# S 11 KR 3141/19

## Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

| | |
|---|---|
| Land | Nordrhein-Westfalen |
| Sozialgericht | Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen |
| Sachgebiet | Krankenversicherung |
| Abteilung | 11 |
| Kategorie | Urteil |
| Bemerkung | - |
| Rechtskraft | - |
| Deskriptoren | - |
| Leitsätze | - |
| Normenkette | - |

### 1. Instanz

| | |
|---|---|
| Aktenzeichen | S 11 KR 3141/19 |
| Datum | 25.02.2021 |

### 2. Instanz

| | |
|---|---|
| Aktenzeichen | L 11 KR 281/21 KH |
| Datum | 18.01.2023 |

### 3. Instanz

| | |
|---|---|
| Datum | - |

**Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Gelsenkirchen vom 25. Februar 2021 wird zurÃ¼ckgewiesen.**

**Die Beklagte trÃ¤gt auch die Kosten des Berufungsverfahrens.**

**Die Revision wird nicht zugelassen.**

**Der Streitwert wird auch fÃ¼r das Berufungsverfahren auf 1.649,54 Euro festgesetzt.**

Â

**Tatbestand:**

Â

Streitig ist die VergÃ¼tung von Krankenhausbehandlung.

Â

Die 1929 geborene Versicherte R. ist bei der Beklagten versichert. Sie wurde in der Zeit vom 1. April 2018 bis zum 5. April 2018 in dem gem. Â§ 108 FÃ¼nftes Buch Sozialgesetzbuch â□□ Gesetzliche Krankenversicherung â□□ (SGB V) zur Versorgung gesetzlich Krankenversicherter zugelassenen Krankenhaus der Beklagten stationÃ¤r behandelt.

Â

Die Versicherte wurde von NotfallsanitÃ¤tern zuhause auf der Couch liegend angetroffen und klagte Ã¼ber plÃ¶tzlich einsetzenden SchÃ¼ttelfrost und Gliederschmerzen sowie KaltschweiÃ□igkeit. Sie wurde sodann notfallmÃ¤Ã□ig im Krankenhaus der Beklagten aufgenommen. Bei der Aufnahme wurde Fieber (39,8Â° C) festgestellt. Nachdem das Fieber am 2. April 2018 zurÃ¼ckgegangen war, allerdings erhÃ¶hte CRP-Werte mit steigender Tendenz vorlagen, begann das Krankenhaus eine antibiotische Therapie. Am 5. April 2018 wurde die Versicherte entlassen.

Â

FÃ¼r die Behandlung der Versicherten stellte das Krankenhaus der Beklagten am 24. April 2018 unter Zugrundelegung der Diagnosis Related Group (DRG) T60E (â□□Sepsis ohne komplizierende Konstellation, auÃ□er bei Zustand nach Organtransplantation, ohne komplexe Diagnose, ohne Ã¤uÃ□erst schwere CC, Alter > 9 Jahre, ohne intensivmed. Komplexbeh. > 196 / 184 / â□□ Aufwandsp., mehr als ein Belegungstagâ□□) einen Betrag von 3.762,97 Euro in Rechnung. Die Beklagte beglich die Rechnung vollstÃ¤ndig unter Vorbehalt und beauftragte am 2.Â Mai 2018 den Sozialmedizinischen Dienst (SMD) mit der DurchfÃ¼hrung einer KrankenhausfallprÃ¼fung. Der PrÃ¼fgegenstand war mit â□□KodierprÃ¼fungâ□□ bezeichnet. Nachdem der SMD weitere Unterlagen von dem Krankenhaus angefordert hatte (Entlassungsbericht, Ã¤rztlicher Anamnese- und Aufnahmebefund, Fieberkurve, Verlaufsdokumentation Ã¤rztlicher Anordnungen, Pflegedokumentation und Pflegebericht, Laborbefund(e), BGA, Dokumentation der Sequential organ failure assessment score -Kriterien), kam er in seinem Gutachten vom 15. Juni 2018 (geschrieben am 14. September 2018) zu dem Ergebnis, dass die Voraussetzungen einer Sepsis als lebensbedrohliche OrganfunktionseinschrÃ¤nkung nicht dokumentiert seien, insbesondere gebe es keinen Hinweis auf positive SOFA-Kriterien. Die Hauptdiagnose A41.9 (â□□Sepsisâ□□) sei deswegen nicht korrekt, richtig sei die Hauptdiagnose K83.0 (â□□Cholangitisâ□□). Es ergebe sich die DRG H64Z (â□□Erkrankungen von Gallenblase und Gallenwegenâ□□).

Â

Das Krankenhaus (Frau H., Medizincontrollerin und Chirurgin) widersprach dem Ergebnis des Gutachtens mit Schreiben vom 29. Oktober 2018 und machte geltend, dass weder die International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD) noch die Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) bislang eine Ã□nderung der Kodierung im Sinne der SOFA-Kriterien erfahren hÃ¤tten. MaÃ□geblich sei unverÃ¤ndert das Systemic Inflammatory Response Syndrome (SIRS) ohne

Organdysfunktion. Die DKR verbiete weiterhin eine Kombination der Diagnose R65.0 (â□□Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS] infektiÃ¶ser Genese ohne Organkomplikationenâ□□) mit einer beliebigen Infektion. Das Deutsche Institut fÃ¼r Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) verweise in seiner FAQ 1007 auf die SIRS-Definition vom 1. Januar 2007. Die Voraussetzungen der Sepsis im Sinne der SIRS-Definition seien erfÃ¼llt: Temperatur bei Aufnahme 38,9Â° C (gemeint: 39,8Â°Â C), Herzfrequenz 100, Atemfrequenz 28 und 14.000 Leukozyten.

Â

Der SMD folgte den EinwÃ¤nden nicht, was die Beklagte dem Krankenhaus mitteilte.

Â

Am 24. September 2018 verrechnete die Beklagte per Sammelavis einen Betrag von 1.649,54 Euro gegen nicht nÃ¤her benannte andere und unstreitige Forderungen der KlÃ¤gerin.

Â

Die KlÃ¤gerin hat am 16. Dezember 2019 Klage zum Sozialgericht (SG) Gelsenkirchen erhoben und geltend gemacht, dass die Kodierung des Krankenhauses zutreffend sei.

Â

Die KlÃ¤gerin hat beantragt,

Â

die Beklagte zu verurteilen, an die KlÃ¤gerin 1649,54 â□¬ nebst 2 Prozentpunkten Zinsen Ã¼ber dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 24. September 2018 zu zahlen.

Â

Die Beklagte hat beantragt,

Â

die Klage abzuweisen.

Â

Sie hat auf die AusfÃ¼hrungen des SMD Bezug genommen.

Â

Das SG hat sodann Beweis erhoben durch Einholung eines schriftlichen SachverstÃ¤ndigengutachtens. Dr. M., Facharzt fÃ¼r Innere Medizin, HÃ¤matologie und internistische Onkologie, hat sein Gutachten nach Aktenlage am 24. September 2020 erstattet und ausgefÃ¼hrt:

Â

Bei der Versicherten habe ein infektiÃ¶ses SIRS ohne Organkomplikationen im Rahmen einer Cholangiosepsis bei wegen eines Gallenwegkarzinoms im Gallengang liegenden Stents vorgelegen. Bei der Versicherten seien alle vier SIRS-Kriterien erfÃ¼llt gewesen: KÃ¶rpertemperatur von 39,8 Â°C, Herzfrequenz zwischen 90 und 100 pro Minute, Atemfrequenz von 24-28 pro Minute und Leukozytose von 14.000 pro Mikroliter. Organkomplikationen im Rahmen der Sepsis seien bei der Versicherten wÃ¤hrend des stationÃ¤ren Aufenthaltes zu keinem Zeitpunkt aufgetreten. Als Hauptdiagnose sei A41.9 (â□□Sepsis, nicht nÃ¤her bezeichnetâ□□) anzusehen. Dabei mÃ¼sse nach dem Kode fÃ¼r die Sepsis bzw. die eine SIRS nichtinfektiÃ¶ser Genese auslÃ¶sende Grundkrankheit ein Kode aus R65.-! angegeben werden, hier R65.0! fÃ¼r eine Sepsis ohne Organkomplikationen. Die weiteren Nebendiagnosen hÃ¤tten fÃ¼r den stationÃ¤ren Aufenthalt keine wesentliche Rolle gespielt. WÃ¼rde K83.0 (â□□Cholangitis, Gallenwegsinfektionâ□□) als Hauptdiagnose angesehen, wie die Beklagte meine, wÃ¼rde das SIRS nicht berÃ¼cksichtigt.

