S 5 KR 151/16

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 5 KR 151/16
Datum	14.11.2016

2. Instanz

Aktenzeichen	L 11 KR 575/19
Datum	05.07.2023

3. Instanz

Datum	-

Â

Die Berufung der KlÃ¤gerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Detmold vom 14.11.2016 wird zurÃ¼ckgewiesen.

Â

Die KlÃ¤gerin trÃ¤gt auch die Kosten des Berufungsverfahrens.

Â

Die Revision wird nicht zugelassen.

Â

Der Streitwert wird auf 4.676,05 EUR festgesetzt.

Â

Â

Â

Tatbestand

Â

Streitig ist ein Anspruch auf VergÃ¼tung wegen vollstationÃ¤rer Krankenhausbehandlung.

Â

Die KlÃ¤gerin ist TrÃ¤gerin eines Krankenhauses, das zur Behandlung gesetzlich Krankenversicherter zugelassen ist. Dort wurde die Versicherte der Beklagten Frau L. I., geb. amÂ 00.00.0000, (im Folgenden: Versicherte) vom 7. Mai 2014 bis zum 14. Mai 2014 stationÃ¤r behandelt.

Â

Die Versicherte erschien am 7. Mai 2014 gegen 1.52 Uhr in der Notaufnahme der KlÃ¤gerin und erklÃ¤rte, sie habe â□□starke Schmerzen durch eine abgefaulte Zeheâ□□. Sie gab an, sie habe â□□vor einigen Tagen ein Bagatell-Traumaâ□□ erlitten, eine Ã¤rztliche Beanspruchung habe nicht stattgefunden. Die stationÃ¤re Aufnahme erfolgte aufgrund einer Nekrose im Bereich der IV.Â Zehe rechts mit streckseitigem Freiliegen von knÃ¶chernen Strukturen des Grundgelenkes bei Vorliegen eines Diabetes mellitus und einer arteriellen Verschlusskrankheit (pAVK). Die noch am 7. Mai 2015 durchgefÃ¼hrte RÃ¶ntgenuntersuchung des re. VorfuÃ□es zeigte einen Grundgliedbruch der IV. Zehe re. und eine â□□unscharfe Darstellung der Korikalis des Endgliedes D5, im Sinne einer osteolytischen Destruktion. Auch im Mittelglied D4 zeigen sich kleine osteolytische Defekte. Zugleich Verdacht auf Osteolyse in der Endphalanx D4.â□□

Â

Am 8. Mai 2014 wurde eine Becken-Bein-Angiographie zur GefÃ¤Ã□erweiterung und DurchblutungsfÃ¶rderung der unteren ExtremitÃ¤t durchgefÃ¼hrt. Bei Zustand nach Bypass-OP 2013 erfolgten eine Aufweitung der proximalen Bypass-Anastomose sowie eine Stentversorgung einer distalen Stenose der Arteria iliaca externa re.. Am 9. Mai 2014 wurde die IV. Zehe re. amputiert.

Â

Das Zehenamputat wurde am 12. Mai 2014 im Institut fÃ¼r Pathologie der KlÃ¤gerin begutachtet, wobei â□□Hautweichteilnekrosen mit (â□¦) teils florider phlegmonÃ¶s-eitriger EntzÃ¼ndung, diese im Sinne einer gleichartigen Osteomyelitis, auf das korrespondierende Knochengewebe Ã¼bergreifend und bis in die proximale GelenkflÃ¤che ausgedehntâ□□, befundet wurden (Befundbericht

vom 15. Mai 2014).

Â

Die KlÃ¤gerin rechnete den Behandlungsfall unter Zugrundelegung der DRG F13A (Amputation bei Kreislauferkrankungen an oberer ExtremitÃ¤t und Zehen mit Ã¤uÃerst schweren CC und mehrzeitigen Revision- oder Rekonstruktionseingriffen) mit Zu- und AbschlÃ¤gen mit einem Betrag von 10.183,81 â¬ ab (Rechnung vom 25. Juni 2014, Zugang bei der Beklagten am 26. Juni 2014). Hierbei berÃ¼cksichtigte sie u.a. als Hauptdiagnose I70.24 (Arterielle Verschlusskrankheit mit GangrÃ¤n Fontaine-Stadium IV). AuÃerdem kodierte sie als Nebendiagnose u.a. M86.17 (sonstige akute Osteomyelitis: KnÃ¶chel und FuÃ) und M84.47 (Pathologische Fraktur, anderenorts nicht klassifiziert, KnÃ¶chel und FuÃ, Exkl.: Pathologische Fraktur bei bÃ¶sartiger Neubildung , Pathologische Fraktur bei Osteoporose , WirbelkÃ¶rperkompression, anderenorts nicht klassifiziert).

Â

Die Beklagte glich die Rechnung i.H.v. 5.427,76 â¬ am 14. Juli 2014 aus und leitete die PrÃ¼fung durch den MDK ein. Mit Gutachten vom 23. April 2015 kam der MDK zu dem Ergebnis, dass eine frÃ¼here Entlassung mÃ¶glich gewesen sei. Die DRG sei nicht korrekt. Es ergebe sich die DRG F59 B (MÃ¤Ãig komplexe GefÃ¤Ãeingriffe ohne mehrfache GefÃ¤Ãeingriffe, ohne Ã¤uÃerst schwere CC, ohne Rotationsthrombektomie, ohne komplizierende Diagnose), da u.a. die Nebendiagnose M86.17 nicht belegt sei, denn â(I)aut Unterlagen ergab sich der Verdacht auf eine Osteolyse, ein relevanter Mehraufwand im Sinne der DKR wird nicht belegt.â Die Hauptdiagnose sei zu Ã¤ndern in E11.47 (Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem FuÃsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet).

Â

Mit Schreiben vom 19. Mai 2015 teilte die KlÃ¤gerin mit, dass sie mit dem Gutachten nicht einverstanden sei. Dies gelte insbesondere im Hinblick auf die â einzig erlÃ¶srelevante â Korrektur der Nebendiagnose M86.7.

Â

Der MDK fÃ¼hrte mit Stellungnahme vom 6. Juli 2015 aus, dass die DKR 0401h anzuwenden sei, woraus sich die Hauptdiagnose E11.47 ergebe. Der Diabetes sei ursÃ¤chlich fÃ¼r die GefÃ¤Ãproblematik. Daher sei der Sachverhalt Ã¼ber eine E.-Diagnose zu kodieren. Eine Osteolyse sei nicht bestÃ¤tigt worden. Es habe sich insoweit nur ein Verdacht ergeben. Ferner: âVorgelegt wird vom KH die RÃ¶ntgenanforderung, dieser ist die Fragestellung âOsteolyse?â zu entnehmen. [â¦ Die hier durchgefÃ¼hrten RÃ¶ntgenaufnahmen gehÃ¶rten zur initialen Standarddiagnostik beim diabet. FuÃsyndrom unter WÃ¼rdigung des hier vorliegenden Lokalbefundes (IV. Zeh des rechten FuÃes nekrotisiert mit offenem Gelenk und frei liegendem Knochen am Grundgelenk) um eine mÃ¶gliche Osteolyse

zu sichern oder auszuschlieÃen, denn in AbhÃ¤ngigkeit vom RÃ¶ntgenbefund war das weitere therapeutische Vorgehen festzulegen und zu planen. Ein Ã¼ber das Ã¼bliche MaÃ hinausgehender Mehraufwand mit einem nebendiagnoseabhÃ¤ngigen Ressourcenverbrauch wurde nicht erbracht. Zudem bestÃ¤tigte sich der klinische Verdacht nicht, so dass keine Erweiterung der Therapie notwendig geworden war.â

Â

Mit der am 18. Februar 2016 zum Sozialgericht (SG) Detmold erhobenen Klage hat die KlÃ¤gerin weiterhin die Zahlung von Behandlungskosten i.H.v. 4.676,05 â¬ begehrt und zur BegrÃ¼ndung vorgetragen, dass sich eine Osteomyelitis bestÃ¤tigt habe. Ein diagnostischer Aufwand (NativrÃ¶ntgen des VorfuÃes in zwei Ebenen) sei entstanden. Die Amputation sei als therapeutische MaÃnahme zu werten, sodass der Kode M86.17 zum Tragen komme. Die AbÃ¤nderung der Hauptdiagnose sei ebenso wenig erlÃ¶srelevant wie die Streichung der Nebendiagnose M84.47.

