

BUNDESSOZIALGERICHT



Im Namen des Volkes

Urteil

in dem Rechtsstreit

BSG Az.: **B 1 KR 16/25 R**

LSG Niedersachsen-Bremen 13.11.2024 - L 4 KR 237/23

SG Hannover 21.04.2023 - S 88 KR 1177/19 KH

.....,

Klägerin und Revisionsbeklagte,

Prozessbevollmächtigte:

.....,

g e g e n

BARMER,
Axel-Springer-Straße 44, 10969 Berlin,

Beklagte und Revisionsklägerin,

Prozessbevollmächtigte:

.....

Der 1. Senat des Bundessozialgerichts hat auf die mündliche Verhandlung vom 26. März 2026 durch den Vorsitzenden Richter Dr. E s t e l m a n n , die Richter Dr. S c h o l z und Dr. B o c k h o l d t sowie die ehrenamtliche Richterin B r ü c k n e r und den ehrenamtlichen Richter G r o s k r e u t z für Recht erkannt:

Auf die Revision der Beklagten wird das Urteil des Landessozialgerichts Niedersachsen-Bremen vom 13. November 2024 aufgehoben. Die Sache wird zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das Landessozialgericht zurückverwiesen.

Der Streitwert für das Revisionsverfahren wird auf 1657,77 Euro festgesetzt.

Gründe :

I

- 1 Die Beteiligten streiten über die Vergütung einer stationären Krankenhausbehandlung.
- 2 Das nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhaus der Klägerin behandelte einen bei der beklagten Krankenkasse versicherten Neugeborenen vollstationär vom 9. bis 13.5.2018. Der Versicherte wurde am zweiten Lebenstag bei rezidivierenden Hypoglykämien und erhöhten Entzündungsparametern nach vorzeitigem Blasensprung und B-Streptokokkennachweis bei der Mutter auf die Neugeborenenintensivstation verlegt und dort mit einer Infusionstherapie mit Glukose-Teilelektrolytlösung und Antibiotika behandelt. Ein Infektionserreger konnte nicht nachgewiesen werden. Die Klägerin rechnete den Behandlungsfall gegenüber der Beklagten nach der Fallpauschale P67B in Höhe von 4147,23 Euro ab. Sie kodierte hierfür als Hauptdiagnose nach der amtlichen Klassifikation ICD-10-GM (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision, German Modification - Version 2018*) P37.9 (*Angeborene infektiöse oder parasitäre Krankheit, nicht näher bezeichnet*). Die Beklagte bezahlte die Rechnung und leitete ein Prüfverfahren durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung ein. Dieser kam zum Ergebnis, dass als Hauptdiagnose P39.9 zu kodieren sei (*Infektion, die für die Perinatalperiode spezifisch ist, nicht näher bezeichnet*). Daraus ergebe sich die niedriger bewertete Fallpauschale P67C. Die Beklagte verrechnete in der Folge den sich daraus ergebenden Erstattungsbetrag in Höhe von 1657,77 Euro mit einer unstreitigen Vergütungsforderung der Klägerin.
- 3 Das SG hat die Beklagte zur Zahlung dieses Betrages nebst Zinsen verurteilt (*Urteil vom 21.4.2023*). Das LSG hat die Berufung der Beklagten zurückgewiesen. Angeboren im Sinne von P37.9 sei eine Infektion, die sich - wie im vorliegenden Fall - innerhalb der ersten 72 Stunden nach der Entbindung durch erhöhte Infektionsparameter im Blut, Fieber, Keimnachweis oder andere Symptome offenbare. Die Perinatalperiode im Sinne von P39 erfasse demgegenüber den zeitlichen Bereich ab 72 Stunden bis zum achten Tag nach der Geburt (*Urteil vom 13.11.2024*).
- 4 Mit der Revision rügt die Beklagte sinngemäß die Verletzung von § 109 Abs 4 Satz 3 SGB V iVm § 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG), § 7 Abs 1 Satz 1 und Abs 2 und § 9 Abs 1 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) sowie der Fallpauschalenvereinbarung (FPV) 2018 und der ICD-10-GM. Sie ist der Auffassung, die Klägerin habe zu Unrecht die Hauptdiagnose P37.9 kodiert. Der Begriff "angeboren" sei weder in der ICD-10-GM noch in den Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) definiert und es existiere auch kein einheitliches wissenschaftlich-medizinisches Begriffsverständnis. Nach dem deshalb maßgeblichen allgemeinen Begriffskern seien angeboren nur solche Merkmale, die zum Zeitpunkt der Geburt vorhanden seien. Weil P39 auch Infektionen erfasse, die zum Zeitpunkt der Geburt vorhanden gewesen seien, müsse weiter nach dem Übertragungsweg unterschieden werden. P37 erfasse überwiegend ansteckende, meldepflichtige