Â

FÃ¼r die Beurteilung des Vorliegens der Sepsis komme es auf die ab dem 1. Januar 2007 gÃ¼ltige Definition von SIRS an. Danach sei von einer Sepsis auszugehen, wenn mindestens zwei von vier Kriterien fÃ¼r ein SIRS vorlÃ¤gen und ein positiver Keimnachweis in der Blutkultur gelinge. Ohne positiven Erregernachweis mÃ¼ssten alle vier Kriterien vorliegen, was bei der Versicherten der Fall gewesen sei. Die dem zugrunde liegende Definition der Sepsis sei 1992 im Rahmen einer US-amerikanischen Konsensuskonferenz festgelegt worden und auch in Deutschland akzeptiert worden. Die Definition der Sepsis sei im Fluss. Im Jahr 2016 sei im Rahmen einer Konsensuskonferenz in den USA eine andere Definition festgelegt worden (Sepsis-3). Diese sei erst Ende 2018 in die neue deutsche S3-Leitlinie aufgenommen worden, die seit Anfang 2020 in Kraft sei. Bei dieser neuen Definition komme es auf den Nachweis des Vorliegens von mindestens einer Organdysfunktion an, zu deren Erfassung der SOFA-Score angewendet werde. Nach diesem Score finde sich bei der Versicherten keine Organdysfunktion. Eine Anpassung der ICD-10-GM-Klassfikation an die Sepsis-3-Definition sei im Ã□brigen erst 2020 erfolgt.

Â

Die KlÃ¤gerin hat sich durch das Gutachten bestÃ¤tigt gesehen. Die Beklagte hat an ihrer Auffassung festgehalten, dass es auf die SOFA-Kriterien ankomme. Dazu hat sie auf die AusfÃ¼hrungen eines SachverstÃ¤ndigen in einem anderen Rechtsstreit verwiesen (Gutachten des Prof. J. vom 11. April 2019 in dem

Rechtsstreit S 17 KR 944/18, SG Gelsenkirchen).

Â

Die Beteiligten haben ihr EinverstÃ¤ndnis mit einer Entscheidung ohne mÃ¼ndliche Verhandlung erklÃ¤rt.

Â

Das SG hat der Klage mit Urteil ohne mÃ¼ndliche Verhandlung vom 25. Februar 2021 stattgegeben und die Beklagte antragsgemÃ¤Ã zur Zahlung weiterer KrankenhausvergÃ¼tung in HÃ¶he von 1.649,54 Euro nebst Zinsen in HÃ¶he von 2 Prozentpunkten Ã¼ber dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 24. September 2018 verurteilt: Der VergÃ¼tungsanspruch der KlÃ¤gerin sei nicht durch Aufrechnung erloschen. Ein Erstattungsanspruch bestehe nicht. Die KlÃ¤gerin habe zu Recht nach der DRG T60E abgerechnet und die dafÃ¼r erforderliche Diagnose A41.9 (â€Sepsis, nicht nÃ¤her bezeichnetâ€) kodiert. MaÃgeblich sei die Sepsis-2-Definition, deren Voraussetzungen erfÃ¼llt seien. Auf die weiteren EntscheidungsgrÃ¼nde wird Bezug genommen.

Â

Gegen das ihr am 12. MÃ¤rz 2021 zugestellte Urteil richtet sich die am 8. April 2021 bei dem SG eingegangene Berufung der Beklagten. Mit dieser macht sie geltend, dass mit der Sepsis-2-Definition ein veralteter BeurteilungsmaÃstab herangezogen worden sei. FÃ¼r die Kodierung seien weder Leitlinien noch die FAQ des DIMDI verbindlich. MaÃgebend seien allein Regelungen im ICD-10-GM und den DKR. Dort finde sich bezogen auf das Jahr 2020 und frÃ¼her keine Definition der Sepsis. Die auch vom SachverstÃ¤ndigen angefÃ¼hrte Ãnderung der ICD-10-GM 2020 habe sich auf die Entkopplung von Sepsis und SIRS infektiÃ¶ser Genese bezogen, und zwar auf die Kodierbarkeit von SIRS bezogen, nicht einer Sepsis. Die Definition der Sepsis sei an anderer Stelle auÃerhalb des DRG-Systems erfolgt, nÃ¤mlich in medizinischen FachverÃ¶ffentlichungen. Hier sei mit der Sepsis-3-Definition auf internationaler Ebene eine Ãnderung der Definition erfolgt, und zwar bereits im Jahr 2016 im Rahmen einer Konsensuskonferenz. SpÃ¤testens ab 2017 hÃ¤tten deutsche Mediziner daher im klinischen Alltag auf diese Definition zurÃ¼ckgreifen mÃ¼ssen. Die Sepsis-3-Definition sei bereits am 24. Februar 2016 im Deutschen Ãrzteblatt (DÃ) publiziert worden, eine weitere Publikation sei 2017 erfolgt. Die Deutsche Sepsis-Gesellschaft (DSG) stelle ebenfalls auf die Konsensuskonferenz 2016 ab. SchlieÃlich habe auch das Robert-Koch-Institut (RKI) in seinem Epidemiologischen Bulletin vom 14. September 2017 auf die Ãnderung der Definition im Jahr 2016 hingewiesen. Seit der Konsensuskonferenz 2016 habe unzweifelhaft in Deutschland medizinischer Konsens bzgl. der Sepsis-3-Definition bestanden. Es bedÃ¼rfe keiner â€Ratifizierungâ€ im Sinne einer Leitlinie. Diese werde im Ãbrigen turnusmÃ¤Ãig Ã¼berarbeitet, unabhÃ¤ngig vom Zeitpunkt einer Konsentierung. Das SG habe zudem den SachverstÃ¤ndigen unzulÃ¤ssigerweise zur Beantwortung einer Rechtsfrage herangezogen.

Â

Die Beklagte beantragt,

Â

das Urteil des Sozialgerichts Gelsenkirchen vom 25. Februar 2021 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Â

Die KlÃ¤gerin beantragt,

Â

die Berufung zurÃ¼ckzuweisen.

Â

Die Beklagte verkenne, dass sich konsensfÃ¤hige medizinische Erkenntnisse in der Regel erst aus einschlÃ¤gigen medizinischen Leitlinien ableiten lieÃen. Medizinische Fachdiskussionen in den USA begrÃ¼ndeten keinen in der Praxis verbreiteten medizinischen Standard (Verweis auf Bundessozialgericht , Urteil vom 13. Dezember 2005, B 1 KR 21/04 R, BSGE 81, 182, 187 f.). Es liege nahe, entsprechende Leitlinien zur Konkretisierung von Standards heranzuziehen. In Deutschland sei der Prozess der Evidenz- und Konsensfindung in Bezug auf die Konsensuskonferenz 2016 erst im Dezember 2018 abgeschlossen gewesen. Anzumerken sei, dass die deutsche S3-Leitlinie in einigen Punkten von der internationalen Leitlinie der Surviving Sepsis Campaign abweiche mit dem Verweis darauf, dass dies im Einklang mit der aktuellen wissenschaftlichen Evidenz stehe. Das belege, dass die Leitlinie die aktuelle wissenschaftliche Evidenz wiedergebe. Es sei zwar zutreffend, dass die geÃ¤nderte Sepsis-Definition nach 2016 eine zunehmende Akzeptanz gefunden habe. Der darauf gerichtete â□□Implementierungsprozessâ□□ sei aber erst mit der Ãberarbeitung der S3-Leitlinie zum 31. Dezember 2018 und der ÃberfÃ¼hrung der neuen Sepsis-Kriterien in den ICD-10-GM 2020 abgeschlossen gewesen.

