

## L 1 KR 197/15

Land  
Freistaat Sachsen  
Sozialgericht  
Sächsisches LSG  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung  
1  
1. Instanz  
SG Dresden (FSS)  
Aktenzeichen  
S 18 KR 704/13  
Datum  
16.07.2015  
2. Instanz  
Sächsisches LSG  
Aktenzeichen  
L 1 KR 197/15  
Datum  
30.10.2019  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
-  
Datum  
-  
Kategorie  
Urteil  
Leitsätze  
Keine Kodierung des Sekundärkodes B95.6! zum Primärkode Z22.3

1. Der Sekundärkode B95.6! darf nur dann kodiert werden, wenn Staphylococcus aureus die Ursache einer infektiösen Erkrankung ist. Eine Besiedlung mit diesem Keim allein reicht hierfür nicht aus.  
2. Der Kode Z22.3 (Keimträger anderer näher bezeichneter bakterieller Krankheiten, Keimträger bakterieller Krankheiten durch Meningokokken, Staphylokokken, Streptokokken) kann nicht als Primärkode zum Sekundärkode B95.6! in Ansatz gebracht werden.  
I. Auf die Berufung der Beklagten wird der Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Dresden vom 16. Juli 2015 aufgehoben und die Klage abgewiesen.

II. Die Klägerin trägt die Kosten in beiden Rechtszügen.

III. Der Streitwert wird für das Berufungsverfahren auf 1.217,75 EUR festgesetzt. IV. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Vergütung einer stationären Krankenhausbehandlung.

Der bei der Beklagten versicherte Z ... (im Folgenden: Versicherter) wurde wegen einer dekompensierten Linksherzinsuffizienz NYHA III vom 05.02.2009 bis 18.02.2009 im nach [§ 108](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) zugelassenen Krankenhaus der Klägerin stationär behandelt.

Bei der Aufnahme am 05.02.2009 wurden u.a. Varizen an Unter- und Oberschenkeln sowie ein anamnestisch seit zehn Tagen bestehender juckender Ausschlag an Armen und beiden Oberschenkeln festgestellt. Weiter findet sich in dem Aufnahmebogen die Angabe: "bd US: Stauungsdermatitis, DD: CVI, offene Ulzera 1x2 cm re, 3x5 cm li". Auf dem Verordnungsbogen des behandelnden Hausarztes findet sich der Hinweis, dass der Versicherte seit dem 03.02.2009 zweimal täglich Ciprofloxacin wegen Ausschlages erhielt. Ausweislich des Laborbefundes vom 07.02.2009 konnten in den an beiden Unterschenkeln am 05.02.2009 mittels Abstrich entnommenen Proben in der Aerob-Kultur Staphylococcus aureus festgestellt werden. Gleichzeitig wurde ein Antibiotogramm erstellt.

Während des stationären Aufenthaltes wurden die Läsionen beider Unterschenkel mit Salbengaze und zum Teil mit Betagaze (ein mit Desinfektionssalben getränkter Gazeverband) versorgt. Ferner erfolgte eine Kompressionsbehandlung. Der Versicherte wurde am 18.02.2009 entlassen. In dem Entlassungsbericht wird der Befund an den Unterschenkeln als "Stauungsdermatitis an den Unterschenkeln" als Nebendiagnose benannt. Im Entlassungsbericht wird bei den wiedergegebenen Laborbefunden der Keim Staphylococcus aureus nicht erwähnt. Im Verlauf wird im Hinblick auf den Hautbefund wörtlich folgendes beschrieben:

"Aufgrund der ausgeprägten Kratzdefekte an den Armen und an den Beinen begannen wir die Therapie mit einem Antihistaminikum, an den Unterschenkeln besteht der Verdacht auf eine Stauungsdermatitis, die mit einer Kompressionsbehandlung behandelt wird. Wir bitten, diese auch ambulant weiterzuführen. Ambulant wird eine dermatologische Mitbetreuung empfohlen."

Unter dem 23.02.2009 stellte die Klägerin der Beklagten den Krankenhausaufenthalt mit insgesamt 3.701,00 EUR in Rechnung, wobei sie die DRG-Fallpauschale F62B (Herzinsuffizienz und Schock mit äußerst schweren CC, ohne Dialyse, ohne Reanimation, ohne komplizierende

Diagnose) zu Grunde legte. Bei der Kodierung nach ICD-10-GM Version 2009 brachte sie als Hauptdiagnose die I50.13 (Linksherzinsuffizienz: mit Beschwerden bei leichter Belastung) sowie u.a. die Nebendiagnosen I83.2 (Varizen der unteren Extremitäten mit Ulzeration und Entzündung) und B95.6! (Staphylococcus aureus als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind) in Ansatz.

