
S 30 KR 967/14

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Freistaat Sachsen
Sozialgericht	Sächsisches Landessozialgericht
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	-
Kategorie	Urteil
Bemerkung	Mehrfachkodierung im Kreuz-Stern-System Mehrfachkodierung im Kreuz-Stern-System
Rechtskraft	-
Deskriptoren	Doppelklassifizierung, Krankenhausvergütung, Krankenversicherung, Manifestation, Nebendiagnose, Primärkode, Sekundärkode
Leitsätze	1. Wenn eine Mehrfachkodierung im Kreuz-Stern-System nur gemäß DKR (2011) D012i Nummer 1 Buchstabe d über den Sekundär-Kode (Stern-Kode) möglich ist, setzt dies voraus, dass der Stern-Kode überhaupt als Diagnose - also nach DKR (2011) entweder als Hauptdiagnose gemäß D002f oder als Nebendiagnose gemäß D003i - verschlüsselt werden kann. 2. Da in DKR (2011) D012i Nummer 1 Buchstabe d der Begriff der Diagnose nicht unabhängig von DKR (2011) D002f und D003i zu bestimmen ist, besteht für die Verschlüsselung eines Stern-Kodes als Nebendiagnose kein Raum, wenn für diesen kein zusätzlicher Ressourcenverbrauch belegt ist. § 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V , DKR (2011) D012i, ICD-10-GM (2011) I98.2*
Normenkette	
1. Instanz	
Aktenzeichen	S 30 KR 967/14
Datum	14.03.2019
2. Instanz	
Aktenzeichen	L 1 KR 146/19
Datum	14.06.2023

3. Instanz

Datum

-

1. Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Dresden vom 14. März 2019 wird zurückgewiesen.
2. Die Beklagte trägt die Kosten des Berufungsverfahrens.
3. Die Revision wird nicht zugelassen.
4. Der Streitwert für das Berufungsverfahren wird auf 2.335,34 € festgesetzt.

Ä

Ä

Tatbestand

Ä

Die Beteiligten streiten über die Vergütung einer stationären Krankenhausbehandlung.

Ä

Der bei der Klägerin versicherte Y. (im Folgenden: Versicherter) wurde wegen einer primär sklerosierenden Cholangitis vom 14.11.2011 bis zum 21.11.2011 im nach [§ 108](#) fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) zugelassenen Krankenhaus der Beklagten vollstationär behandelt. Die stationäre Aufnahme erfolgte zur angiographischen TIPS-Kontrolle bei Zustand nach TIPS-Anlage bei Leberzirrhose und zur ERCP-Verlaufskontrolle bei bekannter primär sklerosierender Cholangitis (TIPS: transjugulärer intrahepatischer portosystemischer Shunt; ERCP: endoskopisch retrograde Cholangio-Pankreatikographie). Im Entlassungsbrief vom 21.11.2011 führte die Beklagte als Diagnosen auf:

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Primär sklerosierende Cholangitis ED 2002

- Leberzirrhose
- Z.n. DHC-Prothesenimplantation 2001, Prothesenexplantation 2002
- Z.n. Post-ERCP-Pankreatitis
- Z.n. Ösophagusvarizenligatur bei Ösophagusvarizen II° 01/2010
- Ä

Z.n. Pabzytopenie mit fehlender Neutropenie bei Splenomegalie

â

Â

Aktuell:

- ERCP

Post-ERCP-Pankreatitisâ

Â

Die stationäre Krankenhausbehandlung stellte die Beklagte der Klägerin am 09.12.2011 in Rechnung, wobei sie die DRG-Fallpauschale H41A (komplexe therapeutische ERCP mit ÄuÄerst schweren CC oder photodynamische Therapie) zugrunde legte. Bei der Kodierung nach ICD-10-GM Version 2011 brachte sie als Hauptdiagnose K74.4â (sekundäre biliäre Zirrhose) sowie als Nebendiagnosen u. a. I98.2* (Äsophagus- und Magenvarizen bei anderenorts klassifizierten Krankheiten, ohne Angabe einer Blutung) in Ansatz. Die Klägerin beglich die Rechnung zunächst. Der von ihr beauftragte Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) hielt im Gutachten vom 12.03.2012 den Ansatz der Nebendiagnose I98.2* für nicht korrekt. Die kodierrelevante Nebendiagnose I98.2* sei nicht belegt. Durch diese Nebendiagnose habe sich laut Unterlagen im Sinne der Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) kein relevanter Mehraufwand ergeben.

