S 15 KR 1024/17

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Freistaat Sachsen
Sozialgericht	Sächsisches Landessozialgericht
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	-
Kategorie	Urteil
Bemerkung	Keine Kodierung von ICD-10-GM (2013) G82.03 oder G82.09 bei Kompression der Nervenwurzeln der Cauda equina
Rechtskraft	-
Deskriptoren	Krankenhausvergütung, Krankenversicherung, Mehrfachkodierung, Querschnittlähmung, Rückenmark
Leitsätze	1. Der Kode ICD-10-GM (2013) G82.03 setzt eine Querschnittlähmung voraus, wobei Querschnittlähmungen den Bereich des Rückenmarks umfassen, nicht aber eine Kompression der Nervenwurzeln der Cauda equina. 2. Der Kode ICD-10-GM (2013) G82.09 ist auf Paraparesen und Paraplegien zerebraler Ursache beschränkt und findet auf periphere Paresen, wie z.B. eine Kompression der Nervenwurzeln der Cauda equina, keine Anwendung. 3. Satz 2 des Hinweises in ICD-10-GM (2013) G82.- bringt nur zum Ausdruck, dass (im Rahmen einer Mehrfachkodierung) die Ursache der Gehirn- und Rückenmarkschädigung beliebig sein kann; nicht beliebig ist aber das Erfordernis einer zentralen Ursache der Krankheitszustände.
Normenkette	§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V

1. Instanz

Aktenzeichen	S 15 KR 1024/17
Datum	19.11.2019

2. Instanz

Aktenzeichen	L 1 KR 10/20

Datum	12.07.2023

3. Instanz

Datum	-

1. Die Berufung des KlÃ¤gers gegen das Urteil des Sozialgerichts Dresden vom 19. November 2019 wird zurÃ¼ckgewiesen.

Â

2. Der KlÃ¤ger trÃ¤gt auch die Kosten des Berufungsverfahrens.

Â

3. Die Revision wird nicht zugelassen.

Â

4. Der Streitwert fÃ¼r das Berufungsverfahren wird auf 1.508,31 â¬ festgesetzt.

Â

Â

Â

Tatbestand

Â

Die Beteiligten streiten Ã¼ber die VergÃ¼tung einer stationÃ¤ren Krankenhausbehandlung.

Â

Die bei der Beklagten versicherte Yâ¦. (Versicherte) wurde wegen einer Claudicatio-spinalis-Symptomatik vom 17.06. bis 24.06.2013 stationÃ¤r im nach Â§ 108 FÃ¼nftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) zugelassenen Krankenhaus des KlÃ¤gers vollstationÃ¤r behandelt. Die stationÃ¤re Aufnahme erfolgte zur mikrochirurgischen osteoligamentÃ¤ren Dekompression. Im Entlassungsbericht vom 23.06.2013 wurden als Diagnosen benannt: Claudicatio spinalis, Gehstrecke 20 Meter, Bein-Ischiasschmerzen L4 und L5 links, Quadrizepsparese beidseits 3/5 (Treppensteigen erschwert, einbeinige Kniebeuge beidseits nicht mÃ¶glich), Trendelenburgparese beidseits 3/5 (Einbeinstand beidseits nicht mÃ¶glich), FuÃheberparese links 3/5,

rechts 4/5 (Hackengang beidseits nicht mÃ¶glich), Stenose LW 3/4 und 4/5 linksbetont.

Â

Der KlÃ¤ger stellte die stationÃ¤re Krankenhausbehandlung der Beklagten am 25.06.2013 in Rechnung, wobei die DRG-Fallpauschale I10C (Andere Eingriffe an der WirbelsÃ¤ule, mit bestimmtem komplexem Eingriff oder Halotraktion oder Para-/Tetraplegie, oder Wirbelfraktur mit bestimmten Eingriffen an WirbelsÃ¤ule, Spinalkanal und Bandscheibe mit schweren CC) zugrunde gelegt wurde. Bei der Kodierung nach ICD-10-GM Version 2013 wurde die Hauptdiagnose M48.06 (Spinal[kanal]stenose: Lumbalbereich) sowie als Nebendiagnosen G82.03 (schlaffe Paraparese und Paraplegie: chronische inkomplette QuerschnittlÃ¤hmung), G82.66! (funktionale HÃ¶he der SchÃ¤digung des RÃ¼ckenmarkes: L2 bis S1), I10.00 (benigne essentielle Hypertonie: ohne Angabe einer hypertensiven Krise) sowie E03.8 (sonstige nÃ¤her bezeichnete Hypothyreose) in Ansatz gebracht, ferner als Zusatzdiagnose M48.06 (Spinal[kanal]stenose: Lumbalbereich).

Â

Den Rechnungsbetrag Ã¼ber 5.493,08 â¬ beglich die Beklagte zunÃ¤chst. Nachgehend beauftragte sie den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) mit der PrÃ¼fung der Nebendiagnosen. Im Gutachten vom 03.06.2014 wurden die Diagnosen G82.03 und G82.66! als gutachterlich nicht nachvollziehbar erachtet, es handele sich nicht um im Sinne der Kodierrichtlinien relevante Diagnosen. Laut Status sei bezogen auf die untere ExtremitÃ¤t kein pathologischer Befund erhoben worden. Abzurechnen sei nach der DRG I68D.

Â

Der KlÃ¤ger widersprach dieser Bewertung mit Schreiben vom 24.06.2014. Infolge der bestehenden Stenosen hÃ¤tten sich die motorischen StÃ¶rungen im Vergleich zu den ambulanten Vorstellungen davor deutlich verschlechtert; in der postoperativen Phase sei der Befund rasch rÃ¼cklÃ¤ufig gewesen.

