S 16 KR 3231/20

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Baden-Württemberg
Sozialgericht	Landessozialgericht Baden-Württemberg
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	11.
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	Für das Vorliegen einer Candidose (Infektionskrankheit durch Pilze der Gattung Candida) reicht eine Besiedlung mit dem genannten Keim nicht aus. Eine Wundinfektion kann (z.B. als Nebendiagnose B37.88) erst dann kodiert werden, wenn Infektionszeichen hinzukommen. Bei Nachweis von Bakterien auf Wunden ist zwischen Kontamination, Kolonisation und Infektion zu unterscheiden.
Normenkette	SGB 5 § 109 Abs 4 S 3 KHEntgG § 7 Abs 1 Nr 5 SGB 5 § 39 Abs 1

1. Instanz

Aktenzeichen	S 16 KR 3231/20
Datum	28.09.2021

2. Instanz

Aktenzeichen	L 11 KR 3288/21
Datum	21.11.2023

3. Instanz

Datum	-

Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Heilbronn vom 28.09.2021 aufgehoben und die Klage abgewiesen.

Die KlÃ¤gerin trÃ¤gt die Kosten des Verfahrens in beiden Instanzen.

Der Streitwert des Berufungsverfahrens wird endgÃ¼ltig auf 1.751,00Â â¬ festgesetzt.

Tatbestand

Die Beteiligten streiten um die VergÃ¼tung einer stationÃ¤ren Krankenhausbehandlung.

Die KlÃ¤gerin ist TrÃ¤gerin eines Krankenhauses, das durch Aufnahme in den Krankenhausplan des Landes Baden-WÃ¼rttemberg nach Â§ 108 Nr. 2 FÃ¼nftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) zur Versorgung gesetzlich Krankenversicherter zugelassen ist. Die Beklagte ist eine gesetzliche Krankenkasse.

Der 1961 geborene R1 (im Folgenden Versicherter) befand sich vom 16.02.2018 bis 22.02.2018 bei der KlÃ¤gerin in stationÃ¤rer Behandlung. Die Aufnahme erfolgte wegen Verdachts auf Pneumonie bei Fieber sowie eines â□□ vermutlich infektgetriggerten â□□ Krampfanfalls bei bekannter Epilepsie. Beim Versicherten lag bei Aufnahme eine PEG-Sonde (Perkutane endoskopische Gastrostomie), ein endoskopisch angelegter kÃ¼nstlicher Zugang von auÃ□en durch die Bauchdecke in den Magen, vor (vgl. Entlassungsbrief der KlÃ¤gerin vom 29.03.2018). FÃ¼r die erbrachten Leistungen rechnete die KlÃ¤gerin gegenÃ¼ber der Beklagten am 18.11.2019 unter Zugrundlegung der DRG-Fallpauschale E79A (Infektionen und EntzÃ¼ndungen der Atmungsorgane mit komplexer Diagnose oder Ã¤uÃ□erst schweren CC, mehr als ein Belegungstag oder mit Ã¤uÃ□erst schweren CC mit bestimmten Infektionen oder EntzÃ¼ndungen) einen Betrag von insgesamt 4.576,77 â□¬ ab, welchen die Beklagte zunÃ¤chst ausglich.

Die Beklagte beauftragte sodann den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) am 22.11.2019 mit der Ã□berprÃ¼fung der Abrechnung und zeigte dies der KlÃ¤gerin an. Im Gutachten vom 10.07.2020 kam G1 zu dem Ergebnis, die Kodierung der Nebendiagnosen B37.88 (Kandidose an sonstigen Lokalisationen) und T85.74 (Infektion und entzÃ¼ndliche Reaktion durch perkutan-endoskopische Gastrostomie-Sonde) sei zu Unrecht erfolgt, weshalb nicht auf Basis des DRG E79A, sondern E79D (Infektionen und EntzÃ¼ndungen der Atmungsorgane ohne komplexe Diagnose, ohne Ã¤uÃ□erst schwere CC oder ein Belegungstag, Alter > 0 Jahre, auÃ□er bei Para-/Tetraplegie, ohne best. mÃ¤Ã□ig aufwendige Behandlung) hÃ¤tte abgerechnet werden mÃ¼ssen. BezÃ¼glich der Kandidose sei kein entsprechender Befund beschrieben und keine Beeinflussung des Patientenmanagements belegt worden. Es seien ausschlieÃ□lich vereinzelt Candida albicans im PEG-Abstrich aufgetreten. Dies entspreche keiner Kandidose. Eine Infektion sei ebenfalls nicht anzunehmen, es habe lediglich eine RÃ¶tung an der Punktionsstelle vorgelegen. Es sei auch keine Beeinflussung des Patientenmanagements dokumentiert. Die Beklagte schloss sich in ihrer Mitteilung an die KlÃ¤gerin vom 15.07.2020 der Auffassung des MDK an, teilte einen Erstattungsanspruch in HÃ¶he von 1.751,00Â â□¬ mit und rechnete am 16.07.2020 den genannten Betrag mit anderen, zwischen den Beteiligten unstreitigen, AnsprÃ¼chen der KlÃ¤gerin auf.

Die KlÃ¤gerin bat mit Schreiben vom 21.07.2020 um ein Nachverfahren und teilte mit, sie kÃ¶nne der EinschÃ¤tzung des Gutachters nicht folgen. FÃ¼r die Wunde der PEG-Einstichstelle wÃ¼rden eindeutig entzÃ¼ndliche VerÃ¤nderungen

beschrieben, welche eine gezielte Diagnostik via Abstrich ausgelÃ¶st hÃ¤tten. Der Abstrich habe eine Verkeimung mit Staphylokokken und Streptokokken als auch Candida ergeben. Entsprechend dem Ergebnis sei eine spezifische Wundversorgung und Wundkonditionierung erfolgt. Damit seien fÃ¼r die kodierten Diagnosen T85.74 und B37.88 die Nebendiagnosendefinition nach DKR D003 erfÃ¼llt. Mit Schreiben vom 03.08.2020 teilte die Beklagte der KlÃ¤gerin mit, bei ihrer Entscheidung zu bleiben.

