

B 1 KR 16/19 R

Land
Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht
Bundessozialgericht
Sachgebiet
Krankenversicherung
1. Instanz
SG Gelsenkirchen (NRW)
Aktenzeichen
S 17 KR 436/14
Datum
20.02.2018
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 5 KR 213/18
Datum
24.01.2019
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 1 KR 16/19 R
Datum
16.07.2020
Kategorie
Urteil
Leitsätze

Bei der Abrechnung von Krankenhausleistungen ist die Mehrfachkodierung eines Krankheitszustandes nach den Deutschen Kodierrichtlinien für 2011 nur in den dort ausdrücklich geregelten Fallgruppen zulässig.

Die Revision der Beklagten gegen das Urteil des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen vom 24. Januar 2019 wird zurückgewiesen. Die Beklagte trägt auch die Kosten des Revisionsverfahrens. Der Streitwert für das Revisionsverfahren wird auf 3383,05 Euro festgesetzt.

Gründe:

I

1

Die Beteiligten streiten über die Vergütung einer stationären Krankenhausbehandlung.

2

Die Beklagte ist Trägerin eines nach [§ 108 SGB V](#) zugelassenen Krankenhauses. Sie behandelte den bei der klagenden Krankenkasse (KK) versicherten R. E. (im Folgenden: Versicherter) in der Zeit vom 18. bis 23.3.2011 und vom 29.3. bis 6.4.2011 vollstationär wegen Kniegelenksbeschwerden in der Folge einer ambulant durchgeführten Arthroskopie. Zuvor war der Versicherte wegen einer Entzündung der Gelenkschleimhaut (chronische Synovitis) mit Gelenkerguss ambulant ua mit Punktionen, Arthroskopie und Antibiotika behandelt worden. Im Rahmen der stationären Behandlungen waren neben weiteren therapeutischen Maßnahmen ua die Antibiotikabehandlung fortgesetzt und durch einen Abstrich Escherichia coli sowie Enterokokken nachgewiesen worden. Die Beklagte stellte der Klägerin für die stationären Behandlungen des Versicherten nach Fallzusammenführung 3198,95 Euro in Rechnung auf Grundlage der Fallpauschale (Diagnosis Related Group 2011 (DRG)) T01C (OR-Prozedur bei infektiösen und parasitären Krankheiten ohne komplexe OR-Prozedur, ohne komplizierende Konstellation, außer bei Zustand nach Organtransplantation, außer bei Sepsis). Zu dieser DRG gelangte sie, indem sie nach dem in diesem Jahr geltenden ICD-10-GM als Hauptdiagnose T81.4 (Infektion nach einem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert) kodierte und als Nebendiagnose M25.46 (Gelenkerguss: Unterschenkel (Fibula, Tibia, Kniegelenk)). Die Klägerin beglich den Rechnungsbetrag zunächst, beauftragte jedoch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) mit der Überprüfung. Im Rahmen des nachfolgenden Schriftverkehrs zwischen den Beteiligten stornierte die Beklagte schließlich ihre ursprüngliche Rechnung und rechnete nunmehr 6254,32 Euro ab auf Grundlage der DRG I12A (Knochen- und Gelenkinfektion/-entzündung mit verschiedenen Eingriffen am Muskel-Skelett-System und Bindegewebe mit äußerst schweren CC) unter Kodierung der (zwischen den Beteiligten inzwischen unstrittigen) Hauptdiagnose M00.86 (Arthritis und Polyarthritis durch sonstige näher bezeichnete bakterielle Erreger: Unterschenkel (Fibula, Tibia, Kniegelenk)) und der Nebendiagnose T81.4. Die Klägerin beglich auch diesen Rechnungsbetrag zunächst, forderte die Beklagte jedoch wiederholt erfolglos zur Rechnungskorrektur und Rückzahlung auf.

