

B 1 KR 41/22 R

Land
Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht
Bundessozialgericht
Sachgebiet
Krankenversicherung
1. Instanz
SG Hamburg (HAM)
Aktenzeichen
S 48 KR 781/19
Datum
11.02.2021
2. Instanz
LSG Hamburg
Aktenzeichen
L 1 KR 29/21
Datum
22.09.2022
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 1 KR 41/22 R
Datum
20.03.2024
Kategorie
Urteil

Die Revision der Klägerin gegen das Urteil des Landessozialgerichts Hamburg vom 22. September 2022 wird zurückgewiesen.

Die Klägerin trägt auch die Kosten des Revisionsverfahrens.

Der Streitwert für das Revisionsverfahren wird auf 11 842,68 Euro festgesetzt.

G r ü n d e :

I

1

Die Beteiligten streiten über die Vergütung einer stationären Krankenhausbehandlung.

2

Die Klägerin betreibt ein zugelassenes Krankenhaus. In dessen Herz- und Diabeteszentrum wurde in der Zeit vom 8.2. bis 2.5.2016 der bei der beklagten Krankenkasse versicherte Z vollstationär wegen eines ausgeprägten Gangräs am linken Fuß bei diabetischem Fußsyndrom behandelt. Es wurde am 8.2.2016 notfallmäßig eine Vorfußamputation durchgeführt. Wegen einer Angiopathie der verschlossenen distalen Arteria poplitea links (Durchblutungsstörung des Unterschenkels im Sinne einer peripheren arteriellen Verschlusskrankheit <pAVK>) erfolgte anschließend eine Stentimplantation (perkutane transluminale Angioplastie). Die Klägerin berechnete dafür 30 609,43 Euro nach Diagnosis Related Group (DRG) F59A unter Kodierung der Hauptdiagnose ICD-10GM E11.75 (Diabetes mellitus, Typ 2, mit multiplen Komplikationen, mit diabetischem Fußsyndrom, als entgleist bezeichnet) und ua der erlösrelevanten Nebendiagnose ICD-10GM L89.38 (Dekubitus 4. Grades: sonstige Lokalisationen der unteren Extremität). Die Beklagte beglich den Rechnungsbetrag zunächst vollständig, verrechnete nach Einschaltung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) jedoch 11 842,68 Euro mit anderweitigen, für sich genommen unstrittigen Forderungen: Da kein Dekubitus vorgelegen habe, sei die Nebendiagnose ICD-10GM L89.38 nicht zu kodieren. Die daher maßgebliche DRG F28C ergebe den verrechneten Differenzbetrag.

3

Das SG hat die Klage auf Zahlung dieses Differenzbetrages abgewiesen (Urteil vom 11.2.2021). Das LSG hat die Berufung zurückgewiesen: Die Klägerin habe zwar zutreffend als Hauptdiagnose ICD-10GM E11.75 verschlüsselt, da ein kausaler Zusammenhang zwischen der pAVK und dem bekannten Diabetes mellitus bestehe. Der Dekubitus könne jedoch nur kodiert werden, wenn er tatsächlich bestehe. Das sei vorliegend nicht der Fall. Dass man den Dekubitus kodieren könne, weil dieser bei dem entstandenen Wundtyp gut passe und in der Deutschen Kodierrichtlinie (DKR) 0401h genannt sei, sei unzutreffend. Für Analogien, Ausdehnungen und Hilfskonstruktionen sei im lernenden DRG-System kein Raum (Urteil vom 22.9.2022).

4

Mit ihrer Revision rügt die Klägerin sinngemäß die Verletzung des [§ 109 Abs 4 Satz 3 SGB V](#) iVm § 17b KHG, § 7 Abs 1 Satz 1 und Abs 2 und § 9 Abs 1 KHEntgG und der FPV 2016 iVm DRG F59A. Das LSG habe zu Unrecht nicht die Nebendiagnose ICD-10GM L89.38 kodiert. Die angenommene Nebendiagnose ICD-10GM L03.11 (Phlegmone an der unteren Extremität, Fuß o.n.A. ...) bilde die gegebenen Komplikationen des diabetischen Fußsyndroms nicht adäquat ab. Nach der DKR 0401h sei bei einem diabetischen Fußsyndrom bei zusätzlicher Infektion oder Ulcus dies nach ICD-10GM L89 zu verschlüsseln. Ein Ulcus könne daher bei einem diabetischen Fußsyndrom auch ohne externes Trauma als Dekubitus kodiert werden.