Die Beklagte beglich die Rechnung zunächst. In der Folge verneinte der von ihr beauftragte Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) das Vorliegen der Nebendiagnose B95.6!, da Staphylococcus aureus nicht Ursache für eine Erkrankung sei und insoweit auch kein Ressourcenverbrauch festgestellt werden könne. Die Klägerin verwies hingegen darauf, dass die Diagnose nach den Deutschen Kodierrichtlinien Version 2009 (DKR 2009) obligat zu kodieren sei. Die Keime seien hier Ursache der Infektion und spezifizierten damit die Entzündung. Die Beklagte hielt daraufhin nur noch die DRG-Fallpauschale F62C für gerechtfertigt und verrechnete am 01.12.2009 den ihrer Ansicht nach zu viel gezahlten Differenzbetrag in Höhe von 1.217,75 EUR gegen eine unstrittige andere Vergütungsforderung der Klägerin.

Am 26.07.2013 hat die Klägerin beim Sozialgericht Dresden (SG) Klage auf Zahlung des verrechneten Betrages erhoben. Bei dem Versicherten habe eine durch Staphylococcus aureus hervorgerufene Infektion des Ulkus bestanden, sodass die Nebendiagnose B95.6! obligat zu kodieren gewesen sei. Der infizierte Ulkus sei mit Betagazeverbänden behandelt worden. Die Beklagte ist der Klage mit der Begründung entgegengetreten, dass ein Ressourcenverbrauch in Bezug auf B95.6! nicht erkennbar sei.

Mit Gerichtsbescheid vom 16.07.2015 hat das SG der Klage stattgegeben und die Beklagte verurteilt, an die Klägerin 1.217,75 EUR zu zahlen. Die Klägerin habe die Nebendiagnose B95.6! abrechnen dürfen. Es komme nicht darauf an, ob die Klägerin spezifische Schritte zur Behandlung der Staphylokokken-Infektion durchgeführt habe. Es genüge, dass sie den mit Staphylokokken besiedelten Ulkus behandelt habe. Die Nebendiagnose B95.6! sei in diesem Fall obligatorisch zu verschlüsseln. Dies folge aus D012f DKR 2009. Dass die Staphylokokken nicht Ursache der Stauungsdermatitis gewesen seien, spiele keine Rolle. Der Ulkus im vorgefundenen entzündeten Zustand mit den Keimen stelle ungeachtet einer multifaktoriellen Genese ein einheitliches Krankheitsbild dar, das nur in dieser Einheit mit I83.5 (gemeint ist I83.2) und B95.6! abzubilden sei. Die Ursächlichkeit der Keime für die konkrete Ausprägung der Entzündung des Ulkus stehe außer Frage. Eine Mitverursachung reiche insoweit aus.

Die Beklagte hat am 10.08.2015 gegen den ihr am 22.07.2015 zugestellten Gerichtsbescheid Berufung eingelegt. Die Kodierung von B95.6! setze voraus, dass der Keim ein Infektionserreger als Ursache von Krankheiten sei. Vorliegend habe die Klägerin den Code B95.6! mit I83.2 (Varizen der unteren Extremitäten mit Ulzeration und Entzündung) ergänzt. Die Ursache der Ulzeration sei in diesem Fall die venöse Insuffizienz und nicht eine bakterielle Infektion, wie in der Überschrift zu den Diagnosen B95 bis B98 festgelegt sei. Eine Entzündung habe bei dem Versicherten nach den Feststellungen des MDK nicht vorgelegen, werde jedoch von der Vorinstanz ohne weitere Ermittlungen zur Sache unterstellt. Es sei noch nicht einmal nachgewiesen, dass die Probe dem Ulkus entnommen worden sei. Entzündungszeichen seien nicht nachgewiesen. Eine Mitverursachung des Ulkus durch Staphylococcus aureus sei ausgeschlossen. Ferner liege auch keine lokale Infektion der Haut und der Unterhaut im Sinne von L08.8 vor, da entsprechende Infektionszeichen nicht dokumentiert und nachgewiesen worden seien. Die Beklagte legt drei MDK-Gutachten vor, nämlich das durch Dipl.-Med. Y ... erstellte Gutachten vom 22.02.2016, das durch die Fachärztin für Haut- und Geschlechtskrankheiten Dr. med. X ... erstellte Gutachten vom 13.09.2017 sowie das durch Fachärztin für Innere Medizin Dr. med. W ... am 26.09.2018 erstellte Gutachten. Auf den Inhalt der genannten Gutachten wird Bezug genommen (Bl. 66 ff., Bl. 90 ff. und Bl. 106 ff der Gerichtsakte).