Die KlÃ¤gerin hat am 17.11.2020 Klage beim Sozialgericht Heilbronn (SG) erhoben und geltend gemacht, der Anspruch auf Zahlung von 1.751,00 â¬ aus den unstreitigen AbrechnungsfÃ¤llen sei nicht durch Aufrechnung erloschen. Voraussetzung einer Aufrechnung sei ein Ã¶ffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch. Ein solcher bestehe aber nicht, die Rechnung wegen der Behandlung des Versicherten sei zutreffend, die Kodierung sei korrekt und nicht zu beanstanden. FÃ¼r die Wunde der PEG-Einstichstelle wÃ¼rden eindeutig entzÃ¼ndliche VerÃ¤nderungen beschrieben, welche eine gezielte Diagnostik via Abstrich auslÃ¶sten. Der Abstrich habe eine Verkeimung mit Staphylokokken und Streptokokken als auch Candida ergeben. Damit sei die Diagnose einer Kandidose gesichert. Entsprechend dem Ergebnis sei eine spezifische Wundversorgung und Wundkonditionierung erfolgt.

Die Beklagte ist der Klage entgegengetreten und hat zur BegrÃ¼ndung auf das Gutachten des MDK verwiesen. Hinsichtlich der Nebendiagnose B37.88 werde weder ein entsprechender Befund beschrieben noch sei eine Beeinflussung des Patientenmanagements erkennbar. Der erhobene Befund entspreche keiner Kandidose, sondern befinde sich wohl an jedem Stoma bei Patienten auf der Haut. Zudem wÃ¤re eine antibiotische Behandlung bei einem Pilzbefall sogar kontraindiziert. Diese fÃ¶rdere das Pilzwachstum eher und verhindere es nicht. Stattdessen wÃ¤re eine Behandlung mit einem Antimykotikum angezeigt. Aus den Unterlagen lasse sich eine spezielle Wundbehandlung der PEG-Einstichstelle nicht erkennen. Die Keime Staphylococcus epidermidis (ein Hautkeim) und Candida albicans seien hier als â€abnorme Befundeâ€ einzuordnen, fÃ¼r die keinerlei Aufwand nachgewiesen worden sei. Auch der Verbandswechsel stehe dem nicht entgegen, da dies bloÃ eine sorgfÃ¤ltige Handhabung der Z43.1 (Versorgung eines Gastrostomas) darstelle. Eine Infektion kÃ¶nne darÃ¼ber hinaus nur angenommen werden, wenn eine Ã¼bermÃ¤Ãige Vermehrung der Sprosspilze vorliege und nicht nur eine Besiedelung. Bei einem derartigen Befund sei eine sorgfÃ¤ltige Reinigung der Einstichstelle erforderlich, damit sich keine Ã¼bermÃ¤Ãige Keimvermehrung entwickeln kÃ¶nne, die sonst zu einer Infektion fÃ¼hren kÃ¶nnte. Auch die Kodierung der Nebendiagnose T85.74 sei mangels Beleges einer EntzÃ¼ndung (â€Einstichstelle gerÃ¶tetâ€) und einer entsprechenden Beeinflussung des Patientenmanagements nicht nachvollziehbar.

Das SG hat zur AufklÃ¤rung des Sachverhalts M1, mit der Erstellung eines SachverstÃ¤ndigengutachtens beauftragt. Dieser ist in seinem Gutachten vom 23.03.2021 zu dem Ergebnis gekommen, die Kodierung der Nebendiagnosen B37.88 und T85.74 sei zutreffend erfolgt. Bei dem Versicherten habe bei seinem Krankenhausaufenthalt vom 16.02.2018 bis 22.02.2018 sowohl eine Kandidose an

sonstigen Lokalisationen als auch eine Infektion und entzÃ¼ndliche Reaktion durch eine perkutan-endoskopische Gastrostomie-Sonde (PEG-Sonde) vorgelegen. Beide Diagnosen seien durch eine anlassbezogene mikrobiologische Untersuchung verifiziert worden, die eine Mischinfektion aus Bakterien und Sprosspilzen nachgewiesen habe. In Folge dessen sei auch die Abrechnung der DRG E79A zutreffend. Aufgrund der Einwendungen der Beklagten hat M1 unter dem 27.06.2021 eine ergÃ¤nzende Stellungnahme abgegeben.

Das SG hat die Beklagte mit Urteil vom 28.09.2021 verurteilt, an die KlÃ¤gerin 1.751,00 â¬ nebst Zinsen in HÃ¶he von 5 Prozentpunkten Ã¼ber dem Basiszinssatz seit dem 17.07.2020 zu bezahlen. Der VergÃ¼tungsanspruch der KlÃ¤gerin aufgrund stationÃ¤rer Behandlung anderer Versicherter sei nicht durch einen Ã¶ffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch der Beklagten erloschen. Der Abrechnung sei die DRG-Fallpauschale DRG E79A zugrunde zu legen, nachdem die Nebendiagnosen B37.88 sowie T85.74 zu kodieren seien. Die Kammer schlieÃe sich den schlÃ¼ssigen und nachvollziehbaren AusfÃ¼hrungen des SachverstÃ¤ndigen M1 an. Die KlÃ¤gerin habe eine diagnostische MaÃnahme aufgrund der nach den Ã¼berzeugenden AusfÃ¼hrungen des SachverstÃ¤ndigenÂ M1 bestehenden Kandidose vorgenommen, die aus der PEG-Sonde resultiert habe. Die KlÃ¤gerin habe auch einen Anspruch auf Verzugszinsen aus der Klageforderung in HÃ¶he von 5 Prozentpunkten Ã¼ber dem jeweiligen Basiszinssatz.

