

## L 16 KR 485/22

Land  
Niedersachsen-Bremen  
Sozialgericht  
LSG Niedersachsen-Bremen  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
1. Instanz  
SG Hildesheim (NSB)  
Aktenzeichen  
S 54 KR 1038/19  
Datum  
05.10.2022  
2. Instanz  
LSG Niedersachsen-Bremen  
Aktenzeichen  
L 16 KR 485/22  
Datum  
19.03.2024  
3. Instanz  
-  
Aktenzeichen  
-  
Datum  
-  
Kategorie  
Urteil  
Leitsätze

Leitsatz Zur Kodierung der AusrufezeichenKodes U80.4! und U80.5! Bei U80.4! und U80.5! handelt es sich um Ausrufezeichenkodes, die gemäß dem Kapitel Mehrfachkodierung D012i DKR 2015 als Sekundärkode nicht alleine, sondern nur zusammen mit einem passenden Primärkode verschlüsselt werden dürfen. Der Kode U80.-! ist ausweislich der Tabelle 2 in D012i DKR 2015 obligat anzugeben. Obligat bedeutet dabei in Abgrenzung zu den optional anzugebenden Kodes aus Tabelle 1, die angegeben werden können, wenn dies aus klinischer Sicht sinnvoll erscheint, dass diese Kodes bei jedem Vorliegen zwingend zu verschlüsseln sind. Besondere therapeutische oder hygienische Maßnahmen sind kein eigenes Tatbestandsmerkmal der Kodes in der Unterguppe U80.-!.

Auf die Berufung der Klägerin wird das Urteil des Sozialgerichts Hildesheim vom 5. Oktober 2022 aufgehoben.

Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin 3.978,84 Euro nebst Zinsen in Höhe von zwei Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 12. April 2016 zu zahlen.

Die Kosten des Verfahrens trägt die Beklagte.

Der Streitwert wird auf 3.978,84 Euro festgesetzt.

Die Revision wird nicht zugelassen.

### **Tatbestand**

Die Beteiligten streiten um die Vergütung der stationären Krankenhausbehandlung eines Mitglieds der Beklagten im Hause der Klägerin.

Die Klägerin ist Trägerin eines gemäß § 108 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) zugelassenen Krankenhauses. Dort wurde in der Inneren Medizin I (Kardiologie, Pneumologie, Intensivmedizin) im Zeitraum 22. Dezember 2015 bis 29. Dezember 2015 der bei der Beklagten versicherte, am J. 1940 geborene K. stationär behandelt. Die Aufnahme erfolgte nach Einweisung des Hausarztes mit akuter respiratorischer Insuffizienz. Der Urin war trübe und flockig. Die behandelnden Ärzte diagnostizierten eine dekompensierte Herzinsuffizienz und begannen eine intravenöse diuretische Therapie. Laborchemisch waren erhöhte Entzündungsparameter sowie ein Bakterien-positiver Urinstatus nachweisbar. Das Krankenhaus leitete am 22. Dezember 2015 eine antibiotische Therapie mit Cefpodoxim (Orelox) ein. Der Blasen-Dauerkatheter wurde gewechselt. Im mikrobiologischen Befund vom 24. Dezember 2015 konnten im Urin Escherichia coli, Serratia marcescens und Proteus species-Keime nachgewiesen werden. Resistenzen wurden getestet und waren vorhanden gegen Chinolone und Beta-Laktam-Antibiotika. Die Antibiose mit Cefpodoxin wurde fortgeführt. Der weitere stationäre Aufenthalt gestaltete sich problemlos. Am 29. Dezember 2015 wurde der Versicherte entlassen.

Am 30. Dezember 2015 stellte die Klägerin der Beklagten für die Behandlung auf Grundlage der Diagnosis Related Group (DRG) F62A (Herzinsuffizienz und Schock mit äußerst schweren CC, mit Dialyse oder komplizierender Diagnose) 6.911,50 Euro in Rechnung. Dabei kodierte sie unter anderem die Nebendiagnosen U80.4! (Erreger mit bestimmten Antibiotikaresistenzen, die besondere therapeutische oder hygienische Maßnahmen erfordern: Escherichia, Klebsiella und Proteus mit Resistenz gegen Chinolone, Carbapeneme, Amikacin, oder mit nachgewiesener Resistenz gegen alle Beta-Laktam-Antibiotika [ESBL-Resistenz]) und U80.5! (Erreger mit bestimmten Antibiotikaresistenzen, die besondere therapeutische oder hygienische Maßnahmen erfordern: Enterobacter, Citrobacter und Serratia mit Resistenz gegen Carbapeneme, Chinolone oder Amikacin). Die Beklagte glich die Rechnung zunächst vollständig aus, schaltete aber den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK - seit dem 1. Januar 2020 Medizinischer Dienst - MD) zur Überprüfung ein, der mit Gutachten vom 18. Februar 2016 zu dem Ergebnis kam, dass die Diagnosen U80.4!, U80.5! sowie die nicht kostenrelevante B96.2! zu streichen seien, da keine