Die Beklagte beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Dresden aufheben und die Klage ab- zuweisen, hilfsweise die Revision zuzulassen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung zurückzuweisen, hilfsweise die Revision zuzulassen.

Eine Entzündung der Ulzera sei nachgewiesen. Es komme nicht darauf an, ob der Bakterienbefall Ursache der Ulzeration gewesen sei. Das SG habe zutreffend ausgeführt, dass der Bakterienbefall jedenfalls für die konkrete Ausprägung der Entzündung des Ulkus mitursächlich gewesen sei. Unabhängig hiervon liege eine Infektion der Haut bzw. der Unterhaut vor, die mit L08.8 abzubilden sei. Hierfür sei der Bakterienbefall zweifelsfrei ursächlich. Für das Vorliegen einer Infektion reiche das Eindringen von Keimen in den Körper und deren Vermehrung aus. Hier sei labordiagnostisch das Eindringen von Bakterien von Staphylococcus aureus in die Wunde des Ulkus nachgewiesen. Bei den Begriffen Besiedlung mit Bakterien und Infektionen mit Bakterien handele es sich in dem Sinne um das Gleiche, als dass jeweils Bakterien mit dem Körper des Patienten in Kontakt kämen. Während bei einer bloßen Besiedlung mit Keimen in der Regel Hygienemaßnahmen zur Behandlung ausreichten, träten bei Infektionen in der Regel antibiotische Behandlungsmaßnahmen hinzu. Genau dies sei im vorliegenden Fall durch die Behandlung mit Betagazeverbänden – antibakteriell desinfizierte Wundverbände – geschehen. Ferner könne bei dem vorliegenden Sachverhalt auch der Code Z22.3 (Keimträger anderer näher bezeichneter bakterieller Krankheiten) in Kombination mit dem Code B95.6! verschlüsselt werden. Dies sei auch die Ansicht des Deutschen Instituts für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), das auf Anfragen hin entsprechende Auskünfte erteile. Mit Inkrafttreten des [§ 301 Abs. 2 Satz 4 SGB V](#) käme solchen Auskünften des DIMDI besondere Bedeutung zu. Die Behandlung eines Ulkus, der nicht mit entsprechenden Keimen besiedelt sei, unterscheide sich wesentlich von der Behandlung eines mit Keimen besiedelten Ulkus.

Der Senat hat zur Klärung der Fragen, ob bei dem Versicherten die Diagnosen I83.2 (Varizen der unteren Extremitäten mit Ulzeration und Entzündung) und L08.8 (sonstige lokale Infektionen der Haut und der Unterhaut) vorlagen und ob diese durch Staphylococcus aureus verursacht worden sind, Beweis erhoben und ein Gutachten bei der Fachärztin für Haut- und Geschlechtskrankheiten Dr. med. F ... eingeholt. In ihrem Gutachten vom 01.04.2019 führt diese zu der Diagnose I83.2 aus, dass nach der in der Akte befindlichen Bilddokumentation an beiden Unterschenkeln mit Fibrin belegte, unterschiedlich große Ulzera neben zahlreichen Erosionen vorlägen. In der Umgebung der Ulzera zeigten sich teils Zeichen einer chronisch-venösen Insuffizienz wie Schuppung und postinflammatorische Hyperpigmentierung, die unmittelbare Ulkusumgebung sei gar nicht, teilweise aber doch leicht gerötet. Insofern könne die Kodierung I83.2 (Varizen der unteren Extremitäten mit Ulzeration und Entzündung) hiernach und auch aufgrund der Dokumentation der vorgelegten Patientenakte bestätigt werden. Zu der Diagnose L08.8 führt sie aus, dass eine Infektion der Haut bzw. Ulzera weder aus der Krankenakte noch aus der vorliegenden Bilddokumentation ersichtlich sei. Zeichen einer Infektion wie Rötung, Überwärmung, Bildung von z.B. Eiter oder

Abszedierung, Fieber, Schüttelfrost, erhöhte Entzündungswerte im Blut wie CRP oder eine Erhöhung der Leukozyten im Blutbild könnten nach der vorliegenden Akte nicht bestätigt werden. Aufgrund der vorgelegten Patientenakte und Bilddokumentation könne nicht davon ausgegangen werden, dass der Erreger *Staphylococcus aureus* Ursache der Diagnose I83.2 gewesen sei. Ursache sei vielmehr die chronisch-venöse Insuffizienz bzw. Varizen der unteren Extremitäten. Diese hätten zur Ulzeration der Haut geführt. Der im Abstrich der Unterschenkel nachgewiesene *Staphylococcus aureus* habe mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit sekundär die vorbestehenden Ulzera besiedelt. Eine Keimbesiedlung der Haut stelle allerdings keine Infektion dar. Auch eine Behandlung mit Betagaze oder Desinfektionsmitteln, die äußerlich zur Wundbehandlung zur Anwendung kämen, sei keine Begründung für das Vorliegen einer Infektion. Die Rückbildung einer Infektion könne nur durch eine – hier nicht erfolgte – systemische Gabe von Antibiotika erreicht werden. Auf den Inhalt des Gutachtens im Übrigen wird Bezug genommen (Bl. 140 ff. der Gerichtsakte).

