

In dem Rechtsstreit Aktenzeichen: S 1 KR 2880/16

erging durch die 1.Kammer des

## **Sozialgerichts Reutlingen**

am 08.11.2017

folgendes

### **Urteil**

Im Namen des Volkes

- 1. Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin 4.313,09 € nebst Zinsen hieraus i.H.v. fünf Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit 01.08.2012 zu zahlen.**
- 2. Die Beklagte hat die Kosten des Verfahrens zu tragen.**

## Tatbestand

Im Streit ist die Vergütung einer stationären Krankenhausbehandlung vom 31.01. bis 26.02.2012.

Die im ..... geborene, bei der Beklagten krankenversicherte ..... (E) wurde durch den Arzt für Allgemeinmedizin Dr. M..... am 30.01.2012 wegen zunehmenden Erbrechens und Appetitlosigkeit zur stationären Krankenhausbehandlung in das Krankenhaus ....., dessen Trägerin die Beklagte ist, eingewiesen und dort mit Ausnahme des 22. und 23.02.2012 (stationäre Behandlung in der Zentralanästhesie) in der Klinik für Allgemein-/ Viszeral- und Gefäßchirurgie stationär behandelt.

Die Klägerin stellte der Beklagten für diese stationäre Krankenhausbehandlung mit Rechnung vom 29.02.2012 einen Gesamtbetrag von 8.772,41 € (ohne Selbstbeteiligung) in Rechnung, der von der Beklagten zunächst auch in vollem Umfang gezahlt wurde. Hierbei kodierte die Klägerin die Hauptdiagnose nach ICD-10 mit A41.51 („Sepsis durch Escherichia coli“) und brachte darauf beruhend als Fallpauschale die Diagnosis Related Group (DRG) T01B („OR-Prozedur bei infektiösen und parasitären Krankheiten ohne komplexe OR-Prozedur, ohne komplizierende Konstellation, außer bei Zustand nach Organtransplantation, bei Sepsis“) in Ansatz.

Auf Veranlassung der Beklagten überprüfte Dr. L..... vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Baden-Württemberg (MDK) diese Krankenhausabrechnung und gelangte in seinem Gutachten vom 24.07.2012 zu dem Ergebnis, das Vorliegen der kodierten Sepsis sei aus den vorliegenden Unterlagen nicht nachvollziehbar. Die kodierte Hauptdiagnose nach ICD-10 sei von A41.51 in A49.8 („Sonstige bakterielle Infektionen nicht näher bezeichneter Lokalisation“) umzuwandeln. Damit sei nicht die DRG T01B, sondern vielmehr die DRG T01C („OR-Prozedur bei infektiösen und parasitären Krankheiten ohne komplexe OR-Prozedur, ohne komplizierende Konstellation, außer bei Zustand nach Organtransplantation, außer bei Sepsis“) anzusetzen.

Nachdem das hierauf gestützte Rückforderungsverlangen der Beklagten erfolglos geblieben war, verrechnete sie am 31.07.2012 den aus ihrer Sicht zu Unrecht gezahlten Betrag von 4.313,09 € mit anderen unstrittig bestehenden Forderungen der Klägerin ihr gegenüber.

Aufgrund von Einwänden der Klägerin gegen das MDK-Gutachten des Dr. L..... veranlasste die Beklagte eine erneute gutachterliche Stellungnahme durch Dr. K..... vom MDK. Dieser gelangte ausweislich seines Gutachtens vom 21.01.2014 zu keinen neuen Erkenntnissen, die kodierte Sepsis sei aus den Unterlagen nicht nachvollziehbar.