Laborbefunde für die Keime vorgelegt und keine Therapie eingeleitet worden sei. Abgerechnet werden könne daher lediglich die niedriger bewertete DRG F62B.

Am 12. April 2016 verrechnete die Beklagte den sich aus der Differenz zwischen F62A und F62B ergebenden Betrag von 3.978,84 Euro mit einer weiteren unstreitigen Forderung der Klägerin.

Mit Schreiben vom 30. Januar 2018 widersprach die Klägerin der Bewertung des MDK und legte den mikrobiologischen Befund vor. In dem weiteren daraufhin vom MDK eingeholten Gutachten vom 30. August 2018 verblieb dieser bei seiner Einschätzung. Zwar lasse sich dem vorgelegten mikrobiologischen Befundbericht mit Antibiogramm entnehmen, dass der Keim U80.4! und U80.5! in diesem Resistenzmuster und signifikanter Keimzahl vorliege; das verabreichte Orelox sei im Antibiogramm jedoch nicht getestet worden. Beide Keime seien gegen drei getestete Vertreter derselben Untergruppe (Cephalosporine) jeweils resistent. Nach Eingang des Befundes sei von Seiten des Krankenhauses nicht reagiert worden, es seien keine besonderen therapeutischen Maßnahmen (zB Ansetzen eines sensiblen Antibiotikums) und keine besonderen hygienischen Maßnahmen (zB Isolation) getroffen worden. Falls das Krankenhaus dem Befund einen Krankheitswert beigemessen hätte, hätte auch eine Umsetzung auf ein sensibles Antibiotikum erfolgen müssen. Das Patientenmanagement sei durch U80.4!/U80.5! daher in keiner Weise beeinflusst worden. Laut ICD-Verzeichnis seien die Codes auf U80.! bei Erregern mit Antibiotikaresistenzen nur dann einzusetzen, wenn sie besondere therapeutische oder hygienische Maßnahmen erforderten.

Am 11. Oktober 2019 hat die Klägerin Klage bei dem Sozialgericht (SG) Hildesheim erhoben und die Zahlung des streitigen Betrags gefordert. Sie hat vorgetragen, die Codes U80.4! und U80.5! gehörten zu den nach den Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) 2015 obligatorisch anzugebenden Schlüsselnummern. Ein Ressourcenverbrauch im Sinne der Nebendiagnosedefinition sei insoweit nicht erforderlich, weil es sich um keine eigenständigen Nebendiagnosen handele, sondern diese den Primärkode lediglich präzisierten. Lediglich für den Primärkode müsse ein Aufwand belegt sein. Dieser habe vorliegend darin bestanden, dass bereits nach Aufnahme das Antibiotikum angesetzt und der Blasen-Dauerkatheter gewechselt worden sei. Hierbei handele es sich um therapeutische und hygienische Maßnahmen, die stets zu veranlassen seien, wenn der Verdacht auf entsprechende Erreger bestehe. Es sei nicht vorgegeben, dass solche Maßnahmen erst nach Vorliegen des Laborbefundes anerkannt werden könnten. Zudem sei die von der Beklagten vorgenommene Aufrechnung auch aus formalen Gründen unzulässig, da die Beklagte den geltend gemachten Erstattungsanspruch nicht beziffert, sondern lediglich die aus ihrer Sicht abzurechnende DRG genannt habe. Dies entspreche nicht den Anforderungen des § 8 Prüfverfahrensvereinbarung (PrüfVV).

Das SG hat Beweis erhoben durch Einholung eines Sachverständigengutachtens von Herrn Dr L., Facharzt für Innere Medizin, vom 23. Juni 2021, der zu dem Schluss gekommen ist, dass spezifische Maßnahmen gegen die nachgewiesenen Keime nicht eingeleitet worden seien. Hinsichtlich der Einzelheiten des Gutachtens wird auf die Gerichtsakte verwiesen.

