

BUNDESSOZIALGERICHT



Im Namen des Volkes

Verkündet am
23. Juni 2015

Urteil

in dem Rechtsstreit

Az: B 1 KR 13/14 R

L 1 KR 292/11 (LSG Niedersachsen-Bremen)
S 67 KR 504/10 (SG Hannover)

.....,

Klägerin und Revisionsbeklagte,

Prozessbevollmächtigter:

.....,

g e g e n

AOK - Die Gesundheitskasse für Niedersachsen,
Hildesheimer Straße 273, 30519 Hannover,

Beklagte und Revisionsklägerin.

Der 1. Senat des Bundessozialgerichts hat auf die mündliche Verhandlung vom 23. Juni 2015 durch den Präsidenten M a s u c h , die Richter C o s e r i u und Dr. E s t e l m a n n sowie die ehrenamtliche Richterin B e r n d t und den ehrenamtlichen Richter Dr. B a t z für Recht erkannt:

Auf die Revision der Beklagten werden die Urteile des Landessozialgerichts Niedersachsen-Bremen vom 16. Dezember 2013 und des Sozialgerichts Hannover vom 3. Mai 2011 geändert. Die Klage auf Zahlung von 100 Euro Aufwandspauschale nebst Zinsen wird abgewiesen. Im Übrigen wird das Urteil des Landessozialgerichts Niedersachsen-Bremen vom 16. Dezember 2013 aufgehoben und der Rechtsstreit zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das Landessozialgericht zurückverwiesen.

Der Streitwert für das Revisionsverfahren wird auf 1027,28 Euro festgesetzt.

G r ü n d e :

I

- 1 Die Beteiligten streiten über Krankenhausvergütung.

- 2 Das für die Behandlung Versicherter zugelassene Krankenhaus der Klägerin behandelte die bei der beklagten Krankenkasse (KK) versicherte E. K. (im Folgenden: Versicherte) vom 23. bis 29.8.2008 vollstationär wegen Diarrhöen seit dem Vortag, zunehmender Verwirrtheit und einer reduzierten Diurese. Laborchemisch bestanden bei Aufnahme stark erhöhte Infektparameter, deutlich erhöhte Retentionsparameter, eine manifeste Hypothyreose und eine Hyperkaliämie. Die Infektparameter sanken unter antibiotischer Therapie ab. Die Retentionsparameter und die Diuresesituation besserten sich unter Volumentherapie und Absetzen des ACE-Hemmers sowie der Diuretika aus der Vormedikation. Die Sigmoidoskopie sicherte den Befund einer ulzerösen Rektosigmoiditis. Die Klägerin kodierte neben der Hauptdiagnose ICD-10-GM K51.3 (*Ulzeröse <chronische> Rektosigmoiditis*) ua die Nebendiagnose N18.82 (*Chronische Niereninsuffizienz, Stadium II*) und berechnete die Fallpauschale - Diagnosis Related Groups - (DRG <2008>) G64A (*Entzündliche Darmerkrankung oder andere schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane, mit äußerst schweren CC; 4041,33 Euro; 5.2.2009*). Die Beklagte bezahlte dies unter Vorbehalt und beauftragte den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) mit der Überprüfung der Kodierung. Sie forderte - vergeblich - eine Überzahlung zurück, da der MDK nur die DRG G48B für zutreffend hielt (*Koloskopie mit äußerst schweren oder schweren CC, komplizierendem Eingriff oder Alter < 15 Jahre, mit komplizierender Diagnose, ohne schwere Darminfektion, ohne komplizierende Prozeduren, außer bei Zustand nach Organtransplantation; zu ergänzende Nebendiagnosen: Volumenmangel (E86), Harnwegsinfektion (N39.0) und Hypothyreose (E03.9); 5.8.2009 und 15.2.2010*). Die von der Klägerin angegebene Nebendiagnose N18.82 sei nicht zu kodieren. Die erhöhten Nierenretentionswerte seien im Wesentlichen auf die auch behandelte massive Exsikkose zurückzuführen. Eine spezifische Diagnostik und/oder Therapie im Hinblick auf die Nierenfunktionsstörung sei nicht erfolgt und eine Stadieneinteilung der Niereninsuffizienz unter diesen Bedingungen nicht möglich. Die Beklagte rechnete mit einem Erstattungsanspruch iHv 927,28 Euro gegen eine andere unstrittige Forderung der Klägerin auf. Das SG hat die Beklagte verurteilt, der Klägerin 927,28 Euro und weitere 100 Euro nebst Zinsen zu zahlen (*Urteil vom 3.5.2011*). Das LSG hat die Berufung der Beklagten zurückgewiesen: Die Nebendiagnose N17.9 (*Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet*) sei zu kodieren, die ebenfalls zur DRG G64A führe. Eine therapeutische Maßnahme - hier: die Volumensubstitution - könne mehrere Ziele verfolgen - hier: Behandlung der Exsikkose und des Nierenversagens - und rechtfertige dann auch die Kodierung betroffener Nebendiagnosen. Die nachträgliche Änderung der Nebendiagnose, die nicht zu einer Änderung der ursprünglich in Rechnung gestellten DRG führe, sei zulässig (*Urteil vom 16.12.2013*).