Die Beklagte sieht sich durch das Sachverständigengutachten bestätigt. Die Sachverständige komme nachvollziehbar und verständlich zu dem Ergebnis, dass B95.6! hier nicht kodiert werden könne, da es am Nachweis der Kausalität für eine andere Erkrankung fehle. Die Klägerin ist der Ansicht, dass sich die Sachverständige teilweise widerspreche. Sie bestätige die Diagnose I83.2 aufgrund der leichten Rötung in der Ulkusumgebung, verneine aber eine Infektion, obwohl sie an anderer Stelle eine Rötung als Infektionszeichen bezeichne.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitverhältnisses wird gemäß [§ 136 Abs. 2 Satz 2](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) auf den Inhalt der Schriftsätze der Beteiligten einschließlich Anlagen, den Inhalt der Verwaltungsakte der Beklagten und auf den Inhalt der Patientenakte der Klägerin verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Der Senat kann ohne mündliche Verhandlung entscheiden, da die Beteiligten hierzu ihr Einverständnis erteilt haben ([§ 124 Abs. 2 SGG](#)).

Die zulässige, insbesondere fristgerecht erhobene Berufung der Beklagten ist begründet.

Das SG hat die Beklagte zu Unrecht verurteilt, an die Klägerin 1.217,75 EUR zu zahlen. Denn der von der Klägerin im Gleichordnungsverhältnis zulässigerweise mit der (echten) Leistungsklage (dazu Bundessozialgericht [BSG], Urteil vom 16.12.2008 – [B 1 KN 1/07 KR R](#) – juris Rn. 9; Urteil vom 26.09.2017 – [B 1 KR 9/17 R](#) – juris Rn. 7) verfolgte Vergütungsanspruch aus der Behandlung anderer Versicherter erlosch dadurch in Höhe von 1.217,75 EUR, dass die Beklagte wirksam mit ihrem Erstattungsanspruch wegen Überzahlung der Vergütung für die stationäre Krankenhausbehandlung des Versicherten in der Zeit vom 05.02.2009 bis 18.02.2009 aufrechnete.

Es ist zwischen den Beteiligten nicht streitig, dass die Klägerin aufgrund stationärer Krankenhausbehandlung anderer Versicherter der Beklagten gegen diese einen Anspruch auf Zahlung weiterer 1.217,75 EUR hatte; eine nähere Prüfung erübrigt sich insoweit (zur Zulässigkeit dieses Vorgehens: BSG, Urteil vom 19.06.2018 – [B 1 KR 39/17 R](#) – juris Rn. 29; Urteil vom 19.12.2017 – [B 1 KR 19/17 R](#) – juris Rn. 7; Urteil vom 19.04.2016 – [B 1 KR 28/15 R](#) – juris Rn. 8). Streitig ist zwischen den Beteiligten allein, ob dieser Zahlungsanspruch entsprechend [§ 387](#) Bürgerliches Gesetzbuch durch die Aufrechnung der Beklagten mit einem öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch wegen Überzahlung der Vergütung für die stationäre Krankenhausbehandlung des Versicherten in der Zeit vom 05.02.2009 bis 18.02.2009 erloschen ist (zur entsprechenden Anwendung auf überzahlte Krankenhausvergütung: BSG, Urteil vom 19.12.2017 – [B 1 KR 19/17 R](#) – juris Rn. 8; Urteil vom 23.06.2015 – [B 1 KR 26/14 R](#) – juris Rn. 33; Urteil vom 16.12.2008 – [B 1 KN 1/07 KR R](#) – juris Rn. 8). Dies ist der Fall. Denn die Beklagte hatte der Klägerin einen Betrag in Höhe von 1.217,75 EUR ohne Rechtsgrund gezahlt, weil der Klägerin für die zugunsten des Versicherten vom 05.02.2009 bis 18.02.2009 erbrachten Leistungen ein Vergütungsanspruch lediglich in Höhe von 2.483,25 EUR, nicht aber in Höhe von 3.701,00 EUR zustand.

