

L 5 KR 3807/16

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
5
1. Instanz
SG Freiburg (BWB)
Aktenzeichen
S 11 KR 2463/14
Datum
25.08.2016
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 5 KR 3807/16
Datum
22.11.2017
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Freiburg vom 25.08.2016 wird zurückgewiesen.

Die Klägerin trägt die Kosten des Berufungsverfahrens.

Der Streitwert des Berufungsverfahrens wird auf 2.475,70 EUR endgültig festgesetzt.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Vergütung der Krankenhausbehandlung eines Mitglieds der Beklagten.

Die Klägerin ist Trägerin eines zur Behandlung gesetzlich Versicherter zugelassenen Krankenhauses ([§ 108 Nr. 2](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch, SGB V). Vom 21.09.2010 bis 01.10.2010 wurde der 2010 geborene, bei der Beklagten familienversicherte A. I. (im Folgenden: Versicherter) im M. M.-Klinikum der Klägerin (im Folgenden: M.-Klinikum) stationär behandelt.

Mit Rechnung vom 19.10.2010 stellte die Klägerin der Beklagten für die Krankenhausbehandlung des Versicherten eine Vergütung i.H.v. 5.623,09 EUR in Rechnung. Abgerechnet wurde die DRG (Diagnosis Related Group) P67A (Neugeborenes, Aufnahmegegewicht) 2499g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung) 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen oder mit schwerem Problem, mit Hypothermiebehandlung) unter Kodierung der Hauptdiagnose ICD (Internationale Klassifikation der Krankheiten Version 2010, im Folgenden nur: ICD) P23.8 (angeborene Pneumonie durch sonstige Erreger) und der Nebendiagnose P28.5 (respiratorisches Versagen beim Neugeborenen).

Die Beklagte zahlte den Rechnungsbetrag zunächst vollständig, beauftragte den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Mecklenburg-Vorpommern (MDK) aber mit Schreiben vom 22.10.2010 mit einer Abrechnungsprüfung.

Im MDK-Gutachten vom 20.01.2011 führte der Facharzt für Kinderheilkunde mit Zusatzbezeichnung Sozialmedizin Dr. W. (dem eine Stellungnahme des Dr. F., Chefarzt der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin des M.-Klinikum, vom 01.12.2010 vorlag) aus, der (neugeborene) Versicherte sei 6 Stunden nach der Geburt aufgrund zunehmender starker Anpassungsstörungen mit schwerer Tachydyspnoe und reduziertem Allgemeinzustand aufgenommen worden. In der Röntgenaufnahme habe sich eine connatale Pneumonie mit Pneuverdacht gezeigt. Man habe (u.a.) eine Infusionstherapie und eine dreigleisige Antibiose durchgeführt. Die Gesamtsituation habe sich stabilisiert und der Versicherte sei am 01.10.2010 aus der Krankenhausbehandlung entlassen worden. Anhand der Behandlungsunterlagen sei zwar die Kodierung der Hauptdiagnose (ICD P23.8) möglich. Die Kodierung der Nebendiagnose (ICD P28.5) sei aber nicht nachvollziehbar; eine Beatmungspflicht sei nicht zu eruieren. Aus der Streichung der Nebendiagnose (ICD P28.5) resultiere eine DRG-Schweregradänderung in DRG P67B (Neugeborenes, Aufnahmegegewicht) 2499g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung) 95 Stunden, mit schwerem Problem, ohne Hypothermiebehandlung oder mit anderem Problem, mehr als 1 Belegungstag oder mit nicht signifikanter OR-Prozedur, mit komplizierter Diagnose).

Mit Schreiben vom 25.01.2011 teilte die Beklagte der Klägerin das Ergebnis der Abrechnungsprüfung mit und forderte sie zur Rückzahlung eines Betrags i.H.v. 2.475,70 EUR auf. Weitere Zahlungsaufforderungen ergingen unter dem 16.02.2011 und 14.03.2011.

Mit Schreiben vom 11.03.2011 widersprach die Klägerin der Rückzahlungsaufforderung und der Einschätzung des MDK. Zur Begründung führte Dr. F. aus, aufgrund einer schweren pulmonalen Infektion des Versicherten habe die Sauerstoffsättigung ohne externe

Sauerstoffzufuhr unter 90 % gelegen. Deswegen sei eine Sauerstoffzufuhr über 5 Tage erforderlich gewesen und über die High-flow-Brille bzw. über Sauerstoffmaske erfolgt. Diese externe Sauerstoffzufuhr komme in der Interpretation einer Atemhilfe ähnlich dem CPAP nahe und sei somit als relevante Prozedur zu verschlüsseln, da sie auch die Länge des stationären Aufenthalts und die Überwachungsintensität beeinflusst habe. Der Kodierung der Nebendiagnose ICD P28.5 sei deshalb berechtigt.