- 3 Die Beklagte rügt mit ihrer Revision die Verletzung von § 109 Abs 4 S 3 SGB V iVm § 1 Abs 1, § 7 Abs 1 S 1 Nr 1, § 9 Abs 1 S 1 Nr 1, § 11 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG), § 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG), sinngemäß von Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) 2008 D003d Nebendiagnosen, § 69 Abs 1 S 1 und S 3 SGB V iVm § 242 BGB, Art 20 Abs 3 GG sowie von § 136 Abs 1 Nr 6, § 202 SGG iVm § 547 Nr 6 ZPO. Dem Urteil des LSG fehlten hinreichende Entscheidungsgründe. Das LSG habe zudem rechtswidrig eine erst ab dem Jahr 2010 geltende Vergütungsregelung angewandt. Die Zulässigkeit von Rechnungskorrekturen richte sich ausschließlich nach dem Landesvertrag und sei dort nicht vorgesehen. Sie verstoße hier jedenfalls gegen die Verpflichtung zur gegenseitigen Rücksichtnahme; das Beschleunigungsgebot werde ausgehebelt.
- 4 Die Beklagte beantragt,
die Urteile des Landessozialgerichts Niedersachsen-Bremen vom 16. Dezember 2013 und des Sozialgerichts Hannover vom 3. Mai 2011 aufzuheben und die Klage abzuweisen,
hilfsweise,
das Urteil des Landessozialgerichts Niedersachsen-Bremen vom 16. Dezember 2013 aufzuheben und den Rechtsstreit zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das Landessozialgericht zurückzuverweisen.
- 5 Die Klägerin beantragt,
die Revision zurückzuweisen.
- 6 Sie hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend.

II

- 7 Die zulässige Revision der beklagten KK ist teilweise iS der Aufhebung und Zurückverweisung an das LSG zur erneuten Verhandlung und Entscheidung begründet (§ 170 Abs 2 S 2 SGG), soweit die Beklagte zur Zahlung von 927,28 Euro nebst Zinsen verurteilt worden ist. Der klagenden Krankenhausträgerin steht der im Gleichordnungsverhältnis zulässigerweise mit der (echten) Leistungsklage (*stRspr, vgl zB BSGE 102, 172 = SozR 4-2500 § 109 Nr 13, RdNr 9 mwN; BSGE 104, 15 = SozR 4-2500 § 109 Nr 17, RdNr 12*) verfolgte Vergütungsanspruch aus der Behandlung anderer Versicherter zu (*dazu 1.*). Ob die Beklagte diesen Vergütungsanspruch iHv 927,28 Euro dadurch erfüllte, dass sie mit einem aus der Behandlung der Versicherten resultierenden Erstattungsanspruch wirksam aufrechnete, kann der erkennende Senat wegen fehlender Feststellungen des LSG aber nicht entscheiden (*dazu 2.*). Soweit das SG die Beklagte zudem zur Zahlung von 100 Euro nebst Zinsen verurteilt und das LSG die hiergegen eingelegte Berufung zurückgewiesen hat, ist die Revision begründet. Zu Unrecht hat das LSG die Berufung der Beklagten insoweit zurückgewiesen. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf eine Aufwands-

pauschale nebst Zinsen. Insoweit sind die Urteile des LSG und des SG zu ändern und ist die Klage abzuweisen (§ 170 Abs 2 S 1 SGG, dazu 3.). Entgegen der Auffassung der Beklagten fehlen dem LSG-Urteil nicht die Entscheidungsgründe (dazu 4.).

