

S 11 KR 431/13

Land

Freistaat Bayern

Sozialgericht

SG Würzburg (FSB)

Sachgebiet

Krankenversicherung

Abteilung

11

1. Instanz

SG Würzburg (FSB)

Aktenzeichen

S 11 KR 431/13

Datum

20.11.2014

2. Instanz

Bayerisches LSG

Aktenzeichen

-

Datum

-

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

-Soweit sich eine beklagte Krankenkasse gegenüber einer Klage auf Zahlung der Vergütung für eine stationäre Behandlung ausschließlich im Rahmen der Primäraufrechnung mit einer Gegenforderung verteidigt, bedarf es bezüglich des Bestehens der Hauptforderung keiner weiteren tatsächlichen Feststellungen.

-Ein Krankenhaus ist unter Anwendung der Deutschen Kodierrichtlinien für das Jahr 2012 berechtigt, eine Nebendiagnose auch dann zur Abrechnung eines stationären Krankenhausaufenthaltes zu kodieren, wenn die Krankheit bereits vorher bekannt war und während des stationären Aufenthaltes lediglich medikamentös weiterbehandelt wurde, es sei denn diese medikamentöse Behandlung hätte zur Behandlung der Hauptdiagnose sowieso erbracht werden müssen.

I. Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin 4.593,50 Euro nebst Zinsen in Höhe von zwei Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 02.07.2013 zu zahlen.

II. Die Beklagte trägt die Kosten des Rechtsstreits.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten, ob eine unstreitige Forderung der Klägerin in Höhe von 4.593,50 Euro durch Aufrechnung mit einem Erstattungsanspruch der Beklagten wegen der stationären Krankenhausbehandlung der bei der Beklagten versicherten C. erloschen ist.

Die bei der Beklagten krankenversicherte Patientin C. (Versicherte) wurde im Krankenhaus der Klägerin vom 02. Juli 2012 bis zum 13. Juli 2012 stationär behandelt. Die Aufnahme erfolgte wegen einer Sturzverletzung. Nach der Untersuchung wurde eine pertrochantäre Femurfraktur (Fraktur des Oberschenkelknochens) rechts, sowie eine distale Radiusfraktur festgestellt, die während des stationären Aufenthaltes insbesondere operativ versorgt wurden. Während des stationären Aufenthaltes wurde die Versicherte zudem u.a. mit den Arzneimitteln "Metohexal succinat 47,5 mg", "Atacand 8 mg", "Torasemid 10 mg", "ASS 100 mg" und "Simvabeta 20 mg" versorgt.

Die Klägerin rechnete den stationären Aufenthalt durch Endabrechnung vom 31. Juli 2012 mit insgesamt 10.548,27 Euro (10.658,27 Euro abzüglich der von der Versicherten geleisteten Zuzahlung in Höhe von 110 Euro) gegenüber der Beklagten ab. Dabei legte sie die DRG-Fallbauschale "I08C" zugrunde. Die Klägerin kodierte dabei als Hauptdiagnose eine "Pertrochantäre Fraktur, Trochantär, nicht näher bezeichnet, rechts" (ICD-10-Code: S72.10 R). Als Nebendiagnose kodierte sie insbesondere eine "Dilatative Kardiomyopathie" (ICD-10-Code: S72.10 R).

Die Beklagte zahlte den Rechnungsbetrag zunächst vollständig an die Klägerin.

Die Beklagte hatte Zweifel ob die Nebendiagnose "Dilatative Kardiomyopathie" (ICD-10-Code: S72.10 R) zutreffend von der Klägerin kodiert wurde und beauftragte den medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) mit einer Überprüfung. Die Gutachterin des MDK, Frau Dr. X., kam in ihrem Gutachten vom 24. April 2013 zu dem Ergebnis, dass die strittige Nebendiagnose nicht zu kodieren sei. Zur Begründung führte sie aus, dass die "Dilatative Kardiomyopathie" nicht dokumentiert sei. Ohne die Kodierung dieser Nebendiagnose resultiere die DRG-Fallbauschale "I08E" anstatt der von der Klägerin abgerechneten DRG-Fallbauschale "I08C".