Die Beklagte befragte erneut den MDK. Im MDK-Gutachten vom 17.05.2011 führte Dr. W. aus, die Sauerstoffzufuhr in Form einer Atemhilfe (ähnlich dem CPAP) über eine High-flow-Brille bzw. über eine Sauerstoffmaske stelle keine maschinelle Beatmung im Sinne der Deutschen Kodierrichtlinien (Version 2010, im Folgenden nur: DKR) dar. Danach sei maschinelle Beatmung (künstliche Beatmung) ein Vorgang, bei dem Gase mittels einer mechanischen Vorrichtung in die Lunge bewegt würden. Die Atmung werde unterstützt durch das Verstärken oder Ersetzen der eigenen Atemleistung des Patienten. Bei der künstlichen Beatmung sei der Patient in der Regel intubiert oder tracheotomiert und werde fortlaufend beatmet. Bei intensivmedizinisch versorgten Patienten könne eine maschinelle Beatmung auch über Maskensysteme erfolgen, wenn diese an Stelle der bisher üblichen Intubation oder Tracheotomie eingesetzt würden. Eine maschinelle Beatmung sei danach vorliegend nicht erfolgt. Ein adäquater Ressourcenverbrauch zur Kodierung der Nebendiagnose ICD P28.5 habe nicht vorgelegen.

Mit Schreiben vom 24.06.2011 erhob die Klägerin erneut Einwendungen. Nach dem Kodierleitfaden Kinder- und Jugendmedizin der Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland e.V. (im Folgenden: Kodierleitfaden GKind) sei die Diagnose ICD P28.5 zu kodieren bei Sauerstoffbedarf über 4 Stunden, CPAP oder Beatmung außerhalb von Operationen. Beim Versicherten habe ein permanenter Bedarf für die kontinuierliche Gabe von Sauerstoff über die High-flow-Brille über einen Zeitraum von 5 Tagen bestanden.

Am 15.8.2011 verrechnete die Beklagte einen Betrag von 2.475,70 EUR gegen unstreitige Forderungen der Klägerin.

Am 26.05.2014 erhob die Klägerin Klage beim Sozialgericht Freiburg (SG). Die Nebendiagnose ICD P28.5 sei zu Recht kodiert und die DRG P67A sei zu Recht abgerechnet worden. Das respiratorische Versagen sei zwar keine eigenständige Erkrankung, sondern ein Symptom der Erkrankung Pneumonie. Nach den DKR seien jedoch für Symptome die Regelungen zur Kodierung von Nebendiagnosen entsprechend anzuwenden. Die Voraussetzungen für die Kodierung der Nebendiagnose ICD P28.5 seien erfüllt.

Die Beklagte trat der Klage entgegen. Sie legte das MDK-Gutachten des Dr. W. vom 22.01.2015 vor. Darin ist ausgeführt, die Kodierfähigkeit der Nebendiagnose ICD P28.5 sei nicht belegt. Während des stationären Behandlungszeitraums könne ein respiratorisches Versagen nicht nachvollzogen werden. Eine Zuordnung zu ICD P28.5 sei daher nicht möglich. Der Versicherte habe ausweislich der Patientenakte und Pflegedokumentation eine kontinuierliche Sauerstoffgabe über 5 Tage nicht erhalten. Der Einsatz einer High-flow-Brille sei nicht erfolgt. Ein Sauerstoffbedarf sei ab 24.09.2010 nicht erkennbar. Beim Versicherten habe aufgrund der angeborenen Lungenentzündung eine initial erhöhte Atemfrequenz als Symptom der Lungenentzündung vorgelegen. Dabei handele es sich nicht um eine eigenständige, von der angeborenen Pneumonie unabhängige Erkrankung, zumal eine pathologische Blutgasanalyse nicht vorgelegen habe. Der Versicherte habe eine atemunterstützende Therapie bzw. eine maschinelle Beatmung nicht erhalten. Die Gabe von Sauerstoff sei erst im Intervall erfolgt; zu diesem Zeitpunkt sei weder eine Tachydyspnoe noch ein respiratorisches Versagen (z.B. durch Veranlassung einer Blutgasanalyse) belegt. Bei nicht vorliegender Erkrankung (ICD P28.5) sei die Kodierung der in Rede stehenden Nebendiagnose nach DKR D003i (Nebendiagnosen) nicht möglich.