5

Die Klägerin beantragt,

die Urteile des Landessozialgerichts Hamburg vom 22. September 2022 und des Sozialgerichts Hamburg vom 11. Februar 2021 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, an sie 11 842,68 Euro nebst fünf Prozent Zinsen seit dem 23. September 2016 zu zahlen.

6

Die Beklagte beantragt,

die Revision zurückzuweisen.

II

7

Die Revision des klagenden Krankenhauses ist unbegründet ([§ 170 Abs 1 Satz 1 SGG](#)). Zu Recht hat das LSG die Berufung der Klägerin gegen das klageabweisende SG-Urteil zurückgewiesen. Die zulässig erhobene (echte) Leistungsklage (stRspr; vgl BSG vom 16.12.2008 [B 1 KN 1/07 KR R BSGE 102, 172 = SozR 42500 § 109 Nr 13](#), RdNr 9; BSG vom 16.8.2021 [B 1 KR 18/20 R BSGE 133, 24 = SozR 42500 § 2 Nr 17](#), RdNr 7) ist unbegründet. Der mit der Klage geltend gemachte unstreitige Vergütungsanspruch ist durch Aufrechnung mit dem aus der Behandlung des Versicherten Z resultierenden Erstattungsanspruch erloschen (vgl zur Zugrundelegung von Vergütungsansprüchen bei unstrittiger Berechnungsweise BSG vom 26.5.2020 [B 1 KR 26/18 R](#) juris RdNr 11 mwN; stRspr; vgl zur Aufrechnung BSG vom 25.10.2016 [B 1 KR 9/16 R](#) SozR 4-5562 § 11 Nr 2 und [B 1 KR 7/16 R](#) SozR 47610 § 366 Nr 1). Der beklagten Krankenkasse stand ein Erstattungsanspruch in der geltend gemachten Höhe zu.

8

1. Die Klägerin hatte nur Anspruch auf die niedrigere Vergütung nach DRG F28C, nicht auf die abgerechnete und von der Beklagten gezahlte höhere Vergütung nach DRG F59A. Die Klägerin hätte neben der zutreffend kodierten Hauptdiagnose ICD-10GM E11.75 nicht auch ICD-10GM L89.38 als Nebendiagnose kodieren dürfen, die die Ansteuerung der DRG F59A bewirkte. Davon ist das LSG zu Recht ausgegangen.

9

a) Rechtsgrundlage des von der Klägerin wegen der stationären Behandlung des Versicherten Z geltend gemachten Vergütungsanspruchs ist [§ 109 Abs 4 Satz 3 SGB V](#) iVm [§ 17b KHG](#) und [§ 7 KHEntgG](#), der hier durch [§ 9 Abs 1 KHEntgG](#) iVm FPV 2016 konkretisiert wird (vgl BSG vom 19.6.2018 [B 1 KR 39/17 R](#) SozR 45562 § 9 Nr 10 RdNr 10 mwN). Die Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse entsteht unabhängig von einer Kostenzusage unmittelbar mit Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten kraft Gesetzes, wenn die Versorgung abgesehen von einem Notfall in einem zugelassenen Krankenhaus durchgeführt wird und iS von [§ 39 Abs 1 Satz 2 SGB V](#) erforderlich und wirtschaftlich ist (stRspr; vgl BSG vom 19.3.2020 [B 1 KR 20/19 R BSGE 130, 73 = SozR 42500 § 12 Nr 18](#), RdNr 11 mwN). Diese Grundvoraussetzungen waren nach dem Gesamtzusammenhang der unangegriffenen, den Senat bindenden Feststellungen des LSG ([§ 163 SGG](#)) vorliegend erfüllt.

