

## **B 1 KR 26/18 R**

Land  
Bundesrepublik Deutschland  
Sozialgericht  
Bundessozialgericht  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung  
1  
1. Instanz  
SG Chemnitz (FSS)  
Aktenzeichen  
S 10 KR 126/11  
Datum  
23.05.2013  
2. Instanz  
Sächsisches LSG  
Aktenzeichen  
L 1 KR 252/13  
Datum  
27.10.2017  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
B 1 KR 26/18 R  
Datum  
26.05.2020  
Kategorie  
Urteil

Auf die Revision der Beklagten werden die Urteile des Sächsischen Landessozialgerichts vom 27. Oktober 2017 und des Sozialgerichts Chemnitz vom 23. Mai 2013 aufgehoben. Die Klage wird abgewiesen. Die Klägerin trägt die Kosten des Rechtsstreits in allen Rechtszügen. Der Streitwert für das Revisionsverfahren wird auf 1526,68 Euro festgesetzt.

Gründe:

I

1

Die Beteiligten streiten über die Vergütung einer stationären Krankenhausbehandlung.

2

Die Klägerin ist Trägerin eines nach [§ 108 SGB V](#) zugelassenen Krankenhauses. Sie behandelte den bei der beklagten Krankenkasse (KK) versicherten H. S. (im Folgenden: Versicherter) in der Zeit vom 5. bis 11.8.2009 vollstationär wegen eines Harnwegsinfekts mit Nachweis von Extended-Spectrum-Betalaktamase (ESBL, Hinweis auf multiresistente Keime). Der Versicherte war zum Zeitpunkt der Aufnahme mit einem suprapubischen Blasenkatheter (Dauerkatheter) versorgt. Ein solcher Katheter wird über einen Hautschnitt oberhalb des Schambeins durch die Bauchwand in die Harnblase eingeführt, sodass der Urin unter Umgehung der Harnröhre abgeleitet wird. Zu einem Katheterwechsel kam es während der stationären Behandlung nicht. Die Klägerin stellte der Beklagten für die stationäre Behandlung des Versicherten 2984,82 Euro in Rechnung auf der Grundlage der Fallpauschale (Diagnosis Related Group 2009 (DRG)) L69B (Andere schwere Erkrankungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren oder schweren CC, Alter ) 9 Jahre). Zu dieser DRG gelangte sie, indem sie nach dem in diesem Jahr geltenden ICD-10-GM als Hauptdiagnose T83.5 (Infektion und entzündliche Reaktion durch Prothese, Implantat oder Transplantat im Harntrakt) kodierte und als Nebendiagnosen U80.4! (Escherichia, Klebsiella und Proteus mit Resistenz gegen Chinolone, Carbapeneme, Amikacin, oder mit nachgewiesener Resistenz gegen alle Beta-Laktam-Antibiotika [ESBL-Resistenz]) sowie N18.81 (Chronische Niereninsuffizienz, Stadium I). Die Beklagte beglich den Rechnungsbetrag zunächst, verrechnete jedoch später 1526,68 Euro aufgrund von Stellungnahmen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) mit anderen unstreitigen Forderungen der Klägerin. Abzurechnen sei die mit 1458,14 Euro zu vergütende DRG L63F (Infektionen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC, Alter ) 5 Jahre) nach Maßgabe der Hauptdiagnose N39.0 (Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet) bzw - so der Vortrag im weiteren Verlauf des Verfahrens - N30.0 (Akute Zystitis). Das SG hat die Beklagte zur Zahlung von 1526,68 Euro nebst Zinsen verurteilt (Urteil vom 23.5.2013), das LSG hat die dagegen gerichtete Berufung der Beklagten zurückgewiesen: Nach dem Wortlaut, ergänzt um systematische Erwägungen, sei T83.5 gegenüber N30.0 der spezifischere Code. Bei dem liegenden suprapubischen Katheter handele es sich um eine Prothese, ein Implantat oder Transplantat iS von T83.5 (Urteil vom 27.10.2017).

3

Mit ihrer Revision rügt die Beklagte die Verletzung der Vorschriften zur Kodierung der Hauptdiagnose nach der Deutschen Kodierrichtlinie (DKR, 2009) D002f und von ICD-10-GM (2009) T83.5. Der suprapubische Blasenkatheter sei nicht Prothese, Implantat oder Transplantat iS dieses Codes. Das LSG habe keine Feststellungen dazu getroffen, dass der nachgewiesene Harnwegsinfekt durch den Katheter eingetreten sei.