Das SG erhob das Gutachten der Dr. M. (Chefärztin der Klinik Sch., Abteilung Gynäkologie und Geburtshilfe) vom 16.09.2015. Darin ist ausgeführt, die Hauptdiagnose ICD P23.9 (angeborene Pneumonie) sei unzweifelhaft. Die respiratorische Insuffizienz sei zwar ein mögliches Symptom einer Pneumonie, könne aber auch zusätzlich bestehen. Bei der ersten kinderärztlichen Untersuchung des Versicherten habe die Sauerstoffsättigung bei 93% bzw. 92% gelegen, so dass von einer respiratorischen Insuffizienz nicht die Rede sein könne. Am 22.09.2010 sei um 6.00 Uhr eine Sauerstoffsättigung von 94% ohne zusätzliche Sauerstoffgabe dokumentiert. Eine Blutgasanalyse sei nicht durchgeführt worden. Die Gabe von Sauerstoff sei in den ersten beiden Tagen nicht erforderlich gewesen. Bei HF J100 sei dies auch nicht zwingend notwendig. Eine Sauerstoffvorlage per Maske sei erst ab dem 24.09.2010, 22.00 Uhr, mit nur 1 Liter erfolgt, ohne dass dafür ein pathologischer Sauerstoffwert dokumentiert worden wäre; hierfür gebe es in der Patientenakte auch keine ärztliche Anordnung. Respiratorisches Versagen sei auch im Pflegebericht nicht dokumentiert. Am 25.09.2010 sei die Sauerstoffsättigung ohne Sauerstoffzufuhr mit 93%-94%, mit Sauerstoffzufuhr mit 98% dokumentiert. Die Sauerstoffvorlage sei auch weiterhin nur intermittierend über einige Stunden durchgeführt worden; am 27.09.2010 habe man sie wieder ganz ausgesetzt. Die Sauerstoffvorlage habe damit maximal 3 Tage, und nur intermittierend und in niedriger Dosierung stattgefunden. Die respiratorische Insuffizienz sei nicht als eigenständige DRG-relevante Nebendiagnose einzustufen, da kein entsprechendes eigenständiges Krankheitsbild vorgelegen habe. Allein die Gabe von Sauerstoff rechtfertige die Kodierung als Nebendiagnose nicht.

Die Klägerin legte die Stellungnahme der Dr. K. (Chefärztin des M.-Klinikum, Abteilung Kinder- und Jugendmedizin) vom 29.10.2015 (bei Verabreichung der Sauerstoffmaske keine technische Diagnosesicherung, sondern klinische Beschreibung nach Maßgabe des Kodierleitfadens GKind) vor und wandte ein, die ärztliche Anordnung der Sauerstoffvorlage per Maske sei in der Patientenakte festgehalten. Die Beklagte lege die in Rede stehende DRG fehlerhaft aus. Nach Maßgabe der DKR D003i müsse ein Ressourcenverbrauch für das (als Nebendiagnose eingestufte) Symptom vorliegen. Das sei hier der Fall. Das Vorliegen einer eigenständigen Erkrankung sei nicht notwendig.

Das SG erhob hierzu die ergänzende Stellungnahme der Dr. M. vom 29.12.2015. Darin ist ausgeführt, nach Maßgabe der DKR seien solche Krankheiten als Nebendiagnosen zu kodieren, die das Patientenmanagement in der Weise beeinflussten, dass therapeutische Maßnahmen, diagnostische Maßnahmen oder ein erhöhter Betreuungs-, Pflege- und/oder Überwachungsaufwand erforderlich sei. Eine Sauerstoffvorlage und intermittierende Messung der Sauerstoffsättigung sei aufgrund der Hauptdiagnose Pneumonie erforderlich gewesen. Die respiratorische Insuffizienz könne natürlich als Nebendiagnose kodiert werden, sei aber nicht DRG-relevant, da sie keine zusätzlichen therapeutischen oder diagnostischen Maßnahmen und auch keinen sonstigen Aufwand erfordert habe.

Die Klägerin trug abschließend vor, bei Patienten, bei denen einer der in DKR D003i genannten Ressourcenfaktoren auf mehrere Diagnosen ausgerichtet sei, könnten alle betroffenen Diagnosen kodiert werden. Unerheblich sei, ob die therapeutische(n)/diagnostische(n) Maßnahme(n) bzw. der erhöhte Betreuungs-/Pflege- und/oder Überwachungsaufwand auch in Bezug auf die Hauptdiagnose geboten gewesen sei. Die in Rede stehende Nebendiagnose sei damit kodierfähig und kodierrelevant. Die Gutachterin habe die Nebendiagnose und die Beeinflussung des Patientenmanagements bestätigt.