- 8 1. Es ist zwischen den Beteiligten zu Recht nicht streitig, dass die Klägerin aufgrund stationärer Behandlungen anderer Versicherter der Beklagten zunächst Anspruch auf die abgerechnete Vergütung weiterer 927,28 Euro hatte; eine nähere Prüfung des erkennenden Senats erübrigt sich insoweit (vgl zur Zulässigkeit dieses Vorgehens zB BSG SozR 4-2500 § 129 Nr 7 RdNr 10; BSG SozR 4-2500 § 130 Nr 2 RdNr 15; BSG SozR 4-5562 § 9 Nr 4 RdNr 8).
- 9 2. Der Senat kann wegen fehlender Feststellungen des LSG nicht in der Sache selbst abschließend über den Erfolg der Berufung gegen das stattgebende SG-Urteil entscheiden, soweit die Beklagte zur Zahlung von 927,28 Euro verurteilt worden ist. Es steht nicht fest, dass die Voraussetzungen des Gegenanspruchs aus öffentlich-rechtlicher Erstattung erfüllt waren, mit dem die Beklagte analog § 387 BGB gegen die Restvergütungsforderung der Klägerin in dieser Höhe aufrechnete. Die Beklagte erfüllte den der Klägerin zustehenden restlichen Vergütungsanspruch nur dann durch eine im Übrigen wirksame Aufrechnung (dazu a), wenn ihr ein Erstattungsanspruch in dieser Höhe zustand. So lag es, wenn die Behandlung der Versicherten mit der DRG G48B statt der DRG G64A zu vergüten war. Die DRG G48B fiel an, wenn neben der Hauptdiagnose ICD-10-GM K51.3 (*Ulzeröse <chronische> Rektosigmoiditis*) die Nebendiagnosen Volumenmangel (E86), Harnwegsinfektion (N39.0) und Hypothyreose (E03.9) zu kodieren waren, nicht aber die Nebendiagnose N17.9, die zur DRG G64A führt (dazu b). Es steht nicht fest, dass die tatsächlichen Voraussetzungen hierfür erfüllt waren (dazu c). Das Urteil des LSG erweist sich auch nicht aus anderen Gründen als rechtmäßig (dazu d).
- 10 a) Wenn der Beklagten ein Erstattungsanspruch iHv 927,28 Euro zustand, war ihre analog § 387 BGB gegenüber der Klägerin erklärte Aufrechnung wirksam. 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 gebührende Leistung fordern und die ihm obliegende Leistung bewirken kann (§ 387 BGB). Die Beklagte konnte mit einer Gegenforderung aus öffentlich-rechtlicher Erstattung gegen die Hauptforderung aufrechnen, wenn der Erstattungsanspruch bestand (vgl dazu allgemein BSGE 109, 236 = SozR 4-5560 § 17b Nr 2, RdNr 9 ff mwN; zur Aufrechnung BSG SozR 4-2500 § 264 Nr 3 RdNr 15). Der Vergütungsanspruch der Klägerin und der von der Beklagten geltend gemachte öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch erfüllten die Voraussetzungen der Gegenseitigkeit und der Gleichartigkeit. Der öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch der Beklagten war auch - seine Existenz unterstellt - fällig und der Vergütungsanspruch der Klägerin erfüllbar.
- 11 b) Die Klägerin hatte lediglich Anspruch auf Krankenhausvergütung für die Behandlung der Versicherten nach der DRG G48B, wenn neben der Hauptdiagnose (K51.3) die Nebendiagnosen Volumenmangel (E86), Harnwegsinfektion (N39.0) und Hypothyreose (E03.9) zu kodieren

waren, nicht aber die Nebendiagnose N17.9, die zur DRG G64A führt. Die Klägerin erfüllte mit der Behandlung der Versicherten die Grundvoraussetzungen eines Anspruchs auf Krankenhausvergütung (*dazu aa*). Die von ihr geltend gemachte Krankenhausvergütung bemisst sich nach vertraglichen Fallpauschalen auf gesetzlicher Grundlage (*dazu bb*). Nebendiagnosen sind neben einer Hauptdiagnose für die Zuordnung zu einer DRG nur dann bedeutsam, soweit ihnen die Vertragsbeteiligten zur angemessenen Bewertung von Versorgungsbesonderheiten Abrechnungsrelevanz beigemessen haben (*dazu cc*).