Infektionskrankheiten, die in der Regel im Mutterleib über das Blut der Mutter übertragen werden. P39 erfasse demgegenüber Infektionen durch äußere Noxen.

- 5 Die Beklagte beantragt,
die Urteile des Landessozialgerichts Niedersachsen-Bremen vom 13. November 2024
und des Sozialgerichts Hannover vom 21. April 2023 aufzuheben und die Klage abzu-
weisen.
- 6 Die Klägerin beantragt,
die Revision zurückzuweisen.
- 7 Sie hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend.

II

- 8 Die zulässige Revision der Beklagten ist im Sinne der Aufhebung des LSG-Urteils und Zurück-
verweisung der Sache an das LSG zur erneuten Verhandlung und Entscheidung begründet
(§ 170 Abs 2 Satz 2 SGG).
- 9 Die von der Klägerin erhobene (echte) Leistungsklage ist im hier bestehenden Gleichordnungs-
verhältnis zulässig (*stRspr*; vgl. zB BSG vom 16.12.2008 - B 1 KN 1/07 KR R - BSGE 102, 172
= SozR 4-2500 § 109 Nr 13, RdNr 9 mwN; BSG vom 30.6.2009 - B 1 KR 24/08 R - BSGE 104,
15 = SozR 4-2500 § 109 Nr 17, RdNr 12; BSG vom 17.9.2013 - B 1 KR 51/12 R - BSGE 114, 209
= SozR 4-2500 § 115a Nr 2, RdNr 8). Der Senat kann jedoch auf der Grundlage der Feststellun-
gen des LSG nicht entscheiden, ob der mit der Klage geltend gemachte, nach Grund und Höhe
nicht bestrittene Vergütungsanspruch der Beklagten durch Aufrechnung mit einem aus der
Behandlung des Versicherten resultierenden Erstattungsanspruch in Höhe von 1657,77 Euro
erloschen ist (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 § 11 Nr 2 und B 1 KR
7/16 R - SozR 4-7610 § 366 Nr 1).
- 10 1. Rechtsgrundlage des von der Klägerin wegen der stationären Behandlung des Versicherten
geltend gemachten Vergütungsanspruchs ist § 109 Abs 4 Satz 3 SGB V iVm § 17b KHG und § 7
KHEntgG, der hier durch § 9 Abs 1 KHEntgG iVm FPV 2018 konkretisiert wird (vgl. BSG vom
19.6.2018 - B 1 KR 39/17 R - SozR 4-5562 § 9 Nr 10 RdNr 10 mwN). Die Zahlungsverpflichtung
einer Krankenkasse entsteht - unabhängig von einer Kostenzusage - unmittelbar mit Inanspruch-
nahme der Leistung durch den Versicherten kraft Gesetzes, wenn die Versorgung - abgesehen
von einem Notfall - in einem zugelassenen Krankenhaus durchgeführt wird und iS von § 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 4-2500 § 12 Nr 18, RdNr 11 mwN). Diese Grundvoraussetzungen waren nach dem Gesamtzusammenhang der unangegriffenen, den Senat bindenden Feststellungen des LSG (§ 163 SGG) vorliegend erfüllt.