Â

Abrechnungsbestimmungen seien Ã¼berdies eng am Wortlaut auszulegen. Insoweit bestimmten die DKR (2018) D013f, dass die Sepsis mit einem passenden Kode z.B. aus Tabelle 1 kodiert werde. In dieser Tabelle finde sich u.a. nach ICD-10-GM A41.- Sonstige Sepsis. Die DKR 2018 enthielten zudem den Zusatz, dass zunÃ¤chst ein Kode fÃ¼r die Sepsis oder die ein SIRS nichtinfektiÃ¶ser Genese auslÃ¶sende Grundkrankheit anzugeben sei, gefolgt von einem Kode aus R65.-! (SIRS). Zur Angabe von Organkomplikationen, Erregern und deren Resistenzlage seien zusÃ¤tzliche SchlÃ¼sselnummern zu verwenden. Der Code R65.-! beschreibe 2018 die klinische EntitÃ¤t des SIRS infektiÃ¶ser und nichtinfektiÃ¶ser Genese jeweils

und ohne Organversagen. Die DKR 2018 stellten damit hinsichtlich der Sepsis-Definition auf das SIRS-Konzept ab.

Â

Das DIMDI habe noch im Jahr 2019 in einer Stellungnahme ausgefÃ¼hrt, dass die Definition von SIRS bis auf weiteres unverÃ¤ndert fÃ¼r die Klassifikation nach ICD-10-GM weitergelte. Erst im Kommentar zur ICD-10-GM 2020 sei dieser Hinweis ausdrÃ¼cklich fÃ¼r gegenstandslos erklÃ¤rt worden.

Â

Das SG habe im Ãbrigen lediglich den medizinischen Sachverhalt durch den SachverstÃ¤ndigen aufbereiten lassen und darauf seine rechtliche Beurteilung gestÃ¼tzt.

Â

Der Senat hat die DSG um Stellungnahme gebeten, welche Definition der Sepsis nach dem Stand der Wissenschaft fÃ¼r eine Behandlung im April 2018 zugrunde zu legen gewesen ist. Die DSG hat mit Schreiben vom 13. Juni 2022 mitgeteilt, dass die im Februar 2016 erstmals publizierte neue Definition der Sepsis groÃe Beachtung gefunden habe und davon auszugehen sei, dass diese vielen Ãrzten bekannt gewesen sei. Breite Akzeptanz habe sie in Deutschland jedoch erst nach VerÃ¶ffentlichung der Leitlinie, also nach dem 31. Dezember 2018, gefunden.

Â

Die KlÃ¤gerin hat sich durch die Stellungnahme in ihrer Auffassung bestÃ¤tigt gesehen. Die Beklagte hat eingewandt, dass es auszuschlieÃen sei, dass die praxisrelevante Sepsis-3-Definition von 2016 verantwortlich fortgebildeten Ãrzten im Jahr 2016 entgangen sei. Die geÃ¤nderte Definition habe sowohl medizinisch-praktische Auswirkungen als auch Konsequenzen fÃ¼r die Kodierung gehabt.

Â

Die KlÃ¤gerin hat sodann unter Bezugnahme auf eine Stellungnahme des MDK ausgefÃ¼hrt, dass âspÃ¤testens seit 2017 (â¦) die Sepsis-3-Definition (SOFA) praktische Relevanz fÃ¼r die korrekte Kodierung der Sepsisâ habe und fÃ¼r die praktische Kodierung von BehandlungsfÃ¤llen ab 2017 zugrunde zu legen sei (Verweis auf DKR 0104 [2022]).

Â

Auf Anforderung des Senats hat die KlÃ¤gerin die ihr zugegangene AufrechnungserklÃ¤rung der Beklagten vom 19. September 2016 Ã¼bersandt. Die Beklagte hat zudem die diesem Schreiben beigefÃ¼gten Hinweise Ã¼bersandt (Hinweisschreiben âAbrechnung von Leistungen der stationÃ¤ren

Krankenhausbehandlungâ□□ sowie â□□Merkblatt zur Aufrechnungâ□□ vom 1. Februar 2018).

Â

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts sowie des Vorbringens der Beteiligten im Ã□brigen wird auf die Gerichtsakten, die von der KlÃ¤gerin Ã¼bersandte Patientenakte sowie die Verwaltungsakte der Beklagten Bezug genommen.

Â

Â

**EntscheidungsgrÃ¼nde:**

Â

Die Berufung bleibt ohne Erfolg.

Â

A. Die am 8. April 2021 schriftlich eingelegte Berufung der Beklagten gegen das ihr am 12.Â MÃ¤rz 2021 zugestellte Urteil des SG Gelsenkirchen vom 25. Februar 2021 ist zulÃ¤ssig, insbesondere ohne Zulassung statthaft (Â§Â§ 143, 144 Sozialgerichtsgesetz ) sowie form- und fristgerecht eingelegt worden (Â§ 151 Abs. 1, Abs. 3, Â§ 64 Abs. 1, Abs. 2, Â§ 63 SGG).

Â

B. Die Berufung der Beklagten ist unbegrÃ¼ndet. Das SG hat der Klage zu Recht stattgegeben. Die auf Zahlung von 1.649,54 Euro nebst Zinsen in HÃ¶he von zwei Prozentpunkten Ã¼ber dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 24. September 2018 gerichtete Klage ist zulÃ¤ssig und begrÃ¼ndet.

Â

I. Die Klage ist zulÃ¤ssig. FÃ¼r den im vorliegenden Fall verfolgten Zahlungsanspruch eines KrankenhaustrÃ¤gers auf Zahlung von weiteren Behandlungskosten ist die (echte) Leistungsklage (Â§Â 54 Abs.Â 5 SGG) statthaft (Bundessozialgericht , Urteil vom 16. Dezember 2008 â□□ B 1 KN 1/07 KR R â□□ SozR 4-2500 Â§Â 109 Nr.Â 13). Es handelt sich um einen Beteiligtenstreit im GleichordnungsverhÃ¤ltnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt, kein Vorverfahren durchzufÃ¼hren und auch eine Klagefrist nicht zu beachten ist (vgl. u.a. BSG, Urteil vom 23. Juli 2002 â□□ B 3 KR 64/01 R â□□ SozR 3-2500 Â§Â 112 Nr.Â 3). Die KlÃ¤gerin hat den Zahlungsanspruch auch konkret beziffert (vgl. zur Notwendigkeit der Bezifferung des Klageantrags BSG, Urteil vom 28. Januar 1999 â□□ B 3 KR 4/98 R â□□ SozR 3-2500 Â§Â 37 Nr.Â 1; BSG, Urteil vom

13. Mai 2004 â□□ B 3 KR 18/03 R â□□ SozR 4-2500 Â§Â 39 Nr.Â 2).

Â

II. Die Klage ist auch begrÃ¼ndet.

Â

1. Streitgegenstand in der Hauptsache ist der sich nach der Verrechnung ergebende offene VergÃ¼tungsanspruch aus den zwischen den Beteiligten nicht umstrittenen BehandlungsfÃ¤llen (hierzu BSG, Urteil vom 30. Juli 2019 â□□ B 1 KR 31/18 R â□□ juris-Rn. 9; Urteil vom 23. Juni 2015 â□□ B 1 KR 13/14 R â□□ SozR 4-5560 Â§Â 17b Nr.Â 6, juris-Rn. 8; jeweils m.w.N.). Dieses bringt die KlÃ¤gerin mit der Klageschrift zum Ausdruck, in der sie die Verrechnung eines angeblichen Erstattungsanspruchs der Beklagten â□□gegen nicht nÃ¤her benannte Forderungen der KlÃ¤gerinâ□□ vortrÃ¤gt und ausfÃ¼hrt, dass der aus diesen BehandlungsfÃ¤llen erwachsene VergÃ¼tungsanspruch der KlÃ¤gerin nicht wirksam durch Aufrechnung mit einem Erstattungsanspruch der Beklagten aus dem Behandlungsfall der Versicherten erloschen sei.

Â

2. Der VergÃ¼tungsanspruch der KlÃ¤gerin aus dem unstreitigen Behandlungsfall ist nicht durch Aufrechnung mit einem Ã¶ffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch der Beklagten erloschen.