Â

Die Klägerin hielt daraufhin die DRG-Fallpauschale H41B (komplexe therapeutische ERCP mit schweren CC, ohne photodynamische Therapie oder Alter

Â

Die Beklagte trat der Bewertung der Klägerin mit Schreiben vom 17.07.2012 entgegen. Bei dem ICD-Kode I98.2* handle es sich nicht um eine Nebendiagnose, sondern um einen Sekundärkode als Bestandteil der Hauptdiagnose. Sternkodes würden in der Regel dazu verwendet, einer Grunderkrankung eine Manifestation in einem speziellen Organgebiet zuzuordnen. Sekundärkodes könnten niemals ohne Primärkode verschlüsselt werden. Sie stellten keine eigenständigen Diagnosen dar. In der Datenübermittlung nach [Â§ 301 SGB V](#) würden Sekundärkodes im Datensatz des Primärkodes übermittelt. Kriterien für die Kodierung von Sekundärdiagnosen (z.B. analog zur Kodierung von Nebendiagnosen) existierten nicht. Die Selbstverwaltungspartner hätten trotz Kenntnis der Problematik bislang noch keine Einschränkung der Kodierung von Sekundärkodes im Rahmen der DKR vorgenommen. Die Anwendung der Nebendiagnosedefinition oder der Verschlüsselung von Symptomen (DKR D003d) auf Sekundärkodes sei daher auch nicht ableitbar. Kodiertechnisch sei eine Primär-Sekundär-Diagnosekombination eine einzige Diagnose, die aus zwei Codes bestünde. Entsprechend seien die DKR auf die Diagnosekombination und

nicht auf die Einzelkodes anzuwenden. Auch die sozialmedizinische Expertengruppe (SEG) 4 habe keine Kodierempfehlung für die Kodierfähigkeit von Sternkodes in Abhängigkeit von anderen als klassifikatorischen Zusammenhängen veröffentlicht. Die SEG 4 fordere demnach konsequenterweise ebenfalls keinen (eigenständigen) Ressourcenverbrauch.

Ä

Nachdem der MDK in einem weiteren Gutachten vom 20.12.2012 an seiner Bewertung festgehalten hatte, da Sternkodes eine eigenständige Diagnose darstellten, für deren nebendiagnostische Abbildung ein eigenständiger Ressourcenverbrauch entsprechend DKR erforderlich sei, vorliegend ein Mehraufwand aber nicht entnommen werden könne, forderte die Klägerin die Beklagte mit Schreiben vom 01.03.2013 erneut zur Korrektur und erneuter Übermittlung der Datensätze auf und verlangte mit weiterem Schreiben vom 24.04.2013 eine Erstattung des zu viel gezahlten Betrages i. H. v. 2.335,34 €. Dem trat die Beklagte mit Schreiben vom 24.04.2013 entgegen und erachtete eine sozialgerichtliche Klärung der aufgeworfenen Frage als wünschenswert.