Die Klägerin hat daraufhin am 18.11.2016 Klage beim Sozialgericht Reutlingen (SG) mit dem Begehren erhoben, die Beklagte zur Zahlung des streitgegenständlichen Betrages von 4.313,09 € zu verurteilen. Zur Begründung hat sie im Wesentlichen ausgeführt, die Voraussetzungen für die Kodierung der Sepsis lägen hier vor. Dies ergebe sich aus der S2-Leitlinie „Prävention, Diagnose, Therapie und Nachsorge der Sepsis“ der Deutschen Sepsis-Gesellschaft (DSG) und der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI), wonach eine Sepsis den Nachweis einer Infektion und das Bestehen eines SIRS (systemisches inflammatorisches Response-Syndrom) erfordere. Danach liege ein SIRS vor, wenn in Verbindung mit einer Infektion mindestens zwei Kriterien erfüllt seien, unter anderem eine Leukozytose  $>$  oder gleich  $12.000/\text{mm}^3$  und eine Tachykardie mit Herzfrequenz  $>$  oder gleich 90/Min. Diese Voraussetzungen seien vorliegend erfüllt. In der von ihr abgenommenen Blutkultur habe eine Infektion mit E-Coli-Bakterien nachgewiesen werden können. Zudem hätten eine Leukozytose von  $37.400/\text{mm}^3$  und eine Tachykardie von 116 Schlägen je Minute bestanden. Für die Diagnose einer Sepsis sei der Umfang der Behandlung oder die Frage, ob die Patientin in einem Intensivbett gelegen habe, irrelevant. Vorliegend sei die Sepsis in einem Stadium behandelt worden, in dem sie auch ohne intensivmedizinische Maßnahmen oder Überwachung gut habe beherrscht werden können. Dies bedeute jedoch nicht, dass die Sepsis nicht vorgelegen habe. Im Übrigen sei E zwischenzeitlich auch unstrittig intensivmedizinisch betreut worden. Für die Frage der Kodierung komme es allein auf formale Kriterien an. Diese seien hier erfüllt. In der Leitlinie werde zum Nachweis einer Infektion die Abnahme von zwei Blutkulturen lediglich empfohlen zum Ausschluss einer falsch-negativen Befundung. Liege jedoch eine positive Blutkultur vor, reiche dies für die Diagnose aus. Die gegenteilige Auffassung des MDK sei unzureichend und ohne jegliche Rechtfertigung. Der von der Beklagten angeführte Hinweis auf das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) zur Definition von SIRS sei rechtlich nicht verbindlich. Zudem werde daraus deutlich, dass eine Sepsis auch ohne mikrobiologischen Nachweis, nämlich durch klinische Kriterien, nachgewiesen werden könne.

Die Klägerin beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, an sie 4.313,09 € nebst Zinsen hieraus i.H.v. fünf Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit 01.08.2012 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Zur Begründung hat sie zunächst auf den Inhalt der beiden Gutachten der Dres. L.... und K..... vom MDK verwiesen. Ferner hat sie das auf ihre Veranlassung hin im Klagverfahren eingeholte Gutachten des Dr. K..... vom 31.05.2017 vorgelegt. Danach seien zwar formal die SIRS-Kriterien erfüllt. Nach der ab 01.01.2007 gültigen Definition von SIRS der DSG und der DIVI, auf die das DIMDI verweise, sei jedoch die Abnahme von mindestens zwei Pärchen Blutkulturen, zweimal aerob, zweimal anaerob, zwingende Vorgabe für das Vorliegen einer Sepsis. Diese Voraussetzung sei hier nicht erfüllt. Zudem seien die Laborkontrollen erst drei Tage nach der ersten Blutabnahme erfolgt, obwohl in den Leitlinien der DSG unter anderem gefordert werde, dass Blutkulturen schnellstmöglich vor Einleitung einer antimikrobiellen Therapie abgenommen werden müssten. Sie hat zudem auf die von ihr vorgelegte Übersichtsarbeit zur „Leitliniengerechten Blutkulturdiagnostik bei Sepsis und schweren Organinfektionen in der Intensivmedizin – ein unterschätztes Defizit“ sowie auf ein in einem Klagverfahren vor dem Sozialgericht Detmold erstelltes Sachverständigengutachten verwiesen, in dem es ebenfalls um die Frage der Kodierung einer Sepsis bei Abnahme lediglich eines Blutkulturpärchens gegangen sei. Darin werde vom gerichtlich bestellten Sachverständigen ausgeführt, dass eine Kodierung der Sepsis/SIRS nur dann möglich sei, wenn neben der klinischen Symptomatik die klinischen und laborchemischen Parameter einer Sepsis entsprechend der SIRS-Kriterien der DIVI und der DSG voll umfänglich formal erfüllt sein, somit auch die Abnahme von mindestens zwei Blutkulturen (jeweils aerobes und anaerobes Pärchen).

Zur weiteren Darstellung des Sachverhaltes und des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der vorgelegten Verwaltungsakte der Beklagten, der Patientenakte und der Gerichtsakte Bezug genommen.