Mit Urteil vom 25.08.2016 wies das SG die Klage ab. Zur Begründung führte es (unter Darlegung der rechtlichen Grundlagen für die Vergütung von Krankenhausbehandlungen) aus, die Klägerin habe die Nebendiagnose ICD P28.5 zu Unrecht kodiert und demzufolge auch die DRG P67A zu Unrecht abgerechnet. Gemäß DKR D003i seien Nebendiagnosen für Kodierzwecke als Krankheiten zu interpretieren, wenn sie das Patientenmanagement in der Weise beeinflussten, dass irgendeiner der folgenden Faktoren erforderlich sei: therapeutische Maßnahmen, diagnostische Maßnahmen oder erhöhter Betreuungs-, Pflege- und/oder Überwachungsaufwand. Bei Patienten, bei denen einer dieser erbrachten Faktoren auf mehrere Diagnosen ausgerichtet sei, könnten alle betroffenen Diagnosen kodiert werden. Für Symptome als Nebendiagnosen gälten die Regelungen zur Kodierung von Nebendiagnosen entsprechend. Danach habe die Klägerin die Nebendiagnose ICD P28.5 zu Unrecht kodiert. Nach den Feststellungen der Gutachterin Dr. M. könne die respiratorische Insuffizienz zwar Symptom einer Pneumonie sein. Dieses Krankheitsbild habe beim Versicherten aber nicht vorgelegen. Die Sauerstoffvorlage und die intermittierende Messung der Sauerstoffsättigung seien wegen der Hauptdiagnose Pneumonie vorgenommen worden. Die Sauerstoffvorlage per Maske sei erst ab dem 24.9.2010 erfolgt, ohne dass zu diesem Zeitpunkt ein pathologischer Sauerstoffwert dokumentiert worden wäre. Auch wenn Symptome grundsätzlich als Nebendiagnosen kodiert werden könnten, verlangten die Kodierrichtlinien, dass einer der maßgeblichen Faktoren, nämlich therapeutische Maßnahmen, diagnostische Maßnahmen oder erhöhter Betreuungs-, Pflege- und/oder Überwachungsaufwand, auch auf diese Diagnose ausgerichtet sei. Daran fehle es hier, weil Symptome nach den Feststellungen der Gutachterin bei Einleitung der Behandlung nicht vorgelegen hätten.