Â

Ausweislich eines weiteren von der Beklagten veranlassten Gutachtens des MDK vom 30.03.2016 hÃ¤tte statt der Diagnose G82.03 die Diagnose G55.3* (Kompression von Nervenwurzeln und Nervenplexus bei sonstigen Krankheiten der WirbelsÃ¤ule und des RÃ¼ckens) kodiert werden mÃ¼ssen. In der ICD-Systematik sei bezÃ¼glich der Kodierung des Kodes G82.- dokumentiert, dass diese Kategorie zur VerschlÃ¼sselung von Paresen und Plegien bei QuerschnittlÃ¤hmungen oder Hirnerkrankungen diene, wenn andere SchlÃ¼sselnummern nicht zur VerfÃ¼gung stÃ¼nden. In diesem Fall sei mit der SchlÃ¼sselnummer M48.06 der Sachverhalt umfassend und korrekt abgebildet; die der Claudicatio zugrundeliegende Erkrankung sei die Spinalkanalstenose, zusÃ¤tzlich sei in diesem Fall gemÃ¤Ã des ICD-Verzeichnisses der Kode G55.3 als Sternkode zu kodieren. Im Hinblick auf die

G82.66! hielt der MDK an der Bewertung fest, dass dies keine im Sinne der Kodierrichtlinien relevante Diagnose sei. Eine RÃ¼ckenmarkserkrankung liege nicht vor; die Claudicatio-spinalis-Symptomatik entstehe durch die gewÃ¶hnlich distal des zweiten Lendenwirbels gelegene lumbale Spinalkanalstenose. Das Myelon ende im Bereich der LendenwirbelsÃ¤ule beim Erwachsenen in der Regel in HÃ¶he des ersten oder zweiten Lendenwirbels und werde somit nicht tangiert. Laut ICD-Systematik 2013 sei die G55.3 als Sternkode (Manifestation) und die zugrundeliegende Ursache durch das Kreuz-Symbol M48.06 abzubilden. Nachgehend hierzu teilte die Beklagte dem KlÃ¤ger mit Schreiben vom 01.04.2016 mit, dass sie sich der Beurteilung des MDK anschlieÃe, und forderte den zu Unrecht gezahlten Betrag i. H. v. 1.508,31 â¬ zurÃ¼ck.

Â

Am 09.11.2017 hat der KlÃ¤ger beim Sozialgericht Dresden (SG) Klage auf Zahlung eines Betrages i. H. v. 1.508,31 â¬ nebst Zinsen erhoben. Die Beklagte habe diesen Betrag am 06.05.2016 mit einer anderen berechtigten Forderung des KlÃ¤gers verrechnet. Ihm stehe dieser Betrag zu, da die Kodierung der Nebendiagnosen G82.03 in Verbindung mit dem SekundÃ¤rschlÃ¼ssel G82.66! zu Recht erfolgt sei. Das bei der Versicherten bestehende Krankheitsbild werde am genauesten mit den von ihm kodierten Diagnosen abgebildet.

Â

Die Beklagte ist der Klage entgegengetreten. Abzurechnen sei nach der DRG I68D (Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verl. im WirbelsÃ¤ulenbereich, > ein Belegungstag, bei and. Femurfraktur, Alt.

Â

Auf Veranlassung des SG hat am 18.11.2018 Prof. Dr. Xâ¦., Arzt fÃ¼r Neurochirurgie, ein Gutachten erstattet und im Ergebnis seiner Begutachtung ausgefÃ¼hrt, dass eine Paraplegie nicht bestanden habe. Funktionell habe bei der Versicherten eine Parese, die auch als schlaffe Parese bezeichnet werden kÃ¶nne, bestanden. Durch die lumbale Spinalkanalstenose in HÃ¶he LWK 3/4 und 4/5 sei eine Kompression der Nervenwurzeln der Cauda equina verursacht worden (G55.3) und durch den Bandscheibenvorfall eine Kompression der Nervenwurzel (G55.1). Der Grund der stationÃ¤ren Aufnahme und die Ursache der Operation sei eine lumbale Spinalkanalstenose in HÃ¶he LWK 3/4 und 4/5 (M48.06) und ein nach kranial sequestrierter Bandscheibenvorfall LWK 4/5 links mit Radikulopathie (M51.1) gewesen. Eine QuerschnittlÃ¤hmung setze eine Verletzung oder VerÃ¤nderung des RÃ¼ckenmarks voraus. Bei der Versicherten sei keine QuerschnittlÃ¤hmung hervorgerufen worden, es habe auch keine andere Ursache fÃ¼r eine Kompression des RÃ¼ckenmarks bestanden. Eine schlaffe Paraparese oder Paraplegie kÃ¶nne daher nicht kodiert werden.

Â

Nachdem der KlÃ¤ger in Kenntnis des Gutachtens an der Kodierung von G82.03 festgehalten hat, da hierfÃ¼r eine Parese ausreiche, hat der SachverstÃ¤ndige in seiner ergÃ¤nzenden Stellungnahme vom 15.02.2019 ausgefÃ¼hrt, dass die Kategorie G82.- zur VerschlÃ¼sselung von Paresen und Plegien bei QuerschnittlÃ¤hmungen oder Hirnerkrankungen diene, wenn andere SchlÃ¼sselnummern nicht zur VerfÃ¼gung stÃ¼nden. Im vorliegenden Fall handele es sich um eine periphere LÃ¤hmung bei einer LÃ¤sion der Nervenwurzeln und damit nicht um eine LÃ¤hmung aufgrund einer RÃ¼ckenmarkslÃ¤sion (QuerschnittlÃ¤hmung) oder einer Hirnerkrankung. Der in ICD-10 G82.- enthaltene Nachsatz â□□Diese Kategorie dient auch zur multiplen VerschlÃ¼sselung, um diese durch eine beliebige Ursache hervorgerufenen KrankheitszustÃ¤nde zu kennzeichnen.â□□ begrÃ¼nde nicht, dass die G82.- hier Anwendung finde. Der Nachsatz sage lediglich aus, dass hier LÃ¤hmungen bei RÃ¼ckenmarkslÃ¤sion (QuerschnittlÃ¤hmung) oder Hirnerkrankungen verschlÃ¼sselt werden kÃ¶nnten, unabhÃ¤ngig von deren Ursache. Er sage hingegen nicht aus, dass hier LÃ¤hmungen unabhÃ¤ngig vom SchÃ¤digungsort kodiert werden kÃ¶nnten. Paresen kÃ¶nnten anatomisch aus LÃ¤sionen in verschiedenen Lokalisationen beruhen. Diese wÃ¼rden in zentral, peripher und muskulÃ¤r eingeteilt. Im vorliegenden Fall liege eine periphere Parese vor. Die Diagnose G82.- sei aber nur bei zentralen Paresen und nicht bei peripheren Paresen anzuwenden.