3

Das SG hat die Beklagte zur Zahlung von 3383,05 Euro nebst Zinsen verurteilt (Urteil vom 20.2.2018), das LSG hat die dagegen gerichtete Berufung der Beklagten zurückgewiesen: T81.4 sei nicht als Nebendiagnose zu kodieren, da die bei dem Versicherten bestehende Infektion -

über die ambulant eingeleitete und stationär weitergeführte Gabe von Antibiotika hinaus - keinen weiteren therapeutischen oder sonstigen relevanten Versorgungsaufwand erfordert habe. Im Übrigen dürfe nach DKR D003i eine Nebendiagnose nur kodiert werden, wenn es sich dabei um eine "andere Krankheit" als diejenige handle, die bereits mit der Hauptdiagnose erfasst werde. Auch seien die Voraussetzungen der DKR für eine Doppelkodierung nicht erfüllt (Urteil vom 24.1.2019).

4

Mit ihrer Revision rügt die Beklagte die Verletzung von [§ 109 Abs 4 Satz 3 SGB V](#) iVm § 17b KHG, § 1 Abs 1, § 7 Abs 1 Satz 1 Nr 1, § 9 Abs 1 Nr 1 KHEntG und der Regelungen der DKR (Version 2011) sowie des ICD-10 (Version 2011) zur Kodierung von Diagnosen. Die Diagnose T81.4 verdeutliche die Ursächlichkeit der Infektion durch den zuvor vorgenommenen Eingriff und sei deshalb zusätzlich zur Hauptdiagnose M00.86 zu kodieren, um den Sachverhalt medizinisch vollumfänglich abzubilden. Die Voraussetzungen einer Mehrfachkodierung nach DKR D012i (Punkt 2) seien erfüllt, da T81.4 im ICD-10-WHO (Version 2011) einen entsprechenden Hinweis enthalte ("Soll das Vorliegen einer Manifestation der Infektion [wie z.B. Sepsis oder Abszess] angegeben werden, ist eine zusätzliche Schlüsselnummer zu benutzen"). Der erforderliche Mehraufwand bestehe in der während der stationären Behandlungen weitergeführten Antibiotikagabe.

5

Die Beklagte beantragt, die Urteile des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen vom 24. Januar 2019 und des Sozialgerichts Gelsenkirchen vom 20. Februar 2018 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

6

Die Klägerin beantragt, die Revision zurückzuweisen.

7

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend.

II

8

Die zulässige Revision der beklagten Krankenträgerin ist nicht begründet ([§ 170 Abs 1 Satz 1 SGG](#)). Zu Recht hat das LSG deren Berufung gegen das SG-Urteil zurückgewiesen. Das SG hat die Beklagte zu Recht verurteilt, der klagenden KK 3383,05 Euro nebst Zinsen zu zahlen. Die Klägerin hat Anspruch auf Erstattung des ohne Rechtsgrund gezahlten Überzahlungsbetrags.

9

1. Rechtsgrundlage für den Zahlungsanspruch, den die Klägerin zulässig im Wege der (echten) Leistungsklage iS des [§ 54 Abs 5 SGG](#) geltend macht (stRspr; vgl zB BSG vom 16.12.2008 - [B 1 KN 1/07 KR R](#) - [BSGE 102, 172](#) = [SozR 4-2500 § 109 Nr 13](#), RdNr 9 mwN), ist der öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch (zur Anwendung auf überzahlte Krankenhausvergütung vgl zB BSG vom 17.12.2013 - [B 1 KR 57/12 R](#) - [SozR 4-5562 § 9 Nr 4 RdNr 9](#); BSG vom 8.11.2011 - [B 1 KR 8/11 R](#) - [BSGE 109, 236](#) = [SozR 4-5560 § 17b Nr 2](#), RdNr 9 ff mwN; stRspr).

10

2. Der öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch setzt ua voraus, dass der Berechtigte im Rahmen eines öffentlichen Rechtsverhältnisses Leistungen ohne rechtlichen Grund erbracht hat (stRspr; vgl zB BSG vom 28.9.2010 - [B 1 KR 4/10 R](#) - [SozR 4-2500 § 264 Nr 3 RdNr 15](#)). So liegt es hier. Die Klägerin zahlte der Beklagten 3383,05 Euro ohne Rechtsgrund. Statt der von der Klägerin auf die (korrigierte) Schlussrechnung gezahlten 6254,32 Euro hatte die Beklagte lediglich einen Anspruch auf Krankenhausvergütung für die Behandlung des Versicherten in Höhe von 2871,27 Euro.