Nachdem sich die Klägerin geweigert hatte, die Rechnung zu stornieren, eine neu Rechnung auszustellen und den Differenzbetrag zwischen der von der Gutachterin des MDK vorgeschlagenen DRG-Fallbauschale "I08E" und der von der Klägerin abgerechneten DRG-Fallbauschale

"I08C" in Höhe von 4.593,50 Euro an die Beklagte zurückzuzahlen, erklärte die Beklagte am 02. Juli 2013 die Aufrechnung in Höhe dieses Betrages gegen eine zwischen den Beteiligten unstreitige Forderung der Klägerin aus einer stationären Behandlung eines anderen Versicherten der Beklagten.

Die Klägerin hat am 26. September 2013 Klage zum Sozialgericht Würzburg erhoben. Sie ist der Auffassung, dass die von der Beklagten erklärte Aufrechnung unwirksam ist, weil ihr kein öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch zustünde. Denn die Klägerin habe die Nebendiagnose "Dilatative Kardiomyopathie" (ICD-10-Code: S72.10 R) zutreffend kodiert und daher auch einen Anspruch auf den strittigen Betrag. Die Krankheit bestünde seit 2007 und sei durch einen Arztbrief des Dr. med. Matthias Salefsky vom 13. Februar 2012 belegt. Es handle sich um eine chronische Krankheit die "nicht einfach verschwinde", da sie grundsätzlich nicht heilbar sei. Mit den Medikamenten könne der Zustand lediglich stabilisiert und die Lebensqualität des Patienten erhalten werden. Letztlich sei hier eine Herztransplantation angezeigt, um ein Weiterleben zu ermöglichen. Damit sei das Vorliegen der Krankheit ausreichend belegt. Da auch therapeutische Maßnahmen erfolgt seien, nämlich die Gabe von Medikamenten, sei die "Dilatative Kardiomyopathie" nach den maßgeblichen Deutschen Kodierrichtlinien für das Jahr 2012 als Nebendiagnose zu kodieren.

Die Klägerin beantragt,

die Beklagte zu verurteilen an die Klägerin 4.593,50 Euro nebst Zinsen in Höhe von zwei Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 02.07.2013 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Die Beklagte ist der Auffassung, dass ihr ein fälliger Erstattungsanspruch zustand, den sie wirksam gegen die unstrittige Forderung der Klägerin aufgerechnet habe. Die Klägerin habe zu Unrecht die Nebendiagnose "Dilatative Kardiomyopathie" (ICD-10-Code: S72.10 R) kodiert. Zur Begründung bezieht sie sich zunächst auf das Gutachten des MDK vom 24. April 2013. Zudem weist sie darauf hin, dass eine Kardiomyopathie im Entlassungsbericht als Komorbidität nicht aufgeführt sei. Zudem werde die Kardiomyopathie im Arztbrief vom 13. Februar 2012 nicht als aktuelle Diagnose aufgeführt. Ungeachtet dessen seien in Bezug auf diese Krankheit weder therapeutische, noch diagnostische Maßnahmen oder ein erhöhter Betreuungs-, Pflege oder Überwachungsaufwand erforderlich gewesen. Dies sei aber Voraussetzung für die Kodierung dieser Nebendiagnose. Die Klägerin trage selbst vor, dass die "Dilatative Kardiomyopathie" nicht heilbar sei. Lediglich die Lebensqualität könne verbessert bzw. erhalten werden. Daher sei die Medikation kein therapeutischer Aufwand. Einzige Heilungsmöglichkeit sei die Herztransplantation und diese habe unstrittig nicht stattgefunden. Unter Berücksichtigung des Abschnitts über "abnorme Befunde" in den Deutschen Kodierrichtlinien für das Jahr 2012 sei die "Dilatative Kardiomyopathie" nicht als Nebendiagnose zu kodieren.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichtsakte, sowie der Akte der Beklagten Bezug genommen. Der Inhalt dieser Akten ist Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen.

Entscheidungsgründe:

Die zum sachlich ([§ 51 Sozialgerichtsgesetz - SGG -](#)) und örtlich ([§ 57 SGG](#)) zuständigen Sozialgericht Würzburg form- und fristgerecht erhobene Klage ist zulässig und begründet.