Â

Der KlÃ¤ger hat an seiner Auffassung festgehalten, dass die Diagnose G82.03 kodiert werden kÃ¶nne. Aus der KapitelÃ¼berschrift zum ICD-Kode G82.* sowie dem dazugehÃ¶rigen Hinweis ergebe sich, dass die Kategorie auch zur multiplen VerschlÃ¼sselung dienen solle, um diese durch eine beliebige Ursache hervorgerufenen KrankheitszustÃ¤nde zu kennzeichnen. Nach einem in einem parallelen Verfahren eingeholten Gutachten eines anderen SachverstÃ¤ndigen diene der Kode G82.08 explizit der multiplen VerschlÃ¼sselung, um durch beliebige Ursachen hervorgerufene KrankheitszustÃ¤nde zu kennzeichnen; gemeint seien nicht nur SchÃ¤digungen des Gehirns, sondern vor allem RÃ¼ckenmarksschÃ¤digungen. Der dortige SachverstÃ¤ndige verweise auf eine AWMF-Leitlinie, wonach SchÃ¤digungen des RÃ¼ckenmarks oder der Cauda equina als QuerschnittlÃ¤hmungen definiert wÃ¼rden. Kauda-Syndrome und Paraparesen durch Kompression der Cauda equina sollten daher nach medizinisch-wissenschaftlicher Definition Querschnittsyndrome sein.

Â

Das SG hat mit Urteil vom 19.11.2019 die Klage abgewiesen. Bei der Versicherten habe eine periphere LÃ¤hmung aufgrund einer LÃ¤sion der Nervenwurzel Cauda equina durch Kompression und resultierend eine schlaffe Parese bestanden. Zu kodieren sei G55.3, nicht aber G82.03, da bei der Versicherten die von diesem Kode geforderte Hirnerkrankung oder eine QuerschnittlÃ¤hmung, also eine vollstÃ¤ndige oder anteilige SchÃ¤digung des RÃ¼ckenmarks, nicht vorgelegen habe. Die Paraparese sei Manifestation der lumbalen Spinalkanalstenose. Die Cauda equina sei nicht Teil des RÃ¼ckenmarks; das RÃ¼ckenmark ende bei Erwachsenen in

HÃ¶he des ersten oder zweiten Lendenwirbels. Nach dem kaudalen Ende des RÃ¼ckenmarks wÃ¼rden die Nervenwurzeln die Cauda equina bilden, diese werde definiert als NervenfaserbÃ¼ndel. Bei SchÃ¤digung der Cauda equina kÃ¶nne nicht von einer QuerschnittlÃ¤hmung ausgegangen werden. Die Diagnose G82.03 setze aber eine HirnschÃ¤digung oder eine RÃ¼ckenmarkschÃ¤digung voraus. Auch G82.6-! diene der VerschlÃ¼sselung einer RÃ¼ckenmarkschÃ¤digung, die nicht vorliege. G82.09 scheide aus, weil keine zerebrale, d.h. im Gehirn liegende Ursache bestehe.

Â

Hiergegen richtet sich der KlÃ¤ger mit seiner am 07.01.2020 eingelegten Berufung. Wiederholt hat er seinen Vortrag, dass die Genese der Parese nicht relevant sei, die Ursache der KrankheitszustÃ¤nde kÃ¶nne beliebig sein; gemeint seien â□□nicht nur SchÃ¤digungen des Gehirns, sondern vor allem RÃ¼ckenmarksschÃ¤digungenâ□□, wobei eine SchÃ¤digung der Cauda equina als QuerschnittlÃ¤hmung zu definieren sei. Jedenfalls sei G82.09 (schlaffe Paraparese und Paraplegie: nicht nÃ¤her bezeichnet) zulÃ¤ssig, was bei der Abrechnung zum gleichen Ergebnis fÃ¼hren wÃ¼rde. Bei G82.09 sei auch keine zerebrale Ursache zu fordern. Zwar kÃ¶nne eine solche Ursache vorliegen, vergleichbar mit N30.3 und N30.8 handele es sich aber nicht um eine abschlieÃ□ende AufzÃ¤hlung.

Â

Der KlÃ¤ger beantragt,

Â

das Urteil des Sozialgerichts Dresden vom 19. November 2019 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, an den KlÃ¤ger 1.508,31 â□¬ nebst Zinsen i. H. v. 5 Prozentpunkten Ã¼ber dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 7. Mai 2016 zu zahlen,

die Revision zuzulassen.

Â

Die Beklagte beantragt,

Â

die Berufung zurÃ¼ckzuweisen.

Â

Die Nebendiagnose G82 sei nur dann anzuwenden, wenn andere Nebendiagnosen nicht zur VerfÃ¼gung stÃ¼nden. Hier stÃ¼nden aber die Diagnosen M48.06â□ , G55.3* zur VerfÃ¼gung. Nach den Darlegungen des SachverstÃ¤ndigen habe bei

der Versicherten keine QuerschnittlÃ¤hmung bestanden. Wegen der KodiermÃ¶glichkeit nach M48.06 (Spinal[kanal]stenose Lumbalbereich) sei G82.* insgesamt ausgeschlossen.

Â

Dem Senat haben die Gerichtsakte beider Instanzen, die Verwaltungsakte der Beklagten sowie die Patientenakte des KlÃ¤gers vorgelegen. Diese waren Gegenstand der mÃ¼ndlichen Verhandlung.

Â

EntscheidungsgrÃ¼nde

Â

Die form- sowie fristgerecht eingelegte und auch sonst zulÃ¤ssige Berufung des KlÃ¤gers ist unbegrÃ¼ndet. Zu Recht hat das SG die Klage abgewiesen. Denn fÃ¼r die stationÃ¤re Krankenhausbehandlung der Versicherten in der Zeit vom 17.06. bis 24.06.2013 kann der KlÃ¤ger von der Beklagten die Zahlung einer VergÃ¼tung nicht auf der Grundlage der DRG I10C, sondern nur auf der Grundlage der DRG I68D beanspruchen.

Â

1. Der vom KlÃ¤ger im GleichordnungsverhÃ¤ltnis zulÃ¤ssigerweise mit der echten Leistungsklage (dazu BSG, Urteil vom 16.12.2008 â□□ B 1 KN 1/07 KR R â□□ juris Rn. 9; Urteil vom 26.09.2017 â□□ B 1 KR 9/17 R â□□ juris Rn. 7) verfolgte VergÃ¼tungsanspruch aus der Behandlung anderer Versicherter erlosch dadurch in HÃ¶he von 1.508,31 â□¬, dass die Beklagte insoweit wirksam mit einem Erstattungsanspruch wegen Ã□berzahlung der VergÃ¼tung fÃ¼r die Krankenhausbehandlung der Versicherten in der Zeit vom 17.06. bis 24.06.2013 aufrechnete.