Â

a) Die ZulÃ¤ssigkeit der Aufrechnung richtet sich nach Â§ 10 der PrÃ¼fverfahrensvereinbarung (PrÃ¼fvV) 2016 vom 3. Februar 2016.

Â

Die PrÃ¼fvV 2016 erfasst Krankenhausaufnahmen ab dem 1. Januar 2017 und ist deshalb zeitlich anwendbar. Sie ist auch sachlich anwendbar. Dem steht nicht entgegen, dass hier mit der PrÃ¼fung der Kodierung einer Diagnose keine WirtschaftlichkeitsprÃ¼fung betroffen ist, sondern die PrÃ¼fung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit. Denn gem. Â§ 2 PrÃ¼fvV 2016 gilt die Vereinbarung nach Â§ 275 Absatz 1c Satz 4 SGB V fuÌ□r jede PruÌ□fung der Abrechnung eines Krankenhauses nach Â§ 275 Absatz 1c Satz 1 SGB V, mit der die Krankenkasse den MDK beauftragt und die eine Datenerhebung durch den MDK beim Krankenhaus erfordert. Davon ist hier auszugehen. Insbesondere war eine Datenerhebung beim Krankenhaus erforderlich, wie die Anforderung von verschiedenen medizinischen Unterlagen zeigt (u.a. Entlassungsbericht, Anamnese- und Aufnahmebefund, Fieberkurve, Laborbefund).

Â

b) Nach der PrÃ¼fvV 2016 kann die Krankenkasse einen nach Beendigung des Vorverfahrens einvernehmlich als bestehend festgestellten oder nach Â§ 8 mitgeteilten Erstattungsanspruch mit einem unstreitigen Leistungsanspruch des Krankenhauses aufrechnen (Satz 1), wobei der Leistungsanspruch und der Erstattungsanspruch genau zu benennen sind (Satz 2). Gem. Â§ 8 Satz 1 PrÃ¼fvV hat die Krankenkasse dem Krankenhaus ihre abschlieÃ□ende Entscheidung zur Wirtschaftlichkeit der Leistung oder zur Korrektur der Abrechnung und den daraus folgenden Erstattungsanspruch mitzuteilen. Wenn die Leistung nicht in vollem Umfange wirtschaftlich oder die Abrechnung nicht korrekt war, sind dem Krankenhaus die wesentlichen GruÌ□nde darzulegen (Satz 2). Die Mitteilungen nach Satz 1 und 2 haben innerhalb von 11 Monaten nach UÌ□bermittlung der PruÌ□fanzeige nach Â§ 6 Absatz 3 zu erfolgen (Satz 3).

Â

Die Beklagte hat der KlÃ¤gerin ihre abschlieÃ□ende Entscheidung zur Korrektur der Abrechnung und den daraus folgenden Erstattungsanspruch und die dafÃ¼r wesentlichen GrÃ¼nde mitgeteilt. Dies erfolgte auch innerhalb der Frist von 11 Monaten nach Ã□bermittlung der PrÃ¼fanzeige (der MDK wurde am 2. Mai 2018 beauftragt, das PrÃ¼fergebnis lag am 14. September 2018 vor und wurde an die KlÃ¤gerin Ã¼bermittelt).

Â

Die Beklagte hat auch Leistungsanspruch (unstreitige VergÃ¼tungsforderung) und Erstattungsanspruch (Erstattungsanspruch aus dem Behandlungsfall R.) genau bezeichnet. Ausreichend ist hierfÃ¼r, dass innerhalb eines Zahlungsavis die Erstattungsforderung dem Leistungsanspruch gegenÃ¼bergestellt wirde, etwa indem die Erstattungsforderung diesem in einer tabellarischen Auflistung nachfolgt (vgl. insofern die Anforderungen fÃ¼r die AufrechnungserklÃ¤rung nach Â§ 388 BGG: BSG, Urteil vom 30. Juli 2019Â â□□ B 1 KR 31/18 RÂ â□□ BSGE 129, 1 ff., juris-Rn. 17).

Â

Diese Voraussetzungen sind erfÃ¼llt. In dem Sammelavis vom 24. September 2018 wird der nach Auffassung der Beklagten Ã¼berzahlte Betrag als Negativposition bestehenden VergÃ¼tungsansprÃ¼chen gegenÃ¼bergestellt, wobei die Rechnungsposten durch die angefÃ¼hrte Belegnummer und das Belegdatum eindeutig zugeordnet werden kÃ¶nnen. Dies entspricht der von der Beklagten in ihren Hinweisen und dem Merkblatt beschriebenen Vorgehensweise, auf die in der AufrechnungserklÃ¤rung Bezug genommen wurde. Auch die Beteiligten liegen darÃ¼ber nicht im Streit.

Â

c) Aufgrund der Anwendbarkeit der PrÃ¼fvV 2016 kommt das landesvertragliche Aufrechnungsverbot (Â§ 15 Abs. 1 Satz 4 LV NRW) nicht zur Anwendung. Die auf

den Â§Â§ 275 bis 283 SGB V beruhende PrÃ¼fvV 2016 geht insoweit als jÃ¼ngere und bundeseinheitliche Regelung den landesvertraglichen Bestimmungen nach Â§Â 112 Abs.Â 2 Nr.Â 2 SGB V vor; eine entsprechende Regelung trifft Â§Â 12 PrÃ¼fvV 2016 (vgl. fÃ¼r die PrÃ¼fvV 2014: Landessozialgericht fÃ¼r das Land Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 3. Dezember 2020Â â L 16 KR 505/17Â â juris-Rn. 30).

Â

d) Der Beklagten stand jedoch kein Ã¶ffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch in HÃ¶he der noch streitigen Klageforderung gegen die KlÃ¤gerin zur Seite.

Â

Der im Ã¶ffentlichen Recht seit langem anerkannte Ã¶ffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch setzt voraus, dass im Rahmen eines Ã¶ffentlichen RechtsverhÃ¤ltnisses Leistungen ohne rechtlichen Grund erbracht oder sonstige rechtsgrundlose VermÃ¶gensverschiebungen vorgenommen worden sind (vgl. BSG, Urteil vom 8. November 2011 â B 1 KR 8/11 R â BSGE 109, 236 ff., juris-Rn. 11 m.w.N.). Seine Anspruchsvoraussetzungen und Rechtsfolgen entsprechen, soweit sie nicht spezialgesetzlich geregelt sind, denen des zivilrechtlichen Bereicherungsanspruchs; ein RÃ¼ckgriff auf die zivilrechtlichen Normen scheidet aber aus, soweit der vom Ã¶ffentlichen Recht selbststÃ¤ndig entwickelte Erstattungsanspruch reicht (vgl. BSG, Urteil vom 16. Juli 1974 â 1 RA 183/73 â BSGE 38, 46 ff., juris-Rn. 12).

Â

Ein Erstattungsanspruch der Beklagten setzt voraus, dass sie ohne Rechtsgrund KrankenhausvergÃ¼tung an die KlÃ¤gerin gezahlt hat, was der Fall wÃ¤re, wenn die Behandlung nicht nach der von der KlÃ¤gerin zugrunde gelegten DRG T60E, sondern aus einer niedriger vergÃ¼teten DRG, insbesondere nach der DRG H64Z, abzurechnen wÃ¤re, wie die Beklagte geltend macht, weil die einzig umstrittene Diagnose A41.9 nicht zu kodieren war.