Gegen das ihr am 13.10.2021 zugestellte Urteil hat die Beklagte am 19.10.2021 Berufung beim Landessozialgericht (LSG) Baden-WÃ¼rttemberg eingelegt und zur BegrÃ¼ndung ausgefÃ¼hrt, die Kodierung der beiden Nebendiagnosen sei nicht korrekt. Es bestÃ¼nden erhebliche Zweifel an der Korrektheit der Aussagen des SachverstÃ¤ndigen. Hinsichtlich der Kandidose beschreibe der Befund lediglich das â vereinzelteâ Vorliegen des Erregers Candida albicans an der PEG-Einstichstelle und sei am Stoma kein unÃ¼blicher Befund. Dort befÃ¤nden sich im Normalfall verschiedene Erreger und Keime, ohne dass grundsÃ¤tzlich die Notwendigkeit einer jeweiligen Behandlung bestÃ¼nde. Wie der SachverstÃ¤ndige selbst formuliert habe, sei dies als bloÃe â Keimidentifizierungâ zu sehen. Auch Ã¤rztlicherseits sei nicht die Notwendigkeit gesehen worden, ein Antimykotikum zu geben. Stattdessen sei die Behandlung mit einem Antibiotikum durchgefÃ¼hrt worden, was bei tatsÃ¤chlichem Vorliegen eines erheblichen und damit zu kodierenden Pilzbefalls kontraindiziert gewesen wÃ¤re. Selbst wenn diese Behandlung nicht primÃ¤r der mutmaÃlichen Kandidose gedient habe, fÃ¶rdere ein Antibiotikum einen Pilzbefall. Eine anderweitige Behandlung sei nicht erfolgt. Auch mÃ¼sse der Kodierung einer Infektion und damit der T85.74 entgegengetreten werden. Eine spezielle Wundbehandlung habe nicht stattgefunden. Eine gerÃ¶tete Einstichstelle stelle noch keine Infektion dar. Der in diesem Rahmen lediglich durchgefÃ¼hrte Verbandswechsel sei im Rahmen einer sorgfÃ¤ltigen Versorgung des Gastrostomas (Z43.1) zu erwarten gewesen. MaÃnahmen zur Behandlung einer Infektion seien nicht erfolgt. Der Abstrich sei im Rahmen des MRSA-Screenings erfolgt. Es handele sich somit um einen Zufallsbefund, welcher nicht behandelt worden sei. Zudem habe das Labor nur ein Antibiogramm, jedoch kein Antimykogramm erstellt. Zudem hat die Beklagte ein

weiteres Gutachten des MD vom 09.02.2022 vorgelegt, in welchem G1 ausfÃ¼hrt, Hefepilze der Gattung Candida kÃ¤men regelhaft als Kommensale auf Haut und SchleimhÃ¤uten vor und seien speziesabhÃ¤ngig ubiquitÃ¤r in der belebten und unbelebten Natur nachweisbar. Im vorliegendem Fall seien bei der kÃ¶rperlichen Untersuchung bei Aufnahme unauffÃ¤llige Haut und SchleimhÃ¤ute dokumentiert. Am Aufnahmetag sei im Rahmen der MRSA-Screening-Untersuchung ein Wundabstrich im Bereich der PEG-Sonde erfolgt, hier seien die genannten Keime mikrobiologisch nachgewiesen worden. Eine Wund-Dokumentation hinsichtlich der gewÃ¼nschten Kodierung der Nebendiagnose T85.74 und B37.88 sei den Unterlagen nicht zu entnehmen. Ein Verbandwechsel sei lediglich einmal am 18.02. in der tabellarischen Dokumentation â□□Pflegeplanung und Leistungsnachweisâ□□ und einmal laut Pflegebericht am 20.02. erfolgt, hier werde beim Verbandswechsel eine gerÃ¶tete und verkrustete Einstichstelle beschrieben. Eine Kandidose der PEG-Einstichstelle oder Wundinfektion werde in den Unterlagen an keiner Stelle erwÃ¤hnt. Bei Vorliegen einer Wundinfektion bzw. Kandidose an der PEG-Einstichstelle wÃ¤re eine antimykotische Therapie zu erwarten gewesen. Auch im Entlassbericht werde an den weiterbehandelnden Arzt keine Wundkomplikation/Kandidose oder Empfehlung einer Therapie als Information mitgeteilt. Somit seien die behandelnden Ã□rzte im Krankenhaus in der Gesamtbetrachtung des Einzelfalles korrekterweise zu keinem Zeitpunkt wÃ¤hrend des gesamten stationÃ¤ren Aufenthaltes von einer Kandidose oder Wundinfektion ausgegangen. Die Ã¤rztliche Behandlung und Darstellung im Arztbrief stehe in Einklang der gesamten Dokumentation mit einer Hautkolonisation und nicht mit einer Kandidose oder Wundinfektion. Eine Erkrankung mit festgestellten Keimen sei nicht erkennbar. Die im Widerspruchschreiben des Krankenhauses argumentativ angefÃ¼hrte spezifische Wundversorgung und Wundkonditionierung, die bei einer Wundinfektion oder Kandidose zu erwarten gewesen wÃ¤re, sei nicht dokumentiert. Der dokumentierte Verbandswechsel sei als regelmÃ¤Ã□ige PEG-Pflege im Rahmen der allgemeinen pflegerischen Versorgung zu sehen. Nach DKR (D003I, Beispiel 7) wÃ¼rden abnorme Befunde, abnorme Labor-, RÃ¶ntgen-, Pathologie- und andere diagnostische Befunde nicht kodiert, es sei denn, sie hÃ¤tten eine klinische Bedeutung im Sinne einer therapeutischen Konsequenz oder einer weiterfÃ¼hrenden Diagnostik (nicht allein Kontrolle der abnormen Werte).

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Heilbronn vom 28.09.2021 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die KlÃ¤gerin beantragt,

die Berufung zurÃ¼ckzuweisen.

Zur BegrÃ¼ndung hat sie ausgefÃ¼hrt, die Behauptung der Beklagten, dass das Vorliegen des Erregers Candida albincans an der PEG-Einstichstelle und am Stoma ein Ã¼blicher Befund sei, habe bereits der SachverstÃ¤ndige deutlich zurÃ¼ckgewiesen. Auch habe dieser nicht formuliert, es habe lediglich eine Keimidentifizierung vorgelegen. Die Gabe des Antibiotikums habe der notwendigen