Â

Es ist zwischen den Beteiligten nicht streitig, dass der KlÃ¤ger aufgrund stationÃ¤rer Krankenhausbehandlung anderer Versicherter der Beklagten einen Anspruch auf Zahlung von 1.508,31 â□¬ hatte; eine nÃ¤here PrÃ¼fung erÃ¼brigt sich insoweit (zur ZulÃ¤ssigkeit dieses Vorgehens: BSG, Urteil vom 19.06.2018 â□□ B 1 KR 39/17 R â□□ juris Rn. 29; Urteil vom 23.06.2015 â□□ B 1 KR 26/14 R â□□ juris Rn. 32; Urteil vom 03.07.2012 â□□ B 1 KR 16/11 R â□□ juris Rn. 10). Streitig ist zwischen den Beteiligten allein, ob dieser Zahlungsanspruch entsprechend Â§ 387 BÃ¼rgerliches Gesetzbuch (BGB) durch die Aufrechnung der Beklagten mit einem Ã¶ffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch wegen Zahlung der VergÃ¼tung fÃ¼r die stationÃ¤re Krankenhausbehandlung des Versicherten erloschen ist (zur entsprechenden Anwendung auf Ã¼berzahlte KrankenhausvergÃ¼tung: BSG, Urteil vom 19.12.2017 â□□ B 1 KR 19/17 R â□□ juris Rn. 8; Urteil vom 23.06.2015 â□□ B 1

KR 26/14 R â juris Rn. 33; Urteil vom 16.12.2008 â B 1 KN 1/07 KR R â juris Rn. 8). Dies ist hier der Fall. Denn die Beklagte hatte dem KlÃ¤ger einen Betrag von 1.508,31 â¬ ohne Rechtsgrund gezahlt, weil der KlÃ¤ger fÃ¼r die stationÃ¤re Krankenhausbehandlung der Versicherten vom 17.06. bis 24.06.2013 nicht einen VergÃ¼tungsanspruch in HÃ¶he von â wie von ihm abgerechnet â 5.493,08 â¬, sondern nur in HÃ¶he von 3.984,77 â¬ hat.

Â

2. Rechtsgrundlage des VergÃ¼tungsanspruchs des KlÃ¤gers gegen die Beklagte fÃ¼r die stationÃ¤re Krankenhausbehandlung der Versicherten in der Zeit vom 17.06. bis 24.06.2013 ist Â§Â 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V i.V.m. Â§ 7 Satz 1 Nr. 1, Â§ 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG), Â§ 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG), Â§ 1 Fallpauschalenvereinbarung 2013 (FPV 2013) sowie Anlage 1 der FPV 2013 (Fallpauschalenkatalog 2013). 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 19.03.2020 â B 1 KR 20/19 R â juris Rn. 11; vgl. auch SÃ¤chsisches LSG, Urteil vom 25.09.2019 â L 1 KR 142/14 â juris Rn. 17).

Â

Der VergÃ¼tungsanspruch des KlÃ¤gers fÃ¼r die streitige Krankenhausbehandlung ist dem Grunde nach entstanden. Dies ist zwischen den Beteiligten nicht streitig. Der VergÃ¼tungsanspruch fÃ¼r eine Krankenhausbehandlung und dazu korrespondierend die Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse entstehen unabhÃ¤ngig von einer Kostenzusage unmittelbar mit Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten kraft Gesetzes, wenn die Versorgung in einem zugelassenen Krankenhaus durchgefÃ¼hrt wird und im Sinne von Â§ 39 Abs. 1 Satz 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 17.11.2015 â B 1 KR 18/15 R â juris Rn. 9; Urteil vom 08.11.2011 â B 1 KR 8/11 R â juris Rn. 13; Urteil vom 16.12.2008 â B 1 KN 1/07 KR R â juris Rn.11). Dies war hier der Fall.

Â

Dem KlÃ¤ger steht gegen die Beklagte fÃ¼r die streitige Krankenhausbehandlung ein VergÃ¼tungsanspruch nicht in HÃ¶he von 5.493,08 â¬, sondern nur in HÃ¶he von 3.984,77 â¬ zu. Denn der KlÃ¤ger durfte seiner Abrechnung nicht die DRG-Fallpauschale I10C zugrunde legen, sondern nur die geringer zu vergÃ¼tende DRG-Fallpauschale I68D.

Â

Welche DRG-Position abzurechnen ist, ergibt sich gemÃ¤Ã Â§ 1 Abs. 6 Satz 1 FPV 2013 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 (nÃ¤her 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 zurÃ¼ck, die entweder als integrale Bestandteile des Programms mit vereinbart sind oder an anderer Stelle vereinbarte Regelungen wiedergeben. Zu letzteren gehÃ¶ren die FPV selbst, aber auch die Internationale Klassifikation der Krankheiten (ICD) 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 â hier in der Version 2013) sowie die Klassifikation des vom DIMDI im Auftrag des BMG herausgegebenen Operationen- und ProzedurenschlÃ¼ssels (OPS â hier in der Version 2013). Ebenso gehÃ¶rt zu den einbezogenen Regelungskomplexen die von den Vertragspartnern auf Bundesebene getroffene Vereinbarung zu den DKR fÃ¼r das Jahr 2013. 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; Urteil vom 23.06.2015 â B 1 KR 21/14 R â juris Rn. 13; Urteil vom 14.10.2014 â BÂ 1 KR 26/13 R â juris Rn. 12; Urteil vom 08.11.2011 â B 1 KR 8/11 R â juris Rn. 24).

