



Sozialgericht Bremen

S 8 KR 47/22 KH

Im Namen des Volkes

Gerichtsbescheid

In dem Rechtsstreit

[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

– Klägerin –

Prozessbevollmächtigte:

[REDACTED]
[REDACTED]

g e g e n

[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

– Beklagte –

hat die 8. Kammer des Sozialgerichts Bremen am 27. Oktober 2025 durch ihren Vorsitzenden, [REDACTED] für Recht erkannt:

1. Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin Zinsen in Höhe von drei Prozentpunkten über dem Basiszinssatz auf einen Betrag von 20.051,67 € vom 11.05.2022 bis zum 10.06.2022 zu zahlen.
2. Die Kosten des Verfahrens trägt die Beklagte.
3. Der Streitwert wird auf 20.698,68 € festgesetzt.

Tatbestand

Die Klägerin begehrt die Vergütung einer Krankenhausbehandlung, welche die Beklagte mit der Begründung nicht binnen der gesetzlichen Zahlungsfrist des § 415 Sozialgesetzbuch 5. Buch (SGB V) a.F. (sog. "Corona-Zahlungsfrist") erbracht hatte, die Klägerin hätte nicht alle nach § 301 SGB V erforderlichen Angaben übermittelt, weshalb keine Fälligkeit der Forderung eingetreten sei.

Zu Grunde liegt der Behandlungsfall der bei der Beklagten versicherten Patientin [REDACTED], welche im Zeitraum vom 08.03.2022 bis zum 16.04.2022 im Klinikum der Klägerin behandelt wurde.

Die Klägerin übermittelte der Beklagten die dem unmittelbaren Wortlaut des § 301 SGB V nach gebotenen, regelmäßig als Voraussetzung für eine Fälligkeit der entsprechenden Rechnung erforderlichen Angaben im Datenaustausch nach § 301 SGB V (u. a. AUFN-, ENTL- sowie RECH-Datensatz per DTA), insbesondere am 05.05.2022 die (Schluss-) Rechnung über einen Betrag von 20.698,68 Euro auf Basis der DRG D60A (Bösartige Neubildungen an Ohr, Nase, Mund und Hals, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren oder schweren CC). Dabei kodierte sie u.a. auch die beiden Nebendiagnosen E43 und R64.

Die Beklagte forderte – ohne die Rechnung zu begleichen – am 11.05.2022 eine medizinische Begründung (MBEG) bei der Klägerin an (mit ANFM-Datensatz per DTA). Diese lautete: "Die zusätzliche Kodierung des ICD E43 neben R64 erscheint eher fraglich. Bitte begründen Sie in diesem Fall die zusätzliche Kodierung nach den Vorgaben des DIMDI."

Die Klägerin lieferte keine entsprechende Begründung, woraufhin die Beklagte die gegenständliche Rechnung (weiterhin) nicht beglich.

Die Klägerin hat am 12.05.2022 beim erkennenden Gericht Klage erhoben. Zur Begründung ihrer Klage hat sie im Wesentlichen vorgetragen, die Rechnung sei aufgrund der Übersendung am 05.05.2022 bis spätestens zum 10.05.2022 auszugleichen gewesen, wobei innerhalb dieser Frist weder eine Nachfrage bzw. Reaktion der Beklagten noch eine Begleichung der Rechnung erfolgt sei. Die erst nach Fristablauf per DTA (AFNM) erfolgte Nachfrage sei unzulässig und daher weder zu beantworten noch geeignet gewesen, die bereits abgelaufene Zahlungsfrist wieder aufleben zu lassen oder neu zu begründen.

Da sich die Beklagte entsprechend bei Klageerhebung im Verzug befunden habe sei sie zulässig und begründet (gewesen). Dieser Eintritt der Fälligkeit hätte darüber hinaus nur dann in Frage gestellt werden können, wenn die Klägerin zuvor zur Beantwortung der Rückfrage der Beklagten vom 11.05.2023 verpflichtet gewesen wäre (Anlage K3; „ANFM“ – Anforderung medizinische Begründung vom 11.05.2023). Es liege jedoch keine der zu §301 SGB V definierten Konstellationen vor, in denen zur Begründung der Fälligkeit weitere medizinische Informationen übermittelt werden müssen.