Â

Die KlÃ¤gerin hat beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, an die KlÃ¤gerin 4.676,05 â¬ zuzÃ¼glich Zinsen i.H.v. 2 Prozentpunkten Ã¼ber dem Basiszinssatz seit dem 11. Juli 2014 zu zahlen.

Â

Die Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Â

Sie hat die Auffassung vertreten, die KÃ¼rzung sei gerechtfertigt gewesen. Die Versicherte habe in der Folge des Diabetes mellitus unter einer arteriellen Verschlusskrankheit gelitten. Dies mÃ¼sse bei der Kodierung berÃ¼cksichtigt werden, sodass die Hauptdiagnose zu Ã¤ndern sei. Die Nebendiagnose M86.17 sei nicht als Verdachtsdiagnose zu berÃ¼cksichtigen, da sie sicher habe ausgeschlossen werden kÃ¶nnen (DKR 2014 D008b). Eine Kodierung nach DKR 2014 D003l (Nebendiagnosen â Abnorme Befunde) aufgrund des im RÃ¶ntgen geÃ¤uÃerten Verdachts auf Osteolyse sei ebenfalls nicht mÃ¶glich, da keine therapeutische Konsequenz bestanden habe und auch keine weitere Diagnostik oder Behandlung erfolgt sei.

Â

Das SG hat den Facharzt fÃ¼r Chirurgie, Unfallchirurgie Q. vom Amts wegen zum SachverstÃ¤ndigen ernannt. Ein seitens der KlÃ¤gerin gegen den SachverstÃ¤ndigen erhobenes Ablehnungsgesuch hat das SG mit Beschluss vom

23. August 2016 zurÃ¼ckgewiesen.

Â

Mit Gutachten (nach Aktenlage) vom 14. November 2016 hat der SachverstÃ¤ndige ausgefÃ¼hrt, dass eine bakterielle eitrige KnochenentzÃ¼ndung (Osteomyelitis) nicht nachgewiesen worden sei. Durch Abstrichuntersuchung sei das Vorliegen eines Weichteilinfektes der IV.Â Zehe re. bestÃ¤tigt worden, wobei als Erreger Staphylokokkus aureus identifiziert worden sei. DiesbezÃ¼glich sei keine spezielle Therapie eingeleitet worden; nach erfolgter Zehenamputation sei keine Antibiotikatherapie durchgefÃ¼hrt worden. Aus dem rÃ¶ntgenologischen Befund habe sich nicht die Konsequenz einer weiteren spezifischen Diagnostik ergeben. Das DurchfÃ¼hren einer Abstrichuntersuchung mit Nachweis eines Krankheitskeims habe sich ausdrÃ¼cklich auf die Weichteilsituation, nicht jedoch auf die Knochenstruktur bezogen. Mit sÃ¤mtlichen vom MDK diesbezÃ¼glich abgegebenen Feststellungen bestehe volle Ãbereinstimmung. Auf den Inhalt des Gutachtens vom 14. November 2016 wird im Ãbrigen Bezug genommen.

Â

Ferner hat das Gericht den SachverstÃ¤ndigen am 29. Mai 2017 ergÃ¤nzend zum Vortrag der KlÃ¤gerin Stellung nehmen lassen. Er hat ausgefÃ¼hrt, dass eine spezielle, auf eine Osteomyelitis zielende adÃ¤quate Therapie nicht stattgefunden habe, insbesondere keine Antibiose. Insofern liege sowohl fÃ¼r die prÃ¤-OP durchgefÃ¼hrte RÃ¶ntgenaufnahme als auch fÃ¼r die durchgefÃ¼hrte Amputation der IV. Zehe nur die Existenz eines Weichteilinfektes zugrunde, der die entsprechenden operativen Prozeduren nach sich gezogen habe. Ferner habe die Osteomyelitis fÃ¼r sich alleine betrachtet keinen entsprechenden diagnostischen oder therapeutischen Schritt erfordert und insbesondere keinen hierauf grÃ¼ndenden erhÃ¶hten Ressourcenverbrauch ausgelÃ¶st. Eine BerÃ¼cksichtigung als kodierrelevante Nebendiagnose sei auszuschlieÃen. Auf die ergÃ¤nzende Stellungnahme vom 29. Mai 2017 wird im Ãbrigen Â Bezug genommen.

Â

Hierauf hat die KlÃ¤gerin erwidert, dass die Amputation der IV. Zehe nicht ausschlieÃlich auf die Existenz eines Weichteilinfektes zurÃ¼ckgefÃ¼hrt bzw. aufgrund dessen durchgefÃ¼hrt worden sei. SchlieÃlich sei im histopathologischen Befund auch beschrieben, dass sich die Osteomyelitis bis in die proximale GelenkflÃ¤che ausgedehnt habe. HÃ¤tte nur ein Weichteildefekt vorgelegen, so hÃ¤tte die Zehe nicht amputiert werden mÃ¼ssen. Gerade weil aber bereits eine Osteomyelitis vorgelegen habe und die Durchblutungssituation eine Ausheilung gerade der Osteomyelitis nicht zugelassen habe, sei die Amputation durchgefÃ¼hrt worden. Damit liege auch ein Ressourcenverbrauch in Bezug auf die Osteomyelitis vor.

Â

Auf den Antrag der KlÃ¤gerin hat das SG den SachverstÃ¤ndigen im Verhandlungstermin vom 18. April 2018 zur ErlÃ¤uterung seines Gutachtens geladen und vernommen. Auf die Sitzungsniederschrift wird Bezug genommen.

Â

Die Verhandlung ist vertagt worden, um der KlÃ¤gerin Schriftsatznachlass zu gewÃ¤hren. Die Beteiligten haben sich nachfolgend mit einer Entscheidung ohne mÃ¼ndliche Verhandlung einverstanden erklÃ¤rt (SchriftsÃ¤tze vom 29. Juni 2018 und 18. April 2019).

Â

Mit Urteil ohne mÃ¼ndliche Verhandlung vom 29. Mai 2019 hat das SG die Klage abgewiesen. Auf die EntscheidungsgrÃ¼nde wird Bezug genommen.

Â

Gegen das ihr am 17. Juni 2019 zugestellte Urteil hat die KlÃ¤gerin am 17. Juli 2019 Berufung eingelegt: Sie nimmt auf ihr bisheriges Vorbringen Bezug und fÃ¼hrt ergÃ¤nzend aus, dass kein zusÃ¤tzlicher Ressourcenverbrauch erforderlich gewesen sei, um die Osteomyelitis zu kodieren. Die Amputation sei der einzige Weg gewesen, um auch die Osteomyelitis zu behandeln. Insofern sei es zwar richtig, dass die Osteomyelitis keinen zusÃ¤tzlichen Handlungsbedarf bedingt habe. Der auf die Infektion des Weichteilgewebes und die Resektion der bestehenden Nekrose ausgerichtete Ressourcenverbrauch (die chirurgische Intervention im Sinne einer Amputation) sei aber gleichermaÃen derjenige, der auch fÃ¼r die Osteomyelitis eingesetzt worden sei. Das SG sei gehalten gewesen, weitere Ermittlungen von Amts durchzufÃ¼hren. Die erstinstanzlich (Schriftsatz vom 23. Mai 2018) erhobenen Beweisangebote zur Absicherung der Diagnose Osteomyelitis hÃ¤tten abgearbeitet werden mÃ¼ssen, sofern es tatsÃ¤chlich weiterer Beweise zum Vorliegen einer Osteomyelitis bedurft hÃ¤tte. Der pathologische Bericht vom 15. Mai 2014 belege, dass sich eine Phlegmone-eitrige EntzÃ¼ndung, diese im Sinne einer gleichartigen Osteomyelitis auf das korrespondierende Knochengewebe Ã¼bergreifend, gezeigt habe. Eindeutiger kÃ¶nne die diesbezÃ¼gliche Diagnose nicht beschrieben werden. Bei einem diabetischen FuÃsyndrom (wie es unstreitig hier bei der Versicherten vorgelegen habe) kÃ¶nne in 20 % der chronisch infizierten Ulzerationen eine Osteomyelitis festgestellt werden. Auch werde bei freiliegendem Knochen allgemein von einer Osteomyelitis oder Osteitis ausgegangen. Insofern habe zweifelsohne eine Osteomyelitis vorgelegen. Soweit dies nicht als gesichert gelten sollte, habe jedenfalls die Verdachtsdiagnose einer Osteomyelitis vorgelegen. Da diese auch chirurgisch konkret behandelt worden sei, sei unter allen Aspekten die Osteomyelitis als Nebendiagnose zu kodieren. Es werde angeregt, einen neuen SachverstÃ¤ndigen (aus dem Bereich Radiologie/Pathologie) zu bestellen, der insbesondere im Bereich der Behandlung des diabetischen FuÃes Erfahrungen aufweise.