Die Beklagte hat im Laufe des Verfahrens ein weiteres Gutachten beim MD eingeholt, der in seiner Stellungnahme vom 4. Februar 2022 ebenfalls bei seiner Auffassung verblieben ist, dass die U80.4! und U80.5! nicht zu kodieren seien.

Mit Urteil vom 5. Oktober 2022 hat das SG die Klage abgewiesen. § 8 PrüfVV 2014 finde vorliegend keine Anwendung, da der dem MDK erteilte Prüfauftrag ausschließlich die Überprüfung von Nebendiagnosen umfasse und es sich deshalb um eine außerhalb des Regimes der PrüfVV 2014 liegende sachlich-rechnerische Prüfung gehandelt habe. Die Nebendiagnosen U80.4! und U80.5! seien nicht abrechenbar gewesen. Denn dies hätte in wortgetreuer Anwendung der Vorschriften des ICD-10 vorausgesetzt, dass nach Entdeckung der grampositiven Erreger mit bestimmten Antibiotikaresistenzen besondere therapeutische oder hygienische Maßnahmen als erforderlich angesehen und eingesetzt worden wären. Dies sei aber nicht der Fall gewesen. Vielmehr seien der Katheterwechsel und die Antibiose beim Versicherten vor Auswertung des Antibiogrammes vom 24. Dezember 2015 erfolgt. Der spezifische Keimnachweis und die im Befund festgestellten Antibiotikaresistenzen seien mithin gar nicht in die Behandlung eingeflossen. Weder sei die Therapie nach Erhalt des Befundes umgestellt worden noch seien spezifische Maßnahmen gegen die mit U80.4! und U80.5! verschlüsselten Keime ergriffen worden, wie der Sachverständige plausibel und nachvollziehbar dargelegt habe. Der Wortlaut des ICD-10 regle bei allen Codes, die zur Gruppe U80.-! gehörten, dass es sich um die Behandlung von Erregern mit bestimmten Antibiotikaresistenzen handele, die besondere therapeutische oder hygienische Maßnahmen erforderten. Dies setze nach Ansicht der Kammer denknötwendig einen – zeitlich den Maßnahmen vorausgehenden – Erkenntnisprozess über die Art der Erreger voraus.

Gegen das ihr am 12. Oktober 2022 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 11. November 2022 Berufung bei dem Landessozialgericht (LSG) Niedersachsen-Bremen eingelegt. Sie wiederholt im Wesentlichen ihr Vorbringen aus der ersten Instanz. Ergänzend führt sie aus, dass das ICD-10-Verzeichnis an keiner Stelle vorgebe, dass die geforderten besonderen therapeutischen und hygienischen Maßnahmen erst nach Vorliegen des Laborbefundes als spezifische Maßnahmen anerkannt werden könnten. Vielmehr sei jeglicher therapeutischer und hygienischer Aufwand anzuerkennen, der in Bezug auf Erreger erfolge, die typischerweise eine entsprechende Behandlung erforderten. Wenn also die entsprechenden Maßnahmen ergriffen worden seien, da klar gewesen sei, dass ein Erreger die Beschwerden verursache, auch wenn der konkrete Erreger erst später identifiziert worden sei, sei dieser Aufwand selbstverständlich erheblich und für die Kodierung heranzuziehen. Dem stehe nicht entgegen, dass die Antibiose nicht angepasst worden sei. Insofern könne allenfalls darüber nachgedacht werden, ob die Therapie hätte optimiert werden können, nicht aber, dass eine solche stattgefunden habe.

Die Klägerin beantragt,

die Beklagte unter Aufhebung des Urteils des SG Hildesheim vom 5. Oktober 2022 zu verurteilen, an sie 3.978,84 Euro nebst Zinsen iHv zwei Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 12. April 2016 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend. Sie ist der Auffassung, der geforderte Ressourcenaufwand für die Nebendiagnosen U80.4! und U80.5! könne gerade nicht in der Gabe des Antibiotikums und des Wechsels des Katheters liegen. Zwar bestimmten die DKR 2015 dass bei Patienten, bei denen eine Maßnahme auf mehrere Diagnosen ausgerichtet sei, alle betroffenen Diagnosen kodiert werden könnten. Eine Maßnahme könne jedoch nur auf eine Diagnose ausgerichtet gewesen sein, wenn diese auch gesichert und bekannt gewesen sei. Dies sei in Bezug auf U80.4! und U80.5! zum Zeitpunkt des Ressourcenverbrauchs nicht der Fall gewesen. Auf die Frage, ob die

streitbefangenen Ausrufezeichenkodes optional oder obligat anzugeben seien, komme es nicht an, da die Voraussetzungen für die Kodierung der ICD-Kodes schon nicht erfüllt gewesen seien.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes und wegen des weiteren Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der Prozessakte, den Inhalt der Patientenakte der Klägerin sowie auf den Inhalt der Verwaltungsakte der Beklagten Bezug genommen. Diese haben vorgelegen und sind Gegenstand der Entscheidungsfindung geworden.