Insbesondere stünden Fälligkeit und Verzug auch weder ein Verstoß gegen § 301 SGB V noch ein Mangel im Sinne einer – durch die Rechtsprechung entwickelten – „offensichtlich fehlenden Plausibilität“ der Rechnung entgegen. Eine solche lasse sich insbesondere auch nicht aus der KDE 599 (inkl. Kommentar FOKA) ableiten. Hieraus ergebe sich vielmehr, dass die Zulässigkeit der Kodierung bestimmten Nebendiagnosen vom medizinischen Sachverhalt abhängig und folglich nur durch den Medizinischen Dienst (MD) zu prüfen sei. KDE könnten sich jeweils nur auf den dort beschriebenen Einzelfall beziehen. Liege der Fall jedoch medizinisch anders gelagert, findet die betreffende KDE keine Anwendung. Da beide Konstellationen denkbar gewesen seien und die Kodierung habe erkennen lassen, dass sowohl eine systemische wie auch eine mechanische Ernährungsstörung vorlag, habe die Rechnung nicht an einer offensichtlich fehlenden Plausibilität gelitten.

Auch wenn die Beklagte die zusätzliche Kodierung der E43 neben R64 als "fraglich" bezeichne, könne dies eine fehlende Plausibilität der Rechnung (auf der ersten Prüfstufe) nur begründen, falls nach den Vorgaben des BfArM (früher DIMDI) ein Exklusivum bei einer der beiden Diagnosen definiert worden wäre. Dies sei bei R64 jedoch lediglich für E41, nicht aber für E43 der Fall. Im Übrigen habe die Beklagte durch die zwischenzeitlich erfolgte Beauftragung des MD mit der Prüfung, ob vorliegend sowohl ICD R64 wie auch ICD E43 zu kodieren seien, selbst der Auffassung eines generellen Ausschlusses der Kodierbarkeit der ND E43 neben R64 widersprochen.

Nachdem die Rechnung am 10.06.2022 beglichen und am 23.02.2023 um 647,01 € reduziert worden sei, werde der

ursprüngliche Antrag, die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin Euro 20.698,68 nebst Zinsen in Höhe von 3 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz ab dem 11.05.2022 zu zahlen

umgestellt und nunmehr beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin Zinsen in Höhe von drei Prozentpunkten über dem Basiszinssatz auf einen Betrag von Euro 20.051,67 vom 11.05.2022 bis zum 10.06.2022 zu zahlen und die Kosten des Verfahrens zu tragen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie hat im Wesentlichen vorgetragen, man sei der Auffassung, die Klage sei mangels Rechtsschutzbedürfnis schon unzulässig (gewesen). Dies folge insbesondere daraus, dass der Klägerin mit einer Beantwortung der Nachfrage der Beklagten zu einer medizinischen Begründung hinsichtlich der inkriminierten Diagnosen ein einfacherer Weg zur Erreichung des Klageziels ohne die Notwendigkeit der Befassung des Gerichtes zur Verfügung gestanden habe.

Darüber hinaus hält die Beklagte die Klage aber auch für unbegründet. Entgegen der "Behauptung" der Klägerin sei eine Rechnung nicht lediglich dann implausibel und nicht fällig, wenn entgegen eines Exklusivums die Kodierung zweier Diagnosen vorgenommen wird. Für eine Fälligkeit seien vorliegend insbesondere über die Auffassung der Klägerin [d.h. über den reinen unmittelbaren Wortlaut der Norm] hinausgehende Angaben nach § 301 SGB V zu machen.

Die Beklagte benötige in einem Fall wie dem vorliegenden bereits auf der ersten Prüfstufe eine MBEG der Klägerin, um eine ordnungsgemäße Abrechnungsprüfung vorzunehmen und eine Prüfung durch den MD einleiten zu können. Die E43 sei bereits in der R64 "eingeschlossen". Grundlage für die Rechnungsabweisung sei "die KDE-599 der deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling". Diese besage, E43 sei nicht zusätzlich zu kodieren, da der Aspekt der erheblichen Energie- und Eiweißmangelernährung bereits durch R64 abgebildet werde.