Â

(1) Rechtsgrundlage der von der KlÃ¤gerin geltend gemachten und von der Beklagten gezahlten VergÃ¼tung sind Â§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V i.V.m. Â§ 7 Satz 1 Krankenhausentgeltgesetz und Â§ 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG), die Vereinbarung zum Fallpauschalensystem fÃ¼r KrankenhÃ¤user fÃ¼r das Jahr 2018 und die von den Vertragsparteien auf Bundesebene getroffene Vereinbarung zu den DKR fÃ¼r das Jahr 2018. Die von der Krankenkasse zu zahlende VergÃ¼tung errechnet sich im Wesentlichen nach der mithilfe einer zertifizierten Software (Grouper) ermittelten DRG. FÃ¼r die Zuordnung eines Behandlungsfalles zu einer DRG sind maÃgebliche Kriterien die Hauptdiagnose, die Nebendiagnosen, eventuell den Behandlungsverlauf wesentlich beeinflussende Komplikationen, die im Krankenhaus durchgefÃ¼hrten Prozeduren sowie weitere Faktoren (Alter,

Geschlecht etc.). Die Diagnosen werden mit einem Kode gemÃ¤Ã dem im vorliegend streitigen Zeitraum vom DIMDI (seit dem 26. Mai 2020 vom Bundesinstitut fÃ¼r Arzneimittel und Medizinprodukte ) im Auftrag des Bundesministeriums fÃ¼r Gesundheit herausgegebenen ICD-10 verschlÃ¼sselt. Die Prozeduren werden nach dem ebenfalls vom DIMDI (nunmehr vom BfArM) herausgegebenen OPS kodiert. Aus diesen Kodes wird dann zusammen mit den weiteren fÃ¼r den Behandlungsfall maÃgeblichen Faktoren unter Verwendung eines Groupers die entsprechende DRG ermittelt (sogenannte Groupierung), anhand derer die von der Krankenkasse zu zahlende VergÃ¼tung errechnet wird (ausfÃ¼hrlich dazu BSG, Urteil vom 8. November 2011 â B 1 KR 8/11 R â BSGE 109, 236 ff., juris-Rn 14 ff.).

Â

(2) Dass die Grundvoraussetzungen eines Anspruchs auf KrankenhausvergÃ¼tung erfÃ¼llt sind, steht zwischen den Beteiligten nicht im Streit. Die Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse entsteht â unabhÃ¤ngig von einer Kostenzusage â unmittelbar mit Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten kraft Gesetzes, wenn die Versorgung â wie hier â in einem zugelassenen Krankenhaus durchgefÃ¼hrt wird und i.S. von Â§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V erforderlich ist (stÃ¤ndige Rechtsprechung des BSG, vgl. etwa BSGE 70, 20, 22, SozR 3-2500 Â§ 39 Nr. 1 S. 3). Von der Erforderlichkeit der Krankenhausbehandlung gehen beide Beteiligte aus. Anlass, daran zu zweifeln, besteht vor dem Hintergrund der notfallmÃ¤Ãigen Aufnahme der damals 88jÃ¤hrigen Versicherten, die Ã¼ber plÃ¶tzlich einsetzenden SchÃ¼ttelfrost und Gliederschmerzen klagte, nicht.

Â

(3) Die KlÃ¤gerin rechnete die stationÃ¤re Behandlung der Versicherten zutreffend nach der DRG T60E ab.

Â

(a) Die Beteiligten sind sich darÃ¼ber einig, dass der Anspruch auf die von der KlÃ¤gerin mit der Rechnung vom 24. April 2018 geltend gemachte VergÃ¼tung voraussetzt, dass die DRG T60E abzurechnen war und die Abrechnung dieser DRG von der Kodierung der Diagnose A41.9 abhÃ¤ngt. Wenn Rechnungsposten von (normen-)vertraglichen Vereinbarungen zahlenfÃ¶rmigen Inhalts mit abhÃ¤ngen und beide Beteiligte insoweit eine besondere professionelle Kompetenz aufweisen, bedarf es keiner weiteren Ermittlungen, wenn die Berechnungsergebnisse keinem Streit zwischen den Beteiligten ausgesetzt sind und sonstige konkrete UmstÃ¤nde keine Anhaltspunkte fÃ¼r eine fehlerhafte Berechnung ergeben (vgl. BSG, Urteil vom 19. Juni 2018Â â B 1 KR 38/17 RÂ â juris-Rn. 9, m.w.N.). Davon ist hier auszugehen, weshalb es nur auf die Voraussetzungen der Diagnose A41.9 ankommt.

Â

(b) Die Voraussetzungen zur Kodierung der Diagnose A41.9 lagen vor.

Â

(aa) Die Anwendung der DKR und der FPV-Abrechnungsbestimmungen einschlieÃlich des ICD-10-GM und des OPS erfolgt eng am Wortlaut orientiert und unterstÃ¼tzt durch systematische ErwÃ¤gungen; Bewertungen und Bewertungsrelationen bleiben auÃer Betracht. Nur dann kann eine VergÃ¼tungsregelung, die fÃ¼r die routinemÃ¤Ãige Abwicklung von zahlreichen BehandlungsfÃ¤llen vorgesehen ist, ihren Zweck erfÃ¼llen. Da das DRG-basierte VergÃ¼tungssystem vom Gesetzgeber als jÃ¤hrlich weiter zu entwickelndes (Â§ 17b Abs. 2 Satz 1 KHG) und damit â lernendesâ System angelegt ist, sind bei zutage tretenden Unrichtigkeiten oder Fehlsteuerungen in erster Linie die Vertragsparteien berufen, diese mit Wirkung fÃ¼r die Zukunft zu beseitigen (vgl. zum Ganzen BSG, Urteil vom 23. Juni 2015 â B 1 KR 13/14 R â SozRÂ 4-5560 Â§Â 17b Nr. 6, juris-Rn. 15, m.w.N.).

Â

Die Klassifikationssysteme kÃ¶nnen Begriffe entweder ausdrÃ¼cklich definieren oder deren spezifische Bedeutung kann sich ergÃ¤nzend aus der Systematik der Regelung ergeben. Ferner kann der Wortlaut ausdrÃ¼cklich oder implizit ein an anderer Stelle normativ determiniertes BegriffsverstÃ¤ndnis in Bezug nehmen. Fehlt es an solchen normativen definitorischen Vorgaben, gilt der Grundsatz, dass medizinische Begriffe im Sinne eines faktisch bestehenden, einheitlichen wissenschaftlich-medizinischen Sprachgebrauchs zu verstehen sind. Ergeben sich danach keine eindeutigen Ergebnisse, ist der allgemeinsprachliche Begriffskern maÃgeblich (vgl. zu Vorstehendem BSG, Urteil vom 22. Juni 2022Â â B 1 KR 31/21 RÂ â BSGE (vorgesehen), SozR 4-5560 Â§Â 19 Nr. 1 (vorgesehen), juris-Rn. 12 mit zahlreichen Nachweisen aus der Rechtsprechung des BSG). Hinsichtlich der im IDC-10-GM enthaltenen Diagnosekriterien ist der diesbezÃ¼gliche aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisstand maÃgeblich (BSG, Urteil vom 27. Juni 2017 â B 2 U 17/15 R â juris-Rn. 17).

Â

(bb) Davon ausgehend ergibt sich Folgendes:

Â

(aaa) Der Wortlaut des Kodes A41.9 des ICD-10-GM (2018; âSepsis, nicht nÃ¤her bezeichnetâ) enthÃ¤lt keine weiteren Hinweise fÃ¼r dessen VerstÃ¤ndnis.

Â

(bbb) Auch aus dem Hinweis zu Beginn der Subkategorie A41.- (âSonstige Sepsisâ) des ICD-10-GM (2018; âFÃ¼r den Gebrauch dieser Kategorie in der stationÃ¤ren Versorgung sind die Deutschen Kodierrichtlinien heranzuziehenâ)

ergibt sich keine eindeutige Bestimmung des Begriffs der Sepsis.

Â

MaÃgeblich ist insoweit die Kodierregel in DKR (2018) 0103f (Deutsche Kodierrichtlinien, Version 2018, S. 65, herausgegeben von der Deutschen Krankenhausgesellschaft, dem GKV-Spitzenverband, dem Verband der privaten Krankenversicherung sowie dem Institut fÃ¼r das Entgeltsystem im Krankenhaus ).

Â

Die Kodierregel DKR (2018) 0103f enthÃ¤lt Vorgaben fÃ¼r die Kodierung einer BakteriÃ¤mie (bakterielle Infektion), einer Sepsis, einer Neutropenie und eines SIRS. Nach der Kodierregel wird Sepsis â€im Gegensatz [zur BakteriÃ¤mie] mit einem passenden Sepsis-Kode z.B. aus Tabelle 1 kodiertâ€. Die Tabelle 1 enthÃ¤lt u.a. die Subkategorie A41.- (â€Sonstige Sepsisâ€), die auch den hier umstrittenen Kode A41.9 (â€Sepsis, nicht nÃ¤her bezeichnetâ€) enthÃ¤lt. Zur Frage, wann eine Sepsis vorliegt, verhÃ¤lt sich die DKR (2018) 0103f nicht.