Ä

Am 24.12.2014 hat die Klägerin beim Sozialgericht Dresden (SG) Klage auf Erstattung eines Betrages i. H. v. 2.335,34 € erhoben. Im Klageverfahren hat sie weitere Gutachten des MDK vom 16.03.2015, 02.09.2015, 27.01.2016, 06.06.2016 sowie 05.10.2016 zur Akte gereicht, wonach zur Diagnose I98.2* bestätigt werde, dass ein Sternkode nicht allein stehen dürfe, es gebe aber auch Kombinationen, in denen der Sternkode die Regelungen erfülle und der Primärkode nur entsprechend DKR D012 zusätzlich kodiert werde. Bei einem Kreuz-Stern-System bestehe ein bundesweiter Dissens, wobei eine Änderung von DKR D012 mit genereller Öffnung der Doppelkodierung weiterhin nicht konsensfähig sei. Im DRG-System würden ressourcenabhängig Diagnosen entsprechend der Haupt- oder Nebendiagnosendefinition kodiert. Nicht die Schwere einer Erkrankung werde abgebildet, sondern die Erkrankungen und Symptome, die einen Ressourcenaufwand während des stationären Aufenthaltes bewirkten. Dieser könne im vorliegenden Fall bezüglich der Ösophagusvarizen nicht gesehen werden. Es habe eine portale Hypertension mit liegendem TIPS bestanden; die stationäre Aufnahme sei zur Kontrolle des TIPS erfolgt, die aufgrund einer komplizierend aufgetretenen Pankreatitis nicht habe erfolgen können. Die portale Hypertension werde mit K76.6 abgebildet, die Notwendigkeit der Abbildung des Kodes I98.2* sei nicht erkennbar. Die primär sklerosierende Zirrhose sei vollständig über den Kode K74.4 abgebildet; dieser dürfe, da er bzw. die gesamte Rubrik kein Kreuz-Symbol trage, unstrittig allein stehen und müsse nicht durch einen Stern-Kode ergänzt werden. Der Kode K76.6 könne nach DKR D007f (Aufnahme zur Operation/Prozedur, nicht durchgeführt) kodiert werden. Der Dissens im Kreuz-Stern-System bestehe auf Bundesebene. Soweit in DKR D012 bei möglichen Mehrfachkodierungen die Reihenfolge Ätiologie/Manifestation festgelegt werde, habe dies die Nebendiagnose-Regelung D003 nicht auf. Die Anwendung der Nebendiagnosendefinition auch auf Stern-Kodes

ergebe sich aus der Einleitung der DKR: Es besteht der Fall, dass zwischen den Hinweisen zur Benutzung der ICD 10 (Bd. 2 der WHO-Ausgabe) bzw. des OPS-301 und den Kodierrichtlinien Widersprüche bestehen, haben die Kodierrichtlinien Vorrang. Damit sei eine Nebendiagnose (Sternkode) ohne entsprechenden Mehraufwand nicht zu kodieren. Ausnahmen würden lediglich die obligaten Ausrufezeichen-Kodes, die in der DKR benannt seien, bilden, was auf den Kode I98.2 nicht zutrefte. Auch aus DKR D004d (Es-Syndrome) ergebe sich nichts anderes, da ein Syndrom nicht vorgelegen habe. Auch bei der Kodierung von Komplikationen im Kreuz-Stern-System z. B. bei Diabetes mellitus würden die Komplikationen als Stern-Kodes nur als kodierfähig angesehen werden, wenn die einzelnen Manifestationen/Komplikationen die Nebendiagnosendefinition erfüllten. Die DKR beschränkten sich dabei nicht auf den Diabetes mellitus, sodass auch außerhalb dieser Erkrankung die Nebendiagnosendefinition bei Stern-Kodes erfüllt sein müsse.

Ä

Eine Klageerweiterung vom 14.06.2017 auf Erstattung eines Betrages i. H. v. 3.575,66 € hat die Klägerin am 14.03.2019 wieder zurückgenommen.