## Entscheidungsgründe

Die beim sachlich und örtlich zuständigen SG von der Klägerin zu Recht erhobene (echte) Leistungsklage nach § 54 Abs. 5 des Sozialgerichtsgesetzes -SGG- (ständige Rechtsprechung des Bundessozialgerichts - BSG -, vgl. z.B. BSGE 90, 1; 100, 164; 102, 172; 104, 15) auf Zahlung der Vergütung für eine stationäre Krankenhausbehandlung ist zulässig.

In der Sache streiten die Beteiligten um die Wirksamkeit der von der Beklagten am 31.07.2012 erklärten Aufrechnung mit einem öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch in Höhe von 4.313,09 €. Die mit der erhobenen Leistungsklage verfolgten Vergütungsansprüche der Klägerin aus späteren Krankenhausbehandlungen von Versicherten der Beklagten sind demgegenüber unstreitig. Zwar steht nicht fest, welche Vergütungsansprüche die Klägerin aufgrund welcher konkreten Krankenhausbehandlung geltend macht. Die Beteiligten haben aber übereinstimmend als selbstverständlich vorausgesetzt, dass der Klägerin gegen die Beklagte - ohne Berücksichtigung der streitigen Zahlungsforderung - laufende Ansprüche aus Anlass der Krankenhausbehandlung von Versicherten der Beklagten in Höhe von 4.313,09 € erwachsen sind. Da die Beklagte sich gegenüber der Klage ausschließlich im Wege der Primäraufrechnung mit einer Gegenforderung verteidigt, steht die Klageforderung selbst außer Streit (ständige Rechtsprechung des BSG, vgl. z.B. Urteil vom 22.07.2004 - B 3 KR 21/03 R - juris).

Diese Klageforderung ist auch begründet, da der Beklagten kein öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch in streitgegenständlicher Höhe zusteht. In dieser Höhe hat sie die stationäre Behandlung der E vom 31.01. bis 26.02.2012 mit Rechtsgrund vergütet, weil der Klägerin insoweit ein Entgeltanspruch in streitgegenständlicher Höhe zustand (zum öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch bei Überzahlung von Krankenhausentgelten vgl. BSG, Urteil vom 22.07.2004, a.a.O.).

Rechtsgrundlage für den Anspruch der Klägerin gegen die Beklagte auf Vergütung der hier im Jahr 2012 erbrachten stationären Krankenhausbehandlung ist § 109 Abs. 4 Satz 3 des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch (SGB V) in der hier maßgebenden Fassung des Fallpauschalengesetzes vom 23.04.2002 (BGBl. I, S. 1412) i.V.m. § 7 Satz 1 Nr. 1 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) in der hier maßgebenden Fassung des Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes vom 17.03.2009 (BGBl. I, S. 534) und dem durch

Entscheidung der Landesschiedsstelle vom 21.09.2005 festgesetzten Vertrag nach § 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V über „Allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung“ zwischen der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft und den Verbänden der Krankenkassen mit Ausnahme der vom BSG beanstandeten Regelung in § 19 Abs. 2 (vgl. BSG, Urteil vom 13.11.2012 - B 1 KR 27/11 R - juris). Dieser Vertrag ist nach § 112 Abs. 2 Satz 2 SGB V für die Krankenkassen und die zugelassenen Krankenhäuser im Land, zu denen das Krankenhaus ....., dessen Trägerin die Klägerin ist, als Plankrankenhaus nach § 108 Nr. 2 SGB V gehört, unmittelbar verbindlich.

Die Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse 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 im Sinne von § 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V erforderlich ist (ständige Rechtsprechung des BSG, vgl. Urteil vom 13.11.2012 - B 1 KR 14/12 R - juris m.w.N.). Vorliegend ist zwischen den Beteiligten unstreitig, dass die stationäre Behandlung der E bei der Klägerin erforderlich war.

Die von der Klägerin geltend gemachte Vergütung für den hier streitigen Behandlungsfall bemisst sich nach vertraglichen Fallpauschalen auf gesetzlicher Grundlage, wobei dieser Anspruch auf Bundesebene hier durch die auf der Grundlage des § 17b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) in der Fassung des Psychiatrie-Entgeltgesetzes vom 21.07.2012 (BGBl. I, S. 1613) und des § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG in der Fassung des Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes (a.a.O.) am 25.11.2011 geschlossene Fallpauschalenvereinbarung 2012 einschließlich der Anlagen 1 bis 6, insbesondere der Anlage 1 (Fallpauschalenkatalog) konkretisiert wurde.