- 11 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 § 1 Abs 6 Satz 1 FPV 2018; vgl für die stRspr zum rechtlichen Rahmen der Klassifikationssysteme und des Groupierungsvorgangs BSG vom 19.6.2018 - B 1 KR 39/17 R - SozR 4-5562 § 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. Dazu gehören die Fallpauschalen selbst, die von den Vertragspartnern auf Bundesebene vereinbarten Deutschen Kodierrichtlinien (*DKR - hier Version 2018*) für das DRG-System gemäß § 17b KHG, aber auch die vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information - jetzt Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte - im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit jährlich herausgegebenen Klassifikationssysteme der ICD-10-GM und des Operationen- und Prozedurenschlüssels (*vgl BSG vom 22.6.2022 - B 1 KR 31/21 R - BSGE 134, 193 = SozR 4-5560 § 19 Nr 1, RdNr 11*).
- 12 2. Die Klägerin hat den dem Grunde nach entstandenen Vergütungsanspruch auf die Fallpauschale DRG P67B gestützt und dabei die Diagnose P37.9 als Hauptdiagnose verschlüsselt (*vgl zur Definition der Hauptdiagnose DKR D002f und BSG vom 21.4.2015 - B 1 KR 9/15 R - BSGE 118, 225 = SozR 4-2500 § 109 Nr 45, RdNr 16 ff*). Das LSG hat die Voraussetzungen von P37.9 bejaht. Die infektiöse Krankheit des Versicherten sei angeboren gewesen, weil sie sich innerhalb der ersten 72 Stunden nach der Geburt offenbart habe. Dies hält einer rechtlichen Überprüfung nicht stand.
- 13 Eine angeborene infektiöse oder parasitäre Krankheit im Sinne von P37.9 liegt nach Wortlaut und Systematik der ICD-10-GM nur vor, wenn die Infektion bereits bei Vollendung der Geburt vorhanden war (*dazu a und b*). Hierzu fehlen Feststellungen des LSG (*dazu c*). Der bloße Verdacht auf eine bereits vor oder unter der Geburt eingetretene Infektion rechtfertigt die Kodierung von P37.9 nicht (*dazu d*).
- 14 a) Abrechnungsbestimmungen sind wegen ihrer Funktion im Gefüge der Ermittlung des Vergütungstatbestandes innerhalb eines vorgegebenen Vergütungssystems eng am Wortlaut orientiert und allenfalls unterstützt durch systematische Erwägungen auszulegen; Bewertungen und Bewertungsrelationen bleiben außer Betracht (*stRspr; vgl zB BSG vom 20.3.2024 - B 1 KR 41/22 R - SozR 4-5562 § 9 Nr 26 RdNr 12 mwN*). Abrechnungsbestimmungen können Begriffe entweder ausdrücklich definieren oder deren spezifische Bedeutung kann sich ergänzend aus der Systematik der Regelung ergeben. Ferner kann der Wortlaut ausdrücklich oder implizit ein an anderer Stelle normativ determiniertes Begriffsverständnis in Bezug nehmen. Fehlt es an solchen

normativen definitorischen Vorgaben, gilt der Grundsatz, dass medizinische Begriffe im Sinne eines faktisch bestehenden, einheitlichen wissenschaftlich-medizinischen Sprachgebrauchs zu verstehen sind. Ergeben sich danach keine eindeutigen Ergebnisse, ist der allgemeinsprachliche Begriffskern maßgeblich (*vgl. BSG vom 16.8.2021 - B 1 KR 11/21 R - SozR 4-5562 § 9 Nr 21 RdNr 7 mwN*).