Ä

Auf Veranlassung des SG hat am 05.07.2018 Dr. Schäfer, Facharzt für Innere Medizin, ein Gutachten erstattet und im Ergebnis seiner Begutachtung ausgeführt, dass der Sternkode I98.2* in Kombination mit dem als Hauptdiagnose zu kodierenden Kreuz-Kode K74.4 als Nebendiagnose zu kodieren sei. Maßgeblich für diese Einschätzung sei der Umstand, dass der Sternkode I98.2* im hier vorliegenden Einzelfall die Nebendiagnosendefinition erfülle, insbesondere sei ein erhöhter Betreuungsaufwand erforderlich geworden, da der stationäre Aufenthalt ausdrücklich (auch) der angiographischen Kontrolle des zur Rezidivblutungsprophylaxe bei Ösophagusvarizen gelegten TIPS gedient habe. Demgegenüber sei der Sternkode I98.2* nicht obligatorisch zu verwenden und könne nur bei Erfüllung der Nebendiagnosendefinition kodiert werden analog zu der von der Klägerin beispielhaft angeführten Verwendung von Stern-Kodes bei Kodierung eines Diabetes mellitus. Nicht zu folgen sei der Auffassung der Beklagten, wonach es sich bei diesem Kode nicht um eine Nebendiagnose handele und ein diesbezüglicher Ressourcenverbrauch für die Kodierung nicht zwingend erforderlich sei.

Ä

Nachgehend hat die Klägerin ein weiteres Gutachten des MDK vom 28.08.2018 vorgelegt, wonach sich den Unterlagen bezogen auf die Diagnose I98.2* eine spezifische Therapie oder ein sonstiger diagnostischer, therapeutischer oder pflegerischer Ressourcenverbrauch im Sinne der DKR D003 nicht entnehmen lasse.

Ä

Dr. Schäfer hat in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 06.01.2019 insofern von seinem Gutachten vom 05.07.2018 Abstand genommen. Mangels eines relevanten Ressourcenverbrauchs im Rahmen der Diagnose I98.2* sei diese als Nebendiagnose zu streichen, abzurechnen sei nach DRG H41B.

Ä

Die Beklagte ist der Klage entgegengetreten und hat neben der Wiederholung der bereits vorgerichtlich dargelegten Argumente und einem Herausstellen der Unterschiede zwischen Sekundärkodes nach DKR D012i und Nebendiagnosen nach D003i sowohl auf die Diagnosen K70 bis K71 als auch auf die Diagnosen K74.- verwiesen. Ein Kreuz-Stern-Kode sei auch dann möglich, wenn sowohl Kreuz- als auch Sternkodes jeweils mit unterschiedlichen Stern- und Kreuzkodes kombiniert werden könnten. Zur ergänzenden Stellungnahme von Dr. Schäfer hat die Beklagte ausgeführt, dass ein zusätzlicher Ressourcenverbrauch im Sinne der Definition für Nebendiagnosen nicht von Bedeutung sei, da Ösophagusvarizen vorgelegen hätten und daher I98.2* korrekt kodiert worden sei.