### Entscheidungsgründe

Die Berufung der Klägerin ist gemäß §§ 143 ff Sozialgerichtsgesetz (SGG) form- und fristgemäß eingelegt worden und auch im Übrigen zulässig. Sie ist auch begründet. Dem Urteil des SG Hildesheim vermag sich der Senat nicht anzuschließen.

Die Klage ist zulässig. Statthafte Klageart ist die Leistungsklage nach § 54 Abs 5 SGG. Bei der Klage eines Krankenhausträgers auf Zahlung der Behandlungskosten eines Versicherten gegen eine Krankenkasse handelt es sich um einen Beteiligtenstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt, kein Vorverfahren durchzuführen und keine Klagefrist zu beachten ist (stRSpr, vgl zB BSGE 102, 172 = SozR 4-2500 § 109 Nr 13, Rn 9; BSGE 104, 15 = SozR 4-2500 § 109 Nr 17, Rn 12).

Sie ist auch begründet. Die Klägerin hat einen Anspruch auf Vergütung der unstreitig entstandenen Forderungen in Höhe von weiteren 3.978,84 Euro. Dieser ist nicht durch Aufrechnung gemäß § 69 Satz 4 SGB V iVm § 389 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) erloschen. Der Beklagten stand kein Rückzahlungsanspruch in Höhe der Klageforderung für die anlässlich der Behandlung des Versicherten K. geleisteten Vergütung zu. Als Rechtsgrundlage eines solchen Rückzahlungsanspruchs kommt allein ein öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch in Betracht. Dieser setzt ua voraus, dass der Berechtigte im Rahmen eines öffentlichen Rechtsverhältnisses Leistungen ohne rechtlichen Grund erbracht hat (vgl zB BSG SozR 4-2500 § 264 Nr 3 Rn 15, stRSpr). Dies ist hier nicht der Fall. Die Beklagte beglich die Rechnung der Klägerin vom 30. Dezember 2015 nicht (teilweise) ohne Rechtsgrund.

Rechtsgrundlage ist § 109 Abs 4 Satz 3 SGB V in Verbindung mit § 7 Abs 1 Satz 1 Nr 1 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG) und § 9 Abs 1 Satz 1 Nr 1 KHEntG sowie § 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) und der vorliegend für den Behandlungs- und Abrechnungsfall im Jahr 2015 maßgeblichen Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2015 (Fallpauschalenvereinbarung 2015 - FPV- 2015) sowie der am 1. November 1992 in Kraft getretene Vertrag zu den Bereichen des § 112 Abs 2 Nr 1, 2, 4 und 5 SGB V zwischen der Niedersächsischen Krankenhausgesellschaft und den Landesverbänden der Krankenkassen (Niedersächsischer Sicherstellungsvertrag).

Die Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse entsteht - unabhängig von einer Kostenzusage - unmittelbar mit Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten kraft Gesetzes, wenn die Versorgung in einem zugelassenen Krankenhaus durchgeführt wird und is von § 39 Abs 1 Satz 2 SGB V erforderlich und wirtschaftlich ist (stRSpr, vgl zB BSGE 102, 172 = SozR 4-2500 § 109 Nr 13, Rn 11; BSGE 104, 15 = SozR 4-2500 § 109 Nr 17, Rn 15; BSGE 109, 236 = SozR 4-5560 § 17b Nr 2, Rn 13; alle mwN). Diese Voraussetzungen sind vorliegend erfüllt und zwischen den Beteiligten nicht streitig.

Die Höhe des dem Krankenhaus zustehenden Vergütungsanspruches bemisst sich gemäß § 109 Abs 4 Satz 3 SGB V nach Maßgabe des KHG und des KHEntG. Nach § 7 Satz 1 KHEntG werden die allgemeinen Krankenhausleistungen gegenüber den Patienten oder ihren Kostenträgern mit verschiedenen, in den Nrn 1 bis 8 abschließend aufgezählten Entgelten abgerechnet. Hier geht es um die Abrechnung von Fallpauschalen nach dem auf Bundesebene vereinbarten Entgeltkatalog (§ 7 Satz 1 Nr 1 iVm § 9 KHEntG). Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung gemeinsam vereinbaren nach § 9 Abs 1 Satz 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 hiervon zusätzlich zu zahlenden Entgelte oder vorzunehmenden Abschläge (Nr 1), einen Katalog ergänzender Zusatzentgelte (Nr 2) sowie die Abrechnungsbestimmungen für die Fallpauschalen und die sonstigen Entgelte (Nr 3).