Â

Die KlÃ¤gerin beantragt,

Â

das Urteil des Sozialgerichts Detmold vom 14.11.2016 zu Ã¤ndern und die Beklagte zu verurteilen, an die KlÃ¤gerin 4.676,05 EUR zuzÃ¼glich Zinsen in HÃ¶he von 2 % Punkten Ã¼ber den Basiszinssatz seit dem 11.07.2014 zu zahlen,

Â

hilfsweise,

Â

die Revision zuzulassen.

Â

Die Beklagte beantragt,

Â

die Berufung zurÃ¼ckzuweisen.

Â

Die Beklagte schlieÃt sich den erstinstanzlichen EntscheidungsgrÃ¼nden an.

Â

Die KlÃ¤gerin hat eine (auf den 16. Mai 2018 datierte) ergÃ¤nzende Stellungnahme ihres Leiters der Pathologie (Z.) zur Akte gereicht. Darin wird mitgeteilt, dass eine eitrige und damit bakterielle Osteomyelitis diagnostiziert worden sei, und zwar nicht nur in den Weichteilwundbereichen, sondern auch in den untersuchten knÃ¶chernen Anteilen. Bei der spezifischen granulozytÃ¤ren EntzÃ¼ndung sei eine eitrige Osteomyelitis im Sinne einer bakteriellen Osteomyelitis eine sichere Diagnose und bedÃ¼rfe zur Absicherung des Befundes keiner mikrobiologischen Untersuchung.

Â

Der Senat hat den SachverstÃ¤ndigen Q. um ergÃ¤nzende Stellungnahme zum Berufungsvorbringen gebeten. Mit ergÃ¤nzender Stellungnahme vom 4. Juni 2020 hat er ausgefÃ¼hrt, dass ein Ressourcenverbrauch in Bezug auf die Osteomyelitis nicht vorlegen habe; insbesondere sei nicht antibiotisch behandelt worden. Eine Osteomyelitis sei nicht nachgewiesen. Die Kontrolle der RÃ¶ntgenbefunde vom 7. Mai 2014 zeige unzweifelhaft eine subkapital gelegene Fraktur im Grundglied der IV. Zehe, die in Fehlstellung durch VerlÃ¤ngerung und Abknickung befindlich sei,

wobei die eigentlichen FrakturrÃ¤nder unscharf begrenzt seien. Des Weiteren lÃ¤gen unscharf konturierte RÃ¤nder im Bereich des Endgliedknochens an D IV vor, Zeichen der AuflÃ¶sung fÃ¤nden sich nicht. Dieser Befund sei zum einen einer (alten) in Verheilung befindlichen Fraktur zuzuschreiben, zum anderen verdachtsmÃ¤Ãig z.B. auch einer VerÃ¤nderung durch tumorÃ¶se Destruktion. Hingegen fÃ¤nden sich Zeichen, die unzweifelhaft auf eine entzÃ¼ndliche Osteolyse (Osteomyelitis) schlieÃen lassen wÃ¼rden, nicht. Von der Wertigkeit sei die beschriebene Osteomyelitis ein Zufallsbefund, der weder Entscheidungsgrund fÃ¼r die operative Behandlung gewesen sei noch irgendwelche Ressourcen verbraucht noch den Pflege- und Betreuungsaufwand erhÃ¶ht habe. Auf den Inhalt der ergÃ¤nzenden Stellungnahme vom 4. Juni 2020 wird ergÃ¤nzend verwiesen.

Â

Von Amts wegen hat der Senat sodann die FachÃ¤rztin fÃ¼r Chirurgie B. zur SachverstÃ¤ndigen ernannt. In ihrem Gutachten nach Aktenlage vom 21. September 2021 hat sie ausgefÃ¼hrt, dass die Grunderkrankung als diabetisches FuÃsyndrom mit E11.74 zu kodieren sei. ZusÃ¤tzlich sei entsprechend einer Folgeerkrankung des langjÃ¤hrigen Diabetes mellitus (diabetische Mikro-/ Makroangiopathie) als Nebendiagnose I70.24 (Atherosklerose von ExtremitÃ¤tenarterien nach dem Becken-Bein-Typ Stadium IV) zu kodieren. Mit der Hauptdiagnose E11.74 und Nebendiagnose I70.24 ergebe sich unter BerÃ¼cksichtigung operativer Prozeduren die von Beklagtenseite in Ansatz gebrachte DRG-Kodierung F59B. Es fÃ¤nden sich keine Aspekte, die die zusÃ¤tzliche Kodierung M86.17 (akute Osteomyelitis an KnÃ¶chel und FuÃ) und M84.47 (pathologische Fraktur an KnÃ¶chel und FuÃ) im Sinn einer relevanten Nebendiagnose plausibel machen wÃ¼rden. Zur BegrÃ¼ndung hat die SachverstÃ¤ndige im Weiteren ausgefÃ¼hrt: In der typischen Konstellation des diabetischen FuÃsyndromes mit Polyneuropathie (VielnervstÃ¶rung), diabetischer Mikro- und Makroangiopathie und knÃ¶chernen VerÃ¤nderungen sei es zu einem Absterben der Zehe im Sinne einer trockenen Nekrose gekommen. Hinweise fÃ¼r eine Osteomyelitis, die ausschlaggebend gewesen wÃ¤re fÃ¼r weitere diagnostische und therapeutische MaÃnahmen, hÃ¤tten sich an keiner Stelle der Aktenlage gefunden. Im Gegenteil, anlÃ¤sslich des Aufnahmebefundes sei ausdrÃ¼cklich festgehalten, dass sich klinisch eine Nekrose mit offenem Gelenk und freiliegendem Knochen gezeigt habe, jedoch keine RÃ¶tung im Sinne einer Phlegmone, d.h. ein akuter entzÃ¼ndlicher Prozess, sei er nun ausgehend von den Weichteilen oder vom Knochen, habe nicht bestanden. Die Zehe sei in typischer Weise fÃ¼r ein diabetisches FuÃsyndrom trocken nekrotisch, d.h. abgefault, abgestorben, ein aktiver entzÃ¼ndlicher Prozess habe nie nachgewiesen werden kÃ¶nnen.

Â

Dementsprechend sei es unerheblich, ob radiologisch und pathohistologisch Hinweise fÃ¼r eine Osteomyelitis bestanden hÃ¤tten. Der Aufnahmegrund und der Grund fÃ¼r die operative Intervention mit Amputation der IV. Zehe habe nicht in einem entzÃ¼ndlichen Prozess, sondern in einer abgestorbenen, nekrotischen

Situation gelegen. Ausgehend von dem abgestorbenen Gewebe und teilwese Fehlen des schÃ¼tzenden Weichgewebes bei offenliegendem Knochen seien lokale Osteolysen (Knochentod) mehr als wahrscheinlich, jedoch eben keine entzÃ¼ndliche Reaktion im Sinne einer Osteomyelitis.

Â

Auch erfÃ¼llten die begehrten Kodierungen der Nebendiagnosen nicht die in der Deutschen Kodierrichtlinie definierte Voraussetzung einer Nebendiagnose: Eine Einflussnahme auf das Patientenmanagement kÃ¶nne nach Aktenlage ebenso wenig bestÃ¤tigt werden wie entsprechende therapeutische bzw. diagnostische MaÃnahmen oder ein erhÃ¶hter Aufwand fÃ¼r Betreuung, Pflege oder Ãberwachung. Es sei im Rahmen der Amputation noch nicht einmal eine antibiotische Abdeckung erfolgt, das heiÃe aber auch, dass entzÃ¼ndliche VorgÃ¤nge, sei es ausgehend von den Weichteilen oder dem Knochen, klinisch âânicht im Vordergrundâ gestanden hÃ¤tten.