Ä

Mit Urteil vom 14.03.2019 hat das SG die Beklagte verurteilt, an die Klägerin einen Betrag i. H. v. 2.335,34 € nebst 2 Prozentpunkten Zinsen über dem Basiszinssatz ab 28.12.2011 zu erstatten. Zur Begründung hat das SG unter Darlegung der maßgeblichen rechtlichen Grundlagen ausgeführt, dass als Hauptdiagnose nach der ICD-10-GM allein die sekundäre biliäre Zirrhose (K74.4) habe kodiert werden können, nicht aber eine Kreuz-Stern-Kombination K74.4 , I98,2* (sekundäre biliäre Zirrhose mit Ösophagusvarizen Grad II° und Ösophagusvarizen und Magenvarizen bei anderenorts klassifizierten Krankheiten, ohne Angabe einer Blutung) und auch nicht I98.2* als Nebendiagnose. Der Versicherte sei ausweislich der Unterlagen am 14.11.2011 geplant zur angiographischen TIPS-Kontrolle bei Zustand nach TIPS-Anlage im November 2010 bei Leberzirrhose und zur ERCP aufgenommen worden; damit sei die stationäre Aufnahme wegen der sekundären biliären Zirrhose (K74.4) erfolgt. Ösophagus- oder Magenvarizen hätten die stationäre Aufnahme des Patienten nicht maßgeblich beeinflusst und kämen insoweit nicht als Hauptdiagnose in Betracht. Die Anwendung der Regelungen zum Kreuz-Stern-System komme nicht in Betracht, da die Hauptdiagnose K74.4 weder ein Kreuz- noch ein Sternsymbol aufweise. Dieser Code könne als Hauptdiagnose und damit allein ohne Ergänzung eines weiteren Codes kodiert werden. Die Ergänzung durch den Code I98.2* sei entgegen der Auffassung der Beklagten hier auch nicht erforderlich, da die Hauptdiagnose, die Veranlassung zur Aufnahme gab, bereits durch den Code 74.4 umfassend dargestellt werde. Der Zustand nach Ösophagusvarizenligatur und Ösophagusvarizen II° sei für den aktuellen Behandlungsfall nicht relevant gewesen, da dieser Zustand für die stationäre Aufnahme und damit für die auszuwählende Hauptdiagnose keine Relevanz gehabt habe. Daher komme eine Kodierung nur in Betracht, wenn hinsichtlich dieser Diagnose die Voraussetzungen einer Nebendiagnose nach den DKR erfüllt seien, woran es nach den Ausführungen des Sachverständigen in der ergänzenden Stellungnahme, im

Ergebnis den MDK beständig, mangels einer diesbezüglichen therapeutischen, diagnostischen Maßnahme oder an einem nachgewiesenem erhöhten Betreuungs-, Pflege- oder Überwachungsaufwand fehle. Eine Kodierung als Nebendiagnose komme auch nicht vor dem Hintergrund in Betracht, dass der Kode I98.2* mit einem Stern versehen sei, denn die Regelungen des Kreuz-Stern-Systems führen nur dann zu einer zwingenden Beachtung der Manifestation, wenn eine Schlüsselnummer angesteuert werde, die mit einem Kreuz-Symbol versehen ist, was bei K74.4 nicht der Fall sei. Dass I98.2* mit einem Stern-Symbol gekennzeichnet sei und damit nicht alleine verschlüsselt werden dürfe, führe zu keinem anderen Ergebnis, da I98.2* schon nicht kodiert werden dürfe, weil die Diagnose mangels Relevanz für die stationäre Aufnahme nicht als Hauptdiagnose in Betracht komme und die Nebendiagnose-Voraussetzungen ebenfalls nicht erfüllt seien.

Ä

Hiergegen richtet sich die Beklagte mit ihrer am 31.05.2019 beim Sächsischen Landessozialgericht (LSG) eingelegten Berufung. Streitentscheidend sei allein die Frage, ob neben der unstrittigen Hauptdiagnose K74.4 zusätzlich der Sekundärkode I98.2* zu kodieren sei. Das SG erkenne, dass ICD-Kodes mit einem Stern nie allein verwendet werden dürfen, sondern nur in Kombination mit einem Primärkode zu kodieren seien und es eines gesonderten, durch den Sternkode begründeten Ressourcenverbrauches nicht bedürfe. Der mit dem Primärkode zusammen zu kodierende Sternkode müsse die stationäre Krankenhausbehandlung auch nicht in irgendeiner Weise veranlassen. Weder der DKR D012i noch der DKR D003i sei zu entnehmen, dass der Sternkode die Nebendiagnosekriterien erfüllen müsse, während der Primärkode ressourcenverbrauchsunabhängig zu kodieren wäre. Nach diesen Regelungen sei eine Kreuz-Stern-Diagnosekombination nur als eine einzige Diagnose bestehend aus zwei Kodes zu verstehen. Die durch die Kombination K74.4, I98.2* abgebildete Hauptdiagnose habe den Anlass für die Aufnahme zur stationären Krankenhausbehandlung gegeben und sei deshalb in dieser Kombination als Einheit zu kodieren. Die Entscheidung des Bundessozialgerichts (BSG) vom 16.07.2020 [B 1 KR 16/19 R](#) stehe dieser Ansicht nicht entgegen, da hier wie unter Rn. 20 der Entscheidung angesprochen eine Mehrfachkodierung der Hauptdiagnose im Streit stehe. Eine Doppelklassifizierung sei in der GM-Version des ICD-10 ausdrücklich vorgesehen.