Auch wenn vorliegend nicht das (durch Exklusivum in R64 geregelte) Verhältnis zwischen der E41 und R64, sondern das (nicht entsprechend geregelte) zwischen E43 und R64 gegenständlich sei, lasse sich nicht schlussfolgern, dass die Kodierung der E43 neben R64 mangels Exklusivum "stets" zulässig sei. Durch das Ausschlussverhältnis bzgl. E41 werde bei der Kodierung von Mangelernährungen im DRG-System zum Ausdruck gebracht, dass die Kodierung einer Mangelernährung jedenfalls bei einem pathologischen Gewichtsverlust ausgeschlossen sei, da diese "in der Regel" notwendigerweise miteinander einhergingen. In KDE-599 sei "durch die DGfM geregelt" worden, dass eine

Energie- und Eiweißmangelernährung ebenfalls häufig mit einer Kachexie [pathologischer Gewichtsverlust] verbunden und eine Kodierung der beiden Diagnosen nebeneinander daher nicht möglich sei.

Die Kommentierung des FoKA zur KDE-599 habe im Gegensatz zur KDE selbst für den vorliegenden Fall keine Relevanz.

Auf Nachfrage des Gerichtes hat die Beklagte zusammenfassend bestätigt, es gehe ihr im Kern um die Frage, ob bzw. in welchen Fällen eine über die formalen Angaben nach dem reinen Wortlaut des § 301 SGB V hinausgehende Begründungspflicht des Krankenhauses bestehen soll. Dies sei nach ihrer Auffassung auch dann der Fall, wenn zwar keiner der Fälle vorliegt, zu denen das BSG bereits eine Begründungspflicht des Krankenhauses auf der ersten Prüfstufe postuliert hat, aber trotzdem eine besonders große Unwahrscheinlichkeit [aber eben keine formale Gewissheit] hinsichtlich der Richtigkeit der Kodierung besteht, weil beispielsweise Diagnosen parallel kodiert werden, die typischerweise nicht parallel kodiert werden können. Denn es gebe weitere, noch nicht durch das BSG beurteilte Fälle einer solchen Begründungspflicht des Krankenhauses auf der ersten Stufe – und ein solcher Fall sei insbesondere bei der hier gegenständlichen Parallelkodierung von E43 und R64 gegeben.

Schließlich vertritt die Beklagte die Auffassung, aus einer später nach Befassung des MD erfolgten Rechnungskorrektur, die ja zeige, dass die ursprüngliche Abrechnung fehlerhaft war, folge, dass die Frage eines Verstoßes gegen die KDE-599 "obsolet" sei.

In prozessualer Hinsicht haben die Beteiligten übereinstimmend das Verfahren hinsichtlich der gesamten ursprünglichen Hauptsacheforderung für erledigt sowie erklärt, streitgegenständlich bleibe nur noch der Zinsanspruch in Höhe von drei Prozentpunkten über dem Basiszinssatz entsprechend dem umgestellten Antrag der Klägerin für den Zeitraum vom 11.05. - 10.06.2022 (sowie die Kostentragung).

Das Gericht hat die Beteiligten unter Einräumung einer Stellungnahmefrist zu einer beabsichtigten Entscheidung durch Gerichtsbescheid angehört.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes und wegen des weiteren Vorbringens der Beteiligten wird auf die Schriftsätze der Beteiligten sowie den sonstigen Inhalt der Verfahrensakten Bezug genommen, die der gerichtlichen Entscheidungsfindung zugrunde gelegen haben.

Entscheidungsgründe

Gemäß § 105 Sozialgerichtsgesetz (SGG) konnte das Gericht im vorliegenden Fall ohne mündliche Verhandlung durch Gerichtsbescheid entscheiden, weil die Sache keine besonderen Schwierigkeiten tatsächlicher oder rechtlicher Art aufweist, der Sachverhalt geklärt ist und die Beteiligten vor Erlass ordnungsgemäß angehört wurden.

Die Klage ist zulässig und begründet.

Die Klage ist zunächst als echte Leistungsklage nach § 54 Abs. 5 SGG im Gleichordnungsverhältnis zulässig.