Â

Im Verhandlungstermin am 5. Juli 2023 ist die SachverstÃ¤ndige B. persÃ¶nlich gehÃ¶rt worden. Auf den Inhalt der Sitzungsniederschrift wird Bezug genommen.

Â

Nach vorheriger AnhÃ¶rung hat der Senat den Beteiligten von Amts wegen und der SachverstÃ¤ndigen B. auf ihren Antrag hin gestattet, sich wÃ¤hrend der mÃ¼ndlichen Verhandlung an einem anderen Ort aufzuhalten und dort Verfahrenshandlungen Ã¼ber den von der Justiz des Landes Nordrhein-Westfalen zur VerfÃ¼gung gestellten Virtuellen Meetingraum (VMR) vorzunehmen (Beschluss vom 29. Juni 2023). Davon haben die Beklagte und die SachverstÃ¤ndige Gebrauch gemacht.

Â

Mit Beschluss vom 5. Juli 2023 sind Ablehnungsgesuche der KlÃ¤gerin gegen den Vorsitzenden Richter am Landessozialgericht P., die Richter am Landessozialgericht S. und T. fÃ¼r unbegrÃ¼ndet erklÃ¤rt worden (Az. L 11 SF 194-196/23 AB). Der Beschluss ist der KlÃ¤gerbevollmÃ¤chtigten, wie sie zu Beginn der mÃ¼ndlichen Verhandlung erklÃ¤rt hat, vor deren Beginn ausgehÃ¤ndigt worden

Â

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

EntscheidungsgrÃ¼nde

Â

A. Die AntrÃ¤ge im Berufungsverfahren sind wirksam im Rahmen der mÃ¼ndlichen Verhandlung gestellt. Soweit die Beklagte nicht persÃ¶nlich im Gerichtssaal vertreten gewesen ist, sondern von ihrem BehÃ¶rdensitz aus per Video- und TonÃ¼bertragung an der Verhandlung teilgenommen hat, war dies gemÃ¤Ã Â§ 110a Sozialgerichtsgesetz (SGG) aufgrund des gerichtlichen Beschlusses vom 29. Juni 2023 zulÃ¤ssig.

Â

B. Die am 17. Juli 2019 schriftlich eingelegte Berufung der KlÃ¤gerin gegen das ihr am 17. Juni 2019 zugestellte Urteil des SG Detmold vom 29. Mai 2019 ist, insbesondere ohne gerichtliche Zulassung, statthaft (Â§Â§ 143, 144 Sozialgerichtsgesetz [SGG]) sowie form- und fristgerecht eingelegt worden (Â§Â§ 151 Abs. 1, Abs. 3, 64 Abs. 1, Abs. 2, 63 SGG).

Â

C. Die Berufung der KlÃ¤gerin ist unbegrÃ¼ndet. Die Klage ist zulÃ¤ssig (I.), aber unbegrÃ¼ndet (II.).

Â

I. Die Klage ist zulÃ¤ssig. Die Klage des KrankenhaustrÃ¤gers auf Zahlung von weiteren Behandlungskosten ist als (echte) Leistungsklage (Â§ 54 Abs. 5 SGG) statthaft (BSG, Urteil vom 16. Dezember 2008 â B 1 KN 1/07 KR R â SozR 4-2500 Â§ 109 Nr. 13). Es handelt sich um einen Beteiligtenstreit im GleichordnungsverhÃ¤ltnis, weshalb der ZulÃ¤ssigkeit der Klage nicht entgegensteht, dass eine Regelung durch Verwaltungsakt zu ergehen hÃ¤tte und ein Vorverfahren durchzufÃ¼hren wÃ¤re; Ã¼berdies ist keine Klagefrist zu beachten (vgl. u.a. BSG, Urteil vom 23. Juli 2002 â B 3 KR 64/01 R â SozR 3-2500 Â§ 112 Nr. 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§ 37 Nr. 1; BSG, Urteil vom 13. Mai 2004 â B 3 KR 18/03 R â SozR 4-2500 Â§ 39 Nr. 2).

Â

II. Die Klage ist unbegrÃ¼ndet. Die KlÃ¤gerin hat keinen Anspruch auf KrankenhausvergÃ¼tung fÃ¼r die Versicherte in HÃ¶he von (weiteren) 4.676,05 â¬ nebst Zinsen.

Â

1. Rechtsgrundlage des von der KlÃ¤gerin wegen der stationÃ¤ren Behandlungen der Versicherten geltend gemachten VergÃ¼tungsanspruchs ist Â§ 109 Abs 4 Satz 3 SGB V i.V.m. Â§ 7 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) und Â§ 17b Â§ 17b

Krankenhausfinanzierungsgesetz ([KHG], BSG, Urteil vom 8. November 2011 â□□ B 1 KR 8/11 R â□□ BSGE 109, 236, Rn. 13, 15f; BSG, Urteil vom 19. MÃ¤rz 2020 â□□ B 1 KR 20/19 R â□□ BSGE 130, 73, Rn. 11). Das Gesetz regelt in diesen Vorschriften die HÃ¶he der VergÃ¼tung der zugelassenen KrankenhÃ¤user bei stationÃ¤rer Behandlung gesetzlich Krankenversicherter und setzt das Bestehen des VergÃ¼tungsanspruchs als Gegenleistung fÃ¼r die ErfÃ¼llung der Pflicht, erforderliche Krankenhausbehandlung nach Â§ 39 SGB V zu gewÃ¤hren (Â§ 109 Abs. 4 Satz 2 SGB V), dem Grunde nach als SelbstverstÃ¤ndlichkeit voraus (BSG, Urteil vom 19. MÃ¤rz 2020 â□□ a.a.Palm, Rn. 11; BSG, Urteil vom 16. Juli 2020 â□□ B 1 KR 22/19 R â□□ SozRÂ 4-5562 Â§Â 9 Nr.17, Rn. 8).

Â

2. Dass die Grundvoraussetzungen eines Anspruchs auf KrankenhausvergÃ¼tung erfÃ¼llt sind, steht zwischen den Beteiligten nicht im Streit. Insbesondere die Erforderlichkeit der Krankenhausbehandlung wurde von beiden Beteiligten im gerichtlichen Verfahren â□□ im Einklang mit den AusfÃ¼hrungen der SachverstÃ¤ndigen Q. und B. â□□ nicht infrage gestellt.

Â

3. Die VergÃ¼tung fÃ¼r Krankenhausbehandlung der Versicherten bemisst sich der HÃ¶he nach bei DRG-KrankenhÃ¤usern wie jenem der Beklagten nach vertraglichen Fallpauschalen auf gesetzlicher Grundlage. Die FallpauschalenvergÃ¼tung fÃ¼r Krankenhausbehandlung Versicherter in zugelassenen Einrichtungen ergibt sich aus Â§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V i.V.m. Â§Â 7 KHEntgG und Â§ 17b KHG. Der Anspruch wird auf Bundesebene durch NormsetzungsvertrÃ¤ge (NormenvertrÃ¤ge, FPV â□□ hier 2014) konkretisiert. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung gemeinsam vereinbaren nach Â§ 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft als â□□Vertragsparteien auf Bundesebeneâ□□ mit Wirkung fÃ¼r die Vertragsparteien nach Â§ 11 KHEntgG einen Fallpauschalen-Katalog einschlieÃ□lich der Bewertungsrelationen sowie Regelungen zur Grenzverweildauer und der in AbhÃ¤ngigkeit von diesen zusÃ¤tzlich zu zahlenden Entgelte oder vorzunehmenden AbschlÃ¤ge. Ferner vereinbaren sie insoweit Abrechnungsbestimmungen in den FPV auf der Grundlage des Â§ 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 KHEntgG. 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 (Â§ 1 Abs. 6 Satz 1 FPV 2014; zur rechtlichen Einordnung des Groupierungsvorgangs: BSG, Urteil vom 8. November 2011 â□□ a.a.Palm, Rn. 19 ff.). Das den Algorithmus enthaltende und ausfÃ¼hrende Programm (Grouper) greift dabei auch auf Dateien zurÃ¼ck, die entweder als integrale Bestandteile des Programms mit vereinbart sind (z.B. die Zuordnung von ICD-10-Diagnosen und Prozeduren zu bestimmten Untergruppen im zu durchlaufenden Entscheidungsbaum) oder an anderer Stelle vereinbarte Regelungen wiedergeben. Zu letzteren gehÃ¶ren die Fallpauschalen selbst, aber auch die internationale Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) in der jeweiligen vom Deutschen Institut fÃ¼r Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) im