1. Die Klage ist als (echte) Leistungsklage nach [§ 54 Abs. 5 SGG](#) statthaft, weil es sich bei dem mit der Klage verfolgten Anspruch der Klägerin auf Zahlung der Vergütung für eine stationäre Krankenhausbehandlung um einen Parteienstreit im Gleichordnungsverhältnis handelt, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt. Ein Vorverfahren war nicht durchzuführen. Auch die Einhaltung einer Klagefrist war nicht geboten (ständige Rechtsprechung des Bundessozialgerichts - BSG -; vgl. BSG, Urteil vom 10.04.2008, [B 3 KR 20/07 R](#), [SozR 4-2500 § 39 Nr. 15](#); Urteil vom 08.11.2011, [B 1 KR 8/11 R](#), [SozR 4-5560 § 17b Nr. 2](#)).

Streitgegenstand der Klage ist, ob die unstrittige Forderung der Klägerin in Höhe von 4.593,50 Euro durch Aufrechnung gemäß [§ 61 S. 2](#) Zehntes Buch Sozialgesetzbuch - Sozialverfahren und Sozialdatenschutz (SGB X) in Verbindung mit [§ 389 Abs. 1](#) Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) mit einem Rückzahlungsanspruch der Beklagten in Bezug auf die stationäre Krankenhausbehandlung der Versicherten erloschen ist. 2. Die Klage ist begründet.

Die Rechtsgrundlage für den von der Klägerin geltend gemachten Vergütungsanspruch in Höhe von 4.593,50 Euro ergibt sich aus [§ 109 Abs. 4 S. 3](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) in Verbindung mit § 7 Abs. 1 Nr. 1 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) und der maßgeblichen Pflegesatzvereinbarung.

Der geltend gemachte Vergütungsanspruch ist zwischen den Beteiligten dem Grunde und der Höhe nach unstreitig. Soweit sich die beklagte Krankenkasse - wie vorliegend - gegenüber einer Klage auf Zahlung der Vergütung ausschließlich im Rahmen der Primäraufrechnung mit einer Gegenforderung verteidigt, bedarf es bezüglich des (unstreitigen) Bestehens der Hauptforderung keiner weiteren tatsächlichen Feststellungen (BSG, Urteil vom 28.11.2013, [B 3 KR 33/12 R](#), [Juris Rn. 10](#); Urteil vom 22.07.2004, [B 3 KR 21/03 R](#), [Juris Rn. 13](#); Urteil vom 03.08.2006, [B 3 KR 7/06 R](#), [Juris Rn. 10](#)).

3. Die unstrittige Forderung der Klägerin in Höhe von 4.593,50 Euro ist nicht durch Aufrechnung gemäß [§ 61 S. 2 SGB X](#) in Verbindung mit [§ 389 Abs. 1 BGB](#) erloschen.

Der Beklagten stand jedenfalls kein Rückzahlungsanspruch wegen der stationären Krankenhausbehandlung der Versicherten in Höhe von 4.593,50 Euro zu.

a) Rechtsgrundlage der von der Beklagten geltend gemachten Forderung auf Rückzahlung des überzahlten Betrages in Höhe von 4.593,50

Euro ist ein öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch.

Dieser im öffentlichen Recht auch ohne ausdrückliche Normierung seit langem anerkannte öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch, der aus allgemeinen Grundsätzen des Verwaltungsrechts, insbesondere aus dem Prinzip der Gesetzmäßigkeit der Verwaltung hergeleitet wird, setzt voraus, dass im Rahmen eines öffentlichen Rechtsverhältnisses Leistungen ohne rechtlichen Grund erbracht oder sonstige rechtsgrundlose Vermögensverschiebungen vorgenommen worden sind. Seine Anspruchsvoraussetzungen und Rechtsfolgen entsprechen zwar, soweit sie nicht spezialgesetzlich geregelt sind, denen des zivilrechtlichen Bereicherungsanspruchs nach den §§ 812 ff. BGB; es scheidet aber ein Rückgriff auf die zivilrechtlichen Normen aus, soweit der vom öffentlichen Recht selbstständig entwickelte Erstattungsanspruch reicht. Dies gilt namentlich für die Nichtanwendbarkeit der bereicherungsrechtlichen Vorschriften, denen öffentlich-rechtliche Wertungszusammenhänge entgegenstehen (vgl. BSG, Urteil vom 12.07.2012, [B 3 KR 18/11 R](#), SozR 4-5562 § 8 Nr. 4).