Der Fallpauschalenkatalog ist nach Fallgruppen (DRG = Diagnosis Related Groups) geordnet. Für die Zuordnung eines bestimmten Behandlungsfalles zu einer DRG wird in einem ersten Schritt die durchgeführte Behandlung nach ihrem Gegenstand und ihren prägenden Merkmalen mit einem Code gemäß dem vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information - DIMDI (inzwischen Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte - BfArM) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebenen "Operationen- und Prozedurenschlüssel nach § 301 SGB V" (OPS-301) verschlüsselt (§ 301 Abs. 2 S 2 SGB V). Zur sachgerechten Durchführung der Verschlüsselung ("Kodierung") haben die Vertragspartner auf Bundesebene "Kodierrichtlinien" beschlossen. In einem zweiten Schritt wird der in den Computer eingegebene Code einer bestimmten DRG zugeordnet, anhand der dann nach Maßgabe des Fallpauschalenkatalogs und der Pflegesatzvereinbarung die von der Krankenkasse zu zahlende Vergütung errechnet wird. Diesem als "Groupierung" bezeichneten Prozess der DRG-Zuordnung liegt ein festgelegter Groupierungsalgorithmus zugrunde; in diesem vorgegebenen, vom Krankenhaus nicht zu beeinflussenden Algorithmus wird entsprechend dem vom Krankenhaus eingegebenen Code nach dem OPS-301 eine bestimmte DRG angesteuert (vgl BSG SozR 4-2500 § 109 Nr 11 Rn 16).

Ausgehend von diesen Grundsätzen hat die Klägerin im vorliegenden Fall zutreffend die DRG F62A abgerechnet. Insbesondere durfte sie die allein streitigen und erlösrelevanten Nebendiagnosen U80.4! und U80.5! kodieren.

Nach Abschnitt D003I der Kodierrichtlinien 2015 ist die Nebendiagnose definiert als eine Krankheit oder Beschwerde, die entweder gleichzeitig mit der Hauptdiagnose besteht oder sich während des Krankenhausaufenthaltes entwickelt. Für Kodierungszwecke müssen Nebendiagnosen als Krankheiten interpretiert werden, die das Patientenmanagement in der Weise beeinflussen, dass irgendeiner der folgenden Faktoren erforderlich ist:

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

Diese Voraussetzungen lagen im streitgegenständlichen Behandlungsfall vor.

Die Kodes U80.4! und U80.5! befinden sich in der Gruppe „Infektionserreger mit Resistenzen gegen bestimmte Antibiotika oder

Chemotherapeutika (U80-U85)“ des Kapitels XII – Schlüsselnummern für besondere Zwecke. Die Codes lauten:

### **Infektionserreger mit Resistenzen gegen bestimmte Antibiotika oder Chemotherapeutika**

#### **(U80-U85)**

**Hinw.:** Die folgenden Schlüsselnummern sind zu benutzen, wenn der jeweilige Erreger gegen eine oder mehrere der aufgeführten Substanzgruppen resistent ist.

**U80.-!** **Erreger mit bestimmten Antibiotikaresistenzen, die besondere therapeutische oder hygienische Maßnahmen erfordern**

[...]

**U80.4!** **Escherichia, Klebsiella und Proteus mit Resistenz gegen Chinolone, Carbapeneme, Amikacin, oder mit nachgewiesener Resistenz gegen alle Beta-Laktam-Antibiotika [ESBL-Resistenz]**

**U80.5!** **Enterobacter, Citrobacter und Serratia mit Resistenz gegen Carbapeneme, Chinolone oder Amikacin**

[...]

Bei U80.4! und U80.5! handelt es sich um Ausrufezeichencodes, die gemäß dem Kapitel „Mehrfachkodierung“ D012i DKR 2015 als Sekundärkode nicht alleine, sondern nur zusammen mit einem passenden Primärkode verschlüsselt werden dürfen. Mit einem Ausrufezeichen gekennzeichnete sekundäre Schlüsselnummern sind zum Teil optional, in anderen Fällen obligatorisch anzugeben. Der Kode U80.-! ist ausweislich der Tabelle 2 in D012i DKR 2015 obligat anzugeben. Obligat bedeutet dabei in Abgrenzung zu den optional anzugebenden Codes aus Tabelle 1, die angegeben werden können, wenn dies aus klinischer Sicht sinnvoll erscheint, dass diese Codes bei jedem Vorliegen zwingend zu verschlüsseln sind.