Gegen das ihr am 16.09.2016 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 13.10.2016 Berufung eingelegt. Zur Begründung trägt sie vor, die Nebendiagnose ICD P28.5 sei kodierfähig und auch kodierrelevant. Gemäß DKR D003i sei Nebendiagnose eine Krankheit oder Beschwerde, die entweder gleichzeitig oder mit der Hauptdiagnose bestehe oder sich während des Krankenaufenthaltes entwickle. Nebendiagnosen seien nach Maßgabe der DKR als Krankheit einzustufen, wenn sie das Patientenmanagement in der Weise beeinflussten, dass therapeutische Maßnahmen, diagnostische Maßnahmen oder eine erhöhter Betreuungs-, Pflege- und/oder Überwachungsaufwand erforderlich werde. Beim Versicherten habe eine respiratorische Insuffizienz vorgelegen und auch zu einem Ressourcenverbrauch im vorstehend beschriebenen Sinne geführt. Aus der Patientenakte (Monitorausdruck vom 22./23.09.2010) gehe hervor, dass die Sauerstoffsättigung am 22.09.2010 um 5.03 Uhr bei nur 80,3 %, am 22.09.2010 um 14.54 Uhr bei nur bei 85,1 % und am 23.09.2010 um 10.07 Uhr bei nur 84,2 % gelegen habe. Das Fortbestehen dieser Situation an den Folgetagen ergebe sich aus den klinischen Beschreibungen (ärztliche Anordnung, Arztbrief, Pflegebericht). Da die (Monitor-)Daten gerade bei Neugeborenen nicht immer verwertbar seien, sei eine Kombination aus Monitorausdrucken und klinischer Beschreibung empfehlenswert; das werde auch als ausreichend angesehen. Damit sei das Vorliegen einer respiratorischen Insuffizienz bestätigt. Es fehle auch nicht an dem zur Kodierung der Nebendiagnose erforderlichen Ressourcenverbrauch im Sinne der DKR D003i. Daraus, dass die Sauerstoffvorlage per Maske erst ab dem 24.09.2010 erfolgt sei und zu diesem Zeitpunkt keine rein pathologischen Sauerstoffwerte dokumentiert seien, folge nicht, dass man die Sauerstoffgabe ausschließlich wegen der Hauptdiagnose Pneumonie vorgenommen habe. Nach dem Pflegebericht vom 24.09.2010 sei die Sauerstofftherapie mit dem Ziel der Erreichung SpO₂) 93 % angeordnet worden. Das zeige, dass auch zu diesem Zeitpunkt noch eine respiratorische Insuffizienz vorgelegen habe (Umkehrschluss zum Ziel) 93%) und dass die Sauerstofftherapie auch wegen dieser respiratorischen Insuffizienz (der Nebendiagnose) eingeleitet worden sei. Der erforderliche Ressourcenverbrauch nach DKR D003i liege damit vor. Man habe die intermittierenden Messungen (der Sauerstoffsättigung) wegen der Pneumonie (Hauptdiagnose) und wegen der respiratorischen Insuffizienz (Nebendiagnose) durchgeführt. Dass die respiratorische Insuffizienz lediglich hinzugetreten sei und keinen eigenständigen Ressourcenverbrauch verursacht habe, sei nach DKR D003i unerheblich. Die Kodierung der Nebendiagnose ICD P28.5 führe zur DRG P67A, sei also auch DRG-relevant. Außerdem dürfe die Nebendiagnose ICD P28.5 nach dem Kodierleitfaden GKind bereits dann kodiert werden, wenn ein kontinuierlicher Sauerstoffbedarf von mindestens 4 Stunden bestanden habe. Hier sei die Sauerstoffzufuhr über 5 Tage erforderlich gewesen.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Freiburg vom 25.08.2016 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, an sie 2.475,70 EUR zzgl. Zinsen i.H.v. 5% über dem Basiszinssatz seit 15.08.2011 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend. Nebendiagnosen könnten nach Maßgabe der DKR nur kodiert werden, wenn sie therapeutische oder diagnostische Maßnahmen oder einen erhöhten Betreuungs-, Pflege- und/oder Überwachungsaufwand verursachten. Das sei hier nach den Feststellungen der Gutachterin nicht nachgewiesen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf deren Schriftsätze sowie die Akten der Beklagten, die Patientenakten des Versicherten und die Akten des SG und des Senats Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung der Klägerin ist gemäß [§§ 143, 144 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) statthaft. Streitgegenstand ist der (von der Klägerin statthaft mit der allgemeinen Leistungsklage ([§ 54 Abs. 5 SGG](#)) geltend gemachte, vgl. etwa BSG, Urteil vom 28.03.2017, - [B 1 KR 15/16 R](#) -, in juris) Anspruch auf Zahlung einer um 2.475,70 EUR höheren Vergütung für die Krankenhausbehandlung des Versicherten; der Beschwerdewert des [§ 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG](#) (750 EUR) ist überschritten. Die Berufung ist form- und fristgerecht eingelegt worden und daher auch im Übrigen gemäß [§ 151 SGG](#) zulässig.

Die Berufung der Klägerin ist jedoch nicht begründet. Sie kann für die Krankenhausbehandlung des Versicherten (nur) die DRG P67B abrechnen. Der streitige zusätzliche Vergütungsbetrag bei Abrechnung der DRG P67A steht der Klägerin nicht zu. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen.

Die vom SG zutreffend dargelegten Rechtsgrundlagen der Krankenhausvergütung sind den Beteiligten ebenso geläufig wie die Kriterien für die Zuordnung eines Behandlungsfalls zu einer DRG (vgl. dazu etwa Landessozialgericht (LSG) Hamburg, Urteil vom 17.05.2017, - [L 1 KR](#)