b) Die Beklagte hat den Betrag in Höhe von 4.593,50 Euro für die stationäre Behandlung der Versicherten vom 02. Juli 2012 bis zum 13. Juli 2012 mit Rechtsgrund beglichen. Ein öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch der Beklagten besteht daher nicht.

aa) Rechtsgrundlage des Vergütungsanspruchs für die stationäre Krankenhausbehandlung der Versicherten ist [§ 109 Abs. 4 S. 3 SGB V](#) in Verbindung mit § 7 KHEntG und der Pflegesatzvereinbarung für das Jahr 2012.

bb) Die Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse gegenüber dem Krankenhaus entsteht unabhängig von einer Kostenzusage unmittelbar mit Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten kraft Gesetzes, wenn die Behandlung - wie hier - in einem zugelassenen Krankenhaus durchgeführt wurde und im Sinne von [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) erforderlich war (vgl. BSG, Urteil vom 14.10.2013, [B 1 KR 26/13](#), Juris; Urteil vom 08.11.2011, [B 1 KR 8/11 R](#), SozR 4-5560 § 17b Nr. 2).

Die Höhe des Vergütungsanspruchs ergibt sich gemäß § 17b Abs. 1 Satz 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) in Verbindung mit §§ 7 Abs. 1 Satz 1, 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KHEntGG aus einem diagnosebezogenen, pauschalierenden Vergütungssystem, bestehend aus einer Fallpauschalenvereinbarung (FPV) und einem Fallpauschalenkatalog (G-DRG), hier in der im Jahr 2012 geltenden Fassung. Dem liegt ein System zugrunde, bei dem in einem als "Groupierung" bezeichneten Prozess aus den ermittelten Diagnosen, Operationen und Prozeduren mithilfe eines zertifizierten Software-Programms unter Einbeziehung von weiteren Variablen (Alter des Patienten, Verweildauer usw.) eine DRG-Pauschale und die dafür zu zahlende Vergütung ermittelt werden. Die maßgeblichen Vergütungsregelungen, insbesondere die Deutschen Kodierrichtlinien (DKR), sind eng nach ihrem Wortlaut und allenfalls ergänzend nach ihrem systematischen Zusammenhang auszulegen; Bewertungen und Bewertungsrelationen haben außer Betracht zu bleiben. Denn 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. Da das DRG-basierte Vergütungssystem vom Gesetzgeber als jährlich weiter zu entwickelndes (§ 17b Abs. 2 Satz 1 KHG) und damit lernendes System angelegt ist, sind bei zutage tretenden Unrichtigkeiten oder Fehlsteuerungen in erster Linie die Vertragsparteien berufen, diese mit Wirkung für die Zukunft zu beseitigen (vgl. zum Ganzen BSG, Urteil vom 08.11.2011, [B 1 KR 8/11 R](#), SozR 4-5560 § 17b Nr. 2; Hessisches Landessozialgericht, Urteil vom 21.08.2014, [L 8 KR 128/13](#), Juris).

cc) Die Klägerin hat den stationären Aufenthalt der Versicherten nach Auffassung der Kammer zu Recht auf der Grundlage der DRG-Fallpauschale "I08C" abgerechnet. Insbesondere durfte die Klägerin die hier strittige Nebendiagnose "Dilatative Kardiomyopathie" (ICD-10-Code: S72.10 R) kodieren.

Dies ergibt sich aus der maßgeblichen DKR für das Jahr 2012 (DKR 2012). Danach ist eine Nebendiagnose wie folgt definiert:

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

Weiterhin wird in den Kodierrichtlinien ausgeführt:

"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 - erhöhter Betreuungs-, Pflege- und/oder Überwachungsaufwand.

Bei Patienten, bei denen einer dieser erbrachten Faktoren auf mehrere Diagnosen ausgerichtet ist, können alle betroffenen Diagnosen kodiert werden [...]. Krankheiten, die z.B. durch den Anästhesisten während der präoperativen Beurteilung dokumentiert wurden, werden nur kodiert, wenn sie den oben genannten Kriterien entsprechen. Sofern eine Begleitkrankheit das Standardvorgehen für eine spezielle Prozedur beeinflusst, wird diese Krankheit als Nebendiagnose kodiert. Anamnestiche Diagnosen, die das Patientenmanagement gemäß obiger Definition nicht beeinflusst haben, wie z.B. eine ausgeheilte Pneumonie vor 6 Monaten oder ein abgeheiltes Ulkus, werden nicht kodiert" (Ziffer D003d DKR 2012, S. 10).