Ergänzt wird die Fallpauschalenvereinbarung durch die allgemeinen und speziellen Kodierrichtlinien für die Verschlüsselung von Krankheiten und Prozeduren (Deutsche Kodierrichtlinien - DKR -), die zusammen mit der Fallpauschalenvereinbarung den konkreten vertragsrechtlichen Rahmen bilden, aus dem die für die Behandlung maßgebliche DRG-Position folgt. Fallpauschalenkatalog und Kodierrichtlinien greifen als vereinbarte Abrechnungsbestimmungen ineinander. Sie sind bei der Anwendung der Fallpauschalenvereinbarung zugrunde zu legen. So haben nämlich die Vertragsschließenden Parteien der Fallpauschalenvereinbarung gem. § 17b Abs. 2 KHG in Abschnitt 1 § 1 Abs. 1 Satz 1 der Fallpauschalenvereinbarung 2012 zur Abrechnung von Fallpauschalen vereinbart:

„Die Fallpauschalen werden jeweils von dem die Leistung erbringenden Krankenhaus nach dem am Tag der Aufnahme geltenden Fallpauschalenkatalog und den dazu gehörenden Abrechnungsregelungen abgerechnet“.

Welche im Fallpauschalenkatalog enthaltene DRG-Position abzurechnen ist, ergibt sich rechtsverbindlich nicht aus einem schriftlich festgelegten abstrakten Tatbestand, sondern aus der Eingabe von im Einzelnen von einem Programm vorgegebenen, abzufragenden Daten in ein automatisches Datenverarbeitungssystem und dessen Anwendung (vgl. hierzu BSGE 109, 236). Nach § 1 Abs. 6 Satz 1 der Fallpauschalenvereinbarung 2012 sind in diesem Sinne zur Einstufung des Behandlungsfalls in die jeweils abzurechnende Fallpauschale Programme (Grouper) einzusetzen. Zugelassen sind nur solche Programme, die von der InEK GmbH - Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus -, einer gemeinsamen Einrichtung der in § 17b Abs. 2 Satz 1 KHG und § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG genannten Vertragspartner auf Bundesebene, zertifiziert worden sind. Das den Algorithmus enthaltende und ausführende Programm greift dabei auch auf Dateien zurück, die entweder als integraler Bestandteil des Programms mit vereinbart sind (z.B. 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 DIMDI im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) herausgegebenen deutschen Fassung sowie die Klassifikation des vom DIMDI im Auftrag des BMG herausgegebenen Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS). Die Verbindlichkeit der in dem jeweiligen Vertragswerk angesprochenen Klassifikationssysteme folgt allein aus dem Umstand, dass sie in die zertifizierten Grouper einbezogen sind (vgl. BSGE 109, 236).

Die Anwendung der DKR und der Abrechnungsbestimmungen der Fallpauschalenvereinbarung einschl. des ICD-10 und des OPS ist nicht automatisiert und unterliegt als Mitsteuerung der prozesshaften Tatbestandsbildung im Zusammenspiel mit den Vorgaben zertifizierter Grouper ihrerseits grundsätzlich den allgemeinen Auslegungsmethoden der Rechtswissenschaft. Die Abrechnungsbestimmungen sind gleichwohl wegen ihrer Funktion im Gefüge der Ermittlung des Vergütungstatbestandes innerhalb eines vorgegebenen Vergütungssystems eng am Wortlaut orientiert und unterstützt durch systematische Erwägungen auszulegen. Eine Vergütungsregelung, die für die routinemäßige 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 für weitere Bewertungen sowie Abwägungen belässt. Demgemäß sind Vergütungsregelungen stets eng nach ihrem Wortlaut und allenfalls ergänzend nach ihrem systematischen Zusammenhang auszulegen; Bewertungen und Bewertungsrelationen bleiben außer Betracht (BSG, Urteil vom 13.11.2012, a.a.O.). Da das DRG-basierte Vergütungssystem vom Gesetzgeber als jährlich weiter zu entwickelndes (§ 17b Abs. 2 Satz 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 (BSGE 107, 140).

Unter Berücksichtigung der dargelegten gesetzlichen Grundlagen und Grundsätze hat vorliegend die Klägerin zu Recht die Hauptdiagnose nach ICD-10 mit A41.51 kodiert und darauf basierend für die stationäre Behandlung der E die DRG T01B in Ansatz gebracht.

Nach der hier maßgebenden DKR D002f wird die Hauptdiagnose definiert als „die Diagnose, die nach Analyse als diejenige festgestellt wurde, die hauptsächlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthalts 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.