11

a) Rechtsgrundlage des von der Beklagten wegen der stationären Behandlungen des Versicherten geltend gemachten Vergütungsanspruchs ist [§ 109 Abs 4 Satz 3 SGB V](#) iVm § 7 KHEntG und § 17b KHG (vgl BSG vom 8.11.2011 - [B 1 KR 8/11 R](#) - [BSGE 109, 236](#) = [SozR 4-5560 § 17b Nr 2](#), RdNr 13, 15 f; BSG vom 19.3.2020 - [B 1 KR 20/19 R](#) - RdNr 11 mwN).

12

b) Der Vergütungsanspruch der Beklagten ist dem Grunde nach entstanden; dies ist zwischen den Beteiligten auch nicht streitig. Die Zahlungsverpflichtung der KK entsteht - unabhängig von einer Kostenzusage - unmittelbar mit Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten kraft Gesetzes, wenn die Versorgung - wie hier - in einem zugelassenen Krankenhaus durchgeführt wird und iS von [§ 39 Abs 1 Satz 2 SGB V](#) erforderlich und wirtschaftlich ist (vgl BSG aaO mwN). Dies war nach den bindenden ([§ 163 SGG](#)) Feststellungen des LSG hier der Fall.

13

Es ist zwischen den Beteiligten zu Recht auch nicht streitig, dass der Beklagten unter der Voraussetzung, dass DRG I12C (Knochen- und Gelenkinfektion/-entzündung mit verschiedenen Eingriffen am Muskel-Skelett-System und Bindegewebe ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne Revision des Kniegelenkes) abzurechnen war, nur ein Vergütungsanspruch von 2871,27 Euro für die stationären Behandlungen des Versicherten zustand, hingegen der Vergütungsanspruch dafür sich auf 6254,32 Euro belief, wenn DRG I12A abzurechnen war. Eine nähere

Prüfung des erkennenden Senats zur Höhe der streitigen Beträge erübrigt sich (stRspr; vgl zur Zulässigkeit dieses Vorgehens zB BSG vom 26.5.2020 - [B 1 KR 26/18 R](#) - RdNr 11 mwN).

14

c) Der Beklagten stand ein Vergütungsanspruch gegen die Klägerin nur in Höhe von 2871,27 Euro zu. Zu Unrecht rechnete die Beklagte den Behandlungsfall des Versicherten nach Maßgabe der DRG I12A unter Kodierung der Nebendiagnose T81.4 ab. Abzurechnen war stattdessen die von der zu kodierenden Hauptdiagnose M00.86 angesteuerte DRG I12C.

15

aa) Die Vergütung für Krankenhausbehandlung der Versicherten bemisst sich 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](#) iVm § 7 KHEntG und § 17b KHG. Der Anspruch wird auf Bundesebene durch Normsetzungsverträge (Normenverträge, Fallpauschalenvereinbarungen (FPV)) konkretisiert. Der Spitzenverband Bund der KKn und der Verband der privaten Krankenversicherung gemeinsam vereinbaren nach § 9 Abs 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 Nr 3 KHEntG.