Auftrag des Bundesministeriums fÃ¼r Gesundheit (BMG) herausgegebenen deutschen Fassung (ICD-10-GM, Version 2014, i.d.F. der Bekanntmachung des BMG gemÃ¤Ã Â§Â§ 295 und 301 SGB V), die Klassifikation des vom DIMDI im Auftrag des BMG (seit dem 26. Mai 2020 vom BfArM) herausgegebenen Operationen- und ProzedurenschlÃ¼ssel (OPS, zur Grundlage der Rechtsbindung: BSG, Urteil vom 8. November 2011 â a.a.Palm, Rn. 24) sowie die von den Vertragspartnern auf Bundesebene getroffene Vereinbarung zu den Deutschen Kodierrichtlinien (DKR, Version 2014 fÃ¼r das G-DRG-System gemÃ¤Ã Â§ 17b KHG; zu deren normativer Wirkung: BSG, Urteil vom 8. November 2011 â a.a.Palm, Rn. 18; vgl. insgesamt: BSG, Urteil vom 16. Juli 2020 â a.a.Palm, Rn. 12f.).

Â

Die Anwendung der normenvertraglichen Abrechnungsbestimmungen unterliegt grundsÃ¤tzlich den allgemeinen Auslegungsmethoden der Rechtswissenschaft. Die fÃ¼r die routinemÃ¤Ãige Abwicklung von zahlreichen BehandlungsfÃ¤llen vorgesehenen Abrechnungsbestimmungen sind gleichwohl wegen ihrer Funktion im GefÃ¼ge der Ermittlung des VergÃ¼tungstatbestandes innerhalb eines vorgegebenen VergÃ¼tungssystems stets eng nach ihrem Wortlaut und allenfalls ergÃ¤nzend nach ihrem systematischen Zusammenhang auszulegen; Bewertungen und Bewertungsrelationen bleiben auÃer Betracht (st. Rspr.: BSG, Urteil vom 17.Â Dezember 2019 â B 1 KR 19/19 R â SozRÂ 4-5562 Â§Â 9 Nr. 15, Rn. 13 m.w.N.; BSG, Urteil vom 16. Juli 2020 â a.a.Palm, Rn. 14).

Â

Nach dieser MaÃgabe ist die von der KlÃ¤gerin angegebene DRG F13A (Amputation bei Kreislauferkrankungen an oberer ExtremitÃ¤t und Zehen mit Ã¤uÃerst schweren CC und mehrzeitigen Revision- oder Rekonstruktionseingriffen), die mit Zu- und AbschlÃ¤gen in einen Betrag von 10.183,81 â¬ mÃ¼ndete (Rechnung vom 25. Juni 2014), nicht zugrunde zu legen. Zutreffend hat die Beklagte nach MaÃgabe des MDK-Gutachtens vom 23. April 2015 nur einen Betrag in HÃ¶he von 5.427,76 â¬ zuerkannt. Ein hÃ¶herer Zahlungsanspruch der KlÃ¤gerin besteht nicht. Die von der KlÃ¤gerin zugrunde gelegte DRG F13A ist durch die DRG F59 B zu ersetzen, da anstelle der Hauptdiagnose I70.24 die Hauptdiagnose E11.47 zu kodieren (4.) und die Nebendiagnose M86.17 als nicht nachgewiesen zu streichen ist (5.). Die weitere Kodierung ist mangels Abrechnungsrelevanz zwischen den Beteiligten unstreitig.

Â

4. Unter BerÃ¼cksichtigung der o.g. GrundsÃ¤tze ist als Hauptdiagnose die Diagnose E11.74 (Diabetes mellitus mit multiplen Komplikationen, mit diabetischem FuÃsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet) zugrunde zu legen.

Â

Die Beurteilung, ob eine Diagnose als Hauptdiagnose zu kodieren ist, bemisst sich

nach objektiven MaÃstÃ¤ben. Sie erfordert kein an eine bestimmte Person gebundenes hÃ¶chstpersÃ¶nliches Fachurteil, sondern kann jederzeit durch einen unabhÃ¤ngigen SachverstÃ¤ndigen nachvollzogen werden. Sie unterliegt im Streitfall der vollen richterlichen NachprÃ¼fung (BSG, Beschluss vom 25. September 2007 â GS 1/06 â BSGE 99, 111; BSG, Urteil vom 21. April 2015 â B 1 KR 9/15 R â SozRÂ 4-2500 Â§Â 109 Nr. 45).

Â

Hauptdiagnose im Sinne der DKR (2014) D002f als Teil der Allgemeinen Kodierrichtlinien ist im Grundsatz die Diagnose, die nach Analyse als diejenige festgestellt wurde, die hauptsÃ¤chlich fÃ¼r die Veranlassung des stationÃ¤ren Krankenhausaufenthaltes des Patienten verantwortlich war.

Â

MaÃgeblich ist demnach bei retrospektiver Betrachtung, welche Diagnose objektiv nach medizinisch-wissenschaftlicher Erkenntnis die Aufnahme zur stationÃ¤ren Behandlung erforderlich machte. Es ist nach der Rechtsprechung des BSG fÃ¼r die Bestimmung der Hauptdiagnose ohne Belang, wenn innerhalb eines abrechenbaren Behandlungsfalls nach der Aufnahme ins Krankenhaus weitere Krankheiten oder Beschwerden auftreten, die ebenfalls fÃ¼r sich genommen stationÃ¤re Behandlung bedingen, selbst wenn die stationÃ¤re BehandlungsbedÃ¼rftigkeit aufgrund der ersten Diagnose wegfÃ¤llt. Bestehen bei der Aufnahme ins Krankenhaus zwei oder mehrere Krankheiten oder Beschwerden, die jeweils fÃ¼r sich genommen bereits stationÃ¤rer Behandlung bedurften, kommt es darauf an, welche von ihnen bei rÃ¼ckblickender Betrachtung objektiv nach medizinisch-wissenschaftlicher Erkenntnis hauptsÃ¤chlich die stationÃ¤re Behandlung erforderlich machte. Das ist die Diagnose mit dem grÃ¶Ãten Ressourcenverbrauch (BSG, Urteil vom 21. April 2015 â a.a.Palm zu DKR [2005)] D002d; BSG, Urteil vom 5. Juli 2016 â B 1 KR 40/15 R â SozR 4-2500 Â§ 109 Nr. 58). Zentrale Begrifflichkeit dieser Definition ist damit einerseits die âVeranlassungâ des stationÃ¤ren Krankenhausaufenthalts, die auf eine ursÃ¤chliche AuslÃ¶sung des stationÃ¤ren Behandlungsgeschehens verweist. Das zeitliche Moment als ein wesentliches Definitionsmerkmal grenzt dabei von spÃ¤ter hinzugetretenen Diagnosen ab, die ebenfalls stationÃ¤re BehandlungsbedÃ¼rftigkeit bedingen. Anderseits wesentlich ist der Begriff ânach Analyseâ. Es ist fÃ¼r die Bestimmung der Hauptdiagnose ohne Belang, dass die Diagnose des einweisenden Arztes und des aufnehmenden Krankenhausarztes unter BerÃ¼cksichtigung der ex ante vorhandenen Informationen objektiv lege artis erfolgte. MaÃgeblich ist allein die objektiv zutreffende ex-post-Betrachtung (BSG, Urteil vom 21. April 2015 â a.a.Palm). Aus dieser Definition folgt ferner, dass es die Funktion der Hauptdiagnose ist, die Krankheit zu bezeichnen, die vorrangig wÃ¤hrend des Aufenthalts des Patienten im Krankenhaus dort behandelt worden ist und nicht allgemein den Gesundheitszustand des Patienten zu beschreiben, der nicht zu einem etwaigen Ressourcenverbrauch gefÃ¼hrt hat. Eine bei einem Versicherten bestehende GesundheitsstÃ¶rung kann demnach nicht die zu kodierende Haupterkrankung sein, wenn sie wÃ¤hrend des Krankenhausaufenthaltes nicht behandelt worden ist (insg.: Senat, Urteil vom 13.