Bei dem Versicherten lag ein Harnwegsinfekt (N30.0) vor, der mit einem Wechsel des Blasen-Dauerkatheters und einer Antibiotikatherapie behandelt wurde und damit das Patientenmanagement durch einen Ressourcenaufwand beeinflusste. Dieser Umstand ist zwischen den Beteiligten unstrittig. Hierzu durfte und musste die Klägerin U80.4! und U80.5! als Sekundärkodes verschlüsseln. Dies ergibt sich bereits daraus, dass die von den Kodes geforderten Resistenzen gegen die genannten Erreger gegeben waren. Besondere, im streitigen Behandlungsfall konkret ergriffene therapeutische oder hygienische Maßnahmen waren entgegen der Auffassung der Beklagten nicht erforderlich. Dies ergibt sich aus dem Wortlaut der ICD.

Soweit die Beklagte auf die Überschrift der Untergruppe verweist, wonach sämtliche U80.-!-Kodes Antibiotikaresistenzen betreffen, die besondere therapeutische oder hygienische Maßnahmen erfordern, handelt es sich hierbei nicht um ein eigenes Tatbestandsmerkmal, das im Einzelfall zu erfüllen ist. Die Norm spricht lediglich von *erfordern*, nicht von *erforderlich gemacht haben* oder *bei denen besondere therapeutische oder hygienische Maßnahmen zum Einsatz kamen*. Die Überschrift ist daher nicht als zusätzliche Voraussetzung zu verstehen, sondern lediglich als Erklärung, dass die genannten Erreger als Sekundärkodes zu verschlüsseln sind, weil sie (typischerweise) besondere therapeutische oder hygienische Maßnahmen erfordern. Hierfür spricht auch der Hinweis für die gesamte Gruppe, dass die folgenden Schlüsselnummern zu benutzen sind, wenn der jeweilige Erreger gegen eine oder mehrere der aufgeführten Substanzgruppen resistent ist. Auch hier werden keine weiteren Voraussetzungen genannt.

Für die Codes U80.4! und U80.5! ist auch kein eigenständiger, vom Primärkode unabhängiger Ressourcenverbrauch zu fordern. Den Ausrufezeichencodes liegen keine eigenständigen Krankheiten zugrunde, sondern sie spezifizieren einen anderen ICD-Kode. Entgegen dem Grundsatz, dass eine Krankheit mit genau einem Kode so spezifisch wie möglich zu kodieren ist, findet bei der Mehrfachkodierung in den in der DKR D012i abschließend aufgeführten Fallgruppen die Verschüsselung ein und derselben Erkrankung mit mehreren Codes statt (*siehe hierzu auch BSG, Urteil vom 26. Mai 2020 – B I KR 26/18 R –*, Rn 26, *juris*). Aus diesem Grunde bezieht sich auch der geforderte Ressourcenaufwand auf die so spezifizierte Krankheit insgesamt. Denn die DKR D003i spricht bei der Beeinflussung des Patientenmanagements durch therapeutische oder diagnostische Maßnahmen bzw erhöhten Betreuungs-, Pflege- und/oder Überwachungsaufwand von „Krankheiten“ nicht von „ICDs“. Der Klägerin ist im Übrigen auch dahingehend zuzustimmen, dass bei einer anderen Auslegung der Kodierrichtlinien die Kodierung vieler Ausrufezeichencodes praktisch kaum denkbar wären. So ist für den Senat nicht ersichtlich, wie ein spezifischer Ressourcenaufwand zB bei dem Kode U61.-! (Anzahl der T-Helferzellen bei HIV-Krankheit) oder Z37.-! (Resultat der Entbindung) aussehen sollte.

Abgesehen davon ist ein Ressourcenaufwand für die Codes U80.4! und U80.5! vorliegend aber auch zu bejahen. Dabei bestimmt die DKR D003i explizit, dass bei Patienten, bei denen einer der erbrachten Faktoren auf mehrere Diagnosen (entweder Hauptdiagnose und Nebendiagnose(n) oder mehrere Nebendiagnosen) ausgerichtet ist, alle betroffenen Diagnosen kodiert werden. Insofern können sowohl der erbrachte Katheterwechsel als auch die Antibiotikatherapie als therapeutische Maßnahmen nicht nur für den Harnwegsinfekt, sondern auch für die resistenten Erreger gewertet werden. Denn beide Maßnahmen zielten auf die Bekämpfung der Erreger ab, durch die der Harnwegsinfekt hervorgerufen worden war.