Â

(ccc) Der weiteren Systematik des ICD-10-GM (2018) sind allenfalls Anhaltspunkte dafÃ¼r zu entnehmen, dass fÃ¼r die Diagnosevoraussetzungen einer Sepsis im Sinne des Kodes A41.9 das Vorliegen eines SIRS von Bedeutung ist.

Â

In den Blick zu nehmen ist hier die Subkategorie R65.-! des ICD-10-GM (2018; â€Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS] infektiÃ¶ser Genese ohne Organkomplikationenâ€). Der dortige Kode R65.0! (â€Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS] infektiÃ¶ser Genese ohne Organkomplikationenâ€) fÃ¼hrt die Sepsis ohne Organkomplikationen sowie die Sepsis o.n.A. als sog. Inklusivum auf. Nach der Kodierregel D013c (â€Im Systematischen Verzeichnis verwendete formale Vereinbarungenâ€) der DKR (2018) sind die innerhalb der drei- und vierstelligen Rubriken aufgefÃ¼hrten anderen Diagnosebezeichnungen Inklusiva, die ergÃ¤nzend zum Titel als Beispiele fÃ¼r diagnostische Feststellungen angegeben sind, die in dieser Rubrik zu klassifizieren sind. Sie kÃ¶nnen sich auf verschiedenartige ZustÃ¤nde beziehen oder Synonyme sein. Das schlieÃt es nicht aus, dass jedenfalls die hier vorliegende SIRS infektiÃ¶ser Genese (vgl. das Gutachten, S. 11, 12, 13, wonach bei der Versicherten eines infektiÃ¶sen SIRS vorlag und Ursache dafÃ¼r eine Infektion der Gallenwege gewesen sei; zur SIRS im Ãbrigen weiter unten) nach der Systematik des ICD-10-GM auch die Merkmale einer Sepsis im Sinne des ICD-10-GM (2018) erfÃ¼llt.

Â

(ddd) Sind die Voraussetzungen der Diagnose A41.9 Wortlaut und Systematik des

ICD-10-GM (2018) nicht eindeutig zu entnehmen, ist maÃgeblich der (bezogen auf den Behandlungsfall) aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisstand. Zu berÃ¼cksichtigen ist hierbei, dass bei der Feststellung des allgemein anerkannten Standes der wissenschaftlichen Erkenntnisse den Stellungnahmen der einschlÃ¤gigen Fachgesellschaften besondere Bedeutung zukommt, insbesondere, wenn sich diese bereits in Ã¤rztlichen Leitlinien und Empfehlungen niedergeschlagen haben und auf diese Weise geeignet sind, medizinische â€Standardsâ€ zu definieren (vgl. BSG, Urteil vom 16. August 2021Â â€ B 1 KR 18/20 RÂ â€ BSGE 133, 24 ff., juris-Rn. 25, m.w.N.; vgl. auch BSG, Urteil vom 27. Juni 2017 â€ B 2 U 17/15 R â€ juris-Rn. 17 zur Heranziehung der einschlÃ¤gigen Leitlinie fÃ¼r die Bestimmung von Diagnosekriterien im Rahmen des ICD-10-GM).

Â

Davon ausgehend kann vorbehaltlich geÃ¤nderter medizinischer Erkenntnisse bis zum 1.Â Februar 2015 auf die Leitlinie (S2) â€PrÃ¤vention, Diagnose, Therapie und Nachsorge der Sepsisâ€ der Deutschen Sepsis-Gesellschaft und der Deutschen InterdisziplinÃ¤ren Vereinigung fÃ¼r Intensiv- und Notfallmedizin abgestellt werden. Danach ist Sepsis eine komplexe systemische inflammatorische Wirtsreaktion auf eine Infektion. Nach der Leitlinie gibt es keinen Parameter, der allein zur Diagnose der Sepsis fÃ¼hren kann. Sepsis, schwere Sepsis und septischer Schock definieren nach dieser Leitlinie ein Krankheitskontinuum, das Ã¼ber eine Kombination aus Vitalparametern, Laborwerten, hÃ¤modynamischen Daten und Organfunktionen definiert wird. FÃ¼r die Diagnose einer Sepsis enthÃ¤lt die Leitlinie entsprechend den Konsensusempfehlungen der ACCP/SCCM (American College of Chest Physicians/Society of Critical Care) bestimmte Diagnosekriterien, die erfÃ¼llt sein mÃ¼ssen. Danach kann eine Sepsis diagnostiziert werden, wenn die Diagnose einer Infektion Ã¼ber den mikrobiologischen Nachweis oder durch klinische Kriterien (also auch bei nur vermuteter Infektion, vgl. Landessozialgericht Baden-WÃ¼rttemberg, Urteil vom 22. Januar 2019Â â€ LÂ 11 KR 1049/18Â â€ juris-Rn. 24 ff. mit Verweis auf Hagel/Pletz/Brunkhorst/Seifert/Kern, BakteriÃ¤mie und Sepsis, Der Internist 2013, 399) gestellt werden kann und zusÃ¤tzlich mindestens zwei der sog. SIRS-Kriterien erfÃ¼llt sind. Diese SIRS-Kriterien sind nach der Leitlinie:

Â

â€ Fieber (â¥38Â°C) oder Hypothermie (â¤36Â°C) bestÃ¤tigt durch eine rektale oder intravasale oder -vesikale Messung

â€ Tachykardie: Herzfrequenz â¥90 /min

â€ Tachypnoe (Frequenz â¥20/min) o. Hyperventilation (PaCO2 â¤4.3 kPa/ â¤33 mmHg)

â€ Leukozytose (â¥12000/mm3) oder Leukopenie (â¤4000/mm3) oder â¥10% unreife Neutrophile im Differentialblutbild.

Â

Bei der Versicherten lagen wÃ¤hrend des stationÃ¤ren Aufenthalts sÃ¤mtliche dieser Kriterien vor. Wie der SachverstÃ¤ndige ausgefÃ¼hrt hat (Gutachten, S. 10, 11) lagen bei der Versicherten eine KÃ¶rpertemperatur von 39,8Â° C, eine Herzfrequenz zwischen 90 und 100 pro Minute, eine Atemfrequenz von 24-28 pro Minute und eine Leukozytose von 14.000 pro Mikroliter vor. Das Vorliegen dieser Befunde ist zwischen den Beteiligten unstreitig. Damit sind die von der S 2-Leitlinie geforderten Voraussetzungen fÃ¼r den Nachweis und die Diagnose einer Sepsis erfÃ¼llt.

Â

(eee) Entgegen der Auffassung der Beklagten ist auch fÃ¼r den hier betroffenen Behandlungsfall von der o.g. Definition der Sepsis auszugehen.

Â

(aaaa) Die Kriterien, die zum Nachweis bzw. der Diagnose einer Sepsis fÃ¼hren, wurden Ã¼berarbeitet. Nach der 2016 verabschiedeten neuen sog. Sepsis-3-Definition (die erste Sepsis-Definition wurde 1992, die zweite 2001 verÃ¶ffentlicht) steht nunmehr das lebensbedrohliche Organversagen im Mittelpunkt. Sepsis wird darin als eine â□□lebensbedrohliche Organdysfunktion verursacht durch eine fehlgeleitete Wirtsantwort auf eine Infektionâ□□ definiert. Die neue, â□□lebensbedrohlicheâ□□ Organdysfunktion wird durch einen Anstieg des Sequential Sepsis-related Organ Failure Assessment (SOFA)-Scores um â□¥2 Punkte operationalisiert (vgl. â□□Neue internationale Sepsis-Leitlinien 2021 â□□ Was ist neu â□□ was bleibt gleich?â□□, Anaì□sthesiologie & Intensivmedizin 2022, 123, 124, abrufbar unter https://www.ai-online.info/images/ai-ausgabe/2022/03-2022/AI_03-2022_Sonderbeitrag_Schmoch.pdf; vgl. auch DÃ□ 2017 â□□Sepsis 2017: Eine neue Definition fÃ¼hrt zu neuen Konzeptenâ□□, 114 : A-1424 / B-1196 / C-1170). Eine solche Situation lag bei der Versicherten nicht vor. Wie der SachverstÃ¤ndige ausgefÃ¼hrt hat, sind bei ihr zu keinem Zeitpunkt des stationÃ¤ren Aufenthalts Organkomplikationen aufgetreten. Unter Zugrundelegung der neuen Sepsis-Definition (Sepsis-3) hÃ¤tte eine Sepsis nicht diagnostiziert werden dÃ¼rfen, worauf auch der SachverstÃ¤ndige zutreffend hinweist (Gutachten, S. 13: â□□Nach dem SOFA-Score finden sich (â□¦) keine Hinweise fÃ¼r eine Organdysfunktionâ□□).