10

Welche DRG-Position abzurechnen ist, ergibt sich rechtsverbindlich aus der Eingabe und Verarbeitung von Daten in einem automatischen Datenverarbeitungssystem, das auf einem zertifizierten Programm (Grouper) basiert (vgl [§ 1 Abs 6 Satz 1 FPV 2016](#); vgl für die stRspr zum rechtlichen Rahmen der Klassifikationssysteme und des Gruppierungsvorgangs BSG vom 19.6.2018 [B 1 KR 39/17 R](#) SozR 45562 § 9 Nr 10 RdNr 13 und 17 mwN). Dieser Grouper greift auf Daten zurück, die entweder als integrale Bestandteile des Programms mitvereinbart sind oder an anderer Stelle vereinbarte Regelungen wiedergeben. Zu Letzteren gehören die Fallpauschalen selbst, die von den Vertragspartnern auf Bundesebene getroffene Vereinbarung zu den DKR (hier Version 2016) für das GDRG-System? gemäß [§ 17b KHG](#), aber auch die vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) jetzt Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit jährlich herausgegebenen Klassifikationen des Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS) und der ICD-10GM, der deutschen Fassung der internationalen Klassifikation der Krankheiten (vgl BSG vom 22.6.2022 [B 1 KR 31/21 R](#) BSGE 134, 193 = SozR 45560 § 19 Nr 1, RdNr 11). Zu den Abrechnungsbestimmungen gehören insbesondere auch die DKR. Dabei kommt auch den in den DKR enthaltenen Erläuterungen zu den einzelnen Kodierrichtlinien normative Wirkung zu, soweit sie ergänzende Regelungen enthalten (vgl BSG vom 21.4.2015 [B 1 KR 9/15 R BSGE 118, 225 = SozR 42500 § 109 Nr 45](#), RdNr 15; BSG vom 5.7.2016 [B 1 KR 40/15 R](#) SozR 42500 § 109 Nr 58 RdNr 14; vgl zum Ganzen auch BSG vom 12.12.2023 [B 1 KR 1/23 R](#) juris RdNr 16).

11

b) Die zentrale Voraussetzung der kodierten Nebendiagnose ICD-10GM L89.38 ist nicht erfüllt. Die Diagnose ist wie folgt definiert: Dekubitus 4. Grades: sonstige Lokalisationen der unteren Extremität. Ein Dekubitus iS von ICD-10GM L89.38 erfordert eine Gewebeschädigung, die durch eine Druckbelastung verursacht wurde. Dies folgt aus der Auslegung des ICD-Kodes.

12

aa) Abrechnungsbestimmungen sind wegen ihrer Funktion im Gefüge der Ermittlung des Vergütungstatbestandes innerhalb eines vorgegebenen Vergütungssystems eng am Wortlaut orientiert und allenfalls unterstützt durch systematische Erwägungen auszulegen; Bewertungen und Bewertungsrelationen bleiben außer Betracht (vgl BSG vom 8.11.2011 [B 1 KR 8/11 R BSGE 109, 236 = SozR 45560 § 17b Nr 2](#), RdNr 27; BSG vom 16.7.2020 [B 1 KR 16/19 R](#) SozR 45562 § 9 Nr 16 RdNr 17, jeweils mwN). Sie dürfen nicht analog angewandt werden (vgl BSG vom 11.9.2019 [B 6 KA 22/18 R](#) SozR 45531 Nr 01210 Nr 1 RdNr 13 mwN; BSG vom 25.11.2020 [B 6 KA 14/19 R](#) SozR 42500 § 106a Nr 27 RdNr 18 und BSG vom 15.7.2020 [B 6 KA 15/19 R](#) SozR 45531 Nr 31822 Nr 1 RdNr 21, jeweils zu vertragsärztlichen Vergütungsbestimmungen; Wahl in Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, § 109 RdNr 195, Stand 13.7.2023 mwN). 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 (stRspr; vgl BSG vom 24.9.2003 [B 8 KN 3/02 KR R SozR 45565 § 14 Nr 5](#) RdNr 21; BSG vom 8.11.2011 [B 1 KR 8/11 R BSGE 109, 236 = SozR 45560 § 17b Nr 2](#), RdNr 27; BSG vom 20.1.2021 [B 1 KR 31/20 R](#) SozR 42500 § 109 Nr 84