Dass das Krankenhaus die Antibiose nach Auswertung des mikrobiologischen Befundes nicht umgestellt hat, ist dabei unschädlich. Der Sachverständige führt insoweit aus, dass sich aus der Nichtumstellung der Antibiose ergebe, dass die Gabe von Orelox nicht durch den mikrobiologischen Befund geprägt gewesen sei und der spezifische Keimnachweis sowie die Antibiotikaresistenz daher nicht mit in die Antibiotikatherapie eingeflossen sei. Ein *erhöhter* Aufwand bzw Ressourcenverbrauch in therapeutischer, diagnostischer Hinsicht oder in erhöhtem Betreuungs- und Überwachungsaufwand könne aus diesem Grunde nicht nachgewiesen werden. Einen solchen erhöhten Aufwand fordern die Kodierrichtlinien und die im Streit stehenden ICDs jedoch gerade nicht. Er war auch nicht, wie es der Sachverständige offenbar meint, gewissermaßen als „Rechtfertigung“ für die mit der Kodierung der U80.4! und U80.5! verbundenen höheren Vergütung des stationären Aufenthaltes zu fordern. 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 (*stRspr*; vgl. *BSG vom 17. Dezember 2019 - B 1 KR 19/19 R - SozR 4-5562 § 9 Nr 15 Rn 13 mwN*). Das DRG-basierte Vergütungssystem ist vom Gesetzgeber dabei als jährlich weiterzuentwickelndes (§ 17b Abs 2 Satz 1 KHG) und damit als ein "lernendes" System angelegt. Bei zutage tretenden Unrichtigkeiten oder Fehlsteuerungen sind in erster Linie die Vertragsparteien berufen, diese mit Wirkung für die Zukunft zu beseitigen (*BSG, Beschluss vom 24. August 2022 - B 1 KR 80/21 B -, Rn 9, juris*).

Der Senat war auch nicht gehalten, dem Sachverständigen in seiner Einschätzung zu folgen bzw zur Aufklärung des Sachverhaltes ein weiteres Sachverständigengutachten einzuholen. Denn bei der Frage nach dem zu fordernden Aufwand handelt es sich nicht um eine medizinische, sondern um eine rechtliche Frage, die keinem Sachverständigenbeweis zugänglich ist (*siehe hierzu auch LSG Niedersachsen-Bremen Beschluss vom 24. März 2023, - L 7 KO 21/20 (KR)*).

Auch aus den Ausführungen des MD ergibt sich nichts Anderes. Dieser führt in seinem Gutachten vom 4. Februar 2022 aus, dass aufgrund der getesteten Antibiotika-Resistenzen mit hoher Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden könne, dass die vorhandenen Erreger auch gegen das eingesetzte - mit den getesteten Antibiotika verwandte - Cefpodoxim resistent gewesen seien. Da eine Testung auf Cefpodoxim unstreitig jedoch gerade nicht stattgefunden hat, ist das etwaige Vorhandensein weiterer Resistenzen rein spekulativ.

Schließlich liegt ein weiterer, explizit auf die gefundenen Erreger bezogener Ressourcenaufwand aber auch in der mikrobiologischen Befundung und damit in einer zusätzlichen diagnostischen Maßnahme. Entgegen der Auffassung des SG setzt die Anerkennung eines Aufwandes dabei nicht voraus, dass Kenntnis von dem konkreten Erreger besteht. Eine solche Kenntnis lässt sich dem Wortlaut der ICD sowie der Kodierrichtlinien gerade nicht entnehmen. Vielmehr liegt der Aufwand gerade bei diagnostischen Maßnahmen regelmäßig darin, die bestehende Krankheit erst aufzudecken.

