S 48 KR 781/19

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land Bundesrepublik Deutschland

Sozialgericht Bundessozialgericht Sachgebiet Krankenversicherung

Abteilung

Kategorie Urteil
Bemerkung Rechtskraft -

Deskriptoren Krankenversicherung -

Krankenhausvergütung – Kodierung eines Dekubitus (ICD-10-GM 2016 Nr L89.38) – Erfordernis einer durch Druckbelastung verursachten Gewebeschädigung – keine

analoge Anwendung der für die

Krankenhausvergütung maßgeblichen

Abrechnungsbestimmungen

Leitsätze 1. Ein Dekubitus im Sinne des Kodes

L89.38 ICD-10-GM erfordert eine durch

Druckbelastung verursachte

Gewebeschädigung.

2. Für die Krankenhausvergütung

maßgebliche Abrechnungsbestimmungen dürfen nicht analog angewendet werden. SGB V § 109 Abs 4 S 3; SGB V § 301 Abs 2

S 1; KHG § 17b Abs 1; KHEntgG § 7 Abs 1

<u>S 1 Nr 1; KHEntgG § 9 Abs 1 Nr 1;</u>

ICD-10-GM Nr L89.38 J: 2016

1. Instanz

Normenkette

Aktenzeichen S 48 KR 781/19 Datum 11.02.2021

2. Instanz

Aktenzeichen L 1 KR 29/21 Datum 22.09.2022

3. Instanz

Datum 20.03,2024

Â

Die Revision der Klägerin gegen das Urteil des Landessozialgerichts Hamburg vom 22. September 2022 wird zurýckgewiesen.

Die KlAzgerin trAzgt auch die Kosten des Revisionsverfahrens.

Der Streitwert für das Revisionsverfahren wird auf 11Â 842,68Â Euro festgesetzt.

Â

Gründe:

I

I Die Beteiligten streiten über die Vergütung einer stationären Krankenhausbehandlung.

2 Die KlÄxgerin betreibt ein zugelassenes Krankenhaus. In dessen Herz- und Diabeteszentrum wurde in der Zeit vom 8.2. bis 2.5.2016 der bei der beklagten Krankenkasse versicherte Z vollstationÃxr wegen eines ausgeprÃxgten GangrÃxns am linken Fuà bei diabetischem Fuà syndrom behandelt. Es wurde am 8.2.2016 notfallmäÃ∏ig eine VorfuÃ∏amputation durchgeführt. Wegen einer Angiopathie der verschlossenen distalen Arteria poplitea links (DurchblutungsstĶrung des Unterschenkels im Sinne einer peripheren arteriellen Verschlusskrankheit) erfolgte anschlieÃ⊓end eine Stentimplantation (perkutane transluminale Angioplastie). Die KIägerin berechnete dafür 30Â 609,43Â Euro nach Diagnosis Related Group (DRG) F59A unter Kodierung der Hauptdiagnose ICD-10GM E11.75 (Diabetes mellitus, Typ 2, mit multiplen Komplikationen, mit diabetischem FuÃ∏syndrom, als entgleist bezeichnet) und ua der erlĶsrelevanten Nebendiagnose ICD-10GM L89.38 (Dekubitus 4. Grades: sonstige Lokalisationen der unteren ExtremitÃxt). Die Beklagte beglich den Rechnungsbetrag zunÄxchst vollstÄxndig, verrechnete nach Einschaltung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) jedoch 11 842,68 Euro mit anderweitigen, für sich genommen unstreitigen Forderungen: Da kein Dekubitus vorgelegen habe, sei die Nebendiagnose ICD-10GM L89.38 nicht zu kodieren. Die daher maÄngebliche DRG F28C ergebe den verrechneten Differenzbetrag.

Das SG hat die Klage auf Zahlung dieses Differenzbetrages abgewiesen (Urteil vom 11.2.2021). Das LSG hat die Berufung zurýckgewiesen: Die Klägerin habe zwar zutreffend als Hauptdiagnose ICD-10GM E11.75 verschlýsselt, da ein kausaler Zusammenhang zwischen der pAVK und dem bekannten Diabetes mellitus bestehe. Der Dekubitus könne jedoch nur kodiert werden, wenn er tatsächlich bestehe. Das sei vorliegend nicht der Fall. Dass man den Dekubitus kodieren könne, weil dieser bei dem entstandenen Wundtyp gut passe und in der Deutschen Kodierrichtlinie (DKR) 0401h genannt sei, sei unzutreffend. Für Analogien, Ausdehnungen und Hilfskonstruktionen sei im lernenden DRG-System kein Raum

(Urteil vom 22.9.2022).

Mit ihrer Revision rýgt die Klägerin sinngemäÃ☐ die Verletzung des §Â 109 Abs 4 Satz 3 SGB V iVm §Â 17b KHG, §Â 7 Abs 1 Satz 1 und Abs 2 und §Â 9 Abs 1 KHEntgG und der FPV 2016 iVm DRG F59A. Das LSG habe zu Unrecht nicht die Nebendiagnose ICD-10GM L89.38 kodiert. Die angenommene Nebendiagnose ICD-10GM L03.11 (Phlegmone an der unteren Extremität, FuÃ☐ o.n.A. â☐¦) bilde die gegebenen Komplikationen des diabetischen FuÃ☐syndroms nicht adäquat ab. Nach der DKR 0401h sei bei einem diabetischen FuÃ☐syndrom bei zusätzlicher Infektion oder Ulcus dies nach ICD-10GM L89 zu verschlÃ⅓sseln. Ein Ulcus könne daher bei einem diabetischen FuÃ☐syndrom auch ohne externes Trauma als Dekubitus kodiert werden.

5 Die Klägerin beantragt,

die Urteile des Landessozialgerichts Hamburg vom 22. \hat{A} September \hat{A} 2022 und des Sozialgerichts Hamburg vom 11. \hat{A} Februar \hat{A} 2021 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, an sie 11 \hat{A} 842,68 \hat{A} Euro nebst f \hat{A} ¹/₄nf Prozent Zinsen seit dem 23. \hat{A} September \hat{A} 2016 zu zahlen.

6 Die Beklagte beantragt,

die Revision zurļckzuweisen.

 \parallel

Die Revision des klagenden Krankenhauses ist unbegründet (§Â 170 Abs 1 Satz 1 SGG). Zu Recht hat das LSG die Berufung der Klägerin gegen das klageabweisende SG-Urteil zurückgewiesen. Die zulässig erhobene (echte) Leistungsklage (stRspr; vgl BSG vom 16.12.2008 B 1 KN 1/07 KR R BSGE 102, 172 = SozR 42500 §Â 109 Nr 13, RdNr 9; BSG vom 16.8.2021 B 1 KR 18/20 R BSGE 133, 24 = SozR 42500 §Â 2 Nr 17, RdNr 7) ist unbegründet. Der mit der Klage geltend gemachte unstreitige Vergütungsanspruch ist durch Aufrechnung mit dem aus der Behandlung des Versicherten Z resultierenden Erstattungsanspruch erloschen (vgl zur Zugrundelegung von Vergütungsansprüchen bei unstrittiger Berechnungsweise BSG vom 26.5.2020 B 1 KR 26/18 R juris RdNr 11 mwN; stRspr; vgl zur Aufrechnung BSG vom 25.10.2016 B 1 KR 9/16 R SozR 4-5562 §Â 11 Nr 2 und B 1 KR 7/16 R SozR 47610 §Â 366 Nr 1). Der beklagten Krankenkasse stand ein Erstattungsanspruch in der geltend gemachten Höhe zu.

8 1. Die Klägerin hatte nur Anspruch auf die niedrigere Vergütung nach DRG F28C, nicht auf die abgerechnete und von der Beklagten gezahlte höhere Vergütung nach DRG F59A. Die Klägerin hätte neben der zutreffend kodierten Hauptdiagnose ICD-10GM E11.75 nicht auch ICD-10GM L89.38 als Nebendiagnose kodieren dürfen, die die Ansteuerung der DRG F59A bewirkte. Davon ist das LSG zu Recht ausgegangen.

a) Rechtsgrundlage des von der Klägerin wegen der stationären Behandlung des Versicherten Z geltend gemachten Vergþtungsanspruchs ist Á§Â 109 Abs 4 Satz 3 SGB V iVm Á§Â 17b KHG und Á§Â 7 KHEntgG, der hier durch Á§Â 9 Abs 1 KHEntgG iVm FPV 2016 konkretisiert wird (vgl BSG vom 19.6.2018 Â B 1 KR 39/17 R SozR 45562 Á§Â 9 Nr 10 RdNr 10 mwN). Die Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse entsteht unabhängig von einer Kostenzusage unmittelbar mit Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten kraft Gesetzes, wenn die Versorgung abgesehen von einem Notfall in einem zugelassenen Krankenhaus durchgeführt wird und iS von Á§Â 39 Abs 1 Satz 2 SGB V erforderlich und wirtschaftlich ist (stRspr; vgl BSG vom 19.3.2020 B 1 KR 20/19 R BSGE 130, 73 = SozR 42500 §Â 12 Nr 18, RdNr 11 mwN). Diese Grundvoraussetzungen waren nach dem Gesamtzusammenhang der unangegriffenen, den Senat bindenden Feststellungen des LSG (§Â 163 SGG) vorliegend erfüllt.

10 Welche DRG-Position abzurechnen ist, ergibt sich rechtsverbindlich aus der Eingabe und Verarbeitung von Daten in einem automatischen Datenverarbeitungssystem, das auf einem zertifizierten Programm (Grouper) basiert (vgl §Â 1 Abs 6 Satz 1 FPV 2016; vgl für die stRspr zum rechtlichen Rahmen der Klassifikationssysteme und des Groupierungsvorgangs BSG vom 19.6.2018 Å BÅ 1Å KR 39/17Å RÅ SozR 45562 §Â 9 Nr 10 RdNr 13 und 17 mwN). Dieser Grouper greift auf Daten zurück, die entweder als integrale Bestandteile des Programms mitvereinbart sind oder an anderer Stelle vereinbarte Regelungen wiedergeben. Zu Letzteren gehĶren die Fallpauschalen selbst, die von den Vertragspartnern auf Bundesebene getroffene Vereinbarung zu den DKR (hier Version 2016) für das GDRG-System? gemäÃ∏ <u>§Â 17b KHG</u>, aber auch die vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) jetzt Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit jĤhrlich herausgegebenen Klassifikationen des Operationen- und ProzedurenschlA¼ssels (OPS) und der ICD-10GM, der deutschen Fassung der internationalen Klassifikation der Krankheiten (vgl BSG vom 22.6.2022 Å BÅ 1 KR 31/21 R BSGE 134, 193 = SozR 45560 §Â 19 Nr 1, RdNr 11). Zu den Abrechnungsbestimmungen gehĶren insbesondere auch die DKR. Dabei kommt auch den in den DKR enthaltenen ErlĤuterungen zu den einzelnen Kodierrichtlinien normative Wirkung zu, soweit sie ergĤnzende Regelungen enthalten (vgl BSG vom 21.4.2015 B 1 KR 9/15 R BSGE 118, 225 = SozR 42500 §Â 109 Nr 45, RdNr 15; BSG vom 5.7.2016 <u>B 1 KR 40/15 R</u> SozR 42500 §Â 109 Nr 58 RdNr 14; vgl zum Ganzen auch BSG vom 12.12.2023 Â BÂ 1 KR 1/23Â RÂ juris RdNr 16).

11 b)Â Die zentrale Voraussetzung der kodierten Nebendiagnose ICD-10GM L89.38 ist nicht erfüllt. Die Diagnose ist wie folgt definiert: Dekubitus 4. Grades: sonstige Lokalisationen der unteren Extremität. Ein Dekubitus iS von ICD-10GM L89.38 erfordert eine Gewebeschädigung, die durch eine Druckbelastung verursacht wurde. Dies folgt aus der Auslegung des ICD-Kodes.

12 aa) Abrechnungsbestimmungen sind wegen ihrer Funktion im Gefüge der Ermittlung des Vergütungstatbestandes innerhalb eines vorgegebenen Vergütungssystems eng am Wortlaut orientiert und allenfalls unterstützt durch systematische ErwĤgungen auszulegen; Bewertungen und Bewertungsrelationen bleiben au̸er Betracht (vgl BSG vom 8.11.2011 Â BÂ 1Â KR 8/11Â RÂ BSGE 109, 236 = SozR 45560 §Â 17b Nr 2, RdNr 27; BSG vom 16.7.2020 Â BÂ 1Â KR 16/19 R SozR 45562 §Â 9 Nr 16 RdNr 17, jeweils mwN). Sie dürfen nicht analog angewandt werden (vgl BSG vom 11.9.2019 Å <u>BÅ 6Å KA 22/18Å R</u>Å SozR 45531 Nr 01210 Nr 1 RdNr 13 mwN; BSG vom 25.11.2020Â Â BÂ 6Â KA 14/19 R SozR 42500 §Â 106a Nr 27 RdNr 18 und BSG vom 15.7.2020 B 6 KA 15/19 R SozR 45531 Nr 31822 Nr 1 RdNr 21, jeweils zu vertragsÃxrztlichen Vergütungsbestimmungen; Wahl in Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, §Â 109 RdNr 195, Stand 13.7.2023 mwN). Eine Vergütungsregelung, die für die routinemäÃ∏ige Abwicklung von zahlreichen BehandlungsfĤllen vorgesehen ist, kann ihren Zweck nur erfļllen, wenn sie allgemein streng nach ihrem Wortlaut sowie den dazu vereinbarten Anwendungsregeln gehandhabt wird und keinen Spielraum fýr weitere Bewertungen sowie AbwĤgungen belĤsst (stRspr; vgl BSG vom 24.9.2003 <u>B 8 KN 3/02 KR R</u> <u>SozR 45565 §Â 14 Nr 5</u> RdNr 21; BSG vom 8.11.2011 <u>B 1 KR 8/11 R</u> <u>BSGE 109, 236</u> = SozR 45560 §Â 17b Nr 2, RdNr 27; BSG vom 20.1.2021 <u>B 1 KR 31/20 R</u> SozR 42500 §Â 109 Nr 84 RdNr 21; BSG vom 16.8.2021 <u>B 1 KR 11/21 R</u> SozR 45562 §Â 9 Nr 21 RdNr 16 zur Nichtberücksichtigung entstehungsgeschichtlicher Umstände; Wahl in Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, §Â 109 RdNr 195 mwN, Stand 13.7.2023). Da das DRG-basierte Vergütungssystem vom Gesetzgeber als jährlich weiterzuentwickelndes (<u>§Â 17b Abs 2 Satz 1 KHG</u>) und damit â∏∏lernendesâ∏∏ System angelegt ist, sind bei zutage tretenden Unrichtigkeiten oder Fehlsteuerungen in erster Linie die Vertragsparteien berufen, diese mit Wirkung für die Zukunft zu beseitigen (vgl BSG vom 8.11.2011 Â <u>BÂ 1Â KR</u> 8/11 R BSGE 109, 236 = SozR 4-5560 §Â 17b Nr 2, RdNr 27 mwN; s zum Ganzen auch BSG vom 13.11.2012 B 1 KR 14/12 R SozR 42500 §Â 301 Nr 1 RdNr 12Â ff mwN).

13 bb)Â ICD-10GM L89.38 wird nach dem Wortlaut des Systematischen Verzeichnisses des ICD-10GM (Version 2016) definiert als â\[\text{\textsuperposition}\text{\textsuperposi

Entstehung durch â∏Druckâ∏∏.

- 14
 Die binnensystematische Einordnung bestätigt dieses Ergebnis. Ebenso wie ICD-10GM L89.38 kodieren die weiteren Kodes nach ICD-10GM L89 eine Druckbelastung. L89 enthält die Ã□berschrift â□□Dekubitalgeschwür und Druckzoneâ□□. Beide Varianten erfordern ausdrücklich das Vorhandensein einer Druckverletzung. Der konkrete Wortlaut der weiteren Kodes L89.0 (â□□Druckzoneâ□□) und L89.1, L89.2, L89.3 und L89.9 (jeweils â□□Dekubitus [Druckgeschwþr]â□□) bestätigen dieses Ergebnis.
- 15 cc) Keine abweichende Beurteilung folgt aus DKR 0401h. Vielmehr best à x tigt sie das Auslegungsergebnis.
- 16 Sie bestimmt beim diabetischen Fu̸syndrom: â∏∏Alle vorliegenden Manifestationen und Komplikationen sind zu kodieren, wenn sie der Definition einer Nebendiagnose entsprechen. Die folgende Liste gibt eine Auswahl von Diagnosen wieder, die zum klinischen Bild des â∏diabetischen FuÃ∏syndromsâ∏∏ gehören könnenâ□□. Sie enthält unter der Ã□berschrift â□□1. Infektion und/oder Ulcusâ□□ ua eine Phlegmone und einen Dekubitus unterschiedlichen Grades. Die ̸berschrift â∏∏Infektion und/oder Ulcusâ∏∏ entbindet jedoch nicht davon, dass die Voraussetzungen der im Anschluss aufgefļhrten Kodes tatsĤchlich vorliegen mýssen (vgl zum Klammerverweis bei Exklusiva BSG vom 12.12.2023 Â <u>BÂ 1Â KR</u> <u>1/23 R</u> juris RdNr 20). Zum einen â∏könnenâ∏ diese Kodes lediglich vorliegen. Zum anderen verzichtet die DKR nicht auf das Vorliegen der Voraussetzungen der jeweiligen Diagnosen nach ICD-10GM. Dies IĤsst sich hier konkret für den Dekubitus aus dem â∏Hinweisâ∏ zum diabetischen Fu̸syndrom in DKR 0401h unter â∏∏1. Infektion und/oder Ulcusâ∏ ableiten. Dort wird auf die notwendige Druckbelastung gerade nicht verzichtet. Denn die Regelung gibt zwingend vor: â∏Die folgenden Viersteller zu L89.â∏ Dekubitalgeschwür und Druckzone verschlüsseln an 5. Stelle die Lokalisation der Druckstellenâ∏. Aufgeführt ist dort auch L89.3-.
- 17 c) MaÃ∏geblich für die Kodierung ist das Systematische Verzeichnis des ICD-10GM, das hier wie unter a) aufgezeigt bereits ein Auslegungsergebnis ermöglicht. Lediglich ergänzt wird es durch das Alphabetische Verzeichnis (vgl BSG vom 9.4.2019 <u>B 1 KR 27/18 R</u> SozR 45562 §Â 9 Nr 12 RdNr 15 ff), das hier keine Veranlassung gibt, das gefundene Auslegungsergebnis anzuzweifeln. Das Alphabetische Verzeichnis beschreibt unter ICD-10GM L89.3 unterschiedliche Lokalitäten eines Dekubitus 4. Grades (zB Beckenkamm, Dornfortsatz, obere Extremität), ohne eine abweichende Definition zu beinhalten.
- 18 d) Das vorliegende normativ-determinierte Begriffsverständnis macht eine weitere Erörterung der Begriffsbestimmung des Dekubitus nach einem

(einheitlichen) wissenschaftlich-medizinischen Sprachgebrauch oder einem allgemeinsprachlichen Begriffskern entbehrlich, da die unterschiedlichen Begriffsbestimmungen in einem StufenverhÄxltnis zueinander stehen. In einem ersten Schritt ist zu prüfen, ob ein normativ-determiniertes Begriffsverständnis besteht. Dieses kann ausdrücklich in den Kodiervorschriften festgelegt sein oder diese kA¶nnen implizit ein an anderer Stelle normativ determiniertes BegriffsverstĤndnis in Bezug nehmen. Der Grundsatz, dass medizinische Begriffe im Sinne ihres medizinisch-wissenschaftlichen Sprachgebrauchs zu verstehen sind, ist in einem zweiten Schritt nur mangels normativer definitorischer Vorgaben zu eruieren. Ergeben sich weder aus dem determinierten BegriffsverstĤndnis noch anhand eines faktisch bestehenden, einheitlichen wissenschaftlich-medizinischen Sprachgebrauchs eindeutige Erkenntnisse, ist in einem dritten Schritt der allgemeine Begriffskern maÄ\|\text{geblich (vgl zum Stufenverh\tilde{A}\timesltnis BSG vom 20.1.2021 <u>B 1 KR 31/20 R</u> SozR 42500 §Â 109 Nr 84 RdNr 25, 24). Das schon durch ICD-10GM L89 iVm der DKR 0401h normativ-determinierte BegriffsverstĤndnis, wonach die Kodierung eines Dekubitus eine Verursachung durch Druck erfordert, schlie̸t eine weitere Prüfung im Sinne des zweiten oder dritten Schritts aus.

e) Nach den bindenden Feststellungen des LSG (§Â 163 SGG) lag beim Versicherten kein durch Druck verursachtes Geschwür vor. Dies stellt auch die Klägerin nicht in Abrede. Sie begehrt vielmehr aufgrund der DKR 0401h die Kodierung eines Dekubitus bei einem Ulcus infolge diabetischen FuÃ□syndroms auch ohne externes Trauma. Dies liefe auf eine unzulässige analoge Anwendung hinaus.

2. Dem Erstattungsanspruch stehen auch keine Einreden oder Einwendungen entgegen (vgl BSG vom 20.1.2021 <u>B 1 KR 31/20 R</u> SozR 42500 §Â 109 Nr 84 RdNr 28 ff). Die ordnungsgemäÃ∏ erklärte Aufrechnung war nicht ausgeschlossen (§Â 9 PrüfVV 2014, der im Jahr 2016 für Auffälligkeitsprüfungen und Prüfungen der sachlich-rechnerischen Richtigkeit Anwendung findet, vgl BSG vom 10.11.2021 <u>B 1 KR 36/20 R</u> <u>BSGE 133, 126</u> = SozR 42500 §Â 275 Nr 36, RdNr 11 ff).

21
3. Die Kostenentscheidung folgt aus <u>§Â 197a Abs 1 Satz 1 Teilsatz 3 SGG</u> iVm <u>§Â 154 Abs 2 VwGO</u>. Die Festsetzung des Streitwerts beruht auf <u>§Â 197a Abs 1 Satz 1 Teilsatz 1 SGG</u> iVm <u>§Â 63 Abs 2</u>, <u>§Â 52 Abs 1</u> und 3 sowie <u>§Â 47 Abs 1 GKG</u>.

Â

Erstellt am: 26.06.2024

7	2 222 4		
Zuletzt verändert am: 21.1	.2.2024		