Zur Kodierung einer Sepsis bestimmt die DKR 0103f, dass eine Sepsis mit einem passenden Sepsis-Kode z.B. aus Tabelle 1 kodiert wird. In dieser Tabelle 1 findet sich unter anderem nach ICD-10 A 41.– „Sonstige Sepsis“.

Zur Überzeugung der Kammer steht fest, dass bei E eine Sepsis, hervorgerufen durch Escherichia coli, vorlag, die von der Klägerin zu Recht mit A41.51 nach ICD-10 als Hauptdiagnose kodiert wurde.

Nach den hier maßgebenden, vom 01.02.2010 bis 01.02.2015 gültigen Leitlinien der DSG und der DIVI zu „Prävention, Diagnose, Therapie und Nachsorge der Sepsis“ - Leitlinien - (vgl. [www.awmf.org/leitlinien](http://www.awmf.org/leitlinien)) ist Sepsis eine komplexe systemische inflammatorische Wirtsreaktion auf eine Infektion. Es gibt derzeit keinen Parameter, der allein zur Diagnose der Sepsis führen kann. Sepsis, schwere Sepsis und septischer Schock definieren ein Krankheitskontinuum, das über eine Kombination aus Vitalparametern, Laborwerten, hämodynamischen Daten und Organfunktionen definiert wird.

Ausweislich dieser Leitlinien wurden 1992 auf einer internationalen Konsensus-Konferenz (ACCP/SCCM Konsensus-Konferenz) Diagnosekriterien für Sepsis, schwere Sepsis und septischen Schock einheitlich definiert.

Nach der somit maßgebenden Definition setzt das Vorliegen einer Sepsis die Erfüllung der nachfolgenden Kriteriengruppen I und II voraus:

#### *I. Nachweis der Infektion*

Diagnose einer Infektion über den mikrobiologischen Nachweis oder durch klinische Kriterien

#### *II. SIRS (mindestens zwei Kriterien)*

- Fieber ( $\geq 38^{\circ}\text{C}$ ) oder Hypothermie ( $\leq 36^{\circ}\text{C}$ ) bestätigt durch eine rektale oder intravasale oder -vesikale Messung
- Tachykardie: Herzfrequenz  $\geq 90/\text{min}$
- Tachypnoe (Frequenz  $\geq 20/\text{min}$ ) oder Hyperventilation ( $\text{PaCO}_2 \leq 4.3 \text{ kPa} / \leq 33 \text{ mmHg}$ )
- Leukozytose ( $\geq 12.000/\text{mm}^3$  oder Leukopenie ( $\leq 4.000/\text{mm}^3$ ) oder  $\geq 10\%$  unreife Neutrophile im Differentialblutbild.

Ausweislich des Inhalts der vorliegenden Patientenakte lag bei E im hier streitigen Behandlungszeitraum eine Sepsis entsprechend der dargestellten Definition vor, da die hierfür maßgebenden Kriterien der Gruppen I und II erfüllt waren.

Ausweislich des in der Patientenakte befindlichen Laborendbefundes wurden bei E am 31.01.2012, also am Aufnahmetag, um 13:08 Uhr sowohl eine aerobe als auch eine anaerobe Blutkultur, also ein Blutkulturpärchen, abgenommen. Die Vorgabe in den Leitlinien („schnellstmögliche Abnahme von Blutkulturen vor Einleitung einer antimikrobiellen Therapie“) wurde von der Klägerin somit beachtet. Die Befundung vom 03.02.2012, die ausweislich des Laborendbefundes bereits am 02.02.2012 telefonisch durchgegeben wurde, ergab sowohl in der aeroben als auch in der anaeroben Blutkultur den Nachweis von Escherichia coli. Damit wurde bei E mikrobiologisch eine Infektion mit Escherichia coli nachgewiesen.

Soweit die Beklagte unter Bezugnahme auf die von ihr vorgelegten Unterlagen darauf verweist, die zu fordernde Abnahme von mindestens zwei Pärchen Blutkulturen sei klinikseitig nicht erbracht worden, ist ihr zuzugeben, dass ausweislich der in der Patientenakte befindlichen medizinischen Unterlagen bei E nur ein Pärchen Blutkulturen (aerob und anaerob) abgenommen wurde. Entgegen der Auffassung der Beklagten steht dies allerdings der Diagnose einer Infektion, hier einer Infektion durch Escherichia coli, nicht entgegen.