Der Vergütungsanspruch der Klägerin für die stationäre Krankenhausbehandlung des Versicherten in der Zeit vom 05.02.2009 bis 18.02.2009 entstand dem Grunde nach. Der Vergütungsanspruch für eine Krankenhausbehandlung und dazu korrespondierend 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 im Sinne von [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) erforderlich und wirtschaftlich ist (BSG, Urteil vom 19.06.2018 – [B 1 KR 39/17 R](#) – juris Rn. 8; Urteil vom 19.12.2017 – [B 1 KR 17/17 R](#) – juris Rn. 13; Urteil vom 25.10.2016 – [B 1 KR 6/16 R](#) – juris Rn. 26; Urteil vom 17.11.2015 – [B 1 KR 18/15 R](#) – juris Rn. 9; Urteil vom 27.11.2014 – [B 3 KR 1/13 R](#) – juris Rn. 9; Urteil vom 01.07.2014 – [B 1 KR 29/13 R](#) – juris Rn. 8; Urteil vom 22.11.2012 – [B 3 KR 1/12 R](#) – juris Rn. 10; Urteil vom 08.11.2011 – [B 1 KR 8/11 R](#) – juris Rn. 13; Urteil vom 16.12.2008 – [B 1 KN 1/07 KR R](#) – juris Rn.11). Dies war hier unstreitig der Fall.

Die Klägerin durfte ihrer Abrechnung jedoch nicht die DRG-Fallpauschale F62B sondern nur die DRG-Fallpauschale F62C zugrunde legen, weil neben den unstreitigen Diagnosen und Prozeduren die Nebendiagnose B95.6! (*Staphylococcus aureus* als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind) nicht kodiert werden durfte.

Rechtsgrundlage des Vergütungsanspruchs der Klägerin gegen die Beklagte für die Behandlung des Versicherten in der Zeit vom 05.02.2009 bis 18.02.2009 ist [§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) i.V.m. § 7 Satz 1 Nr. 1, § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG), § 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG), § 1 Fallpauschalenvereinbarung 2009 (FPV 2009) sowie Anlage 1 der FPV 2009 (Fallpauschalenkatalog 2009). Die Höhe des Vergütungsanspruchs bemisst sich im DRG-Vergütungssystem, in welches das Krankenhaus der Klägerin einbezogen ist, nach vertraglichen Fallpauschalen auf gesetzlicher Grundlage. Die Fallpauschalenvergütung für die stationäre Krankenhausbehandlung in zugelassenen Einrichtungen ergibt sich aus [§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) i.V.m. § 7 KHEntgG und § 17b KHG. Der Anspruch wird auf Bundesebene durch Normenverträge konkretisiert. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung gemeinsam vereinbaren nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft als "Vertragsparteien auf Bundesebene" mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG 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 auf der Grundlage des § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 KHEntgG Abrechnungsbestimmungen in der FPV.

Welche DRG-Position abzurechnen ist, ergibt sich gemäß § 1 Abs. 6 Satz 1 FPV 2009 rechtsverbindlich aus der Eingabe und Verarbeitung von

Daten – insbesondere von Diagnosen und Prozeduren – in einem automatischen Datenverarbeitungssystem, das auf einem zertifizierten Programm basiert (näher dazu BSG, Urteil vom 08.11.2011 – [B 1 KR 8/11 R](#) – juris Rn. 19 ff.). Dabei greift das Programm auch auf Dateien zurück, die entweder als integrale Bestandteile des Programms mit vereinbart sind oder an anderer Stelle vereinbarte Regelungen wiedergeben. Zu letzteren gehören die FPV selbst, aber auch die Internationale Klassifikation der Krankheiten (ICD) in der jeweiligen vom DIMDI im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) herausgegebenen deutschen Fassung (hier ICD-10-GM in der Version 2009) sowie die Klassifikation des vom DIMDI im Auftrag des BMG herausgegebenen OPS (hier in der Version 2009). Ebenso gehört zu den einbezogenen Regelungskomplexen die von den Vertragspartnern auf Bundesebene getroffene Vereinbarung zu den Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) für das Jahr 2009. Die Verbindlichkeit der in der FPV und den DKR angesprochenen Klassifikationssysteme folgt allein aus dem Umstand, dass sie in das vertraglich vereinbarte Fallpauschalensystem und insbesondere in dessen Kern, den Grouper, einbezogen sind (BSG, Urteil vom 19.06.2018 – [B 1 KR 39/17 R](#) – juris Rn. 13; Urteil vom 19.12.2017 – [B 1 KR 19/17 R](#) – juris Rn. 31; Urteil vom 23.06.2015 – [B 1 KR 21/14 R](#) – juris Rn. 13; Urteil vom 14.10.2014 – [B 1 KR 26/13 R](#) – juris Rn. 12; Urteil vom 08.11.2011 – [B 1 KR 8/11 R](#) – juris Rn. 24).

