die weitere Kodierung ist mangels Abrechnungsrelevanz zwischen den Beteiligten unstrittig.

4. Unter Berücksichtigung der o.g. Grundsätze ist als Hauptdiagnose die Diagnose E11.74 (Diabetes mellitus mit multiplen Komplikationen, mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet) zugrunde zu legen.

Die Beurteilung, ob eine Diagnose als Hauptdiagnose zu kodieren ist, bemisst sich nach objektiven Maßstäben. Sie erfordert kein an eine bestimmte Person gebundenes höchstpersönliches Fachurteil, sondern kann jederzeit durch einen unabhängigen Sachverständigen nachvollzogen werden. Sie unterliegt im Streitfall der vollen richterlichen Nachprüfung (BSG, Beschluss vom 25. September 2007 – [GS 1/06](#) – [BSGE 99, 111](#); BSG, Urteil vom 21. April 2015 – [B 1 KR 9/15 R](#) – SozR 4-2500 § 109 Nr. 45).

Hauptdiagnose im Sinne der DKR (2014) D002f als Teil der Allgemeinen Kodierrichtlinien ist im Grundsatz die Diagnose, die nach Analyse als diejenige festgestellt wurde, die hauptsächlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthaltes des Patienten verantwortlich war.

Maßgeblich ist demnach bei retrospektiver Betrachtung, welche Diagnose objektiv nach medizinisch-wissenschaftlicher Erkenntnis die Aufnahme zur stationären Behandlung erforderlich machte. Es ist nach der Rechtsprechung des BSG für die Bestimmung der Hauptdiagnose ohne Belang, wenn innerhalb eines abrechenbaren Behandlungsfalles nach der Aufnahme ins Krankenhaus weitere Krankheiten oder Beschwerden auftreten, die ebenfalls für sich genommen stationäre Behandlung bedingen, selbst wenn die stationäre

Behandlungsbedürftigkeit aufgrund der ersten Diagnose wegfällt. Bestehen bei der Aufnahme ins Krankenhaus zwei oder mehrere Krankheiten oder Beschwerden, die jeweils für sich genommen bereits stationärer Behandlung bedurften, kommt es darauf an, welche von ihnen bei rückblickender Betrachtung objektiv nach medizinisch-wissenschaftlicher Erkenntnis hauptsächlich die stationäre Behandlung erforderlich machte. Das ist die Diagnose mit dem größten Ressourcenverbrauch (BSG, Urteil vom 5. Juli 2016 - [B 1 KR 40/15 R](#) - SozR 4-2500 § 109 Nr. 58). Zentrale Begrifflichkeit dieser Definition ist damit einerseits die „Veranlassung“ des stationären Krankenhausaufenthalts, die auf eine ursächliche Auslösung des stationären Behandlungsgeschehens verweist. Das zeitliche Moment als ein wesentliches Definitionsmerkmal grenzt dabei von später hinzugetretenen Diagnosen ab, die ebenfalls stationäre Behandlungsbedürftigkeit bedingen. Andererseits wesentlich ist der Begriff „nach Analyse“. Es ist 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 erfolgte. Maßgeblich ist allein die objektiv zutreffende ex-post-Betrachtung (BSG, Urteil vom 21. April 2015 - a.a.Palm). Aus dieser Definition folgt ferner, dass es die Funktion der Hauptdiagnose ist, die Krankheit zu bezeichnen, die vorrangig während des Aufenthalts des Patienten im Krankenhaus dort behandelt worden ist und nicht allgemein den Gesundheitszustand des Patienten zu beschreiben, der nicht zu einem etwaigen Ressourcenverbrauch geführt hat. Eine bei einem Versicherten bestehende Gesundheitsstörung kann demnach nicht die zu kodierende Haupterkrankung sein, wenn sie während des Krankenhausaufenthaltes nicht behandelt worden ist (insg.: Senat, Urteil vom 13. Mai 2020 - L 11 KR 366/18 - juris).

Zusammenfassend ist danach als Hauptdiagnose eine Diagnose zu bezeichnen, die nach einer ex-post-Betrachtung objektiv hauptsächlich, aber nicht ausschließlich, bei Krankenhausaufnahme - grundsätzlich nicht später - für die ursächliche Auslösung des stationären Behandlungsgeschehens und den entsprechenden Ressourcenverbrauch verantwortlich gewesen ist.