Entgegen der Auffassung der Beklagten mangelt es ihr auch nicht an einem Rechtsschutzbedürfnis. Ein Rechtsschutzbedürfnis ist zu verneinen, wenn der Kläger auf einem einfacheren Weg sein Klageziel erreichen könnte (vgl. etwa BeckOGK/Bieresborn, 1.8.2025, SGG § 54 Rn. 182). Klageziel ist hier die Durchsetzung eines beklagtenseitig negierten und folglich nicht erfüllten Zahlungsanspruchs (gewesen). Dieses Ziel kann bzw. konnte die Klägerin jedoch angesichts der Zahlungsverweigerung seitens der Beklagten nicht auf einfacherem Weg erreichen. Entgegen der Auffassung der Beklagten muss ein Gläubiger, der eine fällige Forderung hat (bzw. zu haben meint), sich nicht darauf verweisen lassen, dass möglicherweise die Erfüllung überobligatorischer Anforderungen seitens des Schuldners diesen dazu veranlassen könnte, seine Zahlungsverweigerung aufzugeben und doch noch zu leisten. Zum einen liegt in einer Handlung, zu welcher der Gläubiger nicht verpflichtet ist und die er nicht vornehmen will, schon grundsätzlich kein einfacherer Weg, um einen rechtmäßigen Zustand zu erreichen. Zum anderen kann der Gläubiger damit jedenfalls keinen nötigenfalls vollstreckbaren Titel erlangen, woran er aber gerade angesichts der bereits vorgehenden Zahlungsverweigerung naturgemäß ein berechtigtes Interesse hat.

Die Klage ist auch begründet.

Einschlägige Anspruchsgrundlage für die der Zinsforderung zugrunde liegende ursprüngliche Hauptsacheforderung sind dabei § 109 Abs. 4 Satz 3 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) i. V. m. § 7 Abs. 1 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG). Der Behandlungspflicht der zugelassenen Krankenhäuser i.S. des § 109 Abs. 4 Satz 2 SGB V steht dabei ein entsprechender Vergütungsanspruch gegenüber, wenn die Versorgung i.S.v. § 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V erforderlich war. (Vgl. insgesamt auch übersichtlich BeckOK, § 39 SGB V, Rn. 73 ff. m.w.N. aus Rspr. und Lit.).

Diese Voraussetzungen lagen hier vor. Die streitgegenständliche Rechnung der Klägerin ist insbesondere auch fällig und zahlbar gewesen gem. § 415 SGB V i.d.F. 03.06.2021 i.V.m. § 4 Abs. 6 Verordnung zur Regelung weiterer Maßnahmen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser (COVKHWiSMVO), Verordnung zur Änderung der Verordnung zur Regelung weiterer Maßnahmen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Änderung der Hygienepauschaleverordnung vom 28.03.2022 sowie § 301 SGB V.

Danach war bestimmt, dass die von den Krankenhäusern in Rechnung gestellten Leistungen innerhalb von fünf Tagen nach Rechnungseingang zu zahlen sind. Ebenso wie schon die ursprüngliche Vorgängerregelung des § 330 SGB V a.F. diente die Regelung der Sicherung der Liquidität der Krankenhäuser in Zeiten der Pandemie. Denn das Verschieben von planbaren und nicht zwingend durchzuführenden Operationen und das Freihalten von (Intensiv-)betten für COVID-19-Patienten führte zu weniger Einnahmen für die Krankenhäuser. Um dennoch die Zahlungsfähigkeit der Krankenhäuser zu sichern, ist für einen begrenzten Zeitraum eine gesetzliche Zahlungsfrist von fünf Tagen eingeführt worden (BT-Drs. 19/18112 S. 36). Die Regelung ging dabei landesvertraglichen Regelungen vor.

Der Zahlungsverpflichtung nach § 415 SGB V a.F. ist die Beklagte unstreitig nicht nachgekommen.

Zu Überzeugung des Gerichtes hat die Beklagte gegen die Rechnung auch keine substantiierten Einwendungen vorgebracht, die eine Zahlungsverpflichtung der Beklagten entfallen ließen.