Die Beklagte beruft sich für die Richtigkeit der von ihr vertretenen Auffassung zunächst auf den Inhalt der Leitlinien. Darin wird unter anderem empfohlen, bei klinischem Verdacht auf eine Sepsis Blutkulturen abzunehmen. Es wird empfohlen, Blutkulturen (2 - 3 Pärchen) schnellstmöglich vor Einleitung einer antimikrobiellen Therapie abzunehmen. In der in den Leitlinien hierzu enthaltenen Kommentierung wird weiter ausgeführt, es sollten 2 - 3 Blutkulturen (jeweils eine aerobe und eine anaerobe Blutkulturflasche, zusammen ein sogenanntes Blutkulturpaar oder Blutkultursets) von verschiedenen Entnahmeorten (z.B. rechte und linke Vena cubitalis) entnommen werden. In der in den Leitlinien enthaltenen Tabelle 2 „Entnahme, Lagerung und Transport von Blutkulturen“ wird unter anderem die Entnahme von 2 - 4 Blutkulturen aus verschiedenen Punktionsstellen erwähnt. Wie sich bereits aus dem Wortlaut der Leitlinien („empfohlen“, „sollten“) entnehmen lässt, handelt es sich bei der Abnahme von 2 - 3 bzw. von 2 - 4 Blutkulturen jedoch lediglich um eine Empfehlung, wenn auch um eine Empfehlung von Grad B, also einer Empfehlung mit Evidenzgrad Ic. Gleichwohl bleibt festzuhalten, dass es sich hierbei um eine Empfehlung handelt, also nicht um eine zwingende Voraussetzung für den mikrobiologischen Nachweis einer Infektion.

Ähnlich verhält es sich mit der von der Beklagten vorgelegten Übersichtsarbeit. In dieser Übersichtsarbeit, die unter anderem von drei Mitverfassern der Leitlinien erstellt wurde, wird zwar auf Seite 54 in Kasten 5 zu Anzahl der erforderlichen Blutkulturen unter anderem ausgeführt, dass 2 - 4 Blutkulturen abzunehmen seien (Entnahme einer einzigen Blutkultur ist nicht ausreichend). Diese Aussage wird jedoch damit begründet, dass ein negatives Ergebnis keinen Ausschluss der vermuteten Infektion erlaube und der einmalige Nachweis von fakultativ pathogenen Erregern (z.B. koagulase-negative Staphylokokken) keine sichere Unterscheidung zwischen Kontamination und Infektion ermögliche. Diese Begründung belegt, dass die Abnahme von mindestens zwei Blutkulturpärchen nur im Falle einer falsch-negativen Befundung erforderlich ist. Vorliegend wurde jedoch bereits durch die Abnahme eines Blutkulturpärchens ausweislich des Laborendbefundes der Nachweis einer Infektion durch *Escherichia coli* erbracht. Die Abnahme weiterer Blutkulturpärchen zum Nachweis einer Infektion war bei dieser richtig-positiven Befundung überflüssig. Auch weisen die Verfasser der Übersichtsarbeit im Text vor Kasten 5 ausdrücklich darauf hin, dass generell bei Jugendlichen und Erwachsenen mindestens zwei bis maximal vier Blutkulturen durch getrennte Punktionen gewonnen werden sollten. Die hierin verwendete Formulierung „sollten“ belegt zur Überzeugung der Kammer, dass es sich hierbei ebenfalls um eine Empfehlung, nicht um eine zwingende Vorgabe handelt.

Auch der Auffassung des vom Sozialgericht Detmold herangezogenen Sachverständigen in seinem Gutachten vom 09.10.2017, das von der Beklagten auszugsweise vorgelegt wurde, kann nicht gefolgt werden. In seinem Gutachten nimmt der Sachverständige Bezug auf eine Definition der Sepsis, erstellt von der DSG und der DIVI, wonach für das Vorliegen eines SIRS infektiöser Genese ohne Organkomplikation(en) unter anderem die Abnahme von mindestens 2 Blutkulturen (jeweils aerobes und anaerobes Pärchen) erfüllt sein muss. Diese Definition findet sich sowohl in der Anlage zu den Leitlinien als auch in den FAQ (Frequently Asked Questions) Nr. 1007 des DIMDI. Zutreffend weist die Klägerin darauf hin, dass die den Leitlinien beigefügte Anlage im Widerspruch zu den vorherigen Ausführungen in den Leitlinien steht. Während laut Anlage die Abnahme von mindestens 2 Blutkulturen (jeweils aerobes und anaerobes Pärchen) erfüllt sein muss, wird in den Leitlinien – wie dargelegt – die Abnahme von 2 - 3 bzw. von 2 - 4 Blutkulturpärchen lediglich empfohlen. Hierbei ist darauf hinzuweisen, dass das DIMDI ausweislich seiner Hinweise zu FAQs zu ICD-10-GM und OPS Fragen zur Klassifizierung von Diagnosen und Prozeduren beantwortet und bemüht ist, richtige und vollständige Auskünfte zu erteilen. Ausdrücklich findet sich dort der Hinweis,