Neben den allgemeinen Kodierrichtlinien ist zudem auf den Besonderen Teil der DKR (2014) 0401H „Diabetes mellitus mit Komplikation“ abzustellen, aus dem eine spezialisierte Definition der Hauptdiagnose in Bezug auf den vorliegenden Diabetes folgt:

#### **Hauptdiagnose Diabetes mellitus mit Komplikationen**

Liegt eine Form des Diabetes mellitus vor, die mit einem Kode aus E10.- bis E14.- verschlüsselt wird, und bestehen Komplikationen des Diabetes, so ist für die korrekte Verschlüsselung zunächst festzustellen, ob

- die **Behandlung der Grunderkrankung Diabetes mellitus** oder
- die **Behandlung einer oder mehrerer Komplikationen**

hauptsächlich die stationäre Aufnahme veranlasst hat. Des Weiteren ist für die Kodierung von Bedeutung, **wie viele Komplikationen** des Diabetes mellitus vorliegen, und ob diese die **Nebendiagnosendefinition** erfüllen.

**Sofern die Grunderkrankung Diabetes mellitus behandelt wird und nur eine Komplikation** (Manifestation) des Diabetes mellitus vorliegt, ist E10-E14, vierte Stelle „6“ zu kodieren (siehe Beispiel 2) (Siehe anders lautende Regelung zur Nebendiagnose). Außerdem ist ein Kode für die Manifestation anzugeben, sofern diese die Nebendiagnosendefinition erfüllt (siehe Beispiel 3).

(...)

**Sofern die Grunderkrankung Diabetes mellitus behandelt wird und multiple Komplikationen** (Manifestationen) des Diabetes mellitus vorliegen, ohne dass die Behandlung einer Manifestation im Vordergrund steht, ist E10-E14, vierte Stelle „7“ zu kodieren. Außerdem sind die Codes für die einzelnen Manifestationen anzugeben, sofern diese der Nebendiagnosendefinition entsprechen.

(...)

**Abweichend von den Regelungen zur Hauptdiagnose Diabetes mellitus** ist jedoch

- nicht .6 als vierte Stelle zu erfassen, wenn ein spezifischerer Kode für eine einzelne Komplikation gewählt werden kann, bzw.
- bei multiplen Komplikationen stets mit vierter Stelle .7 zu kodieren.

(...)

#### **Spezifische Komplikationen des Diabetes mellitus**

Generell sind bezüglich der Kodierung von Komplikationen des Diabetes mellitus die vorhergehenden Absätze zu beachten.

(...)

#### **Diabetisches Fußsyndrom**

Die Diagnose „Diabetischer Fuß“ wird kodiert mit

E10-E14, **vierte und fünfte Stelle**

**„.74“** *Diabetes mellitus mit multiplen Komplikationen, mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet*

oder

**„.75“** *Diabetes mellitus mit multiplen Komplikationen, mit diabetischem Fußsyndrom, als entgleist bezeichnet.*

Nach dieser Maßgabe ist vorliegend ein diabetisches Fußsyndrom als Komplikation des Diabetes mellitus zu werten und daher die Verschlüsselung E11.74 anstelle I70.24 zu wählen. Unstreitig besteht bei der Versicherten ein Diabetes mellitus Typ II. Dies ergibt sich maßgeblich aus der Patientenakte und wurde von den Sachverständigen und den behandelnden Ärzten der Klägerin nicht in Zweifel gezogen. Gleichfalls unstreitig und durch die Sachverständigen Q. und B. ausdrücklich bestätigt, bestand bei der Versicherten ein Diabetisches Fußsyndrom.

5. Eine Kodierung der Nebendiagnose M86.17 (Sonstige akute Osteomyelitis - Knöchel und Fuß) scheidet aus. Weder sind die Vorgaben der DKR 2014 D003I (Nebendiagnosen) gegeben <a> noch kommt eine Kodierung als Verdachtsdiagnose in Betracht <b>.

a) In den DKR 2014, konkret in der allgemeinen Kodierrichtlinie D003I heißt es:

D003I Nebendiagnosen

Die Nebendiagnose ist definiert als:

„Eine Krankheit oder Beschwerde, die entweder gleichzeitig mit der Hauptdiagnose besteht oder sich während des Krankenhausaufenthaltes entwickelt.