4

Die Beklagte beantragt, die Urteile des Sächsischen Landessozialgerichts vom 27. Oktober 2017 und des Sozialgerichts Chemnitz vom 23. Mai 2013 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

5

Die Klägerin beantragt, die Revision zurückzuweisen.

6

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend. Nach medizinischer Erfahrung und aufgrund der Wirkweise des Katheters sei mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass der vorhandene Katheter Ausgangspunkt der Infektion gewesen sei.

II

7

Die zulässige Revision der beklagten KK ist begründet ([§ 170 Abs 2 Satz 1 SGG](#)). Das LSG hat zu Unrecht deren Berufung gegen das Urteil des SG zurückgewiesen. LSG- und SG-Urteil verletzen revisibles Recht.

8

Die Klage ist in dem hier bestehenden Gleichordnungsverhältnis als (echte) Leistungsklage gemäß [§ 54 Abs 5 SGG](#) zulässig (stRspr, vgl zB BSG Urteil vom 16.12.2008 - [B 1 KN 1/07 KR R - BSGE 102, 172 = SozR 4-2500 § 109 Nr 13](#), RdNr 9 mwN), jedoch unbegründet. Die Beklagte hat den unstreitig entstandenen Vergütungsanspruch der Klägerin aus der Behandlung anderer Versicherter in Höhe von 1526,68 Euro dadurch erfüllt, dass sie mit einem aus der Behandlung des Versicherten resultierenden Gegenanspruch aus öffentlich-rechtlicher Erstattung wirksam aufrechnete. Der Klägerin standen als Vergütung nur 1458,14 Euro für die stationäre Behandlung des Versicherten zu, nicht hingegen die dafür von der Beklagten gezahlten weiteren 1526,68 Euro.

9

1. Rechtsgrundlage des von der Klägerin wegen der stationären Behandlung des Versicherten vom 5. bis 11.8.2009 geltend gemachten Vergütungsanspruchs ist [§ 109 Abs 4 Satz 3 SGB V](#) iVm § 7 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) und § 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz (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 - juris RdNr 11 mwN](#)).

10

2. Der Vergütungsanspruch der Klägerin 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 vorliegend der Fall.

11

Es ist zwischen den Beteiligten zu Recht auch nicht streitig, dass die Klägerin aufgrund stationärer Behandlung anderer Versicherter der Beklagten Anspruch auf 1526,68 Euro hatte und der Klägerin unter der Voraussetzung, dass die DRG L63F abzurechnen war, nur ein Vergütungsanspruch von 1458,14 Euro für die stationäre Behandlung des Versicherten zustand, hingegen der Vergütungsanspruch dafür sich auf 2984,82 Euro belief, wenn die DRG L69B abzurechnen war. Eine nähere Prüfung des erkennenden Senats zur Höhe der streitigen Beträge erübrigt sich. Der vom LSG zugrunde gelegte übereinstimmende Beteiligtenvortrag genügt insoweit als ausreichende Tatsachengrundlage für die Feststellung der Anspruchsvoraussetzungen und Gegenrechte. Auch wenn amtliche Sachaufklärung nicht von Beteiligtenvorbringen (Tatsachenbehauptungen, Beweisanregungen, Beweisanträgen) abhängig ist, begründet der Amtsermittlungsgrundsatz keine Pflicht von Behörden und Gerichten, Tatsachen zu ermitteln, für deren Bestehen weder das Beteiligtenvorbringen noch sonstige konkrete Umstände des Einzelfalls Anhaltspunkte liefern. In diesem Sinne findet die amtliche Sachaufklärungspflicht ihre Grenze an der Mitwirkungslast der Verfahrensbeteiligten. Dies gilt umso mehr, wenn - wie hier - beide Beteiligten eine besondere professionelle Kompetenz aufweisen (stRspr; vgl zur Zulässigkeit dieses Vorgehens zB BSG vom 6.3.2012 - [B 1 KR 14/11 R - SozR 4-2500 § 130 Nr 2 RdNr 17](#), dort zu einer Arzneimittelvergütung; s ferner BSG vom 19.6.2018 - [B 1 KR 39/17 R - SozR 4-5562 § 9 Nr 10 RdNr 9 und 29](#), zu Krankenhausvergütungen in einer Aufrechnungslage).

12

3. Der Klägerin stand neben den von der Beklagten gezahlten 1458,14 Euro kein weitergehender Vergütungsanspruch in Höhe der darüber hinaus geforderten 1526,68 Euro und damit auch kein Zinsanspruch zu. Zu Unrecht rechnete die Klägerin den Behandlungsfall des Versicherten nach Maßgabe der DRG L69B unter Kodierung der Hauptdiagnose T83.5 ab. Abzurechnen war stattdessen die von der zu kodierenden Hauptdiagnose N30.0 (Akute Zystitis) angesteuerte DRG L63F.