- 15 b) Der im Kapitel XVI und auch in anderen Kapiteln der ICD-10-GM verwendete Begriff "angeboren" wird zwar weder in der ICD-10-GM selbst noch an anderer Stelle ausdrücklich definiert. Aus den weiteren Regelungen und der Systematik der Kapitel I und XVI und speziell der Gruppe P35 bis P39 ergibt sich jedoch unter Berücksichtigung der DKR ein - mit dem Wortsinn übereinstimmendes - normativ determiniertes Begriffsverständnis dahingehend, dass angeborene Infektionen auch solche sind, die sich während des Geburtsvorgangs ereignen (*vgl. auch <https://www.pschyrembel.de/angeboren/K02CE/doc/>*).
- 16 aa) Das Kapitel XVI der ICD-10-GM (P00-P96) umfasst nach seinem Titel "Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben". Zu dem Begriff "Perinatalperiode" findet sich eine Definition in der DKR 1602a. Sie beginnt danach mit Vollendung der 22. Schwangerschaftswoche und endet mit der Vollendung des siebten Tages nach der Geburt. Dieser Zeitraum kennzeichnet den äußeren Rahmen des gesamten Kapitels XVI.
- 17 Die in dem Kapitel XVI geregelte Gruppe P35-P39 regelt "Infektionen, die für die Perinatalperiode spezifisch sind". Die Gruppe umfasst nach dem Inklusivum "Infektionen, die in utero oder unter der Geburt erworben wurden", dh neben kongenitalen auch die konnatal erworbenen Infektionen. Ausdrücklich exkludiert sind dagegen "Nach der Geburt erworbene Infektionskrankheiten (A00-B99, J09-J11)". Dieser Ausschluss gilt aber nur grundsätzlich, nämlich soweit nicht die nachfolgenden Diagnosen eigenständige, davon abweichende Regelungen treffen oder Rückausnahmen eingreifen.
- 18 Insoweit vorrangige Regelungen finden sich dort, wo nur auf die Neugeboreneigenschaft und den durch die Perinatalperiode definierten Zeitraum abgestellt wird, nämlich bei P36, P38 (*Omphalitis beim Neugeborenen mit oder ohne leichte Blutung*) und P39 ohne P39.2.
- 19 (1) Für P36 (*Bakterielle Sepsis beim Neugeborenen*) greift eine ausdrückliche Rückausnahme im Kapitel I gegenüber dem vorgenannten Exklusivum zu P35-P39 ein, die Infektionen auch nach der Geburt einschließt. Die Sepsis beim Neugeborenen wird vom Anwendungsbereich des Kapitels I ausgenommen (*Exklusivum zu A.40 Streptokokkensepsis <P36.0 und 1> und zu A.41 Sonstige Sepsis <P.36>; die als Exklusivum zu A.41 aufgeführte Diagnose O75.3 <Unter der Geburt> betrifft nur die Mutter*), sodass das Exklusivum "Nach der Geburt" nicht greift. Ergänzt wird diese Rückausnahme durch das spezielle Inklusivum "Angeborene Sepsis" bei P36.