Für Kodierzwecke müssen Nebendiagnosen als Krankheiten interpretiert werden, die das Patientenmanagement in der Weise beeinflussen, dass irgendeiner der folgenden Faktoren erforderlich ist:

- therapeutische Maßnahmen
- diagnostische Maßnahmen
- erhöhter Betreuungs-, Pflege- und/oder Überwachungsaufwand

Bei Patienten, bei denen einer dieser erbrachten Faktoren auf mehrere Diagnosen (entweder Hauptdiagnose oder Nebendiagnose(n) oder mehrere Nebendiagnosen) ausgerichtet ist können alle betroffenen Diagnosen kodiert werden. Somit ist es unerheblich, ob die therapeutische(n)/diagnostische(n) Maßnahmen bzw. der erhöhte Betreuungs-, Pflege- und/oder Überwachungsaufwand auch in Bezug auf die Hauptdiagnose geboten waren.“

Nach dieser Maßgabe scheidet eine Kodierung der Nebendiagnose M86.17 am fehlenden gesicherten Nachweis für eine Osteomyelitis.

aa) Klarstellend ist allerdings vorzuschicken, dass es nach der zitierten Definition für die Kodierung einer Nebendiagnose keines über den Aufwand zur Behandlung der Hauptdiagnose hinausgehenden zusätzlichen Ressourcenverbrauchs (mehr) bedarf. Anderslautende Rechtsprechung (z.B. Thüringer LSG, Urteil vom 30. Juni 2015 – [L 6 KR 1792/11](#) – juris, Rn. 36) ist seit der Neufassung der Definition (ab DKR 2010) überholt. Soweit die gerichtlich gehörten Sachverständigen auf diesen Aspekt abgestellt haben, sind die dahingehenden Ausführungen vom Senat nicht im Rahmen der Beweiswürdigung berücksichtigt worden.

bb) Eine Osteomyelitis ist eine akute oder chronische Entzündung des Knochens unabhängig von ihrer Ursache. Die akute Osteomyelitis zeigt ein typisches Bild, das gekennzeichnet ist durch Rötung, Überwärmung und Schwellungen. In dieser Beurteilung stimmen die Sachverständigen Q. und B. überein. Sie steht auch im Einklang mit den gängigen Definitionen (vgl. z.B. [https://www.msmanuals.com/zum Stichwort „Osteomyelitis“](https://www.msmanuals.com/zum Stichwort_„Osteomyelitis“)). Die Sachverständige B. hat darüber hinaus ausgeführt, dass das so beschriebene symptomatische Bild auch für die Osteomyelitis des offenen Knochens gilt, wo etwa das Auffinden von Eiterherden zu erwarten wäre.

cc) Ausgehend davon lassen sich nach den übereinstimmenden Bekundungen der Sachverständigen zunächst dem Aufnahmebefund keine Anhaltspunkte für das Vorliegen einer Osteomyelitis entnehmen. Dort wird eine Nekrose D IV rechts mit offenem Gelenk und freiliegendem Knochen beschrieben, nicht jedoch eine Rötung, Überwärmung oder Schwellung. Im Gegenteil heißt es im Aufnahmebefund wörtlich: „Keine Rötung im Sinne einer Phlegmone“. Die Diagnose einer Osteomyelitis wird nicht einmal verdachtsweise geäußert. Hinweise auf bestehende Eiterherde ergeben sich aus dem Aufnahmebefund ebenfalls nicht. Die Sachverständige B. hat ausgeführt, die Zehe D IV sei in typischer Weise für ein diabetisches Fußsyndrom trocken nekrotisch, d.h. abgefault und abgestorben gewesen. Ein aktiver entzündlicher Prozess habe nicht nachgewiesen werden können.

dd) Aus der Veranlassung einer Röntgendiagnostik ebenso wie aus deren Ergebnis folgt nichts anderes. Das ergibt sich insbesondere aus der Vernehmung der Sachverständigen B. in der mündlichen Verhandlung vor dem Senat, in der die Röntgenaufnahmen eingehend in Augenschein genommen worden sind.