Zusätzlich zur Hauptdiagnose kodierfähig sind damit nur solche Nebendiagnosen, deren Versorgung weitere und in Bezug auf die Haupterkrankung nicht gebotene Leistungen des Krankenhauses ausgelöst haben (vgl. Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen, Urteil vom 16.12.2013, [L 1 KR 292/11](#), Juris).

dd) Unter Berücksichtigung dessen war die "Dilatative Kardiomyopathie" (ICD-10-Code: S72.10 R) als Nebendiagnose zu kodieren.

(1) Vorliegend wurde das Patientenmanagement nach Auffassung der Kammer in einer Weise beeinflusst, dass in Bezug auf die Haupterkrankung nicht gebotene Leistungen des Krankenhauses ausgelöst wurden. Während der stationären Krankenhausbehandlung wurden in Bezug auf die dilatative Kardiomyopathie "therapeutische Maßnahmen" erbracht, die in Bezug auf die Hauptdiagnose "Pertrochantäre Fraktur, Trochantär, nicht näher bezeichnet, rechts" nicht erforderlich waren, nämlich die Weiterbehandlung mit den Arzneimitteln "Metohexal succinat 47,5 mg", "Atacand 8 mg", "Torasemid 10 mg", "ASS 100 mg" und "Simvabeta 20 mg". Dass eine

entsprechende Weiterbehandlung erfolgt ist, ergibt sich zur Überzeugung der Kammer insbesondere aus dem ärztlichen Entlassungsbericht vom 12. Juli 2012. Diese Arzneimittel wurden bereits im Arztbrief vom 13. Februar 2012 des Kardiologen Dr. med. Matthias Salefsky als therapeutische Maßnahme zur Behandlung der Kardiomyopathie empfohlen. Die Versorgung der Klägerin mit diesen Medikamenten genügt als therapeutische Maßnahme im Sinne der DKR 2012.

(1.1) Zunächst stellt die Medikamentengabe - entgegen der Ansicht der Beklagten - selbstverständlich auch dann eine therapeutische Maßnahme dar, wenn eine Erkrankung nicht heilbar ist. Denn [§ 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) nennt als Ziele der Krankenbehandlung nicht nur die Heilung einer Krankheit, sondern insbesondere auch die Linderung von Krankheitsbeschwerden und die Verhütung der Verschlimmerung von Krankheiten. Auch wenn die Arzneimittel nicht auf eine Heilung der dilatativen Kardiomyopathie ausgerichtet waren, sollten sie zumindest eine Verschlimmerung der Erkrankung verhindern.

(1.2) Weiterhin folgt aus den Kodierrichtlinien, dass bereits die Gabe von Medikamenten als therapeutische Maßnahme ausreichend ist. Wie bereits ausgeführt wurde, sind die Kodierrichtlinien eng nach ihrem Wortlaut und allenfalls ergänzend nach ihrem systematischen Zusammenhang auszulegen. Nach dem Wortlaut der Kodierrichtlinien werden keine quantitativen Anforderungen an die therapeutischen Maßnahmen gestellt. Auch solche mit geringem Aufwand, wie hier die Medikamentengabe, können zur Kodierung einer Nebendiagnose führen (vgl. OLG Oldenburg, Urteil vom 21.01.2009, [5 U 24/08](#), Juris Rn. 23). Dies folgt auch aus Ziffer D003d, Beispiel 2, S. 11 DKR 2012. Dort wird ausgeführt, dass bereits die medikamentöse Weiterbehandlung einer koronaren Herzkrankheit zur Kodierung dieser Erkrankung als Nebendiagnose ausreichend ist.