Â

Die Anwendung der DKR und der FPV-Abrechnungsbestimmungen einschlieÃlich ICD und OPS ist nicht automatisiert und unterliegt grundsÃ¤tzlich den allgemeinen Auslegungsmethoden der Rechtswissenschaft. Die Abrechnungsbestimmungen sind gleichwohl wegen ihrer Funktion im GefÃ¼ge der Ermittlung des VergÃ¼tungstatbestandes innerhalb eines vorgegebenen VergÃ¼tungssystems eng am Wortlaut orientiert und unterstÃ¼tzt durch systematische ErwÃ¤gungen auszulegen. Denn eine VergÃ¼tungsregelung, die fÃ¼r die routinemÃ¤Ãige Abwicklung von zahlreichen BehandlungsfÃ¤llen vorgesehen ist, kann ihren Zweck nur erfÃ¼llen, wenn sie allgemein streng nach ihrem Wortlaut sowie den dazu vereinbarten Anwendungsregeln gehandhabt wird und keinen Spielraum fÃ¼r weitere Bewertungen sowie AbwÃ¤gungen belÃ¤sst. DemgemÃ¤Ã sind VergÃ¼tungsregelungen stets eng nach ihrem Wortlaut und allenfalls ergÃ¤nzend nach ihrem systematischen Zusammenhang auszulegen; Bewertungen und Bewertungsrelationen bleiben auÃer Betracht (BSG, Urteil vom 17.12.2019 â B 1 KR 19/19 R â juris Rn. 13; Urteil vom 19.12.2017 â B 1 KR 18/17 R â juris Rn. 14; Urteil vom 01.07.2014 â B 1 KR 29/13 R â juris Rn. 12; Urteil vom 17.06.2010 â B 3 KR 4/09 R â juris Rn. 14; Urteil vom 21.02.2002 â B 3 KR 30/01 R â juris Rn. 27). Soweit in solchen VergÃ¼tungsregelungen spezifisch medizinische Begriffe verwandt werden â und keine abweichenden Vorgaben bestehen â, kommt ihnen der Sinngehalt zu, der ihnen im medizinisch-wissenschaftlichen Sprachgebrauch beigemessen wird (BSG, Beschluss vom 19.07.2012 â B 1 KR 65/11 B â juris Rn. 18; Urteil vom 23.06.2015 â B 1 KR

21/14 R â juris Rn. 18; vgl. auch BSG, Urteil vom 26.09.2017 â B 1 KR 9/17 R â juris Rn.16). Dies gilt sowohl fÃ¼r ICD und OPS als auch fÃ¼r die DKR.

Â

Hiervon ausgehend sind fÃ¼r den vorliegenden Abrechnungsfall die Kodes M48.06 und G55.3 bzw. G82.03 und G82.66 des ICD-10-GM (2013) maÃgebend dafÃ¼r, ob bei der Abrechnung DRG I68D oder â wie vom KlÃ¤ger geltend gemacht â DRG I10D in Ansatz zu bringen ist.

Â

Â

Zu diesen Kodes bestimmen die ICD-10-GM (2013):

Kapitel XIII
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00-M99)
â¦

Krankheiten der WirbelsÃ¤ule und des RÃ¼ckens (M40-M54)
Die folgenden fÃ¼nften Stellen zur Angabe des Beteiligungsortes sind mit den passenden Kategorien dieser Gruppe zu benutzen â ausgenommen sind die Kategorien M50 und M51; siehe auch Hinweis am Anfang dieses Kapitels.

0Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â Mehrere Lokalisationen der WirbelsÃ¤ule
1Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â Okzipito-Atlanto-Axialbereich
â¦
6Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â Lumbalbereich
â¦

M48.-Â Â Â Â Sonstige Spondylopathien
[SchlÃ¼sselnummer der Lokalisation siehe am Anfang der Krankheitsgruppe M40-M54]

M48.0-Â Â Spinal(kanal)stenose
[5. Stelle: 0-9]
Lumbale Spinal(kanal)stenose

â¦

Â

Kapitel VI
Krankheiten des Nervensystems (G00-G99)

â¦

Krankheiten von Nerven, Nervenwurzeln und Nervenplexus (G50-G59)

Exkl.:Â Â Â Â Â Akute Verletzung von Nerven, Nervenwurzeln und Nervenplexus â siehe Nervenverletzung nach Lokalisation
NeuralgieÂ Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â â
NeuritisÂ Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â â Â o.n.A. (M79.2-)
Periphere Neuritis wÃ¤hrend der Schwangerschaft (O26.83)
Radikulitis o.n.A. (M54.1-)

â¦

G55.-*Â Â Â Kompression von Nervenwurzeln und Nervenplexus bei anderenorts klassifizierten Krankheiten

G55.0*Â Â Kompression von Nervenwurzeln und Nervenplexus bei Neubildungen (C00-D48â)
G55.1*Â Â Kompression von Nervenwurzeln und Nervenplexus bei BandscheibenschÃ¤den (M50-M51â)
G55.2*Â Â Kompression von Nervenwurzeln und Nervenplexus bei Spondylose (M47.-â)
G55.3*Â Â Kompression von Nervenwurzeln und Nervenplexus bei sonstigen Krankheiten der WirbelsÃ¤ule und des RÃ¼ckens (M45-M46â , **M48.-â ,** M53-M54â)
G55.8*Â Â Kompression von Nervenwurzeln und Nervenplexus bei sonstigen anderenorts klassifizierten
Krankheiten

â¦

Zerebrale LÃ¤hmung und sonstige LÃ¤hmungssyndrome (G80-G83)

â¦

G82.-Â Â Â Â Â Paraparese und Paraplegie, Tetraparese und Tetraplegie

Hinw.:Â Â Â **Diese Kategorie dient zur VerschlÃ¼sselung von Paresen und Plegien bei
QuerschnittlÃ¤hmungen oder Hirnerkrankungen, wenn andere SchlÃ¼sselnummern nicht zur VerfÃ¼gung stehen.
Diese Kategorie dient auch zur multiplen VerschlÃ¼sselung, um diese durch eine beliebige Ursache hervorgerufenen KrankheitszustÃ¤nde zu kennzeichnen**.
FÃ¼r den Gebrauch dieser Kategorie in der stationÃ¤ren Versorgung sind die Deutschen Kodierrichtlinien heranzuziehen.

Soll die funktionale HÃ¶he einer SchÃ¤digung des RÃ¼ckenmarkes angegeben werden, ist eine zusÃ¤tzliche SchlÃ¼sselnummer aus G82.6- zu verwenden. Besteht eine langzeitige Beatmungspflicht, so ist Z99.1 als zusÃ¤tzliche SchlÃ¼sselnummer zu benutzen.

Inkl.:Â Â Â Â Â Â ParaplegieÂ Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â â□□
Quadriplegie Â Â Â Â Â Â â□□ chronisch
TetraplegieÂ Â Â Â Â Â Â Â Â Â â□□

Exkl.:Â Â Â Â Â Akute traumatische QuerschnittlÃ¤hmung (S14.-, S24.-, S34.-)

Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â Angeborene und infantile Zerebralparese (G80.-)

Die folgenden fÃ¼nften Stellen sind bei den Subkategorien G82.0-G82.5 zu verwenden:

0Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â Akute komplette QuerschnittlÃ¤hmung nichttraumatischer Genese
1Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â Akute inkomplette QuerschnittlÃ¤hmung nichttraumatischer Genese
2Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â Chronische komplette QuerschnittlÃ¤hmung
Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â Komplette QuerschnittlÃ¤hmung o.n.A.
3Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â Chronische inkomplette QuerschnittlÃ¤hmung
Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â Inkomplette QuerschnittlÃ¤hmung o.n.A.
9Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â Nicht nÃ¤her bezeichnet
Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â Zerebrale Ursache

G82.0- Â Schlaffe Paraparese und Paraplegie

G82.1-Â Â Spastische Paraparese und Paraplegie

G82.2-Â Â Paraparese und Paraplegie, nicht nÃ¤her bezeichnet
LÃ¤hmung beider unterer ExtremitÃ¤ten o.n.A.
Paraplegie (untere) o.n.A.