Die Sachverständige hat zunächst dargelegt, dass die Durchführung einer radiologischen Diagnostik in dem stattgefundenen Umfang üblich

sei und keinen Rückschluss auf den zum Zeitpunkt ihrer Veranlassung bestehenden Verdacht auf eine Osteomyelitis zulasse. Hätte ein solcher Verdacht bestanden, hätte es vielmehr nahegelegen, noch weitere Diagnostik zu betreiben, etwa in Gestalt einer Szintigraphie oder eines PET-CT, die hier jedoch unterblieben seien.

Soweit in Serie 1 der Röntgenaufnahme bei der Zehe D IV oben rechts die im radiologischen Befundbericht beschriebene Schwellung zu erkennen sei und man überdies im Übergang zwischen Mittelglied und Grundglied einen verdichteten Bereich sehen könne, sei dies nicht beweisend für das Vorliegen einer Osteomyelitis. Zwar könne eine Schwellung am geschlossenen Weichteil möglicherweise ein dahin deutendes Indiz sein. Im vorliegenden Fall habe der Knochen jedoch offengelegen. Dann gelte diese Indizwirkung nicht. Die Schwellung, die auf der Röntgenaufnahme zu sehen sei, könne stattdessen z.B. auf eine Abflussstörung hindeuten, die daher rühre, dass ein Teil der Zehe bereits vollständig abgestorben gewesen sei, ein anderer dagegen nicht. Zudem habe es keine weiteren diagnostischen Zeichen, wie die bereits genannte Rötung oder Überwärmung, gegeben, welche die Diagnose einer Osteomyelitis hätten stützen können.

ee) Übereinstimmend ergibt sich aus den Sachverständigengutachten, dass auch das therapeutische Regime nicht auf die Behandlung einer Osteomyelitis spezifisch ausgerichtet war und daher zumindest nicht für deren Vorliegen spricht.

Die Sachverständige B. hat darauf hingewiesen, dass bereits im Verdachtsfall einer Osteomyelitis auch vor dem Eintreffen des Ergebnisses eines Abstrichs die Gabe eines Antibiotikums erfolgen würde, um die Patientin entsprechend abzudecken. Dies ist im vorliegenden Fall jedoch unterblieben und war, wie die Sachverständige auf ausdrückliches Befragen seitens der Klägerin ausgeführt hat, auch nicht wegen des Vorliegens einer Notfallsituation entbehrlich. Für eine solche gebe es keine Anhaltspunkte. Die Patientin sei am 7. Mai 2014 aufgenommen, die Amputation dagegen erst am 9. Mai 2014 durchgeführt worden. Es möge sein, dass die Patientin selbst ihren Zustand als Notfall begriffen habe. Medizinisch lasse sich ein solcher jedoch nicht begründen.

Die Amputation der Zehe war nach Einschätzung der Sachverständigen eine indizierte operative Maßnahme unabhängig davon, ob eine Osteomyelitis vorlag.

ff) Weder der mikrobiologische Befund vom 8. Mai 2014 noch der histopathologische Befund rechtfertigen nach übereinstimmender Beurteilung der Sachverständigen eine abweichende Beurteilung, namentlich im Sinne des Nachweises einer Osteomyelitis.

Soweit beim Wundabstrich reichlich betaimmunisierende Streptokokken der Gruppe B festgestellt worden sind, hat die Sachverständige B. ausgeführt, dass ein solcher Befund angesichts des Vorliegens einer nekrotisierenden Zehe absolut nicht ungewöhnlich sei.

Die Formulierung im histopathologischen Auftrag, bei dem als Diagnose angegeben ist „diabetische Gangrän rechter Fuß“, ist als Hinweis weder auf das Vorliegen einer Osteomyelitis noch eines dahingehenden Verdachts zu bewerten. Insofern hat die Sachverständige B. erläutert, dass der Begriff „Gangrän“ lediglich eine Gewebnekrose beschreibe, die feucht, aber auch – wie hier – trocken vorkommen könne.