dass für die Richtigkeit der Antworten keine Gewähr übernommen wird und die gegebenen Auskünfte rechtlich nicht verbindlich sind. Daraus wird deutlich, dass das DIMDI mit Verweis auf die ab 01.01.2007 geltende Definition des SIRS durch die DSG und die DIVI keine rechtsverbindliche Regelung schaffen wollte und konnte. Zutreffend weist die Klägerin somit darauf hin, dass das DIMDI, das amtliche Klassifikationen herausgibt, keine Befugnis und Rechtsgrundlage dafür besitzt, medizinische Definitionen festzulegen. Andererseits haben die Fachgesellschaften, wie beispielsweise die DSG und die DIVI keine Befugnis zur Festlegung von Definitionen, die die Kodierung des medizinischen Sachverhalts betreffen. Der Verweis des DIMDI auf die ab 01.01.2007 gültige Definition von SIRS durch DSG und DIVI betrifft somit lediglich eine geänderte medizinische Definition. Hierbei findet sich allerdings in der Fußnote 1 zu der für notwendig angesehenen Abnahme von mindestens 2 Blutkulturen (jeweils aerobes und anaerobes Pärchen) der Hinweis, dass 2 - 3 Kulturen (jeweils aerobes und anaerobes Blutkulturpärchen) entnommen werden sollten. Durch diese Fußnote wird die scheinbar für erforderlich gehaltene Abnahme von mindestens 2 Blutkulturen wieder dahingehend eingeschränkt, dass diese Abnahme lediglich erfolgen sollte. Auch insoweit handelt es sich daher aufgrund des Wortlauts nach Auffassung der Kammer um kein zwingendes Erfordernis, sondern lediglich um eine Empfehlung. Vor diesem Hintergrund kommt dem Inhalt der Leitlinien Vorrang gegenüber der Anlage zu den Leitlinien zu, zumal auch unter Berücksichtigung der Fußnote 1 die Abnahme von 2 - 3 Blutkulturpärchen lediglich eine Empfehlung darstellt.

Auch wenn die Kodierempfehlungen der Sozialmedizinischen Expertengruppe des MDK (SEG 4-Kodierempfehlungen) ausweislich der dortigen Einleitung ebenso wie die FAQ des DIMDI keine rechtsverbindlichen Vorgaben darstellen, fällt auf, dass nach dortiger SEG 4-Kodierempfehlung 223 der Nachweis einer positiven Blutkultur zur Kodierung der Sepsis als Nebendiagnose für ausreichend angesehen wurde.

Entgegen der Auffassung der Beklagten bleibt festzuhalten, dass trotz der hier erfolgten Abnahme lediglich eines Blutkulturpärchens bei E eine Infektion mit *Escherichia coli* nachgewiesen wurde. Dementsprechend findet sich auch im Entlassbrief vom 23.03.2012 unter anderem als Diagnose „Sepsis mit Bakteriämie (*Escherichia coli*)“.

Auch die für das Vorliegen der SIRS erforderlichen mindestens zwei Kriterien der Kriteriengruppe II lagen bei E vor. Ausweislich des Entlassbriefes vom 23.03.2012 fand sich

bei Aufnahme der E eine Herzfrequenz von 116 Schlägen je Minute, somit eine Tachykardie. Wie aus den Laborblättern zu ersehen ist, bestand bei E am 31.01.2012 eine massive Leukozytose bei 37.400/mm<sup>3</sup>. Damit sind aus der Kriteriengruppe II die für das Vorliegen einer Sepsis erforderlichen mindestens zwei Kriterien erfüllt.