Mai 2020 â□□ L 11 KR 366/18 â□□ juris).

Â

Zusammenfassend ist danach als Hauptdiagnose eine Diagnose zu bezeichnen, die nach einer ex-post-Betrachtung objektiv hauptsÃ¤chlich, aber nicht ausschlieÃ□lich, bei Krankenhausaufnahme â□□ grundsÃ¤tzlich nicht spÃ¤ter â□□ fÃ¼r die ursÃ¤chliche AuslÃ¶sung des stationÃ¤ren Behandlungsgeschehens und den entsprechenden Ressourcenverbrauch verantwortlich gewesen ist.

Â

Neben den allgemeinen Kodierrichtlinien ist zudem auf den Besonderen Teil der DKR (2014) 0401H â□□Diabetes mellitus mit Komplikationâ□□ abzustellen, aus dem eine spezifizierte Definition der Hauptdiagnose in Bezug auf den vorliegenden Diabetes folgt:

Hauptdiagnose Diabetes mellitus mit Komplikationen
Liegt eine Form des Diabetes mellitus vor, die mit einem Kode aus E10.â□□ bis E14.â□□ verschlÃ¼sselt wird, und bestehen Komplikationen des Diabetes, so ist fÃ¼r die korrekte VerschlÃ¼sselung zunÃ¤chst festzustellen, ob

- dieÂ **Behandlung der Grunderkrankung Diabetes mellitusÂ** oder
- dieÂ **Behandlung einer oder mehrerer Komplikationen**

hauptsÃ¤chlich die stationÃ¤re Aufnahme veranlasst hat. Des Weiteren ist fÃ¼r die Kodierung von Bedeutung,Â **wie viele Komplikationen**Â des Diabetes mellitus vorliegen, und ob diese dieÂ **Nebendiagnosendefinition**Â erfÃ¼llen.

Sofern die Grunderkrankung Diabetes mellitus behandelt wirdÂ undÂ **nur eine Komplikation**Â (Manifestation) des Diabetes mellitus vorliegt, ist E10â□□E14, vierte Stelle â□□.6â□□ zu kodieren (siehe Beispiel 2) (Siehe anders lautende Regelung zur Nebendiagnose). AuÃ□erdem ist ein Kode fÃ¼r die Manifestation anzugeben, sofern diese die Nebendiagnosedefinition erfÃ¼llt (siehe Beispiel 3).

(â□¦)

Sofern die Grunderkrankung Diabetes mellitus behandelt wirdÂ undÂ **multiple Komplikationen** (Manifestationen) des Diabetes mellitus vorliegen, ohne dass die Behandlung einer Manifestation im Vordergrund steht, ist E10â□□E14, vierte Stelle â□□.7â□□ zu kodieren. AuÃ□erdem sind die Kodes fÃ¼r die einzelnen Manifestationen anzugeben, sofern diese der Nebendiagnosendefinition entsprechen.

(â□¦)

Abweichend von den Regelungen zur Hauptdiagnose Diabetes mellitusÂ ist jedoch

- nicht .6 als vierte Stelle zu erfassen, wenn ein spezifischerer Kode fÃ¼r eine einzelne Komplikation gewÃ¤hlt werden kann, bzw.
- bei multiplen Komplikationen stets mit vierter Stelle .7 zu kodieren.

(â¦)

Spezifische Komplikationen des Diabetes mellitus
Generell sind bezÃ¼glich der Kodierung von Komplikationen des Diabetes mellitus die vorhergehenden AbsÃ¤tze zu beachten.

(â¦)

Diabetisches FuÃsyndrom
Die Diagnose âDiabetischer FuÃâ wird kodiert mit

E10âE14,Â **vierte und fÃ¼nfte Stelle**

â.74â	*Diabetes mellitus mit multiplen Komplikationen, mit diabetischem FuÃsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet*

oder

â.75â	*Diabetes mellitus mit multiplen Komplikationen, mit diabetischem FuÃsyndrom, als entgleist bezeichnet.*

Â

Nach dieser MaÃgabe ist vorliegend ein diabetisches FuÃsyndrom als Komplikation des Diabetes mellitus zu werten und daher die VerschlÃ¼sselung E11.74 anstelle I70.24 zu wÃ¤hlen. Unstreitig besteht bei der Versicherten ein Diabetes mellitus Typ II. Dies ergibt sich maÃgeblich aus der Patientenakte und wurde von den SachverstÃ¤ndigen und den behandelnden ÃrzTen der KlÃ¤gerin nicht in Zweifel gezogen. Gleichfalls unstreitig und durch die SachverstÃ¤ndigen Q. und B. ausdrÃ¼cklich bestÃ¤tigt, bestand bei der Versicherten ein Diabetisches FuÃsyndrom.

Â

5. Eine Kodierung der Nebendiagnose M86.17 (Sonstige akute Osteomyelitis â KnÃ¶chel und FuÃ) scheidet aus. Weder sind die Vorgaben der DKR 2014 D003I (Nebendiagnosen) gegeben noch kommt eine Kodierung als Verdachtsdiagnose in Betracht .

Â

a) In den DKR 2014, konkret in der allgemeinen Kodierrichtlinie D003I heiÃ□t es:

Â

D003I Nebendiagnosen

Die Nebendiagnose ist definiert als:

â□□Eine Krankheit oder Beschwerde, die entweder gleichzeitig mit der Hauptdiagnose besteht oder sich wÃ¤hrend des Krankenhausaufenthaltes entwickelt.

FÃ¼r Kodierzwecke mÃ¼ssen Nebendiagnosen als Krankheiten interpretiert werden, die das Patientenmanagement in der Weise beeinflussen, dass irgendeiner der folgenden Faktoren erforderlich ist:

- therapeutische MaÃ□nahmen
- diagnostische MaÃ□nahmen
- erhÃ¶hter Betreuungs-, Pflege- und/oder Ã□berwachungsaufwand

Bei Patienten, bei denen einer dieser erbrachten Faktoren auf mehrere Diagnosen (entweder Hauptdiagnose oder Nebendiagnose(n) oder mehrere Nebendiagnosen) ausgerichtet ist kÃ¶nnen alle betroffenen Diagnosen kodiert werden. Somit ist es unerheblich, ob die therapeutische(n)/diagnostische(n) MaÃ□nahmen bzw. der erhÃ¶hte Betreuungs-, Pflege- und/oder Ã□berwachungsaufwand auch in Bezug auf die Hauptdiagnose geboten waren.â□□

Â

Nach dieser MaÃ□gabe scheitert eine Kodierung der Nebendiagnose M86.17 am fehlenden gesicherten Nachweis fÃ¼r eine Osteomyelitis.

Â

aa) Klarstellend ist allerdings vorauszuschicken, dass es nach der zitierten Definition fÃ¼r die Kodierung einer Nebendiagnose keines Ã¼ber den Aufwand zur Behandlung der Hauptdiagnose hinausgehenden zusÃ¤tzlichen Ressourcenverbrauchs (mehr) bedarf. Anderslautende Rechtsprechung (z.B. ThÃ¼ringer LSG, Urteil vom 30. Juni 2015 â□□ L 6 KR 1792/11 â□□ juris, Rn. 36) ist seit der Neufassung der Definition (ab DKR 2010) Ã¼berholt. Soweit die gerichtlich gehÃ¶rten SachverstÃ¤ndigen auf diesen Aspekt abgestellt haben, sind die dahingehenden AusfÃ¼hrungen vom Senat nicht im Rahmen der BeweiswÃ¼rdigung berÃ¼cksichtigt worden.

Â

bb) Eine Osteomyelitis ist eine akute oder chronische EntzÃ¼ndung des Knochens unabhÃ¤ngig von ihrer Ursache. Die akute Osteomyelitis zeigt ein typisches Bild,

das gekennzeichnet ist durch RÃ¶tung, Ãberwãrmung und Schwellungen. In dieser Beurteilung stimmen die SachverstÃ¤ndigen Q. und B. Ã¼berein. Sie steht auch im Einklang mit den gÃ¤ngigen Definitionen (vgl. z.B. https://www.msdmanuals.com zum Stichwort âOsteomyelitisâ). Die SachverstÃ¤ndige B. hat darÃ¼ber hinaus ausgefÃ¼hrt, dass das so beschriebene symptomatische Bild auch fÃ¼r die Osteomyelitis des offenen Knochens gilt, wo etwa das Auffinden von Eiterherden zu erwarten wÃ¤re.