[56/14](#) -, in juris Rdnr. 34); der Senat nimmt auf die entsprechenden Ausführungen in den Entscheidungsgründen des angefochtenen Urteils Bezug ([§ 153 Abs. 2 SGG](#)). Das SG hat auch zutreffend dargelegt, dass die für die Vergütung von Krankenhausbehandlungen geltenden Abrechnungsbestimmungen wegen ihrer Funktion im Gefüge der Ermittlung des Vergütungstatbestandes innerhalb des vorgegebenen Vergütungssystems (des Krankenhausvergütungsrechts, dazu etwa Bundessozialgericht (BSG), Urteil vom 19.04.2016, - [B 1 KR 34/15 R](#) -, in juris Rdnr. 15; Urteil vom 17.11.2015, - [B 1 KR 41/14 R](#) -, in juris Rdnr. 13) eng am Wortlaut orientiert und allenfalls ergänzend nach ihrem systematischen Zusammenhang auszulegen sind; Bewertungen und Bewertungsrelationen bleiben außer Betracht. Eine systematische Interpretation der Vorschriften kann lediglich im Sinne einer Gesamtschau der im inneren Zusammenhang stehenden Bestimmungen des Regelwerks erfolgen, um mit ihrer Hilfe den Wortlaut der Leistungslegende klarzustellen (BSG, Urteil vom 18.07.2013, - [B 3 KR 7/12 R](#) -, in juris; zur Auslegung des vertragsärztlichen Vergütungsrechts nur etwa BSG, Urteil vom 04.05.2016, - [B 6 KA 16/15 R](#) -; Urteil vom 11.02.2015, - [B 6 KA 15/14 R](#) -, beide in juris). Eine Vergütungsregelung, die für die routinemäßige Abwicklung von zahlreichen Behandlungsfällen vorgesehen ist, kann ihren Zweck nämlich 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. Da das DRG-basierte Vergütungssystem vom Gesetzgeber als jährlich weiterzuentwickelndes (§ 17b Abs. 2 Satz 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG)) und damit "lernendes" System angelegt ist, sind bei zutage tretenden Wertungswidersprüchen, Unrichtigkeiten und sonstigen Ungereimtheiten oder bei Fehlsteuerungen in erster Linie die Vertragsparteien berufen, diese mit Wirkung für die Zukunft zu beseitigen (BSG, Urteil vom 14.10.2014, - [B 1 KR 26/13 R](#) -, in juris); die zuständigen Stellen haben es in der Hand, durch Änderung des Fallpauschalenkatalogs, der OPS-Kodes und der DKR ggf. Abhilfe zu schaffen (vgl. auch BSG, Urteil vom 18.07.2013, - [B 3 KR 25/12 R](#) -; Beschluss vom 19.07.2012, - [B 1 KR 65/11 B](#) -, beide in juris; Senatsurteile vom 22.02.2017, - [L 5 KR 3595/15](#) -, und vom 22.03.2017, - [L 5 KR 4740/15](#) -, beide in juris zur Auslegung von Bestimmungen des OPS (Operationen- und Prozedurenschlüssel) und des Zusatzentgeltkatalogs).

Nach diesen Maßgaben sind auch die Regelungen der DKR zur Kodierung von Nebendiagnosen auszulegen. DKR D003i bestimmt (u.a.):

Die Nebendiagnose ist definiert als: "Eine Krankheit oder Beschwerde, die entweder gleichzeitig mit der Hauptdiagnose besteht oder sich während des Krankenhausaufenthalts 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.

Bei Patienten, bei denen einer dieser erbrachten Faktoren auf mehrere Diagnosen ausgerichtet ist, können alle betreffenden Diagnosen kodiert werden.

Für Symptome gelten die Regelungen zur Kodierung von Nebendiagnosen entsprechend.