Der histopathologische Befund schließlich hat ausweislich seines Ausgangsdatums frühestens am 15. Mai 2014 und damit erst nach Entlassung der Versicherten vorgelegen. Die Sachverständige B. hat insoweit ausgeführt, dass er im Hinblick darauf, dass ein Übergreifen der Entzündung von den Weichteilen auf den Knochen beschrieben werde, Hinweis auf eine Osteomyelitis sein könne. Allerdings spreche dagegen, dass die erforderlichen klinischen Anzeichen nicht zuträfen.

gg) Lediglich ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass auch der Entlassungsbericht der Klägerin die Diagnose einer Osteomyelitis nicht stellt.

hh) Soweit schließlich die Klägerin im Berufungsverfahren darauf hingewiesen hat, dass in 20 % der chronisch infizierten Ulzerationen leitliniengemäß eine Osteomyelitis bei einem diabetischen Fußsyndrom festgestellt werden könne, ist dem bereits unter statistischen Gesichtspunkten entgegenzuhalten, dass eine solche Feststellung offenbar in der Mehrheit der Fälle nicht getroffen werden kann. Im Übrigen hat die Sachverständige B. hierzu jedoch ausgeführt, prägend sei im vorliegenden Fall das Bild der abgestorbenen Zehe D IV gewesen. Bei einem solchen Bild sei es jederzeit möglich, dass sich kleinere Nester infizierter Weichteile oder auch Knochenabbau darstellten. Das klinische Bild ebenso wie die ergriffenen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen sprächen im vorliegenden Fall aber nicht für das Vorliegen einer Osteomyelitis.

ii) Angesichts dessen kann es dahingestellt bleiben, ob – wie der Sachverständige Q. in der mündlichen Verhandlung vor dem SG ausgeführt hat – zur Feststellung einer Osteomyelitis eine zytologische Untersuchung erforderlich gewesen wäre. Denn jedenfalls war nach den

Ausführungen beider gerichtlicher Sachverständiger ausgehend von den stattgefundenen Untersuchungen und unter Würdigung des Gesamtbildes diese Diagnose nicht bewiesen. Angesichts dessen hat der Senat sich nicht zu weitergehenden Ermittlungen in pathologischer bzw. radiologischer Hinsicht gedrängt gesehen.

jj) Der Senat folgt den überzeugenden Ausführungen der gerichtlichen Sachverständigen. Die Sachverständigen haben ihre Gutachten nach Aktenlage unter eingehender Auswertung der Patientenakte, der zur Gerichtsakte gereichten medizinischen Stellungnahmen, unter Berücksichtigung des MD-Gutachten und sämtlicher insbesondere seitens der Klägerin geltend gemachter Einwände sorgfältig erstattet. Ihre daraus abgeleiteten schlüssigen und widerspruchsfreien Ausführungen und Schlussfolgerungen haben sie eingehend und überzeugend begründet. Dabei haben sie den im maßgeblichen Zeitpunkt aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstand berücksichtigt.

b) Die Nebendiagnose M86.17 ist auch nicht als Verdachtsdiagnose zu erfassen.

Nach der Kodierregel D008b der DKR 2014 sind Verdachtsdiagnosen im Sinne dieser Kodierrichtlinie Diagnosen, die am Ende eines stationären Aufenthaltes weder sicher bestätigt noch sicher ausgeschlossen sind. Verdachtsdiagnosen werden unterschiedlich kodiert, abhängig davon, ob der Patient nach Hause entlassen oder in ein anderes Krankenhaus verlegt wurde. Im Falle der Entlassung nach Hause ist das Symptom zu kodieren, wenn keine Behandlung in Bezug auf die Verdachtsdiagnose eingeleitet worden ist. Wenn eine Behandlung eingeleitet wurde und die Untersuchungsergebnisse nicht eindeutig waren, ist die Verdachtsdiagnose zu kodieren.