Ä

Die Beklagte beantragt,

Ä

das Urteil des Sozialgerichts Dresden vom 14. März 2019 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Ä

Die KlÄgerin beantragt,

Ä

die Berufung zurÄckzuweisen.

Ä

Die Beklagte setze sich weder eingehend mit dem Urteil des SG auseinander noch mit der Feststellung des Sachverständigen im Gutachten vom 05.07.2018, wonach der Stern-Kode I98.2* ausdrÄcklich nicht obligatorisch zu verwenden sei. Nach dem Urteil des BSG vom 16.07.2020 bestimmten die Kodierrichtlinien, ob eine Nebendiagnose zusÄtzlich zur Hauptdiagnose zu kodieren sei. Dies sei nach den DKR (2011) dann der Fall, wenn die fragliche Diagnose Äberhaupt als Nebendiagnose zu kodieren sei. Da bezÄglich der Diagnose I98.2* ein Ressourcenverbrauch nicht vorgelegen habe, scheide eine Kodierung als Nebendiagnose aus. Das Urteil des BSG bestÄtige, wann eine Nebendiagnose zusÄtzlich zur Hauptdiagnose zu kodieren sei. Nach den in der DKR D012i abschlieÄend aufgefÄhrten Fallgruppen kÄnne die Nebendiagnose I98.2* im streitigen Behandlungsfall nicht kodiert werden.

Ä

Dem Senat haben die Gerichtsakte beider Instanzen sowie die Verwaltungsakte der KlÄgerin und die Patientenakte der Beklagten vorgelegen. Diese waren Gegenstand der mÄndlichen Verhandlung.

Ä

EntscheidungsgrÄnde

Ä

Die zulÄssige Berufung der Beklagten ist unbegrÄndet. Zu Recht hat das SG der Klage stattgegeben und die Beklagte zur Zahlung von 2.335,34Ä â€– nebst Zinsen verurteilt, weil diese fÄr die stationÄre Krankenhausbehandlung des Versicherten in der Zeit vom 14.11.2011 bis 21.11.2011 von der KlÄgerin die Zahlung einer VergÄtung nur auf der Grundlage der DRG H41B und nicht auf der Grundlage der DRG H41A beanspruchen kann.

Ä

1. Der KlÄgerin steht der von ihr im GleichordnungsverhÄltnis zulÄssigerweise mit der echten Leistungsklage (dazu nur BSG, Urteil vom 16.12.2008 â€– [B 1 KN 1/07 KR R](#) â€– juris Rn.Ä 9; Urteil vom 16.08.2021 â€– [B 1 KR 18/20 R](#) â€– juris Rn. 9) verfolgte Erstattungsanspruch wegen Äberzahlung der VergÄtung fÄr die Krankenhausbehandlung des Versicherten i.H.v. 2.335,34Ä â€– zu. Denn die Beklagte hatte fÄr die Krankenhausbehandlung des Versicherten in der Zeit vom

14.11.2011 bis 21.11.2011 keinen Anspruch auf die hier letztlich streitige, von der KlÄgerin zunÄchst gezahlte VergÄtung von 5.873,59 â€ nach der DRG H41A, sondern nur auf eine VergÄtung von 3.538,25 â€ nach der DRG H41B. Hinsichtlich des Differenzbetrages steht der KlÄgerin ein Äffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch zu (vgl. hierzu grundlegend BSG, Urteil vom 08.11.2011Ä â€ [B 1 KR 8/11 RÄ](#) â€ juris Rn. 9 ff.).