und unumgÃ¤nglichen Behandlung der Pneumonie und nicht der Therapie der Kandidose gedient. Bereits die Abstrichuntersuchung berechtige zur Kodierung der beiden streitgegenstÃ¤ndlichen Nebendiagnosen. Die Beeinflussung des Patientenmanagements sei durch die mikrobiologische Untersuchung erfolgt und das Ergebnis der Untersuchung belege sowohl die Kandidose als auch die EntzÃ¼ndung. FÃ¼r die Wunde der PEG-Einstichstelle seien eindeutig entzÃ¼ndliche VerÃ¤nderungen beschrieben worden, welche eine gezielte Diagnostik via Abstrich ausgelÃ¶st hÃ¤tten. Der Abstrich habe eine Verkeimung mit Staphylokokken und Streptokokken als auch Candida ergeben. Damit sei die Diagnose einer Kandidose gesichert. Entsprechend dem Ergebnis sei eine spezifische Wundversorgung und Wundkonditionierung erfolgt. Eine RÃ¶tung der Einstichstelle sei zwar erst der Pflegedokumentation am 20.02.2018 zu entnehmen, jedoch sei diese zu diesem Zeitpunkt â□□sehr gerÃ¶tetâ□□ gewesen, so dass hieraus der Schluss gezogen werden kÃ¶nne, dass die Stelle auch bereits am 16.02.2018 gerÃ¶tet gewesen sei. Die mikrobiologische Untersuchung beweise die EntzÃ¼ndung an der Einstichstelle der PEG-Sonde. Auch seien bei Aufnahme alle VerbÃ¤nde gewechselt und die Wunde mit einem Antiseptikum gereinigt worden. Es sei vorliegend ein Abstrich auf MRSA (Multiresistenter Staphylokokkus aureus) durchgefÃ¼hrt worden. HierfÃ¼r sei im Labor jedoch nur ein Nasenabstrich angefordert worden. Der entsprechende PCR-Test sei negativ gewesen, so dass diesbezÃ¼glich keine mikrobiologische Aufarbeitung erfolgt sei. Der Wundabstrich sei nicht im Zusammenhang mit dem MRSA-Screening dokumentiert, hier sei eine direkte mikrobiologische Begutachtung zum Ausschluss bzw. BestÃ¤tigung einer Infektion erfolgt, mithin eine zielgerichtete Untersuchung der Abstrichstelle. Auch wÃ¤re keine AnzÃ¼chtung erforderlich gewesen, wenn es nur um den MRSA-Abstrich gegangen wÃ¤re. Aufgrund der angezÃ¼chteten Keime sei dann noch ein Antibiogramm mit ResistenzprÃ¼fung auf verschiedene Antibiotika, Antimykotika etc. durchgefÃ¼hrt worden. SpÃ¤testens dieses Antibiogramm mit ResistenzprÃ¼fung sei als zielgerichteter Aufwand fÃ¼r die streitgegenstÃ¤ndlichen Nebendiagnosen zu werten. Auch der SachverstÃ¤ndige weise explizit darauf hin, dass eben nicht nur eine Keimidentifikation, sondern weiterfÃ¼hrend das Antibiogramm mit Resistenzbestimmung durchgefÃ¼hrt worden sei und dass dies keine Routinediagnostik darstelle.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf die Gerichtsakten beider Instanzen, die beigezogene Verwaltungsakte der Beklagten sowie die Patientenakte der KlÃ¤gerin verwiesen.

EntscheidungsgrÃ¼nde

Die Berufung der Beklagten hat Erfolg.

1. Die gemÃ¤Ã□ Â§ 151 Abs. 1 Sozialgerichtsgesetz (SGG) form- und fristgerecht erhobene und gemÃ¤Ã□ Â§ 143 SGG statthafte Berufung der Beklagten ist auch im Ã□brigen zulÃ¤ssig. Die Berufung bedurfte nicht der Zulassung, da der maÃ□gebliche Beschwerdewert nach Â§ 144 Abs. 1 Satz 1 Nr.Â 1 SGG von 750,00 â□¬ Ã¼berschritten ist. Die Beklagte wendet sich vorliegend gegen die Verurteilung zur Zahlung einer weiteren VergÃ¼tung fÃ¼r die Krankenhausbehandlung der

Versicherten in HÃ¶he von 1.751,00Â â¬.

2. Die Berufung der Beklagten ist begrÃ¼ndet. Das SG hat der Klage zu Unrecht stattgegeben. Die KlÃ¤gerin hat gegen die Beklagte keinen Anspruch auf Zahlung von weiteren 1.751,00Â â¬ aufgrund der notwendigen stationÃ¤ren Behandlung des Versicherten im Zeitraum vom 16.02.2018 bis 22.02.2018. Die Beklagte hat zu Recht in dieser HÃ¶he gegen andere (unstreitige) Forderungen der KlÃ¤gerin aufgerechnet.

a) Die Klage ist zulÃ¤ssig. Die KlÃ¤gerin hat mit der erhobenen (echten) Leistungsklage nach Â§Â 54 Abs. 5 SGG die richtige Klageart gewÃ¤hlt; denn es handelt sich bei der auf Zahlung der Behandlungskosten eines Versicherten gerichteten Klage eines KrankenhaustrÃ¤gers gegen eine Krankenkasse um einen sogenannten Parteienstreit im GleichordnungsverhÃ¤ltnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt (BSG 17.12.2019, B 1 KR 19/19 R, juris, Rn.Â 8 m.w.N.). Ein Vorverfahren war mithin nicht durchzufÃ¼hren, die Einhaltung einer Klagefrist nicht geboten (BSG 13.11.2013, B 3 KR 33/12 R, juris, Rn.Â 9). Die KlÃ¤gerin hat den Zahlungsanspruch auch konkret beziffert.

b) Die Klage ist jedoch unbegrÃ¼ndet. Der KlÃ¤gerin steht der vorliegend geltend gemachte VergÃ¼tungsanspruch nicht zu. Die Beklagte war zur Aufrechnung mit einer Gegenforderung aus einem Ã¶ffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch berechtigt, da der KlÃ¤gerin kein (weiterer) VergÃ¼tungsanspruch fÃ¼r die Krankenhausbehandlung des Versicherten in HÃ¶he von 1.751,00Â â¬ zustand.

aa) Der mit der erhobenen Leistungsklage verfolgte VergÃ¼tungsanspruch der KlÃ¤gerin aus spÃ¤teren anderweitigen Krankenhausbehandlungen anderer Versicherter der Beklagten ist zwischen den Beteiligten unstreitig. Darauf, welchen VergÃ¼tungsanspruch die KlÃ¤gerin auf Grund welcher konkreten Krankenhausbehandlung geltend macht, kommt es nicht an (vgl. z.B. BSG 28.11.2013, BÂ 3 KR 33/12 R, juris Rn. 10), sodass insoweit keine nÃ¤here PrÃ¼fung durch den Senat erforderlich ist (vgl. z.B. BSG 14.10.2014, B 1 KR 34/13 R , juris, Rn.Â 8; 25.10.2016, B 1 KR 9/16 R, juris Rn.Â 8; 17.12.2019, B 1 KR 19/19 R, juris Rn. 9).

bb) Der anderweitige VergÃ¼tungsanspruch der KlÃ¤gerin fÃ¼r die Krankenhausbehandlung erlosch dadurch, dass die Beklagte wirksam mit ihrem Ã¶ffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch wegen Ãberzahlung der VergÃ¼tung fÃ¼r die Krankenhausbehandlung des Versicherten die Aufrechnung erklÃ¤rte.