Zunächst ist entgegen der Auffassung der Beklagten irrelevant, ob sich ex-post durch eine Rechnungskorrektur oder wie auch immer zeigt, dass die ursprüngliche Abrechnung fehlerhaft war. Maßstab der Fälligkeit ist vorliegend nicht die materielle Richtigkeit der Rechnung, sondern die Erfüllung der Voraussetzungen des § 301 SGB V.

Auch lässt sich eine fehlende Plausibilität der Rechnung im Sinne des Prüfungsmaßstabs auf der ersten Prüfstufe nach dem Verständnis des Gerichtes nicht der KDE-599 entnehmen.

Zunächst kommt den Aussagen der KDE-599 – wie auch des Kommentars dazu – entgegen der Auffassung der Beklagten keine Regelungsqualität zu. Bei der KDE-599 handelt es sich um eine Kodierempfehlung aus der Feder der Sozialmedizinischen

Expertengruppe "Vergütung und Abrechnung" der Medizinischen Dienste (SEG-4) – und nicht, wie beklagtenseitig vorgetragen, der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling (DGfM) bzw. deren Fachausschuss für ordnungsgemäße Kodierung und Abrechnung (FoKA; wobei dies am Ergebnis auch nichts ändern würde). Die KDE-599 der SEG-4 wurde seitens des FoKA sodann ergänzt um den von der Beklagten für irrelevant erklärten Kommentar. Weder MD bzw. SEG-4 noch DGfM bzw. FoKA sind jedoch insoweit zum Erlass verbindlicher Regelungen berufen oder ermächtigt, weshalb – wie die Begriffe "Empfehlung" und "Kommentar" es ja auch semantisch zum Ausdruck bringen – KDE wie auch Kommentar gleichermaßen lediglich unverbindliche Äußerungen darstellen.

Zu verbindlichen Festlegungen ermächtigt ist demgegenüber der Schlichtungsausschuss nach § 19 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG), dessen Entscheidungen als Kodierregeln gelten (§ 19 Abs. 6 KHG). Dieser hat(te) auch gemäß § 19 Abs. 5 KHG den Auftrag, bis zum 31. Dezember 2020 über die zwischen der Sozialmedizinischen Expertengruppe Vergütung und Abrechnung der Medizinischen Dienste und dem Fachausschuss für ordnungsgemäße Kodierung und Abrechnung der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling bis zum 31. Dezember 2019 als strittig festgestellten Kodierempfehlungen zu entscheiden.

Eine Entscheidung des Schlichtungsausschusses ist jedoch hinsichtlich der als KDE-599 bezeichneten Kodierempfehlung vom 26.06.2019 nicht ergangen, wie der Liste der verpflichtend zu veröffentlichenden Entscheidungen (§ 19 Abs. 6 KHG) zu entnehmen ist (siehe <https://www.g-drg.de/schlichtungsausschuss-nach-19-khg/kde-entscheidungen-des-schlichtungsausschusses-2020>). Dies mag daran gelegen haben, dass die KDE-599, soweit ersichtlich, mangels Rückmeldung der SEG-4 zum FoKA-Kommentar nicht als strittig festgestellt war, was letztlich jedoch für ihre Unverbindlichkeit unerheblich ist.

Weiter kann auch anhand des diesbezüglichen Vortrages der Beklagten in den Augen des Gerichtes nicht festgestellt werden, dass jedenfalls im vorliegenden Fall unabhängig von einer formalen Kodierregel der Sache nach, etwa aufgrund von Semantik bzw. allgemeinen Regeln der Logik, die Kodierung der ND E43 neben der ND R64 nicht plausibel in dem Sinne (gewesen) wäre, dass dies auf der ersten Stufe der Abrechnungsprüfung Relevanz entfalten könnte.

Dabei kann es entsprechend der Trennung ggf. durch den MD zu prüfender, fachlich-medizinischer Fragen von allgemeinen, nichtmedizinischen Fragen hier nicht auf eine spezifisch fachlich-medizinische, sondern lediglich auf eine allgemeine logische bzw. semantische Plausibilität ankommen. Maßstab ist dabei, anders als von der Beklagten

formuliert, auch nicht, ob eine Nebeneinanderkodierung „stets“ zulässig ist, sondern vielmehr, ob eine Nebeneinanderkodierung ausnahmslos als ausgeschlossen erscheint (also entsprechend einem expliziten Exklusivum).