16

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 (vgl § 1 Abs 6 Satz 1 FPV 2011; zur rechtlichen Einordnung des Gruppierungsvorgangs vgl BSG vom 8.11.2011 - [B 1 KR 8/11 R](#) - [BSGE 109, 236](#) = SozR 4-5560 § 17b Nr 2, RdNr 19 ff). Das den Algorithmus enthaltende und ausführende Programm (Grouper) greift dabei auch auf Dateien zurück, die entweder als integrale Bestandteile des Programms mit vereinbart sind (zB die Zuordnung von ICD-10-Diagnosen und Prozeduren zu bestimmten Untergruppen im zu durchlaufenden Entscheidungsbaum) oder an anderer Stelle vereinbarte Regelungen wiedergeben. Zu Letzteren gehören die Fallpauschalen selbst, aber auch die internationale Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) in der jeweiligen vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) herausgegebenen deutschen Fassung (ICD-10-GM, Version 2011, idF der Bekanntmachung des BMG gemäß [§§ 295](#) und [301 SGB V](#) zur Anwendung des Diagnoseschlüssels vom 21.10.2010, BAnz Nr 169 vom 9.11.2010, S 3751, in Kraft getreten am 1.1.2011), die Klassifikation des vom DIMDI im Auftrag des BMG herausgegebenen Operationen- und Prozedureschlüssels ((OPS) zur Grundlage der Rechtsbindung vgl BSG vom 8.11.2011 - [B 1 KR 8/11 R](#) - [BSGE 109, 236](#) = SozR 4-5560 § 17b Nr 2, RdNr 24) sowie die von den Vertragspartnern auf Bundesebene getroffene Vereinbarung zu den Deutschen Kodierrichtlinien ((DKR) Version 2011 für das G-DRG-System; gemäß § 17b KHG; zu deren normativer Wirkung vgl BSG vom 8.11.2011 - [B 1 KR 8/11 R](#) - [BSGE 109, 236](#) = SozR 4-5560 § 17b Nr 2, RdNr 18).

17

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 17.12.2019 - [B 1 KR 19/19 R](#) - SozR 4-5562 § 9 Nr 15 RdNr 13 mwN).

18

bb) Die Beteiligten sind zu Recht darüber einig, dass M00.86 hier als Hauptdiagnose zu kodieren ist. Dieser Kode bildet die Erkrankung als Arthritis im Unterschenkel durch bakterielle Erreger - im Verhältnis zu der mit dem Kode T81.4 abgebildeten Infektion nach Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert - spezifischer ab und ist daher nach DKR D002f (S 6 f) als Hauptdiagnose zu verschlüsseln. Er ist auch nicht durch ein Exklusivum des ICD-10-GM ausgeschlossen (vgl zu dieser Systematik näher BSG vom 26.5.2020 - [B 1 KR 26/18 R](#) - RdNr 24 f). Zu Recht sind die Beteiligten weiter darüber einig, dass die von der Beklagten abgerechnete DRG I12A nur angesteuert wird, wenn neben der - zwischen den Beteiligten unstreitigen - Hauptdiagnose M00.86 die Nebendiagnose T81.4 zu kodieren wäre. Dies hat das LSG aber zu Recht verneint.

19

cc) Ob eine Nebendiagnose für die Abrechnung zusätzlich zur Hauptdiagnose zu kodieren ist, bestimmen die Kodierrichtlinien. Das ist nach den DKR (2011) dann der Fall, wenn die fragliche Diagnose überhaupt als Nebendiagnose zu kodieren ist (dh die Voraussetzungen des Diagnoseschlüssels und der sonstigen Kodierregeln der DKR vorliegen) und sich zudem auf das Versorgungsgeschehen tatsächlich im Sinne eines zusätzlichen Aufwands ausgewirkt hat (vgl DKR D003i Nebendiagnosen; vgl zum Ganzen BSG vom 23.6.2015 - [B 1 KR 13/14 R](#) - SozR 4-5560 § 17b Nr 6 RdNr 17 ff; vgl auch BSG vom 8.11.2011 - [B 1 KR 8/11 R](#) - [BSGE 109, 236](#) = SozR 4-5560 § 17b Nr 2, RdNr 45 mwN). Dies war aber nicht der Fall.