Es bestand eine zur Aufrechnung erforderliche Gegenforderung der Beklagten, mit der sie gegen die Hauptforderung der KlÃ¤gerin wegen Ãberzahlung der VergÃ¼tung fÃ¼r die Krankenhausbehandlung der Versicherten analog Â§ 387 BÃ¼rgerliches Gesetzbuch (BGB) aufrechnen konnte (vgl.Â hierzu BSG 08.10.2019, B 1 KR 2/19 R, juris Rn. 9; 01.07.2014, B 1 KR 24/13 R, juris Rn.Â 9). Schulden zwei Personen einander Leistungen, die ihrem Gegenstand nach gleichartig sind, so kann jeder Teil seine Forderung gegen die Forderung des anderen Teils aufrechnen, sobald er die ihm gebÃ¼hrende Leistung fordern und die ihm obliegende Leistung

bewirken kann (Â§ 387 BGB). Der Beklagten stand als Grundlage fÃ¼r ihre Gegenforderung ein Ã¶ffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch in HÃ¶he von 1.751,00Â â¬ zu (zum Ã¶ffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch bei Ãberzahlung von Krankenhausentgelten: BSG 01.07.2014, BÂ 1Â KR 24/13 R, juris Rn.Â 10), denn die ursprÃ¼ngliche Zahlung der Beklagten erfolgte insoweit ohne Rechtsgrund. Die KlÃ¤gerin hatte keinen VergÃ¼tungsanspruch gegen die Beklagte fÃ¼r die Behandlung des Versicherten in dem hier streitigen Umfang.

(1) Rechtsgrundlage des VergÃ¼tungsanspruchs der KlÃ¤gerin ist Â§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V in Verbindung i.V.m. Â§ 7 Abs. 1 Nr. 5 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG), der Pflegesatzvereinbarung und dem fÃ¼r Baden-WÃ¼rttemberg gÃ¼ltigen nach Â§ 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V geschlossenen Vertrag. Der VergÃ¼tungsanspruch fÃ¼r die Krankenhausbehandlung eines gesetzlich Krankenversicherten und damit korrespondierend die Zahlungspflicht einer Krankenkasse entsteht â unabhÃ¤ngig von einer Kostenzusage â unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten kraft Gesetzes, wenn die Versorgung in einem zugelassenen Krankenhaus erfolgt und im Sinne von Â§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V erforderlich und wirtschaftlich ist (BSG, 17.12.2019, B 1 KR 19/19 R, juris Rn. 10; BSG 14.10.2014, B 1 KR 25/13 R und B 1 KR 26/13Â R, jeweils juris Rn. 8). Nach Â§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V haben Versicherte Anspruch auf vollstationÃ¤re Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus (Â§ 108 SGB V), wenn die Aufnahme nach PrÃ¼fung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationÃ¤re, vor- und nachstationÃ¤re oder ambulante Behandlung einschlieÃlich hÃ¤uslicher Krankenpflege erreicht werden kann.

(2) Die Grundvoraussetzungen des VergÃ¼tungsanspruches liegen vor. Die KlÃ¤gerin betreibt ein zugelassenes Plankrankenhaus. Der Versicherte war zum Zeitpunkt der stationÃ¤ren Behandlung Mitglied der Beklagten. Bei ihm bestand auch eine behandlungsbedÃ¼rftige Krankheit in Form einer Pneumonie links und eines infektgetriggerten Krampfanfalls bei bekannter Epilepsie. Dies entnimmt der Senat dem Entlassungsbrief der KlÃ¤gerin vom 29.03.2018. Weder das Krankheitsbild noch die BehandlungsbedÃ¼rftigkeit werden von Seiten der Beklagten oder des MDK in Zweifel gezogen.

(3) FÃ¼r den stationÃ¤ren Aufenthalt des Versicherten ist vorliegend die DRG-Fallpauschale E79D (Infektionen und EntzÃ¼ndungen der Atmungsorgane ohne komplexe Diagnose, ohne Ã¤uÃerst schwere CC oder ein Belegungstag, Alter > 0 Jahre, auÃer bei Para-/Tetraplegie, ohne best. mÃ¤Ãig aufwendige Behandlung) zugrunde zu legen.

(a) GemÃ¤Ã Â§ 7 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG werden die allgemeinen Krankenhausleistungen gegenÃ¼ber den Patienten oder ihren KostentrÃ¤gern mit verschiedenen, in den Nummern 1 bis 8 abschlieÃend aufgezÃ¤hlten Entgelten abgerechnet. Hier geht es um die Abrechnung von Fallpauschalen (DRG) nach dem auf Bundesebene vereinbarten Entgeltkatalog (Â§ 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 i.V.m. Â§ 9 KHEntgG). Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung haben nach Â§ 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG

gemeinsam mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft als â□□Vertragsparteien auf Bundesebeneâ□□ mit Wirkung fÃ¼r die Vertragspartner (Â§ 11 KHEntgG i.V.m. Â§ 18 Abs. 2 KHG â□□ KrankenhaustrÃ¤ger und SozialleistungstrÃ¤ger) einen Fallpauschalenkatalog einschlieÃ□lich der Bewertungsrelationen sowie Regelungen zur Grenzverweildauer und der in AbhÃ¤ngigkeit von diesen zusÃ¤tzlich zu zahlenden Entgelte oder vorzunehmenden AbschlÃ¤ge zu vereinbaren. Die Grundlage dieser Regelungen des KHEntgG findet sich in Â§ 17b KHG, auf den Â§ 9 KHEntgG auch mehrfach Bezug nimmt. Nach Â§Â 17b Abs. 1 Satz 1 KHG ist fÃ¼r die VergÃ¼tung der allgemeinen Krankenhausleistungen ein durchgÃ¤ngiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes VergÃ¼tungssystem einzufÃ¼hren. Dieses hat nach Â§Â 17b Abs. 1 Satz 2 KHG KomplexitÃ¤ten und KomorbiditÃ¤ten abzubilden; sein Differenzierungsgrad soll praktikabel sein. Mit den Entgelten nach Satz 1 werden nach Â§ 17b Abs. 1 Satz 3 KHG die allgemeinen vollstationÃ¤ren und teilstationÃ¤ren Krankenhausleistungen fÃ¼r einen Behandlungsfall vergÃ¼tet.