Die Anwendung der DKR und der FPV-Abrechnungsbestimmungen einschließlich ICD und OPS ist nicht automatisiert und unterliegt grundsätzlich den allgemeinen Auslegungsmethoden der Rechtswissenschaft. Die Abrechnungsbestimmungen sind gleichwohl wegen ihrer Funktion im Gefüge der Ermittlung des Vergütungstatbestandes innerhalb eines vorgegebenen Vergütungssystems eng am Wortlaut orientiert und unterstützt durch systematische Erwägungen auszulegen. 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. Demgemäß sind Vergütungsregelungen stets eng nach ihrem Wortlaut und allenfalls ergänzend nach ihrem systematischen Zusammenhang auszulegen; Bewertungen und Bewertungsrelationen bleiben außer Betracht (BSG, Urteil vom 21.02.2002 – [B 3 KR 30/01 R](#) – juris Rn. 27; Urteil vom 24.09.2003 – [B 8 KN 3/02 KR R](#) – juris Rn. 26; Urteil vom 08.09.2009 – [B 1 KR 11/09 R](#) – juris Rn. 17; Urteil vom 17.06.2010 – [B 3 KR 4/09 R](#) – juris Rn. 14; Urteil vom 08.11.2011 – [B 1 KR 8/11 R](#) – juris Rn. 27; Urteil vom 01.07.2014 – [B 1 KR 29/13 R](#) – juris Rn. 12; Urteil vom 17.11.2015 – [B 1 KR 41/14 R](#) – juris Rn. 13; Urteil vom 19.06.2018 – [B 1 KR 30/17 R](#) – juris Rn. 14).

Die Abrechnung der DRG-Fallpauschale F62B setzt voraus, dass die Klägerin den Kode B95.6! (Staphylococcus aureus als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind) als Sekundärkode zu einer Nebendiagnose kodieren durfte. Dies ist nicht der Fall.

Bei B95.6! handelt es sich um einen Ausrufezeichenkode, der gemäß D012 DKR 2009 als Sekundärkode nicht alleine, sondern nur zusammen mit einem passenden Primärkode zusammenverschlüsselt werden darf. Mit einem Ausrufezeichen gekennzeichnete sekundäre Schlüsselnummern sind zum Teil optional, in anderen Fällen obligatorisch anzugeben. Der Kode B95.6! ist ausweislich der Tabelle 2 in D012 DKR 2009 obligat anzugeben. Dabei bedeutet "obligat", dass diese Codes auch bei fehlendem Ressourcenverbrauch zu kodieren sind.

Aus dem Wortlaut des Sekundärkode B95.6! und der systematischen Auslegung ergibt sich, dass der Kode nur dann kodiert werden darf, wenn Staphylococcus aureus die Ursache einer infektiösen Erkrankung ist. Der Nachweis einer Besiedlung mit diesem Keim allein reicht hierfür nicht aus. Dass der Keim Ursache einer Krankheit sein muss, ergibt sich aus dem Wortlaut des Kodes B95.6! (Landessozialgericht [LSG] Sachsen-Anhalt, Urteil vom 26.06.2013 – [L 4 KR 81/12](#) – juris Rn. 39; Thüringer LSG, Urteil vom 16.12.2014 – [L 6 KR 532/12](#) – juris Rn. 28). Unter Beachtung der einschlägigen Überschriften ergibt die systematische Auslegung darüber hinaus, dass es sich bei dieser Krankheit um eine infektiöse Erkrankung handeln muss. So lautet die Überschrift zu Kapitel I des ICD-10-GM Version 2009: "Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00-B99)". Die Überschrift zur einschlägigen Untergruppe lautet: "Bakterien, Viren und sonstige Infektionserreger als Ursache für Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind (B95-B97)". Ferner heißt es in dem Hinweis zu der Untergruppe B95-B97, dass "die Kategorien als ergänzende oder zusätzliche Schlüsselnummern zur Angabe des Infektionserregers bei anderenorts klassifizierten Krankheiten dienen". Eine Kodierung eines Kodes aus der Untergruppe B95-B97 erfordert daher das Vorliegen einer infektiösen Erkrankung, die durch die in der Untergruppe jeweils aufgeführten Keime verursacht worden sein muss.