Die Kodierung einer Nebendiagnose setzt danach Kodierbarkeit (begriffliches Vorliegen) und Kodierrelevanz (Vergütungsrelevanz) voraus (vgl. auch BSG, Urteil vom 17.11.2015, - [B 1 KR 41/14 R](#) -, in juris Rdnr. 15 zu DKR Version 2008 (DKR D003d - Nebendiagnosen -)). Kodierbar als Nebendiagnosen sind nur von der Hauptdiagnose verschiedene Diagnosen, die zu der Hauptdiagnose (begleitend) hinzutreten. Das gilt entsprechend für Symptome; diese müssen als Nebensymptome von den Symptomen der Hauptdiagnose verschieden sein und zu diesen bzw. zur Hauptdiagnose (begleitend) hinzutreten (vgl. auch DKR Version 2008 D003d: als Nebendiagnose kodierbares Symptom eigenständiges, wichtiges Problem für die medizinische Betreuung). Kodierrelevant (vergütungsrelevant) sind Nebendiagnosen und Nebensymptome, wenn sie therapeutische Maßnahmen, diagnostische Maßnahmen bzw. erhöhten Betreuungs-, Pflege- und/oder Überwachungsaufwand (Ressourcenverbrauchsriterien) erforderlich machen. Der Ressourcenverbrauch der Nebendiagnose bzw. Nebensymptome muss vom Ressourcenverbrauch der Hauptdiagnose verschieden sein; andernfalls ist er nicht vergütungsrelevant. Wegen der Hauptdiagnose erforderliche therapeutische oder diagnostische Maßnahmen und der wegen ihr erforderliche Betreuungs-, Pflege- und/oder Überwachungsaufwand begründen die Kodierrelevanz (Vergütungsrelevanz) von begleitend vorliegenden Nebendiagnosen bzw. Nebensymptomen nicht. Hierfür sind andere (neben-)diagnostische oder (neben-)therapeutische Maßnahmen bzw. zusätzlicher Betreuungs-, Pflege- und/oder Überwachungsaufwand notwendig. Dementsprechend bestimmt DKR D003i - nach "Beispiel 1" - dass Krankheiten, die z.B. durch den Anästhesisten während der präoperativen Beurteilung dokumentiert wurden, nur kodiert werden, wenn sie den oben genannten Ressourcenverbrauchsriterien entsprechen. Sofern eine Begleitkrankheit das Standardvorgehen für eine spezielle Prozedur beeinflusst, wird diese Krankheit als Nebendiagnose kodiert. Anamnestiche (Neben-)Diagnosen, die das Patientenmanagement nach Maßgabe der genannten Ressourcenverbrauchsriterien nicht beeinflusst haben, wie z.B. eine ausgeheilte Pneumonie vor 6 Monaten oder ein abgeheiltes Ulkus, werden nicht kodiert (DKR a.a.O.). Die DKR-Regelung, wonach bei Patienten, bei denen einer der erbrachten Faktoren (vergütungsrelevante Ressourcenverbrauchsriterien) auf mehrere Diagnosen ausgerichtet ist, alle betroffenen Diagnosen kodiert werden können, gilt nur für das Zusammentreffen mehrerer Nebendiagnosen (Nebensymptome) und nicht für das Zusammentreffen von Hauptdiagnosen mit Nebendiagnosen bzw. Nebensymptomen. Das folgt aus dem Standort der Regelung in dem die Nebendiagnosen regelnden Abschnitt DKR D003i und wird durch das Beispiel 1 in DKR D003i verdeutlicht ((gemeinsame) Behandlung der Nebendiagnosen koronare Herzkrankheit, arterieller Hypertonus und Herzinsuffizienz durch Gabe eines Betablockers). Für die Kodierrelevanz mehrerer Nebendiagnosen bzw. mehrerer Nebensymptome genügt es danach, wenn sie einen gemeinsamen Ressourcenverbrauch bedingen. Der gemeinsame Ressourcenverbrauch von Hauptdiagnose und Nebendiagnose bzw. Nebensymptom genügt für die Kodierrelevanz der Nebendiagnose bzw. des Nebensymptoms nicht. Eine Regelung dieses Inhalts enthalten die DKR nicht; insoweit bleibt es bei der alleinigen Vergütungsrelevanz des Ressourcenverbrauchs der Hauptdiagnose.

Davon ausgehend ist neben der unter den Beteiligten nicht streitigen Hauptdiagnose einer angeborenen Pneumonie (ICD P 23.8) weder die (begleitende) Diagnose eines respiratorischen Versagens bei Neugeborenen (ICD P28.5) noch ein (begleitende)s Symptom als Nebendiagnose zu kodieren. Das hat zur Folge, dass, was unter den Beteiligten ebenfalls nicht streitig ist, nur die DRG P67B und nicht die DRG P67A abgerechnet werden.

Die Nebendiagnose "respiratorisches Versagen beim Neugeborenen" (ICD P28.5) ist nicht kodierbar; das (begriffliche) Vorliegen dieser Diagnose ist nicht festgestellt. Der Senat entnimmt das dem Gutachten der Dr. M. vom 16.09.2015. Danach hat die Sauerstoffsättigung bei der kinderärztlichen Untersuchung des Versicherten (ungeachtet der angeborenen Pneumonie) 93% bzw. 92% betragen, was, so die Gutachterin, das Vorliegen einer respiratorischen Insuffizienz (i.S.d. ICD P28.5) ausschließt. Am 22.09.2010, dem ersten Tag nach der Geburt des Versicherten (am 21.09.2010), hat die Sauerstoffsättigung um 6.00 Uhr 94% betragen. Die Gabe von Sauerstoff ist deswegen in den