G82.3-Â Â Schlaffe Tetraparese und Tetraplegie

G82.4-Â Â Spastische Tetraparese und Tetraplegie

G82.5-Â Â Tetraparese und Tetraplegie, nicht nÃ¤her bezeichnet
Quadriplegie o.n.A.

G82.6-!Â Funktionale HÃ¶he der SchÃ¤digung des RÃ¼ckenmarkes

Hinw.:Â Â Â Diese Subkategorie dient zur VerschlÃ¼sselung der funktionalen HÃ¶he einer
Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â RÃ¼ckenmarksschÃ¤digung. Unter der funktionalen HÃ¶he einer RÃ¼ckenmarksschÃ¤digung wird

Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â das unterste motorisch intakte RÃ¼ckenmarkssegment verstanden. So bedeutet z.B.
Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â â□□komplette C4-LÃ¤sion des RÃ¼ckenmarkesâ□□, dass die motorischen Funktionen des 4. und der
Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â hÃ¶heren Zervikalnerven erhalten sind und dass unterhalb C4 keine oder funktionell
Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â unbedeutende motorische Funktionen vorhanden sind.

G82.60! C1-C3
G82.61! C4-C5
G82.62! C6-C8
G82.63! Th1-Th6
G82.64! Th7-Th10
G82.65! Th11-L1
G82.66! L2-S1
G82.67! S2-S5
G82.69! Nicht nÃ¤her bezeichnet

Â

2.1. Basierend auf der im Entlassungsbrief des KlÃ¤gers vom 23.06.2013 angegebenen Diagnose â□□Claudicatio spinalis, Gehstrecke 20 Meter, Bein-Ischiasschmerzen L4 und L5 links, Quadricepsparese beidseits 3/5 (Treppensteigen erschwert, einbeinige Kniebeuge beidseits nicht mÃ¶glich), Trendelenburgparese beidseits 3/5 (Einbeinstand beidseits nicht mÃ¶glich), FuÃ□heberparese links 3/5, rechts 4/5 (Hackengang beidseits nicht mÃ¶glich), Stenose LW3/4 und 4/5 linksbetont)â□□ Ã¼berzeugt den Senat die durch den MDK und den gerichtlich bestellten SachverstÃ¤ndigen vorgenommene Bewertung dahingehend, dass â□□ wie auch vom KlÃ¤ger bei seiner Abrechnung in Ansatz gebracht â□□ als Hauptdiagnose die M48.06 (Lumbale Spinal[kanal]stenose) zu verschlÃ¼sseln ist.

Â

2.2. Ebenso nachvollziehbar ist ausweislich der im Entlassungsbrief aufgefÃ¼hrten Diagnose, dass als Nebendiagnose die G55.3* (Kompression von Nervenwurzeln und Nervenplexus bei sonstigen Krankheiten der WirbelsÃ¤ule und des RÃ¼ckens) zu kodieren ist, da die lumbale Spinalkanalstenose eine Kompression der Nervenwurzeln der Cauda equina verursacht hat, wie der SachverstÃ¤ndige Prof. Dr. Xâ□¦. in seinem Gutachten vom 18.11.2018 ausgefÃ¼hrt hat, wodurch (so der MDK im Gutachten vom 30.03.2016) die Symptomatik der claudicatio spinalis entsteht.

Â

Da der Kode G55.3* als Sternkode gekennzeichnet und gleichzeitig u.a. M48.-â□ als mÃ¶glicher Kreuzkode angegeben wurde, handelt es sich bei M48.06â□ G55.3* um eine Mehrfachkodierung i.S.d. DKR 2013 D012i.

Â

2.3. Die Voraussetzungen fÃ¼r die zusÃ¤tzliche Kodierung von G82.03 und/oder G82.66! liegen nicht vor.

Â

2.3.1. Bezogen auf den Kode G82.66! folgt dies bereits daraus, dass fÃ¼r die Kodierung ausdrÃ¼cklich eine RÃ¼ckenmarkschÃ¤digung gefordert wird, bei der Versicherten aber nicht das RÃ¼ckenmark, sondern die Cauda equina betroffen war. Hierzu hat der SachverstÃ¤ndige Prof.Â Dr.Â Xâ¦. in Ãbereinstimmung mit den AusfÃ¼hrungen des MDK im Gutachten vom 30.03.2016 Ã¼berzeugend ausgefÃ¼hrt, dass eine LÃ¤sion der Nervenwurzeln vorliegt, nicht aber eine RÃ¼ckenmarkschÃ¤digung, da â so der MDK nachvollziehbar â das RÃ¼ckenmark bei Erwachsenen in der Regel in HÃ¶he des 1. oder 2. LendenwirbelkÃ¶rpers endet und im Fall der Versicherten nicht tangiert wird. Diese Bewertung entspricht auch der ICD-10-GM (2013), wonach in der Kategorie S34.- (Verletzung der Nerven und des lumbalen RÃ¼ckenmarkes in HÃ¶he des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens) zwischen Verletzungen des RÃ¼ckenmarks (S43.0 und S34.1-) sowie u.a. Verletzung der Cauda equina (S34.3-) differenziert wird. Dass eine LÃ¤sion der Cauda equina eine RÃ¼ckenmarkverletzung ist, ergibt sich auch nicht aus dem Vortrag des KlÃ¤gers, die eine (periphere) LÃ¤sion der Nervenwurzeln nicht in Frage stellt.

Â

2.3.2. Auch der Kode G82.03 ist im Rahmen der Abrechnung nicht anzusetzen. Der KlÃ¤ger hat schon nicht dargelegt, dass die in G82.03 verschlÃ¼sselten Paresen nicht bereits von dem Krankheitsbild M48.06â G55.3* regelhaft umfasst sind. Aus dem Gutachten von Prof.Â Dr.Â Xâ¦. und aus den Bewertungen des MDK ergibt sich die Notwendigkeit der zusÃ¤tzlichen VerschlÃ¼sselung von Paresen nicht.