Â

cc) Ausgehend davon lassen sich nach den Ã¼bereinstimmenden Bekundungen der SachverstÃ¤ndigen zunÃ¤chst dem Aufnahmebefund keine Anhaltspunkte fÃ¼r das Vorliegen einer Osteomyelitis entnehmen. Dort wird eine Nekrose D IV rechts mit offenem Gelenk und freiliegendem Knochen beschrieben, nicht jedoch eine RÃ¶tung, Ãberwãrmung oder Schwellung. Im Gegenteil heiÃt es im Aufnahmebefund wÃ¶rtlich: âKeine RÃ¶tung im Sinne einer Phlegmoneâ. Die Diagnose einer Osteomyelitis wird nicht einmal verdachtsweise geÃ¤uÃert. Hinweise auf bestehende Eiterherde ergeben sich aus dem Aufnahmebefund ebenfalls nicht. Die SachverstÃ¤ndige B. hat ausgefÃ¼hrt, die Zehe D IV sei in typischer Weise fÃ¼r ein diabetisches FuÃsyndrom trocken nekrotisch, d.h. abgefault und abgestorben gewesen. Ein aktiver entzÃ¼ndlicher Prozess habe nicht nachgewiesen werden kÃ¶nnen.

Â

dd) Aus der Veranlassung einer RÃ¶ntgendiagnostik ebenso wie aus deren Ergebnis folgt nichts anderes. Das ergibt sich insbesondere aus der Vernehmung der SachverstÃ¤ndigen B. in der mÃ¼ndlichen Verhandlung vor dem Senat, in der die RÃ¶ntgenaufnahmen eingehend in Augenschein genommen worden sind.

Â

Die SachverstÃ¤ndige hat zunÃ¤chst dargelegt, dass die DurchfÃ¼hrung einer radiologischen Diagnostik in dem stattgefundenen Umfang Ã¼blich sei und keinen RÃ¼ckschluss auf den zum Zeitpunkt ihrer Veranlassung bestehenden Verdacht auf eine Osteomyelitis zulasse. HÃ¤tte ein solcher Verdacht bestanden, hÃ¤tte es vielmehr nahegelegen, noch weitere Diagnostik zu betreiben, etwa in Gestalt einer Szintigraphie oder eines PET-CT, die hier jedoch unterblieben seien.

Â

Soweit in Serie 1 der RÃ¶ntgenaufnahme bei der Zehe D IV oben rechts die im radiologischen Befundbericht beschriebene Schwellung zu erkennen sei und man Ã¼berdies im Ãbergang zwischen Mittelglied und Grundglied einen verdichteten Bereich sehen kÃ¶nne, sei dies nicht beweisend fÃ¼r das Vorliegen einer Osteomyelitis. Zwar kÃ¶nne eine Schwellung am geschlossenen Weichteil mÃ¶glicherweise ein dahin deutendes Indiz sein. Im vorliegenden Fall habe der Knochen jedoch offengelegen. Dann gelte diese Indizwirkung nicht. Die Schwellung,

die auf der RÃ¶ntgenaufnahme zu sehen sei, kÃ¶nne stattdessen z.B. auf eine AbflussstÃ¶rung hindeuten, die daher rÃ¼hre, dass ein Teil der Zehe bereits vollstÃ¤ndig abgestorben gewesen sei, ein anderer dagegen nicht. Zudem habe es keine weiteren diagnostischen Zeichen, wie die bereits genannte RÃ¶tung oder Ãberwärmung, gegeben, welche die Diagnose einer Osteomyelitis hÃ¤tten stÃ¼tzen kÃ¶nnen.

Â

ee) Ãbereinstimmend ergibt sich aus den SachverstÃ¤ndigengutachten, dass auch das therapeutische Regime nicht auf die Behandlung einer Osteomyelitis spezifisch ausgerichtet war und daher zumindest nicht fÃ¼r deren Vorliegen spricht.

Â

Die SachverstÃ¤ndige B. hat darauf hingewiesen, dass bereits im Verdachtsfall einer Osteomyelitis auch vor dem Eintreffen des Ergebnisses eines Abstrichs die Gabe eines Antibiotikums erfolgen wÃ¼rde, um die Patientin entsprechend abzudecken. Dies ist im vorliegenden Fall jedoch unterblieben und war, wie die SachverstÃ¤ndige auf ausdrÃ¼ckliches Befragen seitens der KlÃ¤gerin ausgefÃ¼hrt hat, auch nicht wegen des Vorliegens einer Notfallsituation entbehrlich. FÃ¼r eine solche gebe es keine Anhaltspunkte. Die Patientin sei am 7. Mai 2014 aufgenommen, die Amputation dagegen erst am 9. Mai 2014 durchgefÃ¼hrt worden. Es mÃ¶ge sein, dass die Patientin selbst ihren Zustand als Notfall begriffen habe. Medizinisch lasse sich ein solcher jedoch nicht begrÃ¼nden.

Â

Die Amputation der Zehe war nach EinschÃ¤tzung der SachverstÃ¤ndigen eine indizierte operative MaÃnahme unabhÃ¤ngig davon, ob eine Osteomyelitis vorlag.

Â

ff) Weder der mikrobiologische Befund vom 8. Mai 2014 noch der histopathologische Befund rechtfertigen nach Ã¼bereinstimmender Beurteilung der SachverstÃ¤ndigen eine abweichende Beurteilung, namentlich im Sinne des Nachweises einer Osteomyelitis.

Â

Soweit beim Wundabstrich reichlich betaimmunisierende Streptokokken der Gruppe B festgestellt worden sind, hat die SachverstÃ¤ndige B. ausgefÃ¼hrt, dass ein solcher Befund angesichts des Vorliegens einer nekrotisierenden Zehe absolut nicht ungewÃ¶hnlich sei.

Â

Die Formulierung im histopathologischen Auftrag, bei dem als Diagnose angegeben

ist â□□diabetische GangrÃ¤n rechter FuÃ□â□□, ist als Hinweis weder auf das Vorliegen einer Osteomyelitis noch eines dahingehenden Verdachts zu bewerten. Insofern hat die SachverstÃ¤ndige B. erlÃ¤utert, dass der Begriff â□□GangrÃ¤nâ□□ lediglich eine Gewebsnekrose beschreibe, die feucht, aber auch â□□ wie hier â□□ trocken vorkommen kÃ¶nne.

Â

Der histopathologische Befund schlieÃ□lich hat ausweislich seines Ausgangsdatums frÃ¼hestens am 15. Mai 2014 und damit erst nach Entlassung der Versicherten vorgelegen. Die SachverstÃ¤ndige B. hat insoweit ausgefÃ¼hrt, dass er im Hinblick darauf, dass ein Ã□bergreifen der EntzÃ¼ndung von den Weichteilen auf den Knochen beschrieben werde, Hinweis auf eine Osteomyelitis sein kÃ¶nne. Allerdings spreche dagegen, dass die erforderlichen klinischen Anzeichen nicht zutrÃ¤fen.

Â

gg) Lediglich ergÃ¤nzend ist darauf hinzuweisen, dass auch der Entlassungsbericht der KlÃ¤gerin die Diagnose einer Osteomyelitis nicht stellt.

Â

hh) Soweit schlieÃ□lich die KlÃ¤gerin im Berufungsverfahren darauf hingewiesen hat, dass in 20 % der chronisch infizierten Ulzerationen leitliniengemÃ¤Ã□ eine Osteomyelitis bei einem diabetischen FuÃ□syndrom festgestellt werden kÃ¶nne, ist dem bereits unter statistischen Gesichtspunkten entgegenzuhalten, dass eine solche Feststellung offenbar in der Mehrheit der FÃ¤lle nicht getroffen werden kann. Im Ã□brigen hat die SachverstÃ¤ndige B. hierzu jedoch ausgefÃ¼hrt, prÃ¤gend sei im vorliegenden Fall das Bild der abgestorbenen Zehe D IV gewesen. Bei einem solchen Bild sei es jederzeit mÃ¶glich, dass sich kleinere Nester infizierter Weichteile oder auch Knochenabbau darstellten. Das klinische Bild ebenso wie die ergriffenen diagnostischen und therapeutischen MaÃ□nahmen sprÃ¤chen im vorliegenden Fall aber nicht fÃ¼r das Vorliegen einer Osteomyelitis.