FÃ¼r die Zuordnung eines bestimmten Behandlungsfalls zu einer DRG wird in einem ersten Schritt die Diagnose nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten â□□ dem ICD-10 â□□ in der jeweiligen vom Deutschen Institut fÃ¼r Medizinische Dokumentation und Information (DIM-DI, nunmehr Bundesinstitut fÃ¼r Arzneimittel und Medizinprodukte) im Auftrag des Bundesministeriums fÃ¼r Gesundheit herausgegebenen deutschen Fassung verschlÃ¼sselt (Â§Â 301 Abs. 2 Satz 1 SGB V). Zur sachgerechten DurchfÃ¼hrung der VerschlÃ¼sselung (â□□Kodierungâ□□) haben die Vertragspartner auf Bundesebene â□□Kodierrichtlinienâ□□ beschlossen. In einem zweiten Schritt wird der in den Computer eingegebene Kode einer bestimmten DRG zugeordnet, anhand der dann nach MaÃ□gabe des Fallpauschalenkatalogs und der Pflegesatzvereinbarung die von der Krankenkasse zu zahlende VergÃ¼tung errechnet wird. Diesem als â□□Groupierungâ□□ bezeichneten Prozess der DRG-Zuordnung liegt ein festgelegter Groupierungsalgorithmus zugrunde; in diesem vorgegebenen, vom Krankenhaus nicht zu beeinflussenden Algorithmus wird entsprechend dem vom Krankenhaus eingegebenen Kode nach dem ICD-10 eine bestimmte DRG angesteuert (vgl. BSG 18.07.2013, B 3 KR 7/12 R, juris Rn. 12). Die Verbindlichkeit der in dem jeweiligen Vertragswerk angesprochenen Klassifikationssysteme folgt aus dem Umstand, dass sie in die zertifizierten Grouper einbezogen sind (BSG 14.10.2014, B 1 KR 25/13 R, juris Rn. 12 m.w.N.).

VergÃ¼tungsregelungen fÃ¼r die routinemÃ¤Ã□ige Abwicklung in zahlreichen BehandlungsfÃ¤llen sind streng nach ihrem Wortlaut und den dazu vereinbarten Anwendungsregeln zu handhaben; dabei gibt es grundsÃ¤tzlich keinen Raum fÃ¼r weitere Bewertungen und AbwÃ¤gungen (z.B. BSG 08.10.2019, B 1 KR 35/18 R, juris Rn. 13; 09.04.2019, B 1 KR 27/18 R, juris Rn. 14; 14.10.2014, B 1 KR 25/13 R, juris Rn. 13 m.w.N.; ferner LSG Baden-WÃ¼rttemberg 22.03.2022, L 11 KR 597/21, juris Rn.Â 29; LSG Baden-WÃ¼rttemberg 30.11.2021, L 11 KR 977/20, juris Rn. 34). Ergeben sich bei der Abrechnung WertungswidersprÃ¼che und sonstige Ungereimtheiten, haben es die zustÃ¤ndigen Stellen durch Ã□nderung des Fallpauschalenkatalogs in der Hand, fÃ¼r die Zukunft Abhilfe zu schaffen. Eine systematische Interpretation der Vorschriften kann lediglich im Sinne einer Gesamtschau der im inneren Zusammenhang stehenden Bestimmungen des

Regelungswerks erfolgen, um mit ihrer Hilfe den Wortlaut der Leistungslegende klarzustellen (BSG 18.07.2013, B 3 KR 7/12 R, juris Rn. 13 m.w.N.; LSG Baden-WÃ¼rttemberg 21.03.2014, L 4 KR 5233/12 n.v., 24.04.2020, L 4 KR 3159/18, juris).

(b) Unstreitig sind die Hauptdiagnose (J18.0â [J91*]; Bronchopneumonie, nicht nÃ¤her bezeichnet [Pleuraerguss bei anderenorts klassifizierten Krankheiten]), weitere Nebendiagnosen und die durchgefÃ¼hrten Prozeduren zu kodieren. Streitig ist zwischen den Beteiligten allein, ob die KlÃ¤gerin zu Recht die Nebendiagnosen B37.88 (Kandidose an sonstigen Lokalisationen) und T85.74 (Infektion und entzÃ¼ndliche Reaktion durch perkutan-endoskopische Gastrostomie-Sonde) kodiert hat, denn das Vorliegen dieser Nebendiagnosen entscheidet darÃ¼ber, ob die von der KlÃ¤gerin angesetzte DRG E79A (Infektionen und EntzÃ¼ndungen der Atmungsorgane mit komplexer Diagnose oder Ã¤uÃerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag oder mit Ã¤uÃerst schweren CC mit bestimmten Infektionen oder EntzÃ¼ndungen) im Groupierungsvorgang angesteuert wird oder die von der Beklagten angenommene DRG E79D (Infektionen und EntzÃ¼ndungen der Atmungsorgane ohne komplexe Diagnose, ohne Ã¤uÃerst schwere CC oder ein Belegungstag, Alter > 0 Jahre, auÃer bei Para-/Tetraplegie, ohne best. mÃ¤Ãig aufwendige Behandlung), was zu der hier streitigen Entgeltdifferenz von 1.751,00Â â¬ fÃ¼hrt. Die KlÃ¤gerin hat die Nebendiagnosen B37.88 und T85.74 vorliegend zu Unrecht kodiert.

Nach DKR 2018 D003I sind Nebendiagnosen definiert als eine Krankheit oder Beschwerde, die entweder gleichzeitig mit der Hauptdiagnose besteht oder sich wÃ¤hrend des Krankenhausaufenthaltes entwickelt. FÃ¼r Kodierungszwecke mÃ¼ssen Nebendiagnosen als Krankheiten interpretiert werden, die das Patientenmanagement in der Weise beeinflussen, dass irgendeiner der folgenden Faktoren erforderlich ist: therapeutische MaÃnahmen, diagnostische MaÃnahmen oder ein erhÃ¶hter Betreuungs-, Pflege- und/oder Ãberwachungsaufwand.