Zunächst besteht zwischen den in Rede stehenden Diagnosen eben gerade kein explizites Ausschließlichkeitsverhältnis dem Wortlaut nach (kein Exklusivum). Weiter ist aber auch nicht ersichtlich, dass die beiden Diagnosen etwas sich logisch generell Ausschließendes enthielten. Vielmehr stellen sich die Inhalte der Diagnosen als ähnlich bzw. teilweise deckungsgleich, nicht jedoch identisch dar (was auch der Grund dafür sein dürfte, dass es beide und nicht nur eine von beiden gibt).

Es ist festzustellen, dass der Inhalt der R64 ein Symptom, also hier einen körperlichen Effekt, nämlich Kachexie, also eine schwere Form der Abmagerung mit generalisierter Muskelatrophie und Abbau der Speicherfett-Depots (pschyrembel.de/Kachexie), nicht aber etwa eine bestimmte Ursache beschreibt. Demgegenüber bezieht sich zwar auch E43 gemäß Info auf einen an der Entwicklung des Körpergewichts zu messenden Grad einer Unterernährung, stellt dem Wortlaut nach aber nicht primär auf diesen oder weitere Effekte, sondern auf eine spezifische Ursache (nämlich eben erhebliche Mängel in der Ernährung hinsichtlich von Energie- und Eiweißzufuhr) ab.

Bestätigt werden die Unterschiede auch durch die entsprechende Zugehörigkeit der E43 zum Abschnitt "Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten / Mangelernährung" (E40-E46), demgegenüber aber der R64 zum Abschnitt "Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind / Allgemeinsymptome" (R50-R69) der ICD-10.

Nach alledem ist logisch und semantisch keineswegs auszuschließen, dass beide Diagnosen in dem Sinne etwas jedenfalls teilweise Verschiedenes beschreiben können, dass zur vollständigen Erfassung eines medizinischen Lebenssachverhalts beide Diagnosen in Betracht kommen, ohne sich auszuschließen oder vollständig zu decken. Bestätigt wird dies systematisch auch dadurch, dass das in der ICD-10 gängige Instrument eines Exklusivums hier gerade nicht verwendet wurde.

Nicht gesagt, aber auch unerheblich, ist damit, ob im vorliegenden Fall oder auch nur mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit bzw. in typischen Fällen im Ergebnis beide Diagnosen nebeneinander zulässiger Weise kodierbar sind. Dies ist jedoch eine medizinische und jenseits der ersten Prüfstufe ggf. im Einzelfall vom MD zu beurteilende Frage.

Schließlich hat Klägerin vorliegend die nach § 301 Abs. 1 SGB V erforderlichen Daten auch im Übrigen vollständig an die Beklagte übermittelt. In dem grundsätzlich als abschließend zu betrachtenden § 301 SGB V ist nicht vorgesehen, dass das Krankenhaus bzgl. einer Prüfung durch die Krankenkasse bereits auf der ersten Stufe der Prüfung zu konkreten medizinischen Begründungen für bestimmte Kombinationen von Nebendiagnosen, etwa, wie von der Beklagten postuliert, bei besonders großer Unwahrscheinlichkeit hinsichtlich der Richtigkeit der Kodierung beispielsweise, falls Diagnosen parallel kodiert werden, die typischerweise nicht parallel kodiert werden, verpflichtet wäre.

Das Gericht sieht vorliegend auch keinen Anlass, im Sinne des Ansatzes der Beklagten neben den bereits durch das BSG umschriebenen, eng begrenzten Fallgruppen zur Erforderlichkeit einer weitergehenden medizinischen Begründung über die Erfordernisse nach dem reinen Wortlaut des § 301 SGB V hinaus die hier beklagtenseitig skizzierte Fallgruppe anzunehmen.