- 12 aa) Wie zwischen den Beteiligten außer Streit steht, erfüllte die Klägerin die Grundvoraussetzungen eines Anspruchs auf Krankenhausvergütung, indem sie die Versicherte vom 23. bis 29.8.2008 stationär behandelte. Die Zahlungsverpflichtung einer KK entsteht - unabhängig von einer Kostenzusage - unmittelbar mit Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten kraft Gesetzes, wenn die Versorgung - wie hier - in einem zugelassenen Krankenhaus durchgeführt wird und iS von § 39 Abs 1 S 2 SGB V erforderlich ist (*stRspr, vgl zB BSGE 102, 172 = SozR 4-2500 § 109 Nr 13, RdNr 11; BSGE 104, 15 = SozR 4-2500 § 109 Nr 17, RdNr 15, alle mwN*).
- 13 bb) Die Vergütung für Krankenhausbehandlung der Versicherten bemisst sich bei DRG-Krankenhäusern wie jenem der Klägerin nach vertraglichen Fallpauschalen auf gesetzlicher Grundlage. Die Fallpauschalenvergütung für Krankenhausbehandlung Versicherter in zugelassenen Einrichtungen ergibt sich aus § 109 Abs 4 S 3 SGB V (*idF durch Art 1 Nr 3 Fallpauschalengesetz vom 23.4.2002, BGBl I 1412*) iVm § 7 KHEntgG (*idF durch Art 2 Nr 5 Zweites Fallpauschalenänderungsgesetz <2. FPÄndG> vom 15.12.2004, BGBl I 3429*) und § 17b KHG (*idF durch Art 18 Nr 4 GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz <GKV-WSG> vom 26.3.2007, BGBl I 378; vgl entsprechend BSGE 109, 236 = SozR 4-5560 § 17b Nr 2, RdNr 15 f; BSG SozR 4-2500 § 109 Nr 14 RdNr 15*). Der Anspruch wird auf Bundesebene durch Normsetzungsverträge (Normenverträge, Fallpauschalenvereinbarungen) konkretisiert. Der Spitzenverband Bund der KKn und der Verband der privaten Krankenversicherung gemeinsam vereinbaren nach § 9 Abs 1 S 1 Nr 1 KHEntgG (*idF durch Art 19 Nr 3 GKV-WSG*) mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft als "Vertragsparteien auf Bundesebene" mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG (*idF durch Art 2 Nr 8 2. FPÄndG*) einen Fallpauschalen-Katalog einschließlich der Bewertungsrelationen sowie Regelungen zur Grenzverweildauer und der in Abhängigkeit von diesen zusätzlich zu zahlenden Entgelte oder vorzunehmenden Abschläge. Ferner vereinbaren sie insoweit Abrechnungsbestimmungen in den Fallpauschalenvereinbarungen (FPV) auf der Grundlage des § 9 Abs 1 S 1 Nr 3 KHEntgG (*idF durch Art 19 Nr 3 GKV-WSG*).
- 14 Welche DRG-Position abzurechnen ist, ergibt sich rechtsverbindlich aus der Eingabe und Verarbeitung von Daten in einem automatischen Datenverarbeitungssystem, das auf einem zertifizierten Programm basiert (*vgl § 1 Abs 6 S 1 FPV 2008; zur rechtlichen Einordnung des Gruppierungsvorgangs vgl BSGE 109, 236 = SozR 4-5560 § 17b Nr 2, RdNr 19 ff*). Das den Algorithmus enthaltende und ausführende Programm greift dabei auch auf Dateien zurück, die entweder als

integrale Bestandteile des Programms mit vereinbart sind (zB die Zuordnung von ICD-10-Diagnosen und Prozeduren zu bestimmten Untergruppen im zu durchlaufenden Entscheidungsbaum) oder an anderer Stelle vereinbarte Regelungen wiedergeben. Zu letzteren gehören die Fallpauschalen selbst, aber auch die Internationale Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) in der jeweiligen vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) herausgegebenen deutschen Fassung (*hier in der Version 2008 idF der Bekanntmachung des BMG gemäß §§ 295 und 301 SGB V zur Anwendung des Diagnoseschlüssels vom 25.10.2007, BAnz Nr 207 vom 7.11.2007, S 7937, in Kraft getreten am 1.1.2008 <ICD-10-GM 2008>*), die Klassifikation des vom DIMDI im Auftrag des BMG herausgegebenen Operationen- und Prozedurenschlüssels (*hier in der Version 2008 idF der Bekanntmachung des BMG gemäß §§ 295 und 301 SGB V zur Anwendung des Operationen- und Prozedurenschlüssels vom 25.10.2007, BAnz Nr 207 vom 7.11.2007, S 7937, in Kraft getreten am 1.1.2008 <OPS 2008>*; zur Grundlage der Rechtsbindung vgl BSGE 109, 236 = SozR 4-5560 § 17b Nr 2, RdNr 24) sowie die von den Vertragspartnern auf Bundesebene getroffene Vereinbarung zu den DKR für das Jahr 2008 (*Vereinbarung zu den DKR Version 2008 für das G-DRG-System gemäß § 17b KHG; zu deren normativer Wirkung vgl BSGE 109, 236 = SozR 4-5560 § 17b Nr 2, RdNr 18*).