13

a) Die Vergütung für Krankenhausbehandlung der Versicherten bemisst sich bei DRG-Krankenhäusern wie jenem der Klägerin 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 KHEntgG und § 17b KHG (vgl oben 1). 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 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 zu Verlegungsfällen und 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 Satz 1 Nr 3 KHEntgG.

14

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 2009; 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 2009, idF der Bekanntmachung des BMG gemäß [§§ 295](#) und [301 SGB V](#) zur Anwendung des Diagnoseschlüssels vom 28.10.2008, BAnz Nr 170 vom 7.11.2008, S 4016, in Kraft getreten am 1.1.2009), die Klassifikation des DIMDI im Auftrag des BMG herausgegebenen Operationen- und Prozedurenschlüssel (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 DKR (Version 2009 für das G-DRG-System&8206; 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).

15

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).

16

b) Zu Recht sind die Beteiligten darüber einig, dass die von der Klägerin abgerechnete DRG L69B nur angesteuert wird, wenn neben der - zwischen den Beteiligten unstreitigen - Nebendiagnose U80.4! für den resistenten Infektionserreger die Hauptdiagnose T83.5 zu kodieren wäre. Dies war aber nicht der Fall. Als Hauptdiagnose zu kodieren war stattdessen N30.0, die DRG L63F ansteuert.

17

Die Hauptdiagnose wird nach der DKR D002f definiert als die Diagnose, die nach Analyse als diejenige festgestellt wurde, die hauptsächlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthaltes des Patienten verantwortlich ist (vgl dazu auch BSG vom 21.4.2015 - [B 1 KR 9/15 R - BSGE 118, 225](#) = SozR 4-2500 § 109 Nr 45, RdNr 16 ff). Die DKR D002f regelt ferner (S 6 f), dass Codes nach den Kategorien T80-T88 (Komplikationen bei chirurgischen Eingriffen und medizinischer Behandlung, anderenorts nicht klassifiziert) nur dann als Hauptdiagnose zu verschlüsseln sind, wenn kein spezifischerer Code in Bezug auf die Erkrankung bzw Störung existiert oder die Verschlüsselung dieses spezifischeren Codes durch ein Exklusivum des ICD-10-GM ausgeschlossen ist.

18

Ungeachtet der Frage, ob die Voraussetzungen von T83.5 vorlagen, dh ob der bei dem Versicherten vorliegende Harnwegsinfekt durch den bei ihm eingesetzten suprapubischen Blasenkatheter als Unterfall einer Prothese, eines Implantats oder Transplantats bedingt war (vgl dazu BSG vom 9.4.2019 - [B 1 KR 27/18 R](#) - SozR 4-5562 § 9 Nr 12 RdNr 15 ff), scheidet eine Kodierung dieses Codes als Hauptdiagnose danach vorliegend aus. Denn in Bezug auf die bei dem Versicherten vorliegende Erkrankung existiert mit N30.0 ein spezifischerer Code (dazu aa), dessen Verschlüsselung auch nicht durch ein Exklusivum des ICD-10-GM ausgeschlossen ist (dazu bb).

19

aa) Nach dem Wortlaut der DKR D002f ist die Frage, ob kein spezifischerer Code als ein Code aus der dort abgebildeten Tabelle 1 (die ebenfalls alle den Zusatz "anderenorts nicht klassifiziert" enthalten) oder nach den Kategorien T80-T88 existiert, "in Bezug auf die Erkrankung bzw. Störung" zu prüfen.

20

Der Ursache der Erkrankung oder Störung kommt danach nur dann Bedeutung zu, wenn damit die Erkrankung bzw Störung als solche näher spezifiziert werden kann, als dies mit anderen Codes der Fall ist. Als Beispiel hierfür nennen die DKR die Elektrodendislokation bei einem Herzschrittmacherträger (Beispiel 7 zur DKR D002f S 7). Hier beschreibt der Code T82.1 (Mechanische Komplikation durch ein kardiales elektronisches Gerät) die Störung spezifischer als der alternativ in Betracht kommende Code I97.8 (Sonstige Kreislaufkomplikationen nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert).

21

Das korreliert auch mit Wortlaut und Systematik des ICD-10-GM. Denn die in der DKR D002f geregelte Subsidiarität der Codes aus T80-T88 ergibt sich dort auch aus dem Zusatz "anderorts nicht klassifiziert" im Titel der Gruppe T80-T88.