Die Klägerin war mit der Vorlage des mikrobiologischen Befundberichts an den MDK über zwei Jahre nach Abschluss des Prüfverfahrens auch nicht nach Maßgabe des § 7 Abs 2 Satz 2 bis 4 PrüfVv präkludiert. Zwar findet die PrüfVv 2014 entgegen der Einschätzung des SG Anwendung. Maßgeblich für die Anwendbarkeit des [§ 275 Abs 1c Satz 4 SGB V](#) in der ab dem 1. Januar 2016 geltenden Fassung, wonach als Prüfung nach Maßgabe des [§ 275 SGB V](#) jede Prüfung der Abrechnung eines Krankenhauses anzusehen ist, mit der die Krankenkasse den Medizinischen Dienst beauftragt und die eine Datenerhebung durch den Medizinischen Dienst beim Krankenhaus erfordert, ist der Zeitpunkt, in dem der Prüfauftrag der Krankenkasse - regelhaft über den MDK mit dessen Prüfanzeige - dem Krankenhaus zugeht (*BSG, Urteil vom 16. Juli 2020 - B 1 KR 15/19 R -, BSGE 130, 299-306, SozR 4-2500 § 275 Nr 32, Rn 14*). Da die streitgegenständliche Rechnung vorliegend erst am 30. Dezember 2015 gestellt worden ist, ist lebensnah davon auszugehen, dass die Beauftragung des MDK und erst Recht die Prüfanzeige desselben an die Klägerin erst im Jahr 2016 erfolgte. Allerdings ist nicht ersichtlich oder von der Beklagten geltend gemacht, dass die Klägerin es unterlassen hat, dem MDK die angeforderten Unterlagen vorzulegen. Gemäß § 7 Abs 2 PrüfVv kann der MDK bei einer Prüfung im schriftlichen Verfahren die Übersendung einer Kopie der Unterlagen verlangen, die er zur Beurteilung von Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistung sowie zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung benötigt (Satz 2). Das Krankenhaus hat die Unterlagen innerhalb von 4 Wochen nach Zugang der Unterlagenanforderung an den MDK zu übermitteln (Satz 3). Erfolgt dies nicht, hat das Krankenhaus einen Anspruch nur auf den unstrittigen Rechnungsbetrag (Satz 4). Nach dem Wortlaut bestimmt somit der MDK die Auswahl derjenigen Unterlagen, die er für prüfungsrelevant hält. Er entscheidet selbst, welche konkreten Unterlagen er anfordert und bestimmt die Ermittlungstiefe. Das Krankenhaus unterstützt ihn dabei. Es ist aber nach der Konzeption des § 7 Abs 2 Satz 2 bis 4 PrüfVv 2014 nicht von sich aus verpflichtet, die ihm vorliegenden Unterlagen auf ihre Relevanz für den Prüfauftrag durchzusehen und dem MDK auf Grundlage dieser Durchsicht dem Prüfungsauftrag zugeordnete Unterlagen unaufgefordert vorzulegen oder ihn zumindest auf deren Existenz hinzuweisen (*BSG, Urteil vom 10. November 2021 - B 1 KR 22/21 R -, SozR 4-2500 § 275 Nr 35, SozR 4-5560 § 17c Nr 9, Rn 10*). Im Hinblick auf die einschneidenden Folgen einer unterlassenen Unterlagenübersendung muss die Bezeichnung der Unterlagen präzise und klar sein; Unklarheiten oder Zweifel gehen zulasten des Verwenders der Bezeichnung, dh des MDK und letztlich der Krankenkasse (*BSG aaO, Rn. 17*). Dass der MDK den mikrobiologischen Befundbericht bei der Klägerin explizit angefordert hatte, ist nicht ersichtlich.

Der Zinsanspruch folgt aus § 13 Abs 7 des Niedersächsischen Sicherstellungsvertrags.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 197a SGG](#) in Verbindung mit 154 Abs 1 Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).

Die Streitwertfestsetzung beruht auf [§ 52 Abs 1](#) und 3 sowie [§ 43 Abs 1](#) Gerichtskostengesetz (GKG).

Ein gesetzlicher Grund zur Zulassung der Revision ist nicht gegeben ([§ 160 Abs 2 SGG](#)). Insbesondere ergab sich für den Senat keine grundsätzliche Bedeutung im Hinblick auf die Auslegung der ICDs U80.4! und U80.5!. Weder ist ersichtlich oder von den Beteiligten geltend gemacht, dass sich dieser Auslegungstreit auf eine Vielzahl von bereits bestehenden oder zukünftigen Behandlungsfällen erstrecken könnte noch betrifft dieser eine über die beiden Einzelschriften hinausgehende strukturelle Frage des Vergütungssystems (*siehe zu diesen Anforderungen BSG, Beschluss vom 12. August 2020 - B 1 KR 46/19 B -, Rn 8, juris*).

Rechtskraft

Aus

Saved

2024-04-29