- 15 Die Anwendung der DKR und der FPV-Abrechnungsbestimmungen einschließlich des ICD-10-GM und des OPS erfolgt eng am Wortlaut orientiert und unterstützt durch systematische Erwägungen; Bewertungen und Bewertungsrelationen bleiben außer Betracht (*vgl allgemein bereits BSG SozR 4-2500 § 109 Nr 19 RdNr 17 mwN; BSG SozR 4-5562 § 9 Nr 3 RdNr 17; BSGE 109, 236 = SozR 4-5560 § 17b Nr 2, RdNr 27; BSG SozR 4-2500 § 301 Nr 1 RdNr 14; BSG Urteil vom 1.7.2014 - B 1 KR 29/13 R - SozR 4-2500 § 301 Nr 4 RdNr 12*). Nur dann kann eine Vergütungsregelung, die für die routinemäßige Abwicklung von zahlreichen Behandlungsfällen vorgesehen ist, ihren Zweck erfüllen. Da das DRG-basierte Vergütungssystem vom Gesetzgeber als jährlich weiter zu entwickelndes (§ 17b Abs 2 S 1 KHG) und damit "lernendes" 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 zum Ganzen BSGE 107, 140 = SozR 4-2500 § 109 Nr 21, RdNr 18 mwN; BSG SozR 4-2500 § 109 Nr 11 RdNr 18; BSG SozR 4-2500 § 109 Nr 19 RdNr 18 mwN; BSGE 109, 236 = SozR 4-5560 § 17b Nr 2, RdNr 27; zur Bundespflegesatzverordnung: BSG SozR 4-5565 § 14 Nr 10 RdNr 14; BSG SozR 3-5565 § 14 Nr 2 S 15; BSG SozR 3-5565 § 15 Nr 1 S 6*). Rechtsähnlich verfahren der erkennende 1. und der 6. Senat des BSG bei der Auslegung vertragsärztlicher Vergütungsregelungen (*vgl BSG SozR 4-2500 § 28 Nr 4 RdNr 13; BSG SozR 4-2500 § 106a Nr 4 RdNr 12; BSG SozR 4-2500 § 75 Nr 10 RdNr 13*).

- 16 cc) Zu Recht streiten die Beteiligten nicht darüber, dass die Klägerin die DRG G64A statt der DRG G48B abrechnen durfte, wenn sie zulässig neben der zutreffenden Hauptdiagnose (K51.3) die Nebendiagnose N17.9 kodieren durfte. Das zeigt auch die Überprüfung anhand von Eingaben in den Grouper.