20

d) Eine Mehrfachkodierung für - wie hier - ein und dieselbe Erkrankung findet nur in den in der DKR D012i abschließend aufgeführten Fallgruppen statt. Das sind zum einen die Schlüsselnummern im sogenannten "Kreuz-Stern-System". Dieses System ist speziell dafür bestimmt, Schlüsselnummern mit Kreuzsymbol (†) für die Ursache und Schlüsselnummern mit Sternsymbol (*) für die Manifestation einer

Erkrankung bzw Störung zu kodieren. Im vorliegenden Fall geht es nicht um eine solche Kodierung. Darüber hinaus sind das Fälle, in denen im ICD-10-GM bzw den DKR eine Doppelklassifizierung ausdrücklich vorgesehen ist. Die Mehrfachkodierung des Schlüssels T81.4 neben der Hauptdiagnose M00.86 fällt unter keine der in der DKR D012i abschließend aufgeführten Fallgruppen. Dem steht auch der von der Beklagten in Bezug genommene Hinweis "Soll das Vorliegen einer Manifestation der Infektion (wie z.B. Sepsis oder Abszess) angegeben werden, ist eine zusätzliche Schlüsselnummer zu benutzen" in T81.4 nicht entgegen. Unabhängig davon, ob die zusätzliche Kodierung einer Nebendiagnose für ein und dieselbe Erkrankung aufgrund eines nicht im Schlüssel der Hauptdiagnose enthaltenen Hinweises überhaupt zulässig sein kann, ist dieser Hinweis ohnehin in der für die Vergütungsabrechnung maßgeblichen (vgl dazu oben 2 c) GM-Version des ICD-10 nicht enthalten, sondern lediglich in der WHO-Version.

21

Die DKR gehen generell von der Anwendung der GM-Version des ICD-10 aus (vgl etwa die Einleitung zur Version 2011, die Redaktionellen Hinweise auf S XVII sowie Allgemeine Kodierrichtlinien für Krankheiten, vor DKR D001a). Sie enthalten hingegen keine Regelung, nach der für die Mehrfachkodierung ausnahmsweise die WHO-Fassung des ICD-10 maßgeblich sein soll. DKR D012i regelt auf S 23 zwar, dass für bestimmte Situationen eine andere Form der Doppelklassifizierung als die des Kreuz-Stern-Systems anwendbar ist, um den Gesundheitszustand einer Person vollständig zu beschreiben, und dass der Hinweis im Systematischen Verzeichnis "Soll ... angegeben werden, ist eine zusätzliche Schlüsselnummer zu benutzen" viele solcher Situationen kennzeichnet. Dem hier enthaltenen Klammerzusatz "(WHO)" lässt sich indes nicht entnehmen, dass insoweit die WHO-Fassung des ICD-10 maßgeblich sein soll. Dieser Klammerzusatz bringt vielmehr zum Ausdruck, dass damit gekennzeichnete Erläuterungen mit den entsprechenden Abschnitten aus dem Regelwerk für die WHO-Ausgabe der ICD-10 (Band II) identisch sind (vgl DKR D012i, S 21), da sich einige formale Vereinbarungen der ICD-10-GM, die für die Kodierung und die Interpretation verschlüsselter Daten wichtig sind, an den entsprechenden Abschnitten des Regelwerks für die WHO-Ausgabe der ICD-10 (Band II) orientieren (vgl DKR D013c, S 29). Er bringt folglich keine - wie hier - abweichende WHO-Fassung zur Anwendung.

22

Außerdem kommt eine Doppelklassifikation von vornherein nur dann in Betracht, wenn die Voraussetzungen eines Kodes auch tatsächlich vorliegen. Dies ist bei den Kodes der Kategorien T80-T88 nach dem Wortlaut der Gruppenüberschrift und zusätzlich der konkreten Bezeichnung von T81.4 nur der Fall, wenn die jeweilige Erkrankung "anderorts nicht klassifiziert" ist. Hier ist die Erkrankung indes in M00.86 bereits klassifiziert.

23

4. Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 197a Abs 1 Satz 1 Teilsatz 3 SGG](#) iVm [§ 154 Abs 2 VwGO](#). Die Streitwertentscheidung folgt aus [§ 197a Abs 1 Satz 1 Teilsatz 1 SGG](#) iVm [§ 63 Abs 2 Satz 1](#), [§ 52 Abs 1](#) und 3, [§ 47 Abs 1 GKG](#).

Rechtskraft

Aus

Login

BRD

Saved

2020-10-15