Der ICD-Kode B37.88 beschreibt eine âKandidose an sonstigen Lokalisationenâ. DefinitionsgemÃ¤Ã ist eine Kandidose eine Sammelbezeichnung fÃ¼r Infektionskrankheiten durch Pilze (Sprosspilze) der Gattung Candida, wobei Candida albicans am hÃ¤ufigsten anzutreffen ist (https://de.wikipedia.org/wiki/Candidose; https://www.pschyrembel.de/Kandidose/K04FH/doc/). Das Suffix âose bezeichnet in der Medizin meist eine nicht-entzÃ¼ndliche, auch parasitÃ¤re Erkrankung oder eine ZustandsverÃ¤nderung, wie beispielsweise eine Degeneration (https://de.wikipedia.org/wiki/-ose; https://www.pschyrembel.de/-ose/K18E5/doc/). Verortet ist der Kode B37.88 im Kapitel I âBestimmte infektiÃ¶se und parasitÃ¤re Krankheitenâ (A00 bis B99) in der Gruppe Mykosen (B35 bis B49), Untergruppe Kandidose (B37.-). Aus dem Begriff und der systematischen Stellung des hier streitigen Kodes ergibt sich, das eine infektiÃ¶se oder parasitÃ¤re Krankheit/Erkrankung vorliegen muss. Der ICD-Kode T85.74 setzt eine Infektion und entzÃ¼ndliche Reaktion durch eine perkutanendoskopische Gastrostomie-Sonde (PEG-Sonde) voraus.

Eine Kandidose oder Infektion lag hier jedoch nicht vor.

Eine Infektion ist das (passive) Eindringen von Krankheitserregern in einen Organismus, wo sie verbleiben und sich anschlieÃend vermehren. Eine Infektion unterscheidet sich von einer â□□Ansiedlungâ□□ oder â□□Besiedlungâ□□ (Kolonisation) durch kommensale Bakterien und Pilze, welche auf deren Haut bzw. SchleimhÃ¤uten leben, ohne in den Organismus einzudringen (https://de.wikipedia.org/wiki/Infektion). In der Rechtsprechung wurde hierzu bereits entschieden, dass eine Wundinfektion nicht bereits dann kodiert werden kann, wenn eine Wunde mit Keimen besiedelt ist, sondern nur dann, wenn Infektionszeichen vorliegen. Bei Nachweis von Bakterien auf Wunden ist zwischen Kontamination, Kolonisation und Infektion zu unterscheiden. Dabei ist unter Kontamination die bloÃe Anwesenheit von Bakterien, die sich nicht vermehren, auf der Wunde zu verstehen. Eine Kolonisation (Besiedelung) liegt vor, wenn sich die Bakterien auf der Wunde vermehren, ohne zu einer Wirtsreaktion zu fÃ¼hren. Eine Infektion setzt eine Vermehrung von Mikroorganismen im Gewebe mit entsprechender Wirtsreaktion voraus. Klinische Zeichen einer lokalen Infektion sind Eiterung, RÃ¶tung, Schmerz, ÃberwÃ¤rmung oder VerhÃ¤rtung. Zeichen einer systemischen Infektion sind Fieber, SchÃ¼ttelfrost, Tachykardie, Hypertonie, Verwirrtheit, Leukozytose oder Stoffwechselentgleisungen (SÃ¤chsisches LSG 15.12.2021, L 1 KR 260/16, juris Rn. 26; 08.02.2022, L 9 KR 264/19, juris Rn. 33; LSG Mecklenburg-Vorpommern 05.08.2021, L 6 KR 116/16, juris Rn. 51 ff.).

Vorliegend ist nicht zur ÃberzeugungÃ des Senats nachgewiesen, dass beim Versicherten eine Kandidose bzw. eine Infektion/entzÃ¼ndliche Reaktion durch eine perkutanendoskopische Gastrostomie-Sonde (PEG-Sonde) vorgelegen hat. Zwar lag an der PEG-Einstichstelle eine (sehr geringe) Besiedelung mit dem Keim Candida albicans (â□□vereinzeltâ□□) sowie ferner den Keimen Streptococcus oralis (â□□einigeâ□□) und Staphylococcus epidermidis (â□□vereinzeltâ□□) vor, eine Pilzerkrankung bzw. Infektion ist hiermit jedoch nicht nachgewiesen. Dies entnimmt der Senat der von der KlÃ¤gerin vorgelegten Patientenakte sowie den Gutachten des MDK.

Dem am 16.02.2018 erhobenen kulturellen Befund nach Wundabstrich an der PEG-Einstichstelle sind nur vereinzelte Candida albicans zu entnehmen. Im Entlassungsbrief der Klinik vom 29.03.2018 ist zusÃ¤tzlich â□□Kein Pilzwachstum.â□□ festgehalten. Eine Pilzerkrankung oder auch nur der Befall mit solchen wurde in dem Bericht nicht dokumentiert. Eine Pilzerkrankung bzw. Infektion ist â□□ entgegen der Auffassung des Gutachters M1 â□□ auch nicht aufgrund einer â□□ mutmaÃlichen â□□ RÃ¶tung der Einstichstelle, welche in der Patientenakte erstmals am 20.01.2018 festgehalten wurde, anzunehmen. Aus der Akte ergibt sich zunÃ¤chst bereits nicht, dass die mikrobiologische Untersuchung tatsÃ¤chlich aufgrund einer gerÃ¶teten Einstichstelle vorgenommen wurde. So umfasst laut â□□Checkliste Aufnahmescreening auf MRSA und MRGNâ□□ das Screening einen Nasenabstrich und â□□ sofern vorhanden â□□ auch zusÃ¤tzliche Abstrichstellen bei Wunden oder Einstichstellen invasiver Devices. Der Risikofaktor â□□Liegende Devicesâ□□ (z.B. GefÃ¤Ãkatheter, Harnblasenkatheter, PEG- Sonde, TrachealkanÃ¼le) wurde auf der Checkliste fÃ¼r den Versicherten explizit bejaht. Neben dem Stempel MRSA-Screening, auf dem ein Kreuz bei â□□Naseâ□□ gesetzt wurde, ist zudem handschriftlich â□□PEG Einstichstelle Wundabstrichâ□□ (Bl. 362

der beigezogenen Unterlagen) vermerkt, was dafÃ¼r spricht, dass entsprechend der genannten Checkliste verfahren wurde. Dies kann letztlich aber dahingestellt bleiben, da eine RÃ¶tung der Einstichstelle nicht mit einer Infektion gleichzusetzen ist.