Â

ii) Angesichts dessen kann es dahingestellt bleiben, ob â□□ wie der SachverstÃ¤ndige Q. in der mÃ¼ndlichen Verhandlung vor dem SG ausgefÃ¼hrt hat â□□ zur Feststellung einer Osteomyelitis eine zytologische Untersuchung erforderlich gewesen wÃ¤re. Denn jedenfalls war nach den AusfÃ¼hrungen beider gerichtlicher SachverstÃ¤ndiger ausgehend von den stattgefundenen Untersuchungen und unter WÃ¼rdigung des Gesamtbildes diese Diagnose nicht bewiesen. Angesichts dessen hat der Senat sich nicht zu weitergehenden Ermittlungen in pathologischer bzw. radiologischer Hinsicht gedrÃ¤ngt gesehen.

Â

jj) Der Senat folgt den Ã¼berzeugenden AusfÃ¼hrungen der gerichtlichen

SachverstÃ¤ndigen. Die SachverstÃ¤ndigen haben ihre Gutachten nach Aktenlage unter eingehender Auswertung der Patientenakte, der zur Gerichtsakte gereichten medizinischen Stellungnahmen, unter BerÃ¼cksichtigung des MD-Gutachten und sÃ¤mtlicher insbesondere seitens der KlÃ¤gerin geltend gemachter EinwÃ¤nde sorgfÃ¤ltig erstattet. Ihre daraus abgeleiteten schlÃ¼ssigen und widerspruchsfreien AusfÃ¼hrungen und Schlussfolgerungen haben sie eingehend und Ã¼berzeugend begrÃ¼ndet. Dabei haben sie den im maÃgeblichen Zeitpunkt aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstand berÃ¼cksichtigt.

Â

b) Die Nebendiagnose M86.17 ist auch nicht als Verdachtsdiagnose zu erfassen.

Â

Nach der Kodierregel D008b der DKR 2014 sind Verdachtsdiagnosen im Sinne dieser Kodierrichtlinie Diagnosen, die am Ende eines stationÃ¤ren Aufenthaltes weder sicher bestÃ¤tigt noch sicher ausgeschlossen sind. Verdachtsdiagnosen werden unterschiedlich kodiert, abhÃ¤ngig davon, ob der Patient nach Hause entlassen oder in ein anderes Krankenhaus verlegt wurde. Im Falle der Entlassung nach Hause ist das Symptom zu kodieren, wenn keine Behandlung in Bezug auf die Verdachtsdiagnose eingeleitet worden ist. Wenn eine Behandlung eingeleitet wurde und die Untersuchungsergebnisse nicht eindeutig waren, ist die Verdachtsdiagnose zu kodieren.

Â

Die DKR D008b ermÃ¶glicht die Kodierung von Diagnosen, die nicht bewiesen werden kÃ¶nnen, nicht aber von Diagnosen, die ausgeschlossen werden kÃ¶nnen. Als Verdachtsdiagnose kann vom Krankenhaus nicht jede vermutete oder befÃ¼rchtete Erkrankung eines Patienten kodiert werden. Vielmehr verlangt die DKR D008b mit den â nicht eindeutigen Untersuchungsergebnissenâ, dass das Krankenhaus zumutbare Untersuchungen zur ErhÃ¤rtung oder Verwerfung des Verdachts durchgefÃ¼hrt hat. Dabei ist keine erschÃ¶pfende Untersuchung erforderlich. Untersuchungen, die medizinisch nicht vertretbar sind, ein zu hohes Gesundheitsrisiko fÃ¼r den Patienten bergen oder in keinem sinnvollen VerhÃ¤ltnis zu den therapeutischen Konsequenzen stehen, kÃ¶nnen nicht verlangt werden (vgl. LSG Baden-WÃ¼rttemberg, Urteil vom 15. Oktober 2019 â L 11 KR 4112/18 â juris, Rn. 42 f.; LSG Mecklenburg-Vorpommern, Urteil vom 5. August 2021 â L 6 KR 116/16 â juris, Rn. 56). Verzichtet das Krankenhaus auf eine zumutbare Diagnostik, so schlieÃt dies die Kodierung als Verdachtsdiagnose aus. Hat das Krankenhaus dagegen â wie hier â Untersuchungen durchgefÃ¼hrt, so ist eine Verdachtsdiagnose nur dann gerechtfertigt, wenn auch im Ergebnis dieser Untersuchungen hinsichtlich der Diagnose ein non liquet besteht. Denn die DKR D0008b verlangt nach ihrem klaren Wortlaut, dass die betreffende Diagnose am Ende des stationÃ¤ren Aufenthaltes â weder sicher bestÃ¤tigt noch sicher ausgeschlossenâ werden kann. Daher liegt eine Verdachtsdiagnose nicht dann vor, wenn zwischen Krankenhaus und Krankenkasse Ã¼ber eine Diagnose Streit

besteht, sondern nur dann, wenn sich die streitige Tatsache (Vorliegen der Diagnose) nicht aufklÃ¤ren lÃ¤sst (vgl. SÃ¤chsisches LSG, Urteil vom 15. Dezember 2021 â□□ L 1 KR 260/16). Â

Â

Nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme ist die Kodierung als Verdachtsdiagnose ausgeschlossen. Die SachverstÃ¤ndige B. hat im Rahmen ihrer AnhÃ¶rung im Verhandlungstermin vor dem Senat Ã¼berzeugend dargelegt, dass auch unter BerÃ¼cksichtigung der seitens der KlÃ¤gerin angefertigten RÃ¶ntgenaufnahmen kein Verdacht auf eine Osteomyelitis zu begrÃ¼nden war. Die Klinik, in deren Vordergrund eine abgestorbene nekrotische Zehe gestanden hat, spreche vielmehr dagegen. Nachvollziehbar hat die SachverstÃ¤ndige betont, dass zudem dem histopathologischen Auftrag (Diagnose: â□□diabetische GangrÃ¤n rechter FuÃ□â□□) kein Verdacht einer Osteomyelitis abgeleitet werden kann, da â□□GangrÃ¤nâ□□ lediglich eine Gewebsnekrose beschreibt, die trocken wie feucht vorkommen kann.

Â

Da es nach der DKR auf den Zeitpunkt zum â□□Ende eines stationÃ¤ren Aufenthaltesâ□□ ankommt, bleibt der radiologische Befund vom 15. Mai 2014 (Befund: Osteomyelitis), der nach Beendigung des stationÃ¤ren Aufenthaltes der Versicherten erstellt wurde, an dieser Stelle unberÃ¼cksichtigt.

Â

Im Ã□brigen wird auf die AusfÃ¼hrungen unter a) Bezug genommen, soweit diese sich bereits zum Vorliegen einer Verdachtsdiagnose verhalten.

Â

Mangels Zahlungsanspruches scheidet auch ein damit korrespondierender Zinsanspruch der KlÃ¤gerin nach Â§ 15 Abs. 1 Satz 3 Sicherstellungsvertrag NRW aus.

Â

D. Die Kostenentscheidung folgt aus Â§ 197a Abs. 1 S 1 SGG iVm Â§ 154 Abs. 1 der Verwaltungsgerichtsordnung.

Â

E. Es besteht kein Anlass, die Revision nach Â§ 160 Abs. 2 SGG zuzulassen.

Â

F. Die Festsetzung des Streitwerts fÃ¼r das Berufungsverfahren beruht auf Â§ 197a Abs. 1 Satz 1 1. Teilsatz SGG i.V.m. Â§ 63 Abs. 2, Â§ 52 Abs. 1 und 3, Â§ 47 Abs. 1

sowie Â§ 45 Abs.Â 1 Satz 1 und 2 GKG.

Â

Â

Â

Erstellt am: 29.01.2024

Zuletzt verändert am: 23.12.2024