Die DKR D008b ermöglicht die Kodierung von Diagnosen, die nicht bewiesen werden können, nicht aber von Diagnosen, die ausgeschlossen werden können. Als Verdachtsdiagnose kann vom Krankenhaus nicht jede vermutete oder befürchtete Erkrankung eines Patienten kodiert werden. Vielmehr verlangt die DKR D008b mit den „nicht eindeutigen Untersuchungsergebnissen“, dass das Krankenhaus zumutbare Untersuchungen zur Erhärtung oder Verwerfung des Verdachts durchgeführt hat. Dabei ist keine erschöpfende Untersuchung erforderlich. Untersuchungen, die medizinisch nicht vertretbar sind, ein zu hohes Gesundheitsrisiko für den Patienten bergen oder in keinem sinnvollen Verhältnis zu den therapeutischen Konsequenzen stehen, können nicht verlangt werden (vgl. LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 15. Oktober 2019 - [L 11 KR 4112/18](#) - juris, Rn. 42 f.; LSG Mecklenburg-Vorpommern, Urteil vom 5. August 2021 - [L 6 KR 116/16](#) - juris, Rn. 56). Verzichtet das Krankenhaus auf eine zumutbare Diagnostik, so schließt dies die Kodierung als Verdachtsdiagnose aus. Hat das Krankenhaus dagegen - wie hier - Untersuchungen durchgeführt, so ist eine Verdachtsdiagnose nur dann gerechtfertigt, wenn auch im Ergebnis dieser Untersuchungen hinsichtlich der Diagnose ein non liquet besteht. Denn die DKR D008b verlangt nach ihrem klaren Wortlaut, dass die betreffende Diagnose am Ende des stationären Aufenthaltes „weder sicher bestätigt noch sicher ausgeschlossen“ werden kann. Daher liegt eine Verdachtsdiagnose nicht dann vor, wenn zwischen Krankenhaus und Krankenkasse über eine Diagnose Streit besteht, sondern nur dann, wenn sich die streitige Tatsache (Vorliegen der Diagnose) nicht aufklären lässt (vgl. Sächsisches LSG, Urteil vom 15. Dezember 2021 - [L 1 KR 260/16](#)).

Nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme ist die Kodierung als Verdachtsdiagnose ausgeschlossen. Die Sachverständige B. hat im Rahmen ihrer Anhörung im Verhandlungstermin vor dem Senat überzeugend dargelegt, dass auch unter Berücksichtigung der seitens der Klägerin angefertigten Röntgenaufnahmen kein Verdacht auf eine Osteomyelitis zu begründen war. Die Klinik, in deren Vordergrund eine abgestorbene nekrotische Zehe gestanden hat, spreche vielmehr dagegen. Nachvollziehbar hat die Sachverständige betont, dass zudem dem histopathologischen Auftrag (Diagnose: „diabetische Gangrän rechter Fuß“) kein Verdacht einer Osteomyelitis abgeleitet werden kann, da „Gangrän“ lediglich eine Gewebnekrose beschreibt, die trocken wie feucht vorkommen kann.

Da es nach der DKR auf den Zeitpunkt zum „Ende eines stationären Aufenthaltes“ ankommt, bleibt der radiologische Befund vom 15. Mai 2014 (Befund: Osteomyelitis), der nach Beendigung des stationären Aufenthaltes der Versicherten erstellt wurde, an dieser Stelle unberücksichtigt.

Im Übrigen wird auf die Ausführungen unter a) Bezug genommen, soweit diese sich bereits zum Vorliegen einer Verdachtsdiagnose verhalten.

Mangels Zahlungsanspruches scheidet auch ein damit korrespondierender Zinsanspruch der Klägerin nach § 15 Abs. 1 Satz 3 Sicherstellungsvertrag NRW aus.

D. Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 197a Abs. 1 S 1 SGG](#) iVm [§ 154 Abs. 1](#) der Verwaltungsgerichtsordnung.

E. Es besteht kein Anlass, die Revision nach [§ 160 Abs. 2 SGG](#) zuzulassen.

F. Die Festsetzung des Streitwerts für das Berufungsverfahren beruht auf [§ 197a Abs. 1 Satz 1](#) 1. Teilsatz SGG i.V.m. [§ 63 Abs. 2](#), [§ 52 Abs. 1](#) und 3, [§ 47 Abs. 1](#) sowie [§ 45 Abs. 1 Satz 1](#) und 2 GKG.

Rechtskraft  
Aus  
Saved  
2024-01-29