Abgesehen vom Grundsatz der primär direkt am Wortlaut orientierten Auslegung von Abrechnungsbestimmungen im Gefüge eines vorgegebenen Gesamtsystems der Vergütung (vgl. z. B. BSG, Urteil vom 12.12.2023 zum Az. B 1 KR 1/23 R m.w.N.) sieht das Gericht bei der hypothetischen Bildung einer solchen weiteren Fallgruppe Probleme aufgrund nicht hinreichend abstrakt-formal möglicher Abgrenzung. Denn bei einer hypothetischen solchen Fallgruppe betreffend mit einer erweiterten Begründungspflicht bereits auf der ersten Prüfungsstufe bei "besonders großer Unwahrscheinlichkeit" hinsichtlich der Richtigkeit der Kodierung, falls Diagnosen parallel kodiert werden, die typischerweise nicht parallel kodiert werden würde, anders als etwa bei der Frage, ob eine bestimmte Behandlung im AOP-Katalog aufgeführt ist, kein abstrakt-formal klar fassbares Abgrenzungskriterium herangezogen, weshalb es zu erheblichen (weiteren) Unsicherheiten bei der Frage des Greifens einer solchen Ausnahme kommen würde. Eine solche Quelle der (Rechts-) Unsicherheit wäre aber eben gerade nicht geeignet, das Massenverfahren der Abrechnung und Prüfung von stationären Behandlungsfällen zu stärken, zu vereinfachen oder eben Rechtsstreite zu vermeiden bzw. zu reduzieren, sondern dürfte im Gegenteil resultieren.

Auf die Frage, wie groß sich die (Un-) Wahrscheinlichkeit der Richtigkeit der Kodierung hier anhand der auf der ersten Prüfungsstufe übermittelten Daten tatsächlich darstellte, kommt es daher – jenseits der allgemeinen Plausibilitätsprüfung als eigenen Maßstab – nicht an.

Die Kostenentscheidung folgt aus § 197 a SGG i. V. m. § 154 Abs. 1, § 161 Abs. 2 Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO). Die Reduzierung der ursprünglichen Forderung um 647,01 € ist schon der Höhe nach unerheblich und nicht im Sinne einer Quotenbildung zu berücksichtigen. Der Streitwert folgt aus dem Streitgegenstand bei Stellung des Klageantrages (§ 40 Gerichtskostengesetz (GKG)).

Rechtsmittelbelehrung

Dieser Gerichtsbescheid kann mit der **Berufung** angefochten werden.

Die Berufung ist **innerhalb eines Monats** nach Zustellung des Gerichtsbescheides beim Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen, Georg-Wilhelm-Straße 1, 29223 Celle oder bei der Zweigstelle des Landessozialgerichts Niedersachsen-Bremen, Am Wall 198, 28195 Bremen **schriftlich** oder **in elektronischer Form** nach Maßgabe von § 65a Sozialgerichtsgesetz in Verbindung mit der Verordnung über die technischen Rahmenbedingungen des elektronischen Rechtsverkehrs und über das besondere elektronische Behördenpostfach vom 24.11.2017 (BGBl. I 2017, S. 3803) in der jeweils aktuellen Fassung oder **zur Niederschrift** des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle einzulegen.

Die Berufsungsfrist ist auch gewahrt, wenn die Berufung **innerhalb der Monatsfrist** bei dem

Sozialgericht Bremen, Am Wall 198, 28195 Bremen

schriftlich oder **in elektronischer Form** nach Maßgabe von § 65a Sozialgerichtsgesetz in Verbindung mit der Verordnung über die technischen Rahmenbedingungen des elektronischen Rechtsverkehrs und über das besondere elektronische Behördenpostfach vom 24.11.2017 (BGBl. I 2017, S. 3803) in der jeweils aktuellen Fassung oder **zur Niederschrift** des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle eingelegt wird.

Die Berufungsschrift muss **innerhalb der Monatsfrist** bei einem der vorgenannten Gerichte **eingehen**. Sie soll den angefochtenen Gerichtsbescheid bezeichnen, einen bestimmten Antrag enthalten und die zur Begründung der Berufung dienenden Tatsachen und Beweismittel angeben.

Ist der Gerichtsbescheid **im Ausland** zuzustellen, so gilt anstelle der oben genannten Monatsfrist eine Frist von **drei Monaten**.

Der Berufungsschrift und allen folgenden Schriftsätzen sollen Abschriften für die übrigen Beteiligten beigelegt werden. Dies gilt nicht bei Einlegung der Berufung in elektronischer Form.

[REDACTED]
[REDACTED]