RdNr 21; BSG vom 16.8.2021 [B 1 KR 11/21 R](#) SozR 45562 § 9 Nr 21 RdNr 16 zur Nichtberücksichtigung entstehungsgeschichtlicher Umstände; Wahl in Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, § 109 RdNr 195 mwN, Stand 13.7.2023). Da das DRG-basierte Vergütungssystem vom Gesetzgeber als jährlich weiterzuentwickelndes (§ 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 BSG vom 8.11.2011 [B 1 KR 8/11 R](#) [BSGE 109, 236](#) = SozR 4-5560 § 17b Nr 2, RdNr 27 mwN; s zum Ganzen auch BSG vom 13.11.2012 [B 1 KR 14/12 R](#) SozR 42500 § 301 Nr 1 RdNr 12 ff mwN).

13
bb) ICD-10GM L89.38 wird nach dem Wortlaut des Systematischen Verzeichnisses des ICD-10GM (Version 2016) definiert als "Dekubitus 4. Grades: Dekubitus [Druckgeschwür] mit Nekrose von Muskeln, Knochen oder stützenden Strukturen (z.B. Sehnen oder Gelenkkapseln), sonstige Lokalisationen der unteren Extremität". Der Dekubitus wird in dem eckigen Klammerzusatz ausdrücklich als "Druckgeschwür" definiert. Eckige Klammern werden nach DKR D013c zur Bezeichnung von Synonyma, alternativen Formulierungen oder erläuternden Ausdrücken benutzt. Der Dekubitus erfordert daher qua Definition eine Entstehung durch "Druck".

14
Die binnensystematische Einordnung bestätigt dieses Ergebnis. Ebenso wie ICD-10GM L89.38 kodieren die weiteren Codes nach ICD-10GM L89 eine Druckbelastung. L89 enthält die Überschrift "Dekubitalgeschwür und Druckzone". Beide Varianten erfordern ausdrücklich das Vorhandensein einer Druckverletzung. Der konkrete Wortlaut der weiteren Codes L89.0 ("Druckzone") und L89.1, L89.2, L89.3 und L89.9 (jeweils "Dekubitus [Druckgeschwür]") bestätigen dieses Ergebnis.

15
cc) Keine abweichende Beurteilung folgt aus DKR 0401h. Vielmehr bestätigt sie das Auslegungsergebnis.

16
Sie bestimmt beim diabetischen Fußsyndrom: "Alle vorliegenden Manifestationen und Komplikationen sind zu kodieren, wenn sie der Definition einer Nebendiagnose entsprechen. Die folgende Liste gibt eine Auswahl von Diagnosen wieder, die zum klinischen Bild des 'diabetischen Fußsyndroms' gehören können". Sie enthält unter der Überschrift "1. Infektion und/oder Ulcus" ua eine Phlegmone und einen Dekubitus unterschiedlichen Grades. Die Überschrift "Infektion und/oder Ulcus" entbindet jedoch nicht davon, dass die Voraussetzungen der im Anschluss aufgeführten Codes tatsächlich vorliegen müssen (vgl zum Klammerverweis bei Exklusiva BSG vom 12.12.2023 [B 1 KR 1/23 R](#) juris RdNr 20). Zum einen "können" diese Codes lediglich vorliegen. Zum anderen verzichtet die DKR nicht auf das Vorliegen der Voraussetzungen der jeweiligen Diagnosen nach ICD-10GM. Dies lässt sich hier konkret für den Dekubitus aus dem "Hinweis" zum diabetischen Fußsyndrom in DKR 0401h unter "1. Infektion und/oder Ulcus" ableiten. Dort wird auf die notwendige Druckbelastung gerade nicht verzichtet. Denn die Regelung gibt zwingend vor: "Die folgenden Viersteller zu L89.- Dekubitalgeschwür und Druckzone verschlüsseln an 5. Stelle die Lokalisation der Druckstellen". Aufgeführt ist dort auch L89.3-.