Nach einem Urteil des Landessozialgerichts Schleswig-Holstein, das eine stationäre Krankenhausbehandlung zum Gegenstand hatte, auf welche die DKR 2004 anzuwenden war - die in Bezug auf die Nebendiagnose dieselbe Definition enthält wie die DKR 2012 - könne sich unter Heranziehung des Wortlautes der Leistungsbeschreibung der betreffenden DRG-Fallpauschale ergeben, dass sich die Maßnahmen, die das Patientenmanagement beeinflussen müssen, in schwerwiegendem Maße ausgewirkt haben (LSG Schleswig-Holstein, Urteil vom 10.12.2009, [L 5 KR 101/08](#), Juris Rn. 37). Dies überzeugt nach Auffassung der Kammer nicht. Denn welche DRG-Fallpauschale abzurechnen ist, ergibt sich rechtsverbindlich aus der Eingabe von im Einzelnen von einem Programm vorgegebenen, abzufragenden Daten in ein automatisches Datenverarbeitungssystem und dessen Anwendung (vgl. BSG, Urteil vom 14.10.2014, [B 1 KR 26/13 R](#), Juris Rn. 11). Nach Eingabe insbesondere der relevanten Diagnosen errechnet der dem Programm zugrundeliegende Algorithmus die betreffende DRG-Fallpauschale. Die durch das Gruppierungs-Programm bewirkte Zuordnung des durch die Eingabedaten beschriebenen Behandlungsfalls zu einer bestimmten DRG-Fallpauschale entzieht sich aus tatsächlichen Gründen einer gerichtlichen Kontrolle (vgl. BSG, Urteil vom 08.11.2011, [B 1 KR 8/11 R](#), SozR 4-5560 § 17b Nr. 2; Kuhla/Bedau in Sodan, Handbuch des Krankenversicherungsrechts, 2. Auflage 2014 § 25 Rn. 88). Welche Nebendiagnosen in das Programm eingegeben, also kodiert werden dürfen ergibt sich rechtsverbindlich aus der maßgeblichen DKR, den FPV-Abrechnungsbestimmungen einschließlich der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) und des Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS). Diese sind jeweils eng am Wortlaut orientiert und unterstützt durch systematische Erwägungen auszulegen; Bewertungen und Bewertungsrelationen haben außer Betracht zu bleiben (vgl. zu Letzterem: BSG, Urteil vom 01. Juli 2014, [B 1 KR 24/13 R](#), Juris Rn. 14). Das DRG-Vergütungssystem muss streng nach den vereinbarten Anwendungsregeln gehandhabt werden und lässt keinen Spielraum für weitere Bewertungen sowie Abwägungen (vgl. BSG, Urteil vom 08.11.2011, [B 1 KR 8/11 R](#), SozR 4-5560 § 17b Nr. 2). Damit ist ausgeschlossen, dass der Wortlaut der Leistungsbeschreibung, also des durch den Algorithmus zu ermittelnden Ergebnisses, zur Auslegung insbesondere der DKR herangezogen wird. Dies käme einer nachträglichen Korrektur des durch den Algorithmus ermittelten Ergebnisses gleich. Welche Kombination von Haupt-, Nebendiagnosen und Prozeduren zu welcher DRG-Fallpauschale führt, wird abschließend und verbindlich durch den Algorithmus bestimmt, der auf den verbindlichen Vereinbarungen der Vertragsparteien beruht. Dieses Ergebnis ist auch dann hinzunehmen, wenn die DRG-Fallpauschale nach der Leistungsbeschreibung eine Erkrankung mit schwerwiegenden Komplikationen beschreibt, bei der konkreten stationären Krankenhausbehandlung solche schwerwiegenden Komplikationen aber nicht vorgelegen haben. Einem pauschalierten Entgeltsystem sind solche Abweichungen immanent. Sofern es sich um eine Unrichtigkeit oder Fehlsteuerung handeln sollte, sind die Vertragsparteien berufen, diese mit Wirkung für die Zukunft zu beseitigen (vgl. zu Letzterem: BSG, Urteil vom 08.11.2011, [B 1 KR 8/11 R](#), SozR 4-5560 § 17b Nr. 2).