Zusammen mit der ebenfalls erfüllten Kriteriengruppe I (Nachweis der Infektion) steht damit zur Überzeugung der Kammer fest, dass bei E eine Sepsis vorlag, die durch *Escherichia coli* hervorgerufen wurde. Diese Diagnose war ausweislich des Entlassbriefes vom 23.03.2012 insbesondere aufgrund der dort dargestellten Therapie und des Verlaufs der Krankenhausbehandlung, hauptsächlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthalts der E verantwortlich. Die Klägerin hat damit zu Recht die Hauptdiagnose nach ICD-10 mit A41.51 kodiert und darauf gestützt zutreffend die DRG T01B zur Abrechnung gebracht.

Entgegen der Ansicht der Beklagten ist weder für die Kodierung der Hauptdiagnose mit A41.51 noch für die Abrechnung der DRG T01B ein von ihr gefordertes sepsistypisches Patientenmanagement erforderlich. Weder dem ICD-10 noch dem Fallpauschalenkatalog lässt sich ein entsprechendes Erfordernis entnehmen. Zwar ist Dr. K..... zuzugeben, dass die Sepsis ein lebensbedrohliches Krankheitsbild darstellt. Auch mag es durchaus sein, dass im Einzelfall eine Sepsis neben der medizinisch notwendigen Diagnostik und Therapie zusätzlich auch Maßnahmen bezüglich einer intensiven Überwachung der Vitalparameter und der Ausscheidung erfordert, die mindestens über 24 Stunden zur Einschätzung der weiteren Entwicklung des Krankheitsverlaufes durchgeführt werden müssen. Allerdings bedarf es entgegen der Auffassung der Beklagten weder zur Kodierung der A41.51 als Hauptdiagnose noch zur Abrechnung der DRG T01B in jedem Fall eines Überwachungsaufwandes, der demjenigen von intensivmedizinisch oder vergleichbar versorgten Patienten entspricht. Während die schwere Sepsis mit Organbeteiligung und der septische Schock Behandlungsmethoden der Intensivmedizin erfordern (vgl. [www.wikipedia.org](http://www.wikipedia.org), Stichwort „Sepsis“) sind intensivmedizinische Behandlungsmethoden bei der hier bei E vorliegenden Sepsis nicht erforderlich gewesen. Ein entsprechendes Erfordernis lässt sich der Patientenakte nicht entnehmen. Die in der Patientenakte befindlichen Aufzeichnungen ergeben einen erfreulicherweise komplikationslosen Krankheitsverlauf mit einer deutlichen Besserung des Krankheitszustandes der E nach antibiogrammgerechter Behandlung. Auch aus den Leitlinien ist ein entsprechendes Erfordernis nicht zu ersehen. Dementsprechend hält auch der

Fachausschuss für ordnungsgemäße Kodierung und Abrechnung (FoKA) der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling e.V. (DGfM) in seiner ergänzenden Kodierempfehlung A/B-004 vom 24.06.2009 die Kodierung der Sepsis und des SIRS auch dann für korrekt, wenn zwar die Kriterien zur Sepsis und zum SIRS entsprechend den oben genannten Leitlinien erfüllt sind, allerdings der Patient unter anderem keinen Aufenthalt auf einer Intensivstation aufweist.

Aufgrund des somit gegebenen Vergütungsanspruchs der Klägerin hat die Beklagte die ihr in Rechnung gestellte stationäre Krankenhausbehandlung der E zu Recht vergütet. Ein öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch in Höhe des hier streitgegenständlichen Betrages stand ihr damit nicht zu. Die von ihr vorgenommene Verrechnung (vgl. zur Aufrechnung BSG, Urteil vom 28.11.2013 – B 3 KR 33/12 R - juris m.w.N.) war somit rechtswidrig, ein Vergütungsanspruch der Klägerin in streitgegenständlicher Höhe besteht.

Aufgrund des damit gegebenen Vergütungsanspruchs besteht auch ab dem 01.08.2012, dem Tag nach der hier erfolgten Verrechnung, der geltend gemachte Zinsanspruch in begehrter Höhe, der sich aus § 19 Abs. 3 des Vertrages nach § 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V ergibt (vgl. allgemein zum Anspruch auf Verzugszinsen BSG, Urteil vom 15.11.2007 – B 3 KR 1/07 R - juris -).

Die Kostentscheidung beruht auf § 197a Abs. 1 SGG i.V.m. § 154 Abs. 2 der Verwaltungsgerichtsordnung, da weder Klägerin noch Beklagte zu den in § 183 SGG genannten Personen gehören.