17
c) Maßgeblich für die Kodierung ist das Systematische Verzeichnis des ICD-10GM, das hier wie unter a) aufgezeigt bereits ein Auslegungsergebnis ermöglicht. Lediglich ergänzt wird es durch das Alphabetische Verzeichnis (vgl BSG vom 9.4.2019 [B 1 KR 27/18 R](#) SozR 45562 § 9 Nr 12 RdNr 15 ff), das hier keine Veranlassung gibt, das gefundene Auslegungsergebnis anzuzweifeln. Das Alphabetische Verzeichnis beschreibt unter ICD-10GM L89.3 unterschiedliche Lokalisationen eines Dekubitus 4. Grades (zB Beckenkamm, Dornfortsatz, obere Extremität), ohne eine abweichende Definition zu beinhalten.

18
d) Das vorliegende normativ-determinierte Begriffsverständnis macht eine weitere Erörterung der Begriffsbestimmung des Dekubitus nach einem (einheitlichen) wissenschaftlich-medizinischen Sprachgebrauch oder einem allgemeinsprachlichen Begriffskern entbehrlich, da die unterschiedlichen Begriffsbestimmungen in einem Stufenverhältnis zueinander stehen. In einem ersten Schritt ist zu prüfen, ob ein normativ-determiniertes Begriffsverständnis besteht. Dieses kann ausdrücklich in den Kodiervorschriften festgelegt sein oder diese können implizit ein an anderer Stelle normativ determiniertes Begriffsverständnis in Bezug nehmen. Der Grundsatz, dass medizinische Begriffe im Sinne ihres medizinisch-wissenschaftlichen Sprachgebrauchs zu verstehen sind, ist in einem zweiten Schritt nur mangels normativer definitorischer Vorgaben zu eruieren. Ergeben sich weder aus dem determinierten Begriffsverständnis noch anhand eines faktisch bestehenden, einheitlichen wissenschaftlich-medizinischen Sprachgebrauchs eindeutige Erkenntnisse, ist in einem dritten Schritt der allgemeine Begriffskern maßgeblich (vgl zum Stufenverhältnis BSG vom 20.1.2021 [B 1 KR 31/20 R](#) SozR 42500 § 109 Nr 84 RdNr 25, 24). Das schon durch ICD-10GM L89 iVm der DKR 0401h normativ-determinierte Begriffsverständnis, wonach die Kodierung eines Dekubitus eine Verursachung durch Druck erfordert, schließt eine weitere Prüfung im Sinne des zweiten oder dritten Schritts aus.

19
e) Nach den bindenden Feststellungen des LSG ([§ 163 SGG](#)) lag beim Versicherten kein durch Druck verursachtes Geschwür vor. Dies stellt auch die Klägerin nicht in Abrede. Sie begehrt vielmehr aufgrund der DKR 0401h die Kodierung eines Dekubitus bei einem Ulcus infolge diabetischen Fußsyndroms auch ohne externes Trauma. Dies liefe auf eine unzulässige analoge Anwendung hinaus.

20
2. Dem Erstattungsanspruch stehen auch keine Einreden oder Einwendungen entgegen (vgl BSG vom 20.1.2021 [B 1 KR 31/20 R](#) SozR 42500 § 109 Nr 84 RdNr 28 ff). Die ordnungsgemäß erklärte Aufrechnung war nicht ausgeschlossen (§ 9 PrüfVV 2014, der im Jahr 2016 für Auffälligkeitsprüfungen und Prüfungen der sachlich-rechnerischen Richtigkeit Anwendung findet, vgl BSG vom 10.11.2021 [B 1 KR 36/20 R](#) [BSGE 133, 126](#) = SozR 42500 § 275 Nr 36, RdNr 11 ff).

21
3. Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 197a Abs 1 Satz 1 Teilsatz 3 SGG](#) iVm [§ 154 Abs 2 VwGO](#). Die Festsetzung des Streitwerts beruht auf [§ 197a Abs 1 Satz 1 Teilsatz 1 SGG](#) iVm [§ 63 Abs 2](#), [§ 52 Abs 1](#) und 3 sowie [§ 47 Abs 1 GKG](#).

Rechtskraft
Aus
Saved

2024-06-26