Ä

Rechtsgrundlage des VergÄtungsanspruchs des Beklagten gegen die KlÄgerin fÄr die stationÄre Krankenhausbehandlung der Versicherten in der Zeit vom 14.11.2011 bis 21.11.2011 ist [ÄSÄ 109 Abs.Ä 4 SatzÄ 3 SGB V](#) i.V.m. ÄSÄ 7 SatzÄ 1 Nr.Ä 1, ÄSÄ 9 Abs.Ä 1 SatzÄ 1 Nr.Ä 1 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG), ÄSÄ 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG), ÄSÄ 1 Fallpauschalenvereinbarung 2011 (FPV 2011) sowie Anlage 1 der FPV 2011 (Fallpauschalenkatalog 2011). Das Gesetz regelt in diesen Vorschriften die HÄhe der VergÄtung der zugelassenen KrankenhÄuser bei stationÄrer Behandlung gesetzlich Krankenversicherter und setzt das Bestehen des VergÄtungsanspruchs als Gegenleistung fÄr die ErfÄllung der Pflicht, erforderliche Krankenhausbehandlung nach [ÄSÄ 39 SGB V](#) zu gewÄhren ([ÄSÄ 109 Abs.Ä 4 SatzÄ 2 SGB V](#)), dem Grunde nach als SelbstverstÄndlichkeit voraus (BSG, Urteil vom 19.03.2020 â€ [B 1 KR 20/19 R](#) â€ juris Rn. 11; vgl. auch SÄchsisches LSG, Urteil vom 25.09.2019 â€ [L 1 KR 142/14](#) â€ juris Rn. 17).

Ä

2. Der VergÄtungsanspruch der Beklagten fÄr die streitige Krankenhausbehandlung ist dem Grunde nach entstanden. Dies ist zwischen den Beteiligten nicht streitig. Der VergÄtungsanspruch fÄr eine Krankenhausbehandlung und dazu korrespondierend die Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse entstehen unabhÄngig von einer Kostenzusage unmittelbar mit Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten kraft Gesetzes, wenn die Versorgung â€ wie hier â€ in einem zugelassenen Krankenhaus durchgefÄhrt wird und im Sinne von [ÄSÄ 39 Abs.Ä 1 SatzÄ 2 SGB V](#) erforderlich und wirtschaftlich ist (BSG, Urteil vom 17.12.2019 â€ [B 1 KR 19/19 R](#) â€ juris Rn. 10; Urteil vom 19.06.2018 â€ [B 1 KR 39/17 R](#) â€ juris Rn. 8). Dies war hier der Fall.

Ä

Streitig ist nur die HÄhe des VergÄtungsanspruchs. Diese bemisst sich im DRG-VergÄtungssystem, in welches das Krankenhaus der Beklagten einbezogen ist, nach vertraglichen Fallpauschalen auf gesetzlicher Grundlage. Die FallpauschalenvergÄtung fÄr die stationÄre Krankenhausbehandlung in zugelassenen Einrichtungen ergibt sich aus [ÄSÄ 109 Abs.Ä 4 SatzÄ 3 SGB V](#) i.V.m. [ÄSÄ 7 KHEntgG](#) und [ÄSÄ 17b KHG](#). Der Anspruch wird auf Bundesebene durch NormenvertrÄge konkretisiert. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung gemeinsam vereinbaren nach [ÄSÄ 9 Abs.Ä 1 SatzÄ 1 Nr.Ä 1 KHEntgG](#) mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft als

âVertragsparteien auf Bundesebeneâ mit Wirkung f¼r die Vertragsparteien nach [Â§ 11 KHEntgG](#) einen Fallpauschalen-Katalog einschlieÃlich der Bewertungsrelationen sowie Regelungen zur Grenzverweildauer und der in Abhängigkeit von diesen zusätzlich zu zahlenden Entgelten oder vorzunehmenden AbschlieÃen. Ferner vereinbaren sie auf der Grundlage des [Â§ 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 KHEntgG](#) Abrechnungsbestimmungen in der FPV.