- 17 Die Kodierrichtlinien bestimmen, ob und welche Nebendiagnosen für die Abrechnung zusätzlich zur Hauptdiagnose zu kodieren sind (*vgl auch BSGE 109, 236 = SozR 4-5560 § 17b Nr 2, RdNr 45 mwN*). Das ist nach den DKR (2008) dann der Fall, wenn die fragliche Diagnose überhaupt als Nebendiagnose zu kodieren ist und sich zudem auf das Versorgungsgeschehen tatsächlich im Sinne eines zusätzlichen Aufwands ausgewirkt hat. In diesem Sinne definieren die DKR (2008) in Abschnitt D002f die Hauptdiagnose und unter D003d die Nebendiagnose. Nach dem Wortlaut dieser Bestimmungen wird die Hauptdiagnose "definiert als: Die Diagnose, die nach Analyse als diejenige festgestellt wurde, die hauptsächlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthaltes des Patienten verantwortlich ist. Der Begriff 'nach Analyse' bezeichnet die Evaluation der Befunde am Ende des stationären Aufenthaltes, um diejenige Krankheit festzustellen, die hauptsächlich verantwortlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthaltes war. Die dabei evaluierten Befunde können Informationen enthalten, die aus der medizinischen und pflegerischen Anamnese, einer psychiatrischen Untersuchung, Konsultationen von Spezialisten, einer körperlichen Untersuchung, diagnostischen Tests oder Prozeduren, chirurgischen Eingriffen und pathologischen oder radiologischen Untersuchungen gewonnen wurden. Für die Abrechnung relevante Befunde, die nach der Entlassung eingehen, sind für die Kodierung heranzuziehen. Die nach Analyse festgestellte Hauptdiagnose muss nicht der Aufnahmediagnose oder Einweisungsdiagnose entsprechen. (...) Zuweisung der zugrunde liegenden Krankheit als Hauptdiagnose: Wenn sich ein Patient mit einem Symptom vorstellt und die zugrunde liegende Krankheit zum Zeitpunkt der Aufnahme bekannt ist und behandelt wird bzw. während des Krankenhausaufenthaltes diagnostiziert wird, so ist die zugrunde liegende Krankheit als Hauptdiagnose zu kodieren. Zur Kodierung von Symptomen als Nebendiagnose siehe DKR D003 - Nebendiagnosen. Zuweisung eines Symptoms als Hauptdiagnose: Wenn sich ein Patient mit einem Symptom vorstellt und die zugrunde liegende Krankheit zum Zeitpunkt der Aufnahme bekannt ist, jedoch nur das Symptom behandelt wird, ist das Symptom als Hauptdiagnose und die zugrunde liegende Krankheit als Nebendiagnose zu kodieren."
- 18 D003d definiert die Nebendiagnose "als: Eine Krankheit oder Beschwerde, die entweder gleichzeitig mit der Hauptdiagnose besteht oder sich während des Krankenhausaufenthaltes entwickelt. Für Kodierungszwecke müssen Nebendiagnosen als Krankheiten interpretiert werden, die das Patientenmanagement in der Weise beeinflussen, dass irgendeiner der folgenden Faktoren erforderlich ist: • therapeutische Maßnahmen, • diagnostische Maßnahmen, • erhöhter Betreuungs-, Pflege- und/oder Überwachungsaufwand. Krankheiten, die zB durch den Anästhesisten während der präoperativen Beurteilung dokumentiert wurden, werden nur kodiert, wenn sie den oben genannten Kriterien entsprechen. Sofern eine Begleitkrankheit das Standardvorgehen für eine spezielle Prozedur beeinflusst, wird diese Krankheit als Nebendiagnose kodiert. Anamnestische Diagnosen, die das Patientenmanagement gemäß obiger Definition nicht beeinflussen haben, wie z.B. eine ausgeheilte Pneumonie vor 6 Monaten oder ein abgeheiltes Ulkus, werden nicht kodiert. Symptome als Nebendiagnose: Ein Symptom wird nicht kodiert, wenn es im Regelfall als eindeutige und unmittelbare Folge mit der zugrunde liegenden Krankheit verge-

sellschaftet ist. Stellt ein Symptom jedoch ein eigenständiges, wichtiges Problem für die medizinische Betreuung dar, so wird es als Nebendiagnose kodiert (siehe auch ICD-10-GM Kapitel XVIII). ... Abnorme Befunde: Abnorme Labor-, Röntgen-, Pathologie- und andere diagnostische Befunde werden nicht kodiert, es sei denn, sie haben eine klinische Bedeutung im Sinne einer therapeutischen Konsequenz oder einer weiterführenden Diagnostik (nicht allein Kontrolle der abnormen Werte)."