22

Danach war im Fall des Versicherten N30.0 gegenüber T83.5 der spezifischere Code (vgl auch die Kodierempfehlung KDE-212 der Sozialmedizinischen Expertengruppe "Vergütung und Abrechnung" der Medizinischen Dienste (SEG 4), abrufbar unter <https://foka.medizincontroller.de/index.php/KDE-212>, zuletzt aktualisiert am 27.4.2015). Denn nach dem Gesamtzusammenhang der vom LSG getroffenen Feststellungen, die von den Beteiligten nicht mit Verfahrensrügen angegriffen wurden und deshalb für den Senat bindend sind (§ 163 SGG), litt der Versicherte an einer akuten Harnblasenentzündung, die den stationären Aufenthalt auch hauptsächlich veranlasst hat. Diese Erkrankung wird durch den Code N30.0 (Akute Zystitis) sowohl hinsichtlich ihrer Lokalisierung (Harnblase) als auch hinsichtlich der Art der Erkrankung (akute Entzündung) spezifischer bezeichnet als durch den Code T83.5 (Infektion und entzündliche Reaktion durch im Harntrakt). Selbst wenn die Entzündung durch den suprapubischen Blasenkatheter verursacht worden sein sollte - was das LSG nicht festgestellt hat -, wäre diese zusätzliche Information aus T83.5. im vorliegenden Fall nicht geeignet, die Erkrankung als solche spezifischer zu beschreiben.

23

bb) Die Verschlüsselung des Codes N30.0 war auch nicht durch ein auf T83.5 verweisendes Exklusivum ausgeschlossen.

24

Existiert wie hier ein spezifischerer Code in Bezug auf die Erkrankung bzw Störung, kommt eine Verschlüsselung von Codes der Kategorien T80-T88 nach der DKR D002f nur in Betracht, wenn die Verschlüsselung des spezifischeren Codes durch ein Exklusivum ausgeschlossen ist. Weder zu N30.0 noch zu der Gruppe Sonstige Krankheiten des Harnsystems (N30-N39) findet sich aber ein Exklusivum in Bezug auf T83.5 oder die Gruppe T80-T88.

25

Das im Kapitelvorspann zum Kapitel XIV - Krankheiten des Urogenitalsystems (N00-N99) formulierte Exklusivum "Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (S00-T98)" (Kapitel XIX) schließt die Kodierung von N30.0 im Verhältnis zu T83.5 nicht aus. Diesem Exklusivum kann zwar grundsätzlich ein Vorrang der ursachenspezifischen Erkrankungen des Kapitels XIX (S00-T98) gegenüber den organspezifischen Krankheiten des Kapitels XIV (N00-N99) entnommen werden. Einschlägig ist es aber nur dann, wenn die Voraussetzungen eines Codes des Kapitels S00-T98 auch tatsächlich vorliegen. Dies ist bei den Codes der Kategorien T80-T88 nach dem Wortlaut der Gruppenüberschrift nur der Fall, wenn die jeweilige Erkrankung "anderorts nicht klassifiziert" ist. Diese Auslegung wird durch weitere systematische Erwägungen gestützt. Denn wollte man den in dem Kapitelvorspann der meisten organspezifischen Krankheiten enthaltenen Exklusiva in Bezug auf das Kapitel XIX (S00-T98) einen generellen Vorrang der Codes dieses Kapitels beimessen, wären die zahlreichen spezielleren Exklusiva in anderen Kapiteln (vgl zB die Exklusiva bei G93.1, H59.-, I97.-, J43.-, J95.-, K65.-, L23.3, L50.-, M96.6) in Bezug auf einzelne oder Kategorien von Codes des Kapitels XIX überflüssig und nicht verständlich.

26

c) Der Code T83.5 war auch nicht als Nebendiagnose zu verschlüsseln. Eine Mehrfachkodierung für - wie hier - ein und dieselbe Erkrankung findet nur in den in der DKR D012f 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. Darüber hinaus sind das Fälle, in denen im ICD-10-GM bzw den DKR eine Doppelklassifizierung ausdrücklich vorgesehen ist. Dies ist bei der Zystitis nur hinsichtlich des Infektionserregers der Fall (vgl die Anmerkung zur Kategorie N30.- im ICD-10-GM). In Bezug auf andere Ursachen der Zystitis, wie hier etwa den suprapubischen Blasenkatheter, existiert eine entsprechende Regelung nicht. Im Übrigen ist auch ein die Kodierung als Nebendiagnose rechtfertigender zusätzlicher Aufwand im Sinne der DKR D003d nicht festgestellt.

27

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

Rechtskraft

Aus

Login

BRD

Saved

2020-10-02