- 20 Insoweit stellt für P36 das vor die Klammer zu P35-P39 gezogene, allgemeine Inklusivum "in utero oder unter der Geburt erworben" zunächst lediglich klar, dass auch Infektionen, die vor oder unter der Geburt auftreten, mit erfasst sind. Im Grunde ist dies eine Selbstverständlichkeit, wenn bereits angeborene und nachgeburtliche Infektionen mit Sepsisfolge erfasst sind. Entscheidend ist jedoch, dass die Klassifikation hier die Infektion unter der Geburt der Infektion vor der Geburt gleichstellt und insoweit von der Dichotomie angeboren, das heißt vor und unter der Geburt, einerseits (Inklusivum) und nach der Geburt andererseits (Rückausnahme vom Exklusivum) ausgeht. Denn der Zustand "nach der Geburt" kann schon nach dem Wortlaut nicht zugleich den Zustand "unter der Geburt" miterfassen. Es wird also der Regelungsgehalt des speziellen Inklusivums durch das allgemeine Inklusivum definiert.
- 21 (2) Im Falle der Omphalitis beim Neugeborenen nach P38, der Entzündung des noch nicht zum Bauchnabel gewordenen Nabelschnurrestes, kann es sich dabei nur um den Einschluss der Infektion der gerade durchtrennten Nabelschnur handeln, also der Infektion gerade noch unter der Geburt und der Infektion nach der Geburt (*vgl S3-Leitlinie "Die vaginale Geburt am Termin", AWMF-Registernummer 015-083, Stand 22.12.2020, Ziff 9.4.2.3, abrufbar unter www.awmf.org*). Insofern bezeichnet ICD-10-GM diese Erkrankung zutreffend nicht als angeboren. Die Omphalitis als spezifische Erkrankung des Neugeborenen wird nur in P38 erfasst. Es bedarf daher keiner Rückausnahme im Kapitel I.
- 22 (3) In P35 und P37 sind "angeborene" Infektionskrankheiten geregelt; in P39.2 eine Infektion des Fetus, mithin auch eine angeborene Infektion. Die Infektion nach P37.2, Neugeborenenlisteriose (disseminiert), kann vor und unter der Geburt eintreten (*vgl die Erläuterungen unter <https://gesund.bund.de/icd-code-suche/p37-2>*), aber auch kurz danach. Insoweit enthält A32 als Exklusivum eine Rückausnahme und es ist deshalb auch die nach der Geburt auftretende Neugeborenenlisteriose mit P37.2 zu kodieren. Entsprechendes gilt für die Kandidose bei Neugeborenen (P37.5) aufgrund des Exklusivums zu B37. Insoweit spricht auch P37 hinsichtlich dieser beiden einzelnen Diagnosen zutreffend nicht von angeborenen Diagnosen. Hingegen wird hinsichtlich der Toxoplasmose (P37.1) und der Malaria tropica (P37.3) in der Medizin eine Übertragung unter der Geburt nicht ausgeschlossen (*vgl die Erläuterungen unter <https://gesund.bund.de/icd-code-suche/p37-1> und .../p37-3*). Für die Toxoplasmose nach B58 gilt ein Exklusivum, das auf P37.1 verweist, also auf die Angeborene Toxoplasmose. Sie hat hier nur eine (überflüssige) klarstellende Funktion und stellt keine Rückausnahme zum Exklusivum "nach der Geburt" dar. Konsequenterweise verwendet jedoch ICD-10-GM hier das Adjektiv "angeboren". Gleiches gilt für die Tuberkulose, bei der das Exklusivum zur Gruppe A15 - A19 für die Angeborene Tuberkulose auf P37.0 verweist. Diese sowie die Malaria und die Toxoplasmose sind aber aufgrund des Exklusivums für "Nach der Geburt erworbene Infektionskrankheiten" zu P35 - P39 nicht nach P37.0, P37.1, P37.3 und P37.4 kodierbar. Auch hier zeigt sich die Dichotomie angeboren, das heißt vor und unter der Geburt, einerseits (Inklusivum) und nach der Geburt (Exklusivum) andererseits.