- 19 Auch die Nebendiagnosen sind "nach Analyse" zu kodieren, also nach Evaluation der Befunde am Ende des stationären Aufenthaltes. Hierbei sind vor dem Ende des stationären Aufenthaltes erhobene Befunde, deren Auswertung erst später eingeht, einzubeziehen (*vgl BSG Urteil vom 21.4.2015 - B 1 KR 9/15 R - RdNr 19 für SozR 4 vorgesehen*). Die Maßgeblichkeit des Erkenntnishorizonts "nach Analyse" folgt aus dem Zusammenhang der Neben- mit der Hauptdiagnose. Nach diesen Vorgaben sind lediglich neben der Hauptdiagnose (*K51.3*) die Nebendiagnosen Volumenmangel (*E86*), Harnwegsinfektion (*N39.0*) und Hypothyreose (*E03.9*) zu kodieren, wenn die deutlich erhöhten Retentionsparameter im Regelfall eindeutige und unmittelbare Folge der Exsikkose sind und neben der Volumentherapie keinen weiteren therapeutischen Aufwand bewirkten. Sie waren dann im Sinne der Kodierrichtlinien eines der Symptome der Exsikkose. Anders läge es, wenn die Versicherte "nach Analyse" an einem akuten Nierenversagen litt, das auch ohne Exsikkose und ggf hierdurch bedingte deutlich erhöhte Retentionsparameter eine Volumentherapie erfordert hätte. In diesem Falle wären sowohl E86 als auch N17.9 als Nebendiagnose zu kodieren.
- 20 c) Das LSG hat keine Feststellungen dazu getroffen, dass die deutlich erhöhten Retentionsparameter im Regelfall eindeutige und unmittelbare Folge der Exsikkose sind und neben der Volumentherapie keinen weiteren therapeutischen Aufwand bewirkten. Es hat ebenfalls nicht festgestellt, dass die Versicherte "nach Analyse" an einem akuten Nierenversagen (*N17.9, nicht näher bezeichnet*) litt, das auch ohne Exsikkose und ggf hierdurch bedingte deutlich erhöhte Retentionsparameter eine Volumentherapie erfordert hätte. Es wird dies nachzuholen haben. Dahingehende Feststellungen sind nicht entbehrlich. Entgegen der Auffassung der Beklagten ist die Klägerin nicht nach Treu und Glauben gehindert, bei Erfüllung der aufgezeigten Voraussetzungen für die Vergütung die Nebendiagnose N17.9 zugrunde zu legen.
- 21 Die Vertragsbeziehungen zwischen Krankenhäusern und KKn verpflichten diese in partnerschaftlicher Weise zu gegenseitiger Rücksichtnahme nach dem Grundsatz von Treu und Glauben (§ 242 BGB). Sie arbeiten aufgrund eines dauerhaften Vertragsrahmens ständig professionell zusammen. Ihnen sind die gegenseitigen Interessenstrukturen geläufig. In diesem Rahmen ist von ihnen eine gegenseitige Rücksichtnahme zu erwarten (*vgl BSG SozR 4-2500 § 109 Nr 27 RdNr 13 mwN*). Streitet ein Krankenhaus - wie hier die Klägerin - über die sachlich-rechnerische Richtigkeit der Vergütung und legt es hierbei den vollständigen Behandlungsablauf offen, kann es nicht gehindert sein, im Laufe des Rechtsstreits zur Begründung seiner Forderung eine nach dem tatsächlichen Ablauf unzutreffende Kodierung gegen eine zutreffende

Kodierung auszutauschen, soweit nicht gesetzeskonformes Vertragsrecht entgegensteht, wofür nichts vorliegt. So liegt der Fall hier.