Â

Zwar ist im Sinne des KlÃ¤gers davon auszugehen, dass die von ihm Ã¼ber G82.03 verschlÃ¼sselten Paresen einen Ressourcenverbrauch i.S. eines erhÃ¶hten Aufwands im Patientenmanagement verursacht haben, wobei die nach DKR 2013 D003i (Nebendiagnosen) das Patientenmanagement beeinflussenden Faktoren (therapeutische MaÃnahmen, diagnostische MaÃnahmen oder erhÃ¶hter Betreuungs-, Pflege- und/oder Ãberwachungsaufwand) auch auf mehrere Nebendiagnosen ausgerichtet sein und dann alle betroffenen Diagnosen kodiert werden kÃ¶nnen. Vorliegend hat ein Ressourcenverbrauch im zusÃ¤tzlichen Aufwand bei der Mobilisation der Versicherten bestanden, wobei die krankengymnastische Mobilisation auch im Zusammenhang mit dem Kode G82.03 gesehen werden kann, wie sich aus der âPhysiotherapie-Anforderungâ vom 20.06.2013 ergibt, in der â unter Benennung der Diagnosen âSchlaffe Paraparese und Paraplegie: Chronische inkomplette QuerschnittlÃ¤hmung G82.03 Spinal(kanal)stenose: Lumbalbereich M48.06â â eine âallgemeine

Mobilisation mit Gangschuleâ□□ als physiotherapeutische Leistung beauftragt wurde.

Â

UnabhÃ¤ngig vom unterstellten zusÃ¤tzlichen Ressourcenverbrauch aufgrund der dokumentierten Paresen ist der Kode G82.03 aber nicht zu verschlÃ¼sseln, da dessen Voraussetzungen nicht vorliegen. Dies folgt aus den Darlegungen von Prof. Dr. Xâ□¦. in seinem Gutachten, wonach die bei diesem Kode vorausgesetzte QuerschnittlÃ¤hmung (die Ziffer 3 an der fÃ¼nften Stelle dieses Kodes erfordert ausweislich ICD-10-GM [2013] eine â□□Chronische inkomplette QuerschnittlÃ¤hmung/Inkomplette QuerschnittlÃ¤hmung o.n.A.â□□) nicht vorliegt. Prof. Dr. Xâ□¦. hat in seinem Gutachten eine RÃ¼ckenmarkverletzung als Voraussetzung einer QuerschnittlÃ¤hmung bezeichnet, wobei das RÃ¼ckenmark regelhaft am Â□bergang der Brust- zur LendenwirbelsÃ¤ule endet und die bei der Versicherten dokumentierte Spinalkanalstenose in HÃ¶he LWK 3/4 und 4/5 keine QuerschnittlÃ¤hmung hervorrufen kann.

Â

Dem ist der KlÃ¤ger zwar dadurch entgegengetreten, dass er unter Hinweis auf ein in einem anderen Verfahren eingeholtes Gutachten auch Kauda-Syndrome und Paraparesen durch Kompression der Cauda equina als QuerschnittlÃ¤hmung ansieht, wobei auf eine nicht nÃ¤her bezeichnete AWMF-Leitlinie verwiesen wird. Dass es sich dabei um eine im Jahr 2013 allgemeingÃ¼ltige Definition handelt und die von Prof. Dr. Xâ□¦. herangezogene Begriffsbestimmung deshalb als nicht haltbar anzusehen ist, ergibt sich daraus aber nicht, insbesondere da nach der schon vom SG im angefochtenen Urteil zitierten medizinischen Literatur die von Prof.Â Dr.Â Xâ□¦. zugrunde gelegte BeschrÃ¤nkung von QuerschnittlÃ¤hmungen auf den Bereich des RÃ¼ckenmarks bestÃ¤tigt wird. FÃ¼r diese Auslegung spricht zudem, dass im Hinweis zur Kategorie G82.- (Satz 3: â□□Soll die funktionale HÃ¶he einer SchÃ¤digung des RÃ¼ckenmarkes angegeben werden, ist eine zusÃ¤tzliche SchlÃ¼sselnummer aus G82.6- zu verwenden.â□□) ausschlieÃ□lich auf das RÃ¼ckenmark abgestellt wird, nicht aber auf die Cauda equina. Aus den DKR (2013) ergibt sich keine andere Bewertung, insbesondere findet sich hierin keine Definition einer QuerschnittlÃ¤hmung unter Einbeziehung der Cauda equina.

Â

Zutreffend hat bereits das SG im angefochtenen Urteil den systematischen Zusammenhang der Kategorie zur Gruppe G80-G83 im Kapitel VI dargelegt, wonach diese Gruppe â□□Zerebrale LÃ¤hmung und sonstige LÃ¤hmungssyndromeâ□□ umfasst, die â□□sonstigen LÃ¤hmungssyndromeâ□□ aber in G83.- erfasst werden und die Kodes G80-G82 demgemÃ¤Ã□ dem Gruppenoberbegriff â□□zerebrale LÃ¤hmungenâ□□ zuzuordnen sind. Eine zerebrale LÃ¤hmung steht vorliegend jedoch â□□ auch unter Einbeziehung von durch RÃ¼ckenmarkschÃ¤digungen bedingte LÃ¤hmungen â□□ nicht im Raum.

Â

Spekulativ ist Vortrag des KlÃ¤gers, wonach in dem in einem anderen Klageverfahren eingeholten Gutachten der (dort angegebene, aber nicht existente) Kode G82.08 als G82.03 zu lesen sei. Selbst wenn dem so wÃ¤re, ergÃ¤be sich keine andere Bewertung, da nach den vom KlÃ¤ger wiedergegebenen Passagen des Gutachtens dieser Kode nicht nur SchÃ¤digungen des Gehirns, sondern vor allem des RÃ¼ckenmarks betrifft, solche im hier zu entscheidenden Fall aber nicht bestanden.