Nicht jede EntzÃ¼ndung stellt bereits eine Infektion dar. WÃ¤hrend eine EntzÃ¼ndung eine Abwehrreaktion des menschlichen KÃ¶rpers auf einen Reiz darstellt, die meist mit einer RÃ¶tung einhergeht, bedeutet eine Infektion die Aufnahme eines Krankheitserregers und seine nachfolgende Entwicklung oder Vermehrung im menschlichen Organismus (Definition in Â§Â 2 Nr. 2 Infektionsschutzgesetz; so auch SÃ¤chsisches LSG 30.10.2019, L 1 KR 197/15, juris Rn. 32). Mit nachvollziehbarer BegrÃ¼ndung hat der MD vorliegend eine Infektion verneint. Zwar kann eine RÃ¶tung je nach AusprÃ¤gung eines von mehreren Infektionszeichen sein. Durch die vorliegend beschriebene RÃ¶tung allein wird jedoch nicht bewiesen, dass Keime im Sinne einer Infektion im menschlichen Organismus aufgenommen wurden. Der Senat folgt dieser nachvollziehbaren EinschÃ¤tzung. Der Patientenakte kann nicht entnommen werden, dass die KlÃ¤gerin selber von einer Pilzinfektion ausgegangen ist. Es erfolgte â□□ worauf der MD hinweist â□□ keine entsprechende systemische Behandlung durch Antimykotika, und das Vorliegen einer Infektion wird an keiner Stelle der Patientenakte erwÃ¤hnt. Im Entlassungsbericht findet eine Pilzinfektion keine ErwÃ¤hnung, auch erfolgten diesbezÃ¼glich keinerlei Informationen an den weiterbehandelnden Arzt. Die vorgenommenen Verbandswechsel sind hierbei nicht als ausreichendes Indiz einer Wundinfektion zu werten, sondern im Rahmen der regelmÃ¤Ã□igen PEG-Pflege zu sehen. Somit ist der Beklagten zuzugeben, dass es sich vorliegend lediglich um einen Zufallsbefund handelt, der auch zu keinerlei besonderen BehandlungsmaÃ□nahmen fÃ¼hrte. Insbesondere stellt auch das durchgefÃ¼hrte Antibiogramm keine solche MaÃ□nahme dar, da hiermit die Resistenz von Bakterien â□□ und nicht von Pilzen -gegenÃ¼ber diversen Antibiotika durch in-vitro-Untersuchungen fÃ¼r einen Erreger bestimmt wird (https://www.pschyrembel.de/Antibiogramm/K02HA/doc/). Insgesamt ist somit festzuhalten, dass die Diagnosen B37.88 und T85.74 ausscheiden, da weder eine Pilzerkrankung noch eine Infektion bzw. entzÃ¼ndliche Reaktion mit den festgestellten Keimen nachgewiesen ist.

Dem Gutachten des M1 kann vor diesem Hintergrund nicht gefolgt werden. So kann der Patientenakte zunÃ¤chst â□□ entgegen der Behauptung des Gutachters â□□ gerade nicht zweifelsfrei entnommen werden, dass eine RÃ¶tung der PEG-Einstichstelle bereits am 16.01.2018 vorlag (siehe oben). Auch die Behauptung, der Nachweis einer Infektion sei durch die mikrobiologische Untersuchung belegt, kann vor den obigen AusfÃ¼hrungen keinen Bestand haben. Das vereinzelte Vorliegen eines Erregers ohne Wirtsreaktion reicht nicht fÃ¼r die Annahme einer Infektion aus. Zu weiteren Ermittlungen von Amts wegen sah sich der Senat, obwohl er sich dem Gutachten des M1 nicht anschlieÃ□t, nicht veranlasst, da sich der Sachverhalt vollstÃ¤ndig der vorliegenden Patientenakte entnehmen lÃ¤sst.

Die KlÃ¤gerin durfte die B37.88 und T85.74 auch nicht als Verdachtsdiagnosen kodieren. Verdachtsdiagnosen sind nach DKR 2018-D008b Diagnosen, die am Ende

eines stationÃ¤ren Aufenthaltes weder sicher bestÃ¤tigt noch sicher ausgeschlossen sind. Verdachtsdiagnosen werden unterschiedlich kodiert in AbhÃ¤ngigkeit davon, ob der Patient nach Hause entlassen oder in ein anderes Krankenhaus verlegt wurde. Bei Entlassung nach Hause â oder wie hier ins Pflegeheim â ist die Verdachtsdiagnose zu kodieren, wenn eine Behandlung eingeleitet wurde und die Untersuchungsergebnisse nicht eindeutig waren. Die DKR D008b ermÃ¶glicht zwar 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 ânicht 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. Senatsurteil 15.10.2019, L 11 KR 4112/18, juris Rn. 42 f.; LSG Mecklenburg-Vorpommern 05.08.2021, L 6 KR 116/16, 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 âweder 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 (SÃ¤chsisches LSG 15.12.2021, L 1 KR 260/16, juris Rn. 29). Ein solcher Fall ist vorliegend aber gerade nicht gegeben, da â wie bereits ausgefÃ¼hrt â keine Kandidose oder Infektion/entzÃ¼ndliche Reaktion durch eine perkutanendoskopische Gastrostomie-Sonde (PEG-Sonde) vorlag.

Nach alledem ist die Kodierung von B37.88 und T85.74 durch die KlÃ¤gerin zu Unrecht erfolgt mit der Folge, dass der stationÃ¤re Aufenthalt mit der DRG-Fallpauschale E79D abzurechnen war und die Beklagte daher zu Recht mit einem Ã¶ffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch in HÃ¶he von 1.751,00Â â¬ aufgerechnet hat.

3. Die Kostenentscheidung beruht auf Â§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG i.V.m. Â§ 154 Abs. 1 Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).

4. Die Revision war nicht zuzulassen, da GrÃ¼nde hierfÃ¼r (vgl. Â§ 160 Abs. 2 SGG) nicht vorliegen.

5. Die endgÃ¼ltige Festsetzung des Streitwerts beruht auf Â§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG i.V.m. Â§ 63 Abs. 2 Satz 1, Â§ 52 Abs. 3 Satz 1, Â§ 47 Abs. 1 Gerichtskostengesetz.

Â

Erstellt am: 07.02.2024

Zuletzt verändert am: 23.12.2024