(2) Nach Auffassung der Kammer war die Versorgung der Versicherten mit den verabreichten Arzneimitteln während des stationären Aufenthaltes auch erforderlich. Bei der Beurteilung, ob die Erforderlichkeit einer Behandlung vorlag, hat das Gericht von dem im Behandlungszeitpunkt objektiv verfügbaren Wissens- und Kenntnisstand des verantwortlichen Krankenhausarztes auszugehen (vgl. insbesondere BSG, Beschluss vom 25.09.2007, [GS 1/06](#), SozR 4-2500 § 39 Nr. 10). Danach musste der verantwortliche Krankenhausarzt im maßgeblichen Zeitpunkt davon ausgehen, dass eine dilatative Kardiomyopathie vorliegt und diese weiter medikamentös zu behandeln ist. Dies ergab sich im Behandlungszeitpunkt zur Überzeugung der Kammer insbesondere aus dem Arztbrief vom 13. Februar 2012 des Kardiologen Dr. med. Matthias Salefsky. Dort wurde diese Erkrankung als Diagnose aufgeführt und eine entsprechende Medikation empfohlen. Zudem hat die Klägerin zu Recht darauf hingewiesen, dass es sich hierbei um eine schwerwiegende Erkrankung handelt, die grundsätzlich nicht (bzw. nur durch eine Herztransplantation) heilbar ist. Da die Aufnahme nicht im Hinblick auf diese Diagnose erfolgt ist und keine sonstigen Umstände zutage getreten sind, die auf eine offensichtliche Fehlerhaftigkeit dieser Diagnose und der vom Kardiologen empfohlenen medikamentösen Behandlung hindeuteten, entsprach es sowohl der ärztlichen Kunst, als auch dem Wirtschaftlichkeitsgebot, dass die Klägerin keine weiteren diagnostischen Maßnahmen ergriffen hat, um diese Diagnose nochmals zu sichern.

(3) Der Umstand, dass die dilatative Kardiomyopathie bereits vor der stationären Krankenhausbehandlung vorlag und bekannt war, schließt eine Kodierung als Nebendiagnose nicht aus. Entscheidend ist, dass die Erkrankung während des in Frage stehenden stationären Aufenthaltes das Patientenmanagement in einer Weise beeinflusst hat, dass die Versorgung mit Arzneimitteln, als im Hinblick auf das Standardvorgehen für die Hauptdiagnose nicht gebotene therapeutische Maßnahme, erforderlich war.

Aus Ziffer D003d DKR 2012 ergibt sich, dass selbst anamnestische Diagnose kodiert werden können, nämlich dann, wenn sie das Patientenmanagement durch einen der in der DKR 2012 genannten Faktoren beeinflussen haben. Aus dem Wortlaut der DKR 2012: "Anamnestische Diagnosen, die das Patientenmanagement gemäß obiger Definition nicht beeinflusst haben [...] werden nicht kodiert." folgt der entsprechende Umkehrschluss. Dagegen verlangen die Kodierrichtlinien für die Kodierung einer Nebendiagnose nicht, dass eine bereits vor dem Krankenhausaufenthalt diagnostizierte und damit in der Krankengeschichte vorhandene Erkrankung während des Krankenhausaufenthaltes nochmals gesichert diagnostiziert wird.

(4) Aus dem Abschnitt über "Abnorme Befunde" unter Ziffer D003d, S. 12, DKR 2012 folgt - entgegen der von der Beklagten geäußerten Auffassung - nichts Abweichendes. Dort wird ausgeführt:

"Abnorme Labor-, Röntgen-, Pathologie- und andere diagnostische Befunde werden nicht kodiert, es sei denn, sie haben eine klinische Bedeutung im Sinne einer therapeutischen Konsequenz oder einer weiterführenden Diagnostik (nicht allein Kontrolle der abnormen Werte)."

Vorliegend handelt es sich bei der dilatativen Kardiomyopathie nicht um einen abnormen Befund. Doch selbst wenn ein solcher vorläge, würde dies alleine nicht die Kodierung als Nebendiagnose ausschließen. Aus Beispiel 7 unter Ziffer D003d, S. 12, DKR 2012, folgt, dass selbst abnorme Befunde dann zu kodieren sind, wenn sie die Definition für eine Nebendiagnose nach Ziffer D003d erfüllen. Letzteres trifft auf die dilatative Kardiomyopathie jedenfalls zu, weil entsprechende therapeutische Maßnahmen (Medikamentengabe) erfolgt sind.

Der Klage war daher vollumfänglich stattzugeben.

4. Der Zinsanspruch folgt aus dem zwischen den Beteiligten geltenden Landesvertrag.

5. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) in Verbindung mit [§ 154](#) Verwaltungsgerichtsordnung.

-

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2018-08-29