- 23 (4) Dies bedeutet hingegen, dass, mit Ausnahme von P39.2 (*Intraamniale Infektion des Fetus, anderenorts nicht klassifiziert*), P39 Infektionen ausschließt, die allein vor oder unter der Geburt erfolgen. Denn in diesem Fall findet P37 Anwendung. P39 stellt nicht auf das Angeborenssein ab, sondern nur auf das Neugeborenssein. Es handelt sich um Infektionen, die spezifisch für die Neugeborenenzeit sind, wobei der Zeitpunkt der Infektion unerheblich ist. Dieser kann vor, während oder auch erst nach der Geburt liegen. Insoweit stellt P39 wie P38 eine inzidente Abweichung vom Exklusivum "nach der Geburt" dar.
- 24 bb) Soweit das LSG unter Verweis auf eine fachliche Äußerung des Robert-Koch-Instituts meint, eine Infektion sei angeboren, wenn sie sich innerhalb von 72 Stunden offenbare (*fachliche Äußerung des Robert-Koch-Institut zum Epidemiologischen Bulletin 42/2013, Seite 13, abrufbar unter <https://www.rki.de>; vgl ferner die S2k-Leitlinie Bakterielle Infektionen bei Neugeborenen, Stand 30.4.2018, AWMF-Registernummer Nr 024-008, abrufbar unter www.awmf.org; vgl dazu auch LSG Hamburg vom 23.9.2021 - L 1 KR 56/21 - juris RdNr 19*), findet sich hierfür in der ICD-10-GM und in den DKR keine Stütze. Die ICD-10-GM stellt - wie bereits dargelegt (*siehe RdNr 13 ff*) - für die Zuordnung auf den Zeitpunkt der Infektion selbst ab, nicht darauf, wann sich diese durch Symptome oder Entzündungsparameter offenbart. Die fachliche Äußerung erfolgte zudem in einem anderen Zusammenhang, nämlich zur Einordnung einer neonatalen Sepsis. Diese ist in der ICD-10-GM in P36 gesondert und erregerbezogen klassifiziert (*vgl auch RdNr 19 f*). Sofern die fachliche Äußerung - was das LSG nicht festgestellt hat - einen allgemeinen medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisstand dahingehend widerspiegeln sollte, dass bei Infektionen, die bis zu 72 Stunden nach der Geburt auftreten, davon auszugehen ist, dass sie bereits vor oder während der Geburt vorhanden waren (*vgl dagegen allerdings LSG Niedersachsen-Bremen vom 19.11.2024 - L 16 KR 485/23 - juris RdNr 45*), wäre dies ggf im Rahmen der Beweiswürdigung zu berücksichtigen.
- 25 cc) Sofern die Beklagte demgegenüber der Ansicht ist, P37.9 umfasse nur solche Infektionen, die kongenital bzw hereditär (auf dem Blutweg) entstanden sind und damit bei der Mutter als infektiöse oder parasitäre Krankheit ebenfalls vorhanden sind (*ebenso - ausgehend vom allgemeinen Begriffskern des Wortes "angeboren" - LSG Nordrhein-Westfalen vom 1.9.2022 - L 16 KR 508/21 KH - juris RdNr 33*), findet sich für diese Einschränkung im Wortlaut und der aufgezeigten Systematik der ICD-10-GM (*siehe RdNr 15 ff*) kein Anhaltspunkt.
- 26 c) Das LSG hat - von seinem rechtlichen Standpunkt aus konsequent - nicht festgestellt, ob bei dem Versicherten bereits bis zum Abschluss des Geburtsvorgangs eine Infektion vorhanden war.
- 27 d) Sollte sich dies im wiedereröffneten Berufungsverfahren nicht mit der erforderlichen Gewissheit feststellen lassen, schiede wegen der der Klägerin obliegenden Beweislast P37.9 als Hauptdiagnose aus (*vgl in diesem Sinne auch LSG Niedersachsen-Bremen vom 19.11.2024 - L 16 KR 485/23 - juris RdNr 48, Revision anhängig unter B 1 KR 39/24 R*). Der bloße Verdacht auf eine angeborene Infektion genügt für die Verschlüsselung dieses Codes nicht.