Â

2.4. FÃ¼r eine Kodierung von G82.09 besteht ebenfalls keine Veranlassung. Der Hinweis zur Kategorie G82.- (Satz 2: â□□Diese Kategorie dient auch zur multiplen VerschlÃ¼sselung, um diese durch eine beliebige Ursache hervorgerufenen KrankheitszustÃ¤nde zu kennzeichnen.â□□) legt zwar nahe, dass allein KrankheitszustÃ¤nde unabhÃ¤ngig von einer Ursache kodiert werden kÃ¶nnen, dies aber nur â□□zur multiplen VerschlÃ¼sselungâ□□. Da sich dieser Begriff sonst weder in den ICD-10-GM (2013) noch in den DKR (2013) findet und multipel ein Synonym fÃ¼r â□□vielfÃ¤ltig, vielfachâ□□ (www.duden.de, Stichwort multipel) ist, kommt nach DKR (2013) eine Kodierung als ManifestationsschlÃ¼sselnummer (Sternkode) im Rahmen einer Mehrfachkodierung (D012i) in Betracht. Indes bedarf es keiner eingehenden Auseinandersetzung mit der vom KlÃ¤ger letztlich aufgeworfenen Frage, welche konkreten Kodes einer solchen â□□multiplen VerschlÃ¼sselungâ□□ zugÃ¤nglich sein kÃ¶nnten, da der Kode G82.09 durch die Ziffer 9 an fÃ¼nfter Stelle â□□Nicht nÃ¤her bezeichnetâ□□ sowie â□□Zerebrale Ursacheâ□□ vorgibt. Der ausdrÃ¼cklichen BeschrÃ¤nkung auf â□□Zerebrale Ursacheâ□□ wÃ¼rde es widersprechen, hier auch eine Kodierung von peripheren Paresen, wie z. B. aufgrund einer Kompression der Nervenwurzeln der Cauda equina, einzubeziehen. Der gerichtliche SachverstÃ¤ndige hat diesbezÃ¼glich dargelegt, dass eine Kodierung unabhÃ¤ngig von der Ursache einer RÃ¼ckenmarkslÃ¤sion (QuerschnittlÃ¤hmung) oder einer Hirnerkrankung verschlÃ¼sselt werden kann, das Erfordernis zentraler LÃ¤hmungen aber nicht entfÃ¤llt. Die Diagnose G82.- ist nur bei zentralen Paresen und nicht bei peripheren Paresen anzuwenden. Damit werden im Rahmen von G82.0- LÃ¤hmungen infolge von Gehirn- oder RÃ¼ckenmarkschÃ¤digungen (â□□KrankheitszustÃ¤ndeâ□□) erfasst, wobei die Ursache der Gehirn- und RÃ¼ckenmarkschÃ¤digung beliebig sein kann. Nicht beliebig ist aber das Erfordernis einer zentralen Ursache der KrankheitszustÃ¤nde. Wenn auch die Genese (â□□beliebige Ursacheâ□□) der zentralen Parese (â□□Krankheitszustandâ□□) kodiert werden soll, dann â□□ so bringt der Hinweis in G82.- (Satz 2) zum Ausdruck â□□ ist dies im Rahmen einer Mehrfachkodierung vorzunehmen.

Â

Der Senat verkennt nicht, dass in der vom KlÃ¤ger vorgelegten Kodierempfehlung der Sozialmedizinischen Expertengruppe (SEG) 4 (KDE-528) SchÃ¤digungen der Cauda equina als Ursache einer QuerschnittlÃ¤hmung benannt werden und

empfohlen wird, eine Parese bei Kompression von Nervenwurzeln nach G82.09 zu verschlÃ¼sseln. Dies Ã¼berzeugt indessen nicht. Soweit in dieser Kodierempfehlung die Cauda equina einer QuerschnittlÃ¤hmung zugeordnet wird, handelt es sich um einen bloÃ□en nicht nÃ¤her erlÃ¤uterten Klammerzusatz, der auch nicht den dort betrachteten Fall betraf, dem ein Bandscheibenschaden mit Kompression der Nervenwurzeln zugrunde lag. DarÃ¼ber hinaus fehlt in dieser Kodierempfehlung eine Auseinandersetzung mit der von ICD-10-GM (2013) G82.09 geforderten â□□zerebralen Ursacheâ□□, vielmehr wird allein auf den Zusatz â□□Nicht nÃ¤her bezeichnetâ□□ rekurriert. Das gleiche gilt fÃ¼r die vom KlÃ¤ger vorgelegte Kommentierung des Fachausschusses fÃ¼r ordnungsgemÃ¤Ã□e Kodierung und Abrechnung (FoKA) und die RÃ¼ckmeldung der SEG 4 vom 12.06.2017.

Â

Dass â□□ wie vom KlÃ¤ger auch unter Bezugnahme auf ICD N30.3 und N30.8 behauptet â□□ eine Auswahl zwischen â□□Nicht nÃ¤her bezeichnetâ□□ und â□□zerebrale Ursacheâ□□ bei der Kodierung von G82.09 zulÃ¤ssig ist, erschlieÃ□t sich im Kontext des ICD-10-GM (2013) G82.* nicht, da die gesamte Rubrik auf zerebrale SchÃ¤den und QuerschnittlÃ¤hmungen beschrÃ¤nkt ist, sodass fÃ¼r anderweitige Erkrankungen kein Raum bleibt. Da die QuerschnittlÃ¤hmungen bei den Subkategorien G82.0-G82.5 bereits durch die Ziffern 0 bis 3 an fÃ¼nfter Stellen erfasst werden, ergibt sich fÃ¼r G82.09 ein Anwendungsbereich nur fÃ¼r nicht nÃ¤her bezeichnete zerebrale SchÃ¤den, die eine schlaffe Paraparese oder Paraplegie verursacht haben, da andere als zerebrale SchÃ¤den von G82,- gar nicht erfasst werden, wie bereits unter 2.3 u.a. aus systematischen ErwÃ¤gungen der Gruppe G80-G83 abgeleitet wurde. Dass bei anderen Kodes alternative AufzÃ¤hlungen vorgenommen werden, ist daher fÃ¼r die vorliegende Auslegung nicht entscheidend.

Â

3. Die Kostenentscheidung beruht auf Â§ 197a Abs. 1 Satz 1 Sozialgerichtsgesetz (SGG) i.Â V.Â m. Â§ 154 Abs. 2 Verwaltungsgerichtsordnung.

Â

4. GrÃ¼nde fÃ¼r die Zulassung der Revision liegen nicht vor, Â§ 160 Abs. 2 SGG.

Â

5. Die Festsetzung des Streitwerts beruht auf Â§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG i. V. m. Â§ 47 Abs.Â 1 und 2, Â§ 43 Abs. 1, Â§ 52 Abs. 3 Gerichtskostengesetz.

Â

Erstellt am: 19.09.2023

Zuletzt verändert am: 23.12.2024