Â

Welche DRG-Position abzurechnen ist, ergibt sich gemÃ [Â§ 1 Abs. 6 Satz 1 FPV 2011](#) rechtsverbindlich aus der Eingabe und Verarbeitung von Daten â insbesondere von Diagnosen und Prozeduren â in einem automatischen Datenverarbeitungssystem, das auf einem zertifizierten Programm basiert (näher dazu BSG, Urteil vom 08.11.2011 â [B 1 KR 8/11 R](#) â juris Rn. 19 ff.). Dabei greift das Programm auch auf Dateien zurück, die entweder als integrale Bestandteile des Programms mit vereinbart sind oder an anderer Stelle vereinbarte Regelungen wiedergeben. Zu letzteren gehören die FPV selbst, aber auch die Internationale Klassifikation der Krankheiten (ICD) in der jeweiligen vom Deutschen Institut f¼r Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) im Auftrag des Bundesministeriums f¼r Gesundheit (BMG) herausgegebenen deutschen Fassung (ICD-10-GM â hier in der Version 2011) sowie die Klassifikation des vom DIMDI im Auftrag des BMG herausgegebenen Operationen- und Prozedurenschlssels (OPS). Ebenso gehört zu den einbezogenen Regelungskomplexen die von den Vertragspartnern auf Bundesebene getroffene Vereinbarung zu den DKR f¼r das Jahr 2011. Die Verbindlichkeit der in der FPV und den DKR angesprochenen Klassifikationssysteme folgt allein aus dem Umstand, dass sie in das vertraglich vereinbarte Fallpauschalensystem und insbesondere in dessen Kern, den Grouper, einbezogen sind (BSG, Urteil vom 19.06.2018 â [B 1 KR 39/17 R](#) â juris Rn. 13; Urteil vom 19.12.2017 â [B 1 KR 19/17 R](#) â juris Rn. 31).

Â

Die Anwendung der DKR und der FPV-Abrechnungsbestimmungen einschlieÃlich ICD und OPS ist nicht automatisiert und unterliegt grundsätzlich den allgemeinen Auslegungsmethoden der Rechtswissenschaft. Die Abrechnungsbestimmungen sind gleichwohl wegen ihrer Funktion im Gefüge der Ermittlung des Vergtungstatbestandes innerhalb eines vorgegebenen Vergütungssystems eng am Wortlaut orientiert und unterstützt durch systematische Erwägungen auszulegen. Denn eine Vergütungsregelung, die f¼r die routinemÃige Abwicklung von zahlreichen Behandlungsfällen vorgesehen ist, kann ihren Zweck nur erfüllen, wenn sie allgemein streng nach ihrem Wortlaut sowie den dazu vereinbarten Anwendungsregeln gehandhabt wird und keinen Spielraum f¼r weitere Bewertungen sowie Abwägungen belässt. DemgemÃ sind Vergütungsregelungen stets eng nach ihrem Wortlaut und allenfalls ergänzend nach ihrem systematischen Zusammenhang auszulegen; Bewertungen und Bewertungsrelationen bleiben auÃer Betracht (BSG, Urteil vom 20.01.2021 â [B 1 KR 31/20 R](#) â juris Rn. 21; Urteil vom 19.12.2017 â [B 1 KR 18/17 R](#) â juris Rn. 14; Urteil vom 08.11.2011 â [B 1 KR 8/11 R](#) â juris Rn 27).

Abrechnungsbestimmungen können Begriffe entweder ausdrücklich definieren oder deren spezifische Bedeutung kann sich ergänzend aus der Systematik der Regelung ergeben (BSG, Urteil vom 27.10.2020 – 11/20 S. 10)