Vorliegend ist nicht zur Überzeugung des Senats nachgewiesen, dass Staphylococcus aureus eine infektiöse Krankheit beim Versicherten verursacht hat. Zwar ist die gerichtlich bestellte Sachverständige Dr. med. F ... in ihrem Gutachten zu dem Ergebnis gekommen, dass die Diagnose I83.2 (Varizen der unteren Extremitäten mit Ulzeration und Entzündung) bestätigt werden kann. Dass die Entzündung durch Staphylococcus aureus verursacht worden ist, hat sie aber verneint. Eine Infektion mit diesem Keim ist nicht nachgewiesen, da keine Infektionszeichen (Rötung, Überwärmung, Bildung von Eiter oder Abszedierung, Fieber, Schüttelfrost, erhöhte Entzündungswerte im Blut wie CRP oder eine Erhöhung der Leukozyten im Blutbild) vorlagen. Aus dem gleichen Grunde hat sie das Vorliegen der Diagnose L08.8 verneint. Der Senat folgt den Ausführungen der Sachverständigen. Sie beruhen auf einer sorgfältigen Auswertung der vorliegenden Patientenakte, der Bilddokumentation sowie des Vortrages der Beteiligten, sind in sich widerspruchsfrei und nachvollziehbar. Die Überzeugungskraft des Gutachtens wird noch dadurch verstärkt, dass es die Gutachten des MDK insbesondere in Bezug auf die fehlende Infektion bestätigt. Entgegen der Ansicht der Klägerseite besteht kein Widerspruch darin, dass die Sachverständige eine Entzündung aufgrund des Vorliegens einer leichten Rötung bejaht und eine Infektion verneint. Denn nicht jede Entzündung stellt eine Infektion dar. Während eine Entzündung eine Abwehrreaktion des menschlichen Körpers auf einen Reiz darstellt, die meist mit einer Rötung einhergeht, bedeutet eine Infektion die Aufnahme eines Krankheitserregers und seine nachfolgende Entwicklung oder Vermehrung im menschlichen Organismus (Definition in [§ 2 Nr. 2](#) Infektionsschutzgesetz). Mit nachvollziehbarer Begründung hat die Sachverständige die Infektion verneint. Zwar kann eine Rötung je nach Ausprägung eines von mehreren Infektionszeichen sein. Durch die von der Sachverständigen nur als geringfügig beschriebene Rötung allein wird jedoch nicht bewiesen, dass Keime im Sinne einer Infektion im menschlichen Organismus aufgenommen wurden. Die MDK-Gutachterin Dr. med. X ... hat in ihrem Gutachten vom 13.09.2017 hierzu ausgeführt, dass es sich bei der Rötung um einen teils mäßig erythematösen, teils livid-erythematösen Randsaum handele, der keinen hinreichenden Beleg für eine Infektion darstelle. Der Senat folgt dieser nachvollziehbaren Einschätzung. Der Patientenakte kann auch nicht entnommen werden, dass die Klägerin selber von einer Infektion ausgegangen ist. Es erfolgte – worauf die Gutachterin hinweist – keine entsprechende systemische Behandlung durch Antibiotika und das Vorliegen einer Infektion wird an keiner Stelle der Patientenakte erwähnt. Im Entlassungsbericht findet eine Infektion keine Erwähnung, selbst die Besiedlung mit Staphylococcus aureus wird nicht erwähnt. Insgesamt ist festzuhalten, dass die Diagnosen I83.2 sowie L08.8 als Primärkode für den Sekundärkode B95.6! ausscheiden, da eine Infektion nicht nachgewiesen ist.

Auch der Kode Z22.3 (Keimträger anderer näher bezeichneter bakterieller Krankheiten, Keimträger bakterieller Krankheiten durch Meningokokken, Staphylokokken, Streptokokken) kann nicht als Primärkode zu B95.6! in Ansatz gebracht werden. B95.6! setzt voraus, dass