- 28 Die Resteklassen dürfen nicht verwendet werden, um Diagnosen "aufzufangen", die scheinbar nicht anderenorts klassifiziert sind (*DKR D009a, Version 2018; vgl dazu auch BSG vom 20.3.2018 - B 1 KR 25/17 R - SozR 4-5562 § 9 Nr 11 RdNr 18*). Insofern ist bei einer für die Perinatalperiode spezifischen (Neugeborenen-)Infektion, die nicht hinreichend sicher angeboren in dem beschriebenen Sinne ist, die (Auffang-)Diagnose P39.9 zu verschlüsseln. Das wird bestätigt durch das Alphabetische Verzeichnis der ICD-10-GM, in dem unter dem Stichwort "Fetus/Neugeborenes" und dem Untereintrag "Infektion" auf P 39.9 verwiesen wird. Es gilt unter den nachfolgend genannten Voraussetzungen auch bei der Kodierung der Infektion als Verdachtsdiagnose im Sinne der DKR D008b, das heißt bei einem am Ende des stationären Aufenthalts weder sicher bestätigten noch sicher ausgeschlossenen Verdacht auf eine solche Infektion, sofern - wie hier - eine Behandlung eingeleitet wurde (*vgl auch LSG Nordrhein-Westfalen vom 1.9.2022 - L 16 KR 508/21 KH - juris RdNr 28 f, 34*).
- 29 Nach DKR D008b ist die Diagnose als Verdachtsdiagnose zu kodieren, aufgrund derer eine Behandlung eingeleitet wurde. Das bestimmt sich jedoch nach den objektiven Umständen, nicht nach der subjektiven Einschätzung des behandelnden Arztes. Dies folgt schon aus der Definition der Hauptdiagnose, die eine Ex-post-Betrachtung verlangt (*vgl BSG vom 29.8.2023 - B 1 KR 25/22 R - SozR 4-5562 § 9 Nr 25 RdNr 16 ff mwN*). Für Nebendiagnosen kann insoweit nichts anderes gelten (*vgl BSG vom 17.11.2015 - B 1 KR 41/14 R - SozR 4-2500 § 109 Nr 51 RdNr 16 mwN*).
- 30 Im Falle zweier Verdachtsdiagnosen ist danach jene zu kodieren, die auf einer weniger unsicheren Tatsachengrundlage als die andere beruht. Der Verdacht muss sich hier insoweit darauf stützen, dass eine für die Perinatalperiode spezifische Infektion vorgelegen haben könnte. Hingegen kann auf einen Verdacht, dass eine spezifische Infektion vorgelegen haben könnte, nicht ein weiterer Verdacht aufgesetzt werden, dass die Infektion sogar eine solche sei, die nur als angeborene übertragen werden könne. Für P39.9 sind insoweit weniger Verdachtsannahmen erforderlich als für P37.9.
- 31 3. Ungeachtet der Frage, ob die vom LSG angenommene Infektion des Versicherten danach mit P37.9 oder P39.9 zu verschlüsseln ist, wird das LSG im wiedereröffneten Berufungsverfahren für die Bestimmung der zutreffenden Hauptdiagnose auch noch Weiteres festzustellen haben. Das LSG wird zu prüfen haben, ob der stationäre Aufenthalt durch den Infektionsverdacht hauptsächlich veranlasst wurde oder durch die nach den Feststellungen des LSG bei der Aufnahme ebenfalls vorliegenden rezidivierenden Hypoglykämien (*vgl ICD-10-GM P70.0; zur Definition der Hauptdiagnose siehe DKR D002f; vgl dazu BSG vom 29.8.2023 - B 1 KR 25/22 R - SozR 4-5562 § 9 Nr 25 RdNr 15 ff mwN*). Hinsichtlich der Nachkodierung im Fall einer nach Abschluss des Prüfverfahrens streitig gebliebenen Hauptdiagnose und der Vergütung des Behandlungsfalls ist das Urteil des Senats vom 16.7.2025 maßgeblich (*B 1 KR 18/24 R - vorgesehen für BSGE und SozR 4-2500 § 301 Nr 14*).

- 32 Für den Fall, dass der Beklagten gegen die Klägerin ein Erstattungsanspruch wegen der Behandlung des Versicherten zugestanden haben sollte, wird das LSG schließlich auch noch über die Wirksamkeit der Aufrechnung zu entscheiden haben (*vgl zu den Anforderungen an die Wirksamkeit der Aufrechnung mit Blick auf die von § 8 PrüfvV 2016 geforderte Mitteilung der abschließenden Entscheidung der Krankenkasse nebst der wesentlichen Gründe sowie des Erstattungsanspruchs BSG vom 28.8.2024 - B 1 KR 33/23 R - BSGE 138, 272 (vorgesehen) = SozR 4-5560 § 17c Nr 15, RdNr 23 ff; BSG vom 12.6.2025 - B 1 KR 8/24 R - juris RdNr 10 ff, zur Veröffentlichung in SozR vorgesehen; BSG vom 12.6.2025 - B 1 KR 40/24 R - juris; BSG vom 16.7.2025 - B 1 KR 22/24 R - juris RdNr 32 ff; BSG vom 26.3.2026 - B 1 KR 5/25 R*).
- 33 4. Die Kostenentscheidung bleibt dem LSG vorbehalten. Die Streitwertfestsetzung folgt aus § 197a Abs 1 Satz 1 Teilsatz 1 SGG iVm § 63 Abs 2 Satz 1, § 52 Abs 1 und Abs 3 Satz 1 sowie § 47 Abs 1 Satz 1 GKG.