Â

(bbbb) Dieser verÃ¤nderte Begriffsinhalt der Sepsis hat seinen Niederschlag in der neuen Leitlinie (S3) â□□Sepsis â□□ PrÃ¤vention, Diagnose, Therapie und Nachsorgeâ□□ der Deutschen Sepsis Gesellschaft e. V. gefunden:

Â

â□□Eine Sepsis ist eine akut lebensbedrohliche Organdysfunktion, hervorgerufen

durch eine inadÃ¤quate Wirtsantwort auf eine Infektion. FÃ¼r die Diagnose einer Sepsisassoziierten Organdysfunktion ist eine VerÃ¤nderung des Sequential Organ Failure Assessment (SOFA) Score um â¥ 2 Punkte zu verwenden.â

Â

(vgl. â S3-Leitlinie Sepsis â PrÃ¤vention, Diagnose, Therapie und Nachsorgeâ, abrufbar unter https://register.awmf.org/assets/guidelines/079-001l_S3_Sepsis-Praevention-Diagnose-Therapie-Nachsorge_2020-03_01.pdf, S. 9 âDefinition der Sepsisâ).

Â

Die Leitlinie beansprucht GÃ¼ltigkeit jedoch erst fÃ¼r die Zeit ab dem 31. Dezember 2018, wÃ¤hrend der Behandlungsfall 8 Monate zuvor, im April 2018, liegt.

Â

(cccc) Die Heranziehung der geÃ¤nderten Sepsis-Definition (Sepsis-3) auf den hier betroffenen Behandlungsfall, der vor der VerÃ¶ffentlichung der Ã¼berarbeiteten Leitlinie liegt, kÃ¤me nur dann in Betracht, wenn sich bereits zu diesem Zeitpunkt ein medizinischer Konsens Ã¼ber die Heranziehung der neuen Definition gebildet hÃ¤tte. Das ist nicht anzunehmen.

Â

Dagegen spricht bereits der Umstand, dass die Ãberarbeitung der Leitlinie erst im Dezember 2018 formal abgeschlossen war. Wie sich aus dem Leitlinienreport ergibt, war die Ãnderung der deutschen Leitlinie aufgrund der internationalen Leitlinie im Oktober 2017 Gegenstand der 5. Konsensuskonferenz, anlÃ¤sslich derer eine Diskussion in Arbeitsgruppen stattfand (abrufbar unter https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/079-001). Im Juni 2018 erfolgte die Konsentierung des die Sepsis-Definition betreffenden Kapitels der Leitlinie, wobei sich aus der Leitlinie eine KonsensstÃ¤rke von 100% ergibt. Vor dem Hintergrund, dass der Leitlinie der einschlÃ¤gigen Fachgesellschaft (hier: DSG) bei der Feststellung des allgemein anerkannten Standes der wissenschaftlichen Erkenntnisse besonderes Gewicht zukommt (vgl. BSG, Urteil vom 16. August 2021Â â B 1 KR 18/20 RÂ â BSGE 133, 24 ff., juris-Rn. 25, m.w.N.), spricht die Konsentierung im Juni 2018 dafÃ¼r, dass frÃ¼hestens zu diesem Zeitpunkt ein medizinischer Konsens anzunehmen war, nicht jedoch zum Zeitpunkt der Behandlung im April 2018.

Â

Auch allgemein zugÃ¤ngliche VerÃ¶ffentlichungen sprechen dafÃ¼r, dass die Ãbernahme der geÃ¤nderten Definition der Sepsis ein Prozess war, der frÃ¼hestens mit Abschluss der Arbeit an der neuen Leitlinie, ggfls. erst mit deren

Umsetzung vollzogen war (vgl. DÃ 2017 â Sepsis 2017: Eine neue Definition fÃ¼hrt zu neuen Konzeptenâ, 114 : A-1424 / B-1196 / C-1170, Abschnitt â Strategien zur Umsetzung der neuen Definitionâ: â Das VerstÃ¤ndnis der Sepsis unterliegt derzeit einem Paradigmenwechselâ; ausdrÃ¼cklich wird dabei auf die Notwendigkeit der â Ãnderungen der Richtlinienâ fÃ¼r die â Umsetzung der neuen Sepsisdefinition im klinischen Alltagâ hingewiesen ). Zu berÃ¼cksichtigen ist auch, dass es jedenfalls Ende 2017, wenige Monate vor dem hier betroffenen Behandlungsfall, noch EinwÃ¤nde hinsichtlich der Eignung der neuen Definition im Bereich der Intensiv- und Notfallmedizin gab, weil die â inzwischen gut etablierten SIRS-Kriterienâ ersetzt wÃ¼rden und â die Kliniker nicht mit dem neuen Screeninginstrument vertraut seienâ (vgl. das Epidemiologische Bulletin Nr. 37 des RKI vom 14. September 2017, S. 417, abrufbar unter https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2017/Ausgaben/37_17.html). Aus diesem Grund wurde die Anwendung der SIRS-Kriterien â auch wenn sie nicht mehr Teil der Sepsisdefinition seien â weiterhin fÃ¼r sinnvoll erachtet, um Patienten mit einer Infektion frÃ¼hzeitig zu identifizieren, solange der Mangel an SensitivitÃ¤t und SpezifizitÃ¤t beachtet werde (Epidemiologisches Bulletin Nr. 37 des RKI vom 14. September 2017, a.a.O.).

Â

(cccc) Dem entspricht auch der Inhalt der vom Senat eingeholten Stellungnahme der DSG vom 13. Juni 2022, in der diese â vertreten durch ihren GeneralsekretÃ¤r â ausgefÃ¼hrt hat, dass der aus der FachÃ¶ffentlichkeit stammende Vorschlag, die SIRS-Kriterien nicht mehr fÃ¼r die Definition der Sepsis heranzuziehen, mit der Leitlinie (S3) â Sepsis â PrÃ¤vention, Diagnose, Therapie und Nachsorgeâ mit GÃ¼ltigkeit ab dem 31. Dezember 2018 aufgegriffen und erst am 20. Februar 2020 die deutsche Sepsis-Kodierung im ICD-10-GM geÃ¤ndert worden sei. Das Einholen einer Stellungnahme der einschlÃ¤gigen Fachgesellschaft ist eine naheliegende MÃ¶glichkeit, um den allgemein anerkannten Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse zu beurteilen (vgl. BSG, Urteil vom 13. Dezember 2005 â B 1 KR 21/04 R â SozR 4-2500 Â§ 18 Nr. 5, juris-Rn. 32). Ihr kommt deshalb maÃgebliche Bedeutung zu.