ersten beiden Lebenstagen des Versicherten nicht notwendig gewesen. Erst ab dem 24.09.2010, 22.00 Uhr ist eine Sauerstoffgabe in niedriger Dosierung - mit nur 1 Liter - erfolgt; ein pathologischer Sauerstoffwert ist aber nach wie vor nicht dokumentiert worden. Auch im Pflegebericht ist, so die Gutachterin, respiratorisches Versagen nicht festgehalten. Am 25.09.2010 hat die Sauerstoffsättigung ohne Sauerstoffzufuhr 93%-94%, mit Sauerstoffzufuhr 98% betragen. Insgesamt ist die Sauerstoffvorlage nach den Feststellungen der Gutachterin nur intermittierend über einige Stunden durchgeführt und am 27.09.2010 wieder ganz ausgesetzt worden. Die Sauerstoffvorlage hat damit maximal 3 Tage, und nur intermittierend und in niedriger Dosierung stattgefunden. Die Gutachterin hat darauf gestützt schlüssig angenommen, dass eine respiratorische Insuffizienz (i.S.d. ICD P28.5) als eigenständige (Neben-)Diagnose mangels entsprechenden eigenständigen Krankheitsbilds nicht vorgelegen hat; ihre Darlegungen in der ergänzenden Stellungnahme vom 29.12.2015, in der maßgeblich auf die Frage des Ressourcenverbrauchs abgestellt worden ist, ändern daran nichts. Dr. W. hat die Einschätzung der Dr. M. im MDK-Gutachten vom 22.01.2015 auch bestätigt. Er ist ebenfalls der Auffassung, dass bei der Gabe von Sauerstoff ein respiratorisches Versagen nicht belegt ist und (außerdem) auch eine Tachydyspnoe nicht (mehr) vorgelegen hat.

Die Einwendungen der Klägerin rechtfertigen keine andere Beurteilung. Der Kodierleitfaden GKind kann von den Krankenhäusern als Arbeitshilfe herangezogen werden. Für die rechtliche Beurteilung von Kodierungen bleibt es indessen bei der alleinigen Maßgeblichkeit der DKR. Der genannte Leitfaden ist auch für die Feststellung des Vorliegens einer Nebendiagnose (bzw. eines Nebensymptoms) oder für das hierfür geltende Beweismaß nicht von Belang. Angesichts der Erkenntnisse der Gutachterin Dr. M., die sich überzeugend auf die dokumentierten apparativen Befunde (der Blutgasanalyse) gestützt hat, kann das Vorliegen der Nebendiagnose "respiratorische Insuffizienz bei Neugeborenen" (ICD P28.5) nicht mit dem Hinweis darauf dargetan werden, nach Maßgabe des Kodierleitfadens GKind genüge eine klinische Beschreibung ohne technische Diagnosesicherung. Auch die in der Berufungsbegründung angeführten Sauerstoffsättigungswerte am 22./23.09.2010 zwischen (nur) 80,3% und 85,1% widerlegen die (von Dr. W. geteilte) Einschätzung der Dr. M., die ihre Auffassung auf höhere Sauerstoffsättigungswerte gestützt hat (etwa 94% am 22.09.2010 um 6.00 Uhr gegenüber 80,3% um 5.03 Uhr), nicht. Der Gutachterin hat die Patientenakte des Versicherten mit allen darin enthaltenen Monitorausdrucken vorgelegen; sie ist Gegenstand ihrer gutachterlichen Beurteilung gewesen. Für die Zeit ab dem 24.09.2010 (Beginn der Sauerstoffgabe) sind pathologische Sauerstoffsättigungswerte nicht dokumentiert.

Ein Symptom als Nebendiagnose ist ebenfalls nicht kodierbar. Hierfür kommt nur die schwere Tachydyspnoe in Betracht, die (neben dem reduzierten Allgemeinzustand) zur Einlieferung des Versicherten in das M.-Klinikum geführt hat. Die Tachydyspnoe hat, so Dr. W. im MDK-Gutachten vom 22.01.2015, freilich ein Symptom der angeborenen Lungenentzündung, und damit der Hauptdiagnose dargestellt, jedoch mangels pathologischer Blutgasanalyse keine davon unabhängige Erkrankung und damit auch kein von den Symptomen der Hauptdiagnose verschiedenes Nebensymptom i.S.d. DKR D003i. Im Übrigen hat die Tachydyspnoe bei der Gabe von Sauerstoff, so ebenfalls Dr. W. im MDK-Gutachten vom 22.01.2015, nicht (mehr) vorgelegen.

Die im M.-Klinikum vorgenommene Gabe von Sauerstoff für sich allein genügt für die Kodierung einer Nebendiagnose bzw. eines Nebensymptoms neben der Hauptdiagnose einer angeborenen Pneumonie nicht. Die Gabe von Sauerstoff (auch ohne maschinelle Beatmung i.S.d. DKR 1001h) stellt eine therapeutische Maßnahme i.S.d. DKR D003i dar, die die Kodierrelevanz (Vergütungsrelevanz) einer Nebendiagnose oder eines Nebensymptoms begründen, deren (hier fehlende) Kodierbarkeit (begriffliches Vorliegen) aber nicht ersetzen kann.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 2](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).

Die Streitwertfestsetzung beruht auf [§ 52 Abs. 3](#) Gerichtskostengesetz (GKG).

Gründe für die Zulassung der Revision bestehen nicht ([§ 160 Abs. 2 GKG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2017-11-24