der Keim "Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind", ist. Der Kode Z22.3 beschreibt schon keine Erkrankung im Sinne von B95.6!. Der Kode befindet sich im Kapitel XXI der ICD-10-GM Version 2009, das wie folgt überschrieben ist: "Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen Z20-Z29". Die maßgebliche Untergruppe trägt die Überschrift "Personen mit potentiellen Gesundheitsrisiken hinsichtlich übertragbarer Krankheiten Z20-Z29". Aus dem Wortlaut des Kodes Z22.3 und der maßgeblichen Überschriften ergibt sich, dass hier keine Erkrankung kodiert wird. Gegenstand der Kodierung ist vielmehr eine Person mit potentielltem Gesundheitsrisiko, hier in Gestalt einer Besiedlung mit Staphylokokken, bei der gerade keine durch Staphylokokken verursachte Erkrankung besteht. Aus der "Anleitung zur Verschlüsselung der ICD-10-GM" (<https://www.dimdi.de>) ergibt sich, dass die Kodes aus dem Kapitel XXI zur (alleinigen) Verschlüsselung des Behandlungsanlasses nur verwendet werden dürfen, wenn Leistungen abgerechnet werden, die "nicht in einer Erkrankung begründet sind". Auch hierdurch wird belegt, dass mit dem Kode Z22.3 keine Krankheit kodiert wird. Etwas anderes ergibt sich auch nicht aus der von der Klägerin angeführten Antwort des DIMDI vom Juni 2010 auf eine Einzelanfrage (wiedergegeben in: <https://www.mydrg.de/forum/index.php?thread/15921-ausrufezeichen-code-obligat-angeben-auch-ohne-therapie/>). In dieser Antwort auf die Anfrage, ob Z22.3 in Verbindung mit B95.6! kodiert werden könne, hat das DIMDI die Auffassung vertreten, dass es sich bei Z22.3 im klassifikatorischen Sinne um eine "Krankheit" handele; die Kodierung von B95-B97 sei zusätzlich möglich. Der Senat kann sich dieser nicht begründeten Schlussfolgerung des DIMDI nicht anschließen. Es steht zwar außer Frage, dass es sich bei Z22.3 um eine Klassifikation handelt. Dies führt dazu, dass Z22.3 bei entsprechendem Ressourcenverbrauch als Nebendiagnose – im vorliegenden Fall ohne erlössteigernde Wirkung – kodiert werden kann. Hieraus folgt jedoch nicht, dass es sich um eine Krankheit im Sinne vom B95.6! handelt. Es gibt keinen Anhaltspunkt dafür, dass der Kode B95.6! Krankheiten mit Klassifikationen gleichsetzt. Der Wortlaut von B95.6! spricht von "Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind" und nicht von "Klassifikationen" oder von "Krankheiten im klassifikatorischen Sinne". Der Begriff der Krankheit wird in dem ICD-10-GM Version 2009 vielfach in den Kapitelüberschriften verwandt (vgl. die Überschriften zu den Kapiteln I und III bis XIV). In dem Kapitel XXI "Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen Z20-Z29" wurden jedoch gerade keine Krankheiten klassifiziert, wie sich aus der Wortwahl der Überschrift, der Kodes und aus der Verschlüsselungsanleitung des DIMDI ergibt.

Aus [§ 301 Abs. 2 Satz 4 SGB V](#) (in der Fassung des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes vom 11.12.2018, [BGBl. I S. 2394](#), in Kraft seit 01.01.2019) ergibt sich nichts anderes. Die Regelung sieht vor, dass das DIMDI u.a. bei Auslegungsfragen zu den Diagnoseschlüsseln Klarstellungen und Änderungen mit Wirkung auch für die Vergangenheit vornehmen kann. Ganz abgesehen davon, dass es sich bei der Antwort auf eine Einzelanfrage nicht um eine Klarstellung oder eine Änderung der Diagnoseschlüssel i.S.v. [§ 301 Abs. 2 Satz 4 SGB V](#) handelt, ist diese Vorschrift erst zum 01.01.2019 in Kraft getreten und kann daher zur Beurteilung des vorliegenden Sachverhalts keine Wirkung entfalten. Daher kann offen bleiben, wie eine Klarstellung nach [§ 301 Abs. 2 Satz 4 SGB V](#) ausgestaltet sein muss sowie welchen Rechtscharakter und welche Verbindlichkeit sie für die Gerichte hat.

Schließlich setzt der Sekundärkode B95.6! voraus, dass eine Infektion durch den Keim verursacht worden, eine Infektion mithin schon eingetreten ist. Auch aus diesem Grund qualifiziert sich der Kode Z22.3 nicht als Primärkode für B95.6!. Denn der Kode Z22.3 beschreibt keine Infektion sondern eine Person, die mit Keimen besiedelt ist. Die Keimträgerschaft bzw. die Besiedlung mit Keimen ist aber gerade nicht mit einer Infektion gleichzusetzen. Darüber hinaus kann B95.6! begrifflich nicht "Ursache" des in Z22.3 beschriebenen Zustandes sein. B95.6! setzt als Sekundärkode voraus, dass durch den Keim eine andere Erkrankung verursacht wird. Dies schließt aus, dass sich die weitere Erkrankung in der Besiedlung mit demselben Keim erschöpft.

Nach alledem ist die Kodierung von B95.6! durch die Klägerin zu Unrecht erfolgt mit der Folge, dass der stationäre Aufenthalt mit der DRG-Fallpauschale F62C abzurechnen war und die Beklagte daher zu Recht mit einem öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch in Höhe von 1.217,75 EUR aufgerechnet hat.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) i. V. m. [§ 154 Abs. 2](#) Verwaltungsgerichtsordnung.

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor ([§ 160 SGG](#)).

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

Rechtskraft

Aus

Login

FSS

Saved

2020-03-19