Â

(dddd) Nur ergÃ¤nzend ist darauf hinzuweisen, dass auch die ICD-10-GM-Klassifikation in der fÃ¼r das Jahr 2018 geltenden Fassung sowie die DKR den o.g. â Paradigmenwechselâ noch nicht nachvollzogen hatten. Erst mit dem ICD-10-GM fÃ¼r das Jahr 2020 wurde der DefinitionsÃ¤nderung Rechnung getragen, indem in den Kodes der Subkategorie R65.-! (â Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS]â) der Verweis auf die Sepsis vollstÃ¤ndig entfallen ist. In den DKR ist ein Hinweis auf die geÃ¤nderte Sepsis-Definition im Rahmen der Kodierregel 0130u (â BakteriÃ¤mie, Sepsis, SIRS und Neutropenieâ) erstmalig im Jahr 2022 enthalten (Deutsche Kodierrichtlinien, Version 2022, S. 77, abrufbar unter https://www.dkgev.de/fileadmin/default/DKR_2022.pdf), in dem auf â die seit 2017 gÃ¼ltige Sepsis-Definition (Sepsis 3)â verwiesen und bestimmt wird, dass

bei der Kodierung des Kodes R65.0! (â□□Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS]â□□) dieser nicht mehr mit der auslÃ¶senden Grundkrankheit Sepsis zu kombinieren ist. Soweit die Beklagte auf diese ErgÃ¤nzung der DKR verweist, lÃ¤sst sie auÃ□er Betracht, dass fÃ¼r die Kodierung stets die fÃ¼r das Behandlungsjahr geltenden DKR heranzuziehen sind.

Â

Hinzuweisen ist zudem auf die â□□FAQâ□□ des DIMDI. Dort wird unter Nr. 1007 und der Ã□berschrift â□□Was versteht man unter SIRS (Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom)?â□□ (abzurufen unter https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/kodierfrage/Was-versteht-man-unter-SIRS-Systemisches-inflammatorisches-Response-Syndrom-ICD-10-GMnbspNr.nbsp1007/; Abruf am 11. Januar 2023) fÃ¼r die Fassungen des ICD-10-GM in den Jahren 2016 bis 2019 â□□ also auch fÃ¼r das hier betroffene Jahr 2018 â□□ ausgefÃ¼hrt:

Â

â□□Die ab dem 01.01.2007 gÃ¼ltige Definition von SIRS der DIVI und DSG (s. Link) gilt bis auf Weiteres unverÃ¤ndert fÃ¼r die Anwendung der Klassifikation.

Â

Die dort erteilten Hinweise beruhen ersichtlich auf den in der S2-Leitlinie festgehaltenen (frÃ¼heren) Konsensus-Empfehlungen (vgl. LSG Baden-WÃ¼rttemberg, Urteil vom 22. Januar 2019Â â□□ L 11 KR 1049/18Â â□□ juris-Rn. 24 ff.). Allerdings sind die Hinweise rechtlich nicht verbindlich und keine Klarstellungen oder Ã□nderungen gemÃ¤Ã□ Â§ 301 Absatz 2 Satz 4 SGB V und Â§ 295 Absatz 1 Satz 6 SGB V, wie sich aus dem entsprechenden Internetangebot des jetzt zustÃ¤ndigen BfArM ergibt (https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/Hinweise-zu-Kodierfragen/_node.html).

Â

(ddd) Davon ausgehend sind die Voraussetzungen der Diagnose A41.9 nach ICD-10-GM (2018) erfÃ¼llt. Eine alternative Kodierung der Diagnose K83.0 (â□□Cholangitisâ□□), wie die Beklagte meint, kommt vor diesem Hintergrund nicht in Betracht. Die bloÃ□e Kodierung einer GallengangsentzÃ¼ndung wÃ¼rde auÃ□er Acht lassen, dass bei der Versicherten ein SIRS vorgelegen hat.

Â

(c) Die Diagnose A41.9 ist auch als Hauptdiagnose der Kodierung zugrunde zu legen. Die Hauptdiagnose wird von DKR (2018) D002f definiert als die Diagnose, die nach Analyse als diejenige festgestellt wurde, die hauptsÃ¤chlich fÃ¼r die Veranlassung des stationÃ¤ren Krankenhausaufenthaltes des Patienten

verantwortlich ist. Entscheidend ist die ursÃ¤chliche AuslÃ¶sung des stationÃ¤ren Behandlungsgeschehens, ohne dass es auf nach Aufnahme in das Krankenhaus hinzugetretene Diagnosen ankommt (vgl. BSG, Urteil vom 21. April 2015 â□□ BÂ 1 KR 9/15 R â□□ juris-Rn. 16). Hier liegt mit der DurchfÃ¼hrung der antibiotischen Therapie und der Blutuntersuchung der Schwerpunkt der durchgefÃ¼hrten MaÃ□nahmen auf der Behandlung der Sepsis.

Â

3. Auch die Verurteilung der Beklagten zur Zahlung von Zinsen erfolgte zu Recht.

Â

Bei Leistungsbeschaffungsbeziehungen von Krankenkassen kÃ¶nnen grundsÃ¤tzlich VerzinsungsansprÃ¼che in entsprechender Anwendung zivilrechtlicher Vorschriften bestehen (vgl. BSG, Urteil vom 8. September 2009 â□□ B 1 KR 8/09 R â□□ SozR 4-2500 Â§ 69 Nr. 7, Rn. 14 zu Â§Â 69 Satz 3 SGB V a.F.). FÃ¼r die Rechtsbeziehungen der Krankenkassen zu den KrankenhÃ¤usern gelten deshalb die Zinsvorschriften des BGB entsprechend, soweit nicht in den VertrÃ¤gen nach Â§ 112 SGB V etwas anderes geregelt ist (BSG, Urteil vom 8. September 2009 â□□ B 1 KR 8/09 R â□□ SozR 4-2500 Â§ 69 Nr. 7, juris-Rn. 23; Landessozialgericht fÃ¼r das Land Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 24. Januar 2019 â□□ L 5 KR 213/18 â□□ juris-Rn. 66 mit Verweis auf BSG, Urteil vom 17. Dezember 2013 â□□ B 1 KR 61/12 R â□□ juris-Rn. 24; nachgehend BSG, Urteil vom 16. Juli 2020, B 1 KR 16/19 R).

Â

Davon ausgehend hat die KlÃ¤gerin Anspruch auf Zinsen nach Â§ 15 Abs. 1 S. 4 des LV NRW nach Â§ 112 Abs. 2 S. 1 Nr. 1 SGB V i.V.m. Â§Â§ 286, 288 BGB in HÃ¶he von 2 Prozentpunkten Ã¼ber dem Basiszinssatz ab Ã□berschreitung des Zahlungsziels von 15 Kalendertagen nach Eingang der Rechnung in Betracht (Â§ 15 Abs. 1 Satz 1 LV NRW). Die KlÃ¤gerin macht Zinsen in vertragsgemÃ¤Ã□er HÃ¶he ab dem 24. September 2018 geltend. Ausgehend von dem Rechnungsdatum 24. April 2018 ist der Beginn des Zinsanspruchs zutreffend bezeichnet. Die Beklagte ist dem nicht entgegengetreten.

Â

C. Die Kostenentscheidung beruht auf Â§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG i.V.m. Â§ 154 Abs. 1 Verwaltungsgerichtsordnung.

Â

D. GrÃ¼nde, die Revision zuzulassen (Â§ 160 Abs. 2 SGG), liegen nicht vor.

Â

E.Â Der Streitwert fÃ¼r das Berufungsverfahren folgt aus Â§ 197a Abs. 1 Satz 1

SGG i.V.m. Â§Â§Â 63 Abs. 2, 52 Abs. 1 und 3 Gerichtskostengesetz.

Â Â

Â Â

Â

Â

Â

Â

Â

Â

Â

Â

**Beschluss**

Â

In dem Rechtsstreit

Â

Â

hat der 11. Senat des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen in Essen am 3. Mai 2023 durch den Vorsitzenden Richter am Landessozialgericht I. beschlossen:

Â

**Im Urteil des Senates vom 18. Januar 2023 wird auf S. 8 zweiter Absatz erste Zeile das Wort â□□KlÃ¤gerinâ□□ ersetzt durch â□□Beklagteâ□□.**

Â

Dieser Beschluss beruht wegen offenbarer Unrichtigkeit des Urteils auf Â§ 138 Satz 1 und 2 Sozialgerichtsgesetz (SGG). Er kann nicht mit der Beschwerde zum Bundessozialgericht angefochten werden (Â§ 177 SGG).

Â

Â

Â

Erstellt am: 31.07.2023

Zuletzt verändert am: 23.12.2024