- 22 d) Das Urteil des LSG erweist sich insoweit auch nicht aus anderen Gründen als rechtmäßig. Die Erstattung ohne Rechtsgrund gezahlter Krankenhausvergütung ist nicht in entsprechender Anwendung des § 814 BGB ausgeschlossen. Danach kann das zum Zwecke der Erfüllung einer Verbindlichkeit Geleistete ua nicht zurückgefordert werden, wenn der Leistende gewusst hat, dass er zur Leistung nicht verpflichtet war. Zahlt eine KK vorbehaltlos auf eine Krankenhausrechnung, kann sie deshalb mit der Rückforderung - und damit auch mit dem späteren Bestreiten ihrer Zahlungspflicht - ganz ausgeschlossen sein, wenn sie (positiv) gewusst hat, dass sie zur Leistung nicht verpflichtet war (*vgl BSGE 104, 15 = SozR 4-2500 § 109 Nr 17, RdNr 30; BSGE 109, 236 = SozR 4-5560 § 17b Nr 2, RdNr 47; zustimmend Wahl in jurisPK-SGB V, 2. Aufl 2012, § 109 RdNr 170*). Daran fehlte es. Die Beklagte zahlte die Krankenhausvergütung weder vorbehaltlos noch in Kenntnis ihrer Nichtschuld.
- 23 3. Die Klägerin hat gegen die Beklagte keinen Anspruch auf Zahlung einer Aufwandspauschale von 100 Euro nebst Zinsen aus § 275 Abs 1c S 3 SGB V. Nach § 275 Abs 1c SGB V ist bei Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V eine Prüfung nach § 275 Abs 1 Nr 1 SGB V zeitnah durchzuführen (S 1). Die Prüfung nach S 1 ist spätestens sechs Wochen nach Eingang der Abrechnung bei der KK einzuleiten und durch den MDK dem Krankenhaus anzuzeigen (S 2). Falls die Prüfung nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrags führt, hat die KK dem Krankenhaus eine Aufwandspauschale iHv 100 Euro zu entrichten (S 3). Wortlaut, Entstehungsgeschichte, Regelungssystem und Regelungszweck verdeutlichen, dass der Anspruch auf Zahlung einer Aufwandspauschale voraussetzt, dass eine Auffälligkeitsprüfung iS von § 275 Abs 1c SGB V erfolgte (*stRspr, vgl grundlegend BSGE 106, 214 = SozR 4-2500 § 275 Nr 3, RdNr 12 ff; BSG SozR 4-2500 § 301 Nr 5 RdNr 26 mwN*). Ein Krankenhaus kann die Aufwandspauschale - auch dann, wenn keine Verminderung des Abrechnungsbetrags eintritt - allerdings nicht beanspruchen, wenn die KK durch eine fehlerhafte Abrechnung zur Einleitung des Prüfverfahrens veranlasst wurde (*vgl grundlegend BSGE 106, 214 = SozR 4-2500 § 275 Nr 3; ebenso für Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft 3. Senat, BSG SozR 4-2500 § 275 Nr 17; aA, aber zu restriktiv 3. Senat, BSG SozR 4-2500 § 275 Nr 16*).
- 24 Keine Auffälligkeitsprüfung iS von § 275 Abs 1c SGB V ist die Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit (§ 301 SGB V). Das Überprüfungsrecht der KKn auf sachlich-rechnerische Richtigkeit besteht unabhängig von den engeren Anforderungen einer Auffälligkeitsprüfung. Es unterliegt einem eigenen Prüfregime (*stRspr, vgl BSG SozR 4-2500 § 301 Nr 4 RdNr 16 ff; BSG SozR 4-2500 § 301 Nr 3 RdNr 17; BSG SozR 4-2500 § 301 Nr 5 RdNr 21*).
- 25 Der hier betroffene Streit über die Vergütung betrifft die sachlich-rechnerische Richtigkeit der geforderten Vergütung, nämlich die richtige Kodierung und Abrechnung (*vgl oben II. 2; § 301 SGB V*). Der Anspruch auf Zahlung einer Aufwandspauschale kommt hierfür nicht in Betracht,

unabhängig davon, zu welchem Ergebnis das LSG bei seiner erneuten Entscheidung hierzu gelangt, nachdem es die noch erforderlichen Feststellungen getroffen hat.

- 26 4. Der geltend gemachte Verfahrensmangel liegt nicht vor. Das LSG-Urteil enthält hinreichende Entscheidungsgründe. Nach § 128 Abs 1 S 2 SGG iVm § 136 Abs 1 Nr 6 SGG sind in dem Urteil die Gründe anzugeben, die für die richterliche Überzeugung leitend gewesen sind, nicht dagegen jene, die es nicht gewesen sind. Aus den Entscheidungsgründen muss ersichtlich sein, auf welchen Erwägungen in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht die Entscheidung beruht. Dafür muss das Gericht aber nicht jeden Gesichtspunkt, der erwähnt werden könnte, abhandeln (*vgl BVerfG SozR 1500 § 62 Nr 16*). Auch braucht es nicht zu Fragen Stellung nehmen, auf die es nach seiner Auffassung nicht ankommt. Eine Entscheidung ist nicht schon dann nicht mit Gründen versehen, wenn das Gericht sich unter Beschränkung auf den Gegenstand der Entscheidung kurz gefasst und nicht jeden Gesichtspunkt, der möglicherweise hätte erwähnt werden können, behandelt hat (*vgl zB BSG Beschluss vom 7.2.2013 - B 1 KR 68/12 B - Juris RdNr 5 mwN*). So liegt es bei dem angegriffenen LSG-Urteil.
- 27 5. Die Kostenentscheidung bleibt dem LSG vorbehalten. Die Festsetzung des Streitwerts beruht auf § 197a Abs 1 S 1 Teils 1 SGG iVm § 63 Abs 2, § 52 Abs 1 und 3 